Substitution à la non-demande. Perspectives d'une rencontre co-créative : une éthique de l'attitude substitutive

Claire Montloin Merlaud

▶ **To cite this version:**

Claire Montloin Merlaud. Substitution à la non-demande. Perspectives d'une rencontre co-créative : une éthique de l'attitude substitutive. Philosophie. Université de Bretagne occidentale - Brest, 2020. Français. NNT : 2020BRES0084 . tel-03675984

HAL Id: tel-03675984
https://theses.hal.science/tel-03675984

Submitted on 23 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DOCTORAT EDUCATION
BRETAGNE LANGAGES, INTERACTIONS
LOIRE COGNITION, CLINIQUE

UBO
Université de Bretagne Occidentale

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE
DE BRETAGNE OCCIDENTALE

ECOLE DOCTORALE N° 603
Education, Langages, Interaction, Cognition, Clinique
Spécialité : Philosophie

Par
Claire MONTLOIN MERLAUD

Substitution à la non-demande

Perspectives d'une rencontre co-créative : une éthique de l'attitude substitutive

Thèse présentée et soutenue à Brest, le 14 décembre 2020
Unité de recherche : Centre Atlantique de Philosophie

Rapporteurs avant soutenance :

Philippe JEAMMET, Professeur émérite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris 5
Jérôme POREE, Professeur émérite de Philosophie, Université Rennes 1

Composition du Jury :

Président : Michel WALTER, Professeur d'Université-Praticien Hospitalier, CHRU Brest
Examinateurs : Philippe JEAMMET, Professeur émérite de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris 5
Jérôme POREE, Professeur émérite de Philosophie, Université Rennes 1
Nathalie LAVENNE-COLLOT, Docteur en pédopsychiatrie, CHRU Brest
Agata ZIELINSKI, Maître de conférences habiletée de Philosophie, Université Rennes 1

Dir. de thèse : David JOUSSET, Maître de conférences habileté de Philosophie, Université Brest

REMERCIEMENTS

En ces quelques lignes, je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à :

Monsieur le Professeur Michel WALTER

Sachez que vous avez participé au choix du sujet de cette thèse. Votre implication et votre bienveillance à mon égard tout au long de ce travail de recherche rejoignent votre considération d'une sollicitude soignante qui m'a ouvert à un questionnement sur la substitution.

Monsieur le Professeur Philippe JEAMMET

Grâce à vous, j'ai suivi la voie de la pédopsychiatrie avec enthousiasme. En me laissant porter par vos mots qui ont accompagné tant de maux adolescents, j'ai pu arpenter les chemins multiples d'une pensée du soin psychique et j'ai grandi.

Monsieur le Professeur Jérôme POREE

Par curiosité, j'ai découvert votre riche univers. Aujourd'hui, je continue de m'enrichir régulièrement de vos ouvertures relatives à la question phénoménologique en tentant le plus possible de l'associer à ma pratique soignante auprès d'adolescents.

Madame la Docteur Nathalie LAVENNE-COLLOT

Au hasard d'un couloir, nous nous sommes rapprochées pour ensemble entrevoir un ailleurs fait d'écoute, de reconnaissance et de complicité. Votre dynamisme et votre enthousiasme ont su me rassurer.

Madame Agata ZIELINSKI

Au détour de colloques ou d'ouvrages saluant l'immense pensée de Lévinas, vos propos relatifs à la responsabilité soignante participent à l'esquisse d'une œuvre mêlant la clinique et la philosophie telle qu'elle m'apparaît au quotidien.

Monsieur David JOUSSET

Au-delà de vos compétences à diriger ma recherche, vous représentez pour moi un guide. En nourrissant en permanence un questionnement intellectuel, votre capacité à le rattacher à ma pratique soignante est une aide précieuse qui marquera mon parcours personnel et universitaire.

Mes équipes, de Paris et de Brest

Les Docteurs BENHABIB, HAJJAJI, BACHOLLET, JOUSSELME, CHAMBRY, LE RUN et ALECIAN.

Tous mes collègues parisiens avec qui j'ai fait mes débuts et qui m'ont vu m'épanouir depuis un D.U Adolescence(s). Mickaël, Cécile, Maëlle, Cathy, David, Martine, Corine, Antoine, en particulier.

Le Professeur BRONSARD pour sa fougue marseillaise et son enthousiasme à rejoindre les terres bretonnes.

Le Docteur SAINT-ANDRE qui a su m'accueillir à mon arrivée à Brest et me faire partager ses références cliniques, des plus sérieuses aux plus légères.

Les Docteurs THIERRY et GOURBIL avec lesquelles j'ai tant de plaisir à partager et à rire d'évènements incongrus liés à notre pratique soignante.

Tous mes collègues brestois qui m'ont accueilli avec simplicité et humanité dans un contexte où tout semblait compliqué. Sophie, Tiffany, Didier, Stéphanie, Hervé, Anne-Yvonne, Eric, Christine, Béatrice, Brigitte, Martine, Lucie, Guylaine, en particulier.

Ma petite famille

Alex, l'homme de ma vie. Tu es mon autre, si différent et pourtant si proche. Sans toi, je ne serai pas là aujourd'hui. Avec toi, je suis devenue celle que je suis maintenant.

Maëlle, ma grande. J'ai tant espéré ton premier souffle que le voir grandir chaque jour un peu plus participe à mon plus grand bonheur.

Elise, ma petite. Tu es si souvent venu me voir pour dire « Chut maman travaille ! » que désormais je rêve de t'entendre dire « On va voir la mer ce soir maman ? » et te prendre dans mes bras, encore et encore.

Ma grande famille, de Paris, de Dijon, de Marseille et de Brest

Papa, du haut de ton étoile, tu as été le premier homme de ma vie, celui qui a donné du sens à mon existence en faisant de l'Autre une promesse.

Maman, ma force, jamais tranquille et toujours présente.

Cécilia et Leslie. Mes sœurs, mes « meilleures amies », avec qui les regards suffisent à se dire. Vos maris et vos enfants parlent pour nous.

Mes ami(e)s

D'ici et d'ailleurs, les meilleurs, les anciens comme les nouveaux. Vous qui n'avez jamais douté de moi.

Mad, Manue, Sandrine (s), Céline, Julie, Fred (s), Nathalie, Erwan, Delphine, Laure, Stéphanie (s), Astrid, L'ange bleu, Nine, Soraya, Ronan, Roselyne, Valérie, Véronique, Goulven, Héloise, Guillaume, en particulier.

Tous les adolescents qui ont marqué ce parcours à la fois professionnel et personnel et qui ont su donner du sens à ces rencontres

Djenaba, Ibrahima, Sélim, Mélanie, Elodie, Mohamed, Pedro, Chang, Anthony, Kevin, Aby, Clémence, Randy, Morgane, Louis, Emilio, Sara, Malik et tant d'autres. Vous tous m'avez ouvert à un nouvel horizon d'existence.

TABLE DES MATIERES

PRÉAMBULE 9

INTRODUCTION 11

PREMIÈRE PARTIE 30

Une critique éthique de la substitution aliénante
De la non-demande à l'attitude substitutive

1. D'un appel à une adresse 32
1.1 Un triptyque : besoin, désir, demande 33
1.1.1 La naissance d'un sujet 35
1.1.2 La question de l'attachement 40
1.1.3 L'avènement d'une demande 46
1.2 Une spécificité de la clinique adolescente 55
1.2.1 Le pubertaire comme processus 56
1.2.2 L'accueil de la souffrance psychique en pédospychiatrie 63
1.2.3 La non-demande de soin 68

2. D'un adolescent singulier au spectre de l'assujettissement 76
2.1 Un contexte du soin psychique 77
2.1.1 La vulnérabilité 78
2.1.2 Le désir de soigner 85
2.1.3 L'attitude de substitution 90
2.2 Une pratique questionnante 93
2.2.1 La parole commune des professionnels 94
2.2.2 L'histoire d'Emma 105
2.2.3 Les limites d'une prévalence de la subjectivité 109

3. D'un acte de soin à sa composante aliénante 112
3.1 Une source de domination 113
3.1.1 L'aspect an-éthique de la substitution 114
3.1.2 L'équivoque de l'aliénation 116
3.1.3 L'expérience de l'altérité 119
3.2 Une dialectique des consciences 121
3.2.1 La figure du maître et de l'esclave 122
3.2.2 Le désir d'être reconnu 126
3.2.3 Le seuil de l'empathie 128

DEUXIÈME PARTIE 133

Vers une substitution responsable ?
De la proximité à une composante hospitalière de l'attitude substitutive

1. D'une période à son déploiement dans l'existence 139
1.1 Une crise de vie 141
1.1.1 Le moment adolescent 143
1.1.2 L'histoire de Lucas 146
1.1.3 Le vécu psychique 157
1.2 Une position en interface 162
1.2.1 La question de l'habiter 164
1.2.2 L'être du soin psychique 171
1.2.3 L'espace-temps à conjuguer 175

2. D'un habité fragile à une hospitalité soignante 182
2.1 Une expression à saisir 184
2.1.1 La présence autrement qu'absente 185
2.1.2 La sphère transcendantale du soin psychique 189
2.1.3 La voie de l'altérité 193
2.2 Un colloque singulier 197
2.2.1 L'étayage soignant 199
2.2.2 Les contours de l'hospitalité 202
2.2.3 L'éthique relationnelle 205

3. D'une responsabilité à l'appropriation d'un Soi 209
3.1 Un cheminement pour l'autre 211
3.1.1 L'authentique regard 215
3.1.2 Le visage et ses expressions 218
3.1.3 La force des premiers instants 221
3.2 Une proximité à saisir 223
3.2.1 La substitution comme substantialité 225
3.2.2 Le pour l'autre 231
3.2.3 La capacité d'autonomie 236

TROISIÈME PARTIE 246

Pour une substitution transformatrice
De la rencontre à une composante co-créative de l'attitude substitutive

1. D'une proximité à ses insuffisances 251
1.1 Une limite à la substitution responsable 253
1.1.1 L'unilatéralité de l'agir soignant 255
1.1.2 La perspective de l'intersubjectivité 259
1.1.3 L'histoire de Yu 261
1.2 Une émergence à entrevoir 270
1.2.1 L'accession à une situation de soin 271
1.2.2 Le défi du lien thérapeutique 273
1.2.3 L'un avec l'autre 275

2. D'un cheminement commun 278
2.1 L'institué et l'instituant 280
2.1.1 L'aire potentielle 281
2.1.2 L'institution créative 285
2.1.3 Le devenir autonome 289
2.2 Une offre de soin singulière 294
2.2.1 La refonte d'une pratique 295
2.2.2 La mobilisation soignante autour d'une éthique du partage 298
2.2.3 La médiation thérapeutique 306

3. D'une mutualité à la réalisation d'un Soi avec l'autre 313
3.1 Une composante co-créative de la substitution 315
3.1.1 La voie nouvelle d'une symbolisation 316
3.1.2 L'histoire de Melody 323
3.1.3 L'horizon d'un faire-ensemble 335
3.2 Un champ des possibles 340
3.2.1 La propension ouverte 342
3.2.2 L'au-devant de Soi avec l'autre 349
3.2.3 L'œuvre d'une rencontre 355

CONCLUSION 361

ANNEXE 1 377

ANNEXE 2 378

ANNEXE 3 381

ANNEXE 4 386

ANNEXE 5 391

ANNEXE 6 396

BIBLIOGRAPHIE 400

PRÉAMBULE[1]

Elle arrive tel un silence
Son pas hésite, trébuche
Douleur de l'absence
Sa sœur morte, son embûche

Elle est comme suspendue
À la lumière, à l'ombre
Souffrance indicible pourtant vécue
Se sentir ailleurs, sombre

Elle tente de fuir
Cet espace qui l'enserre
Aucune prise, tout détruire
Sa fin, sur terre

Elle ferme son regard
Comme pour signifier
Qu'à travers ses yeux hagards
Se cache un cri, étouffé

Elle se remplit de larmes
Qui coulent à l'infini
Même plus d'arme
Son combat, non choisi

[1] Ce préambule évoque une adolescente dont les silences se sont conjugués en paroles au cours des médiations thérapeutiques associant le théâtre et l'écriture. Si d'abord elle se distingue par sa non-demande, elle parvient ensuite à signifier sa présence et à laisser une trace.
Au fil de ces mots qui racontent une histoire, celle du lien créé avec le soignant, nous souhaitons mettre en valeur cette rencontre qui a contribué de façon essentielle à la construction de notre pensée autour de la substitution.
Si cette considération poétique du lien thérapeutique participe à enrichir notre pratique professionnelle autour d'une créativité, elle est inspirée par les œuvres qu'esquissent les adolescents, dans leur manière de considérer ce qu'ils ont à vivre.

Il accueille sa présence
Tels des mots étouffés
Le secret d'une absence
Son existence même, touchée

Il ouvre grand sa main
Lui assure que sa peine
Pourra se dire demain
S'interrompre la haine

Il la frôle de son souffle
Si fragile est sa vie
Un soi qui se camoufle
Se cache sous un abri

Il entend ses murmures
Inaudibles puis incessants
Témoins de ses fêlures
Cachées, mais agissant

Elle et lui esquissent ensemble
La trace d'un chemin, de soi à l'autre
Créativité qui les rassemble
Œuvre d'un lien, le nôtre

INTRODUCTION

De la béance de la non-demande

« Je peux rien dire. J'ai rien à dire.
Je demande rien.
Laissez-moi tranquille, c'est tout. »
Maeva, 15 ans.

De toute évidence, l'hypothèse qui consiste à appréhender le soin psychique comme une vérité se heurte à ses propres limites. La relativité du soin en fait un objet équivoque dont les contours et les caractéristiques sont voués à évoluer en fonction du contexte historique, social, économique et politique dans lequel il se déploie.

Si le désir de résister à une forme de protocolisation mobilise les professionnels du soin au quotidien, leur difficulté à faire valoir la portée de la fonction soignante est perceptible là où un discours de plus en plus réducteur ne reconnaît pas leur spécificité. Par-delà les connaissances théoriques et les compétences techniques attendues de la part des soignants, ces derniers cherchent en effet à mettre en valeur la dimension avant tout humaine de leurs pratiques. Ainsi, s'opposer à un message qui réduit l'autre au même en annulant toute possibilité d'expression d'une singularité revient à défendre ce qui fait l'essence même du soin psychique, à savoir le fait de se soucier de cet autre différent.

Autour d'une culture du soin susceptible de rassembler les soignants, en valorisant un mode d'existence singulier et sa signification dans une histoire de vie personnelle, c'est faire de la particularité de chaque patient accueilli une ressource là où la souffrance psychique a valeur d'effroi et semble d'autant plus impénétrable qu'elle est toujours subjective. Au regard d'une tendance à la normalisation, c'est donc une question fondamentalement éthique qui se pose en lien avec la volonté de défendre des valeurs soignantes centrées sur la personne et ses

potentialités. Dans ce sens, l'acte thérapeutique devient l'écho d'un accueil et d'un accompagnement spécifique, le patient se révélant à travers une façon particulière d'investir l'institution et le lien avec l'équipe soignante.

Au-delà d'une perception classiquement développée autour de leur fonction d'aide, les professionnels ont à résister à une considération univoque de l'acte de soin qui serait seulement destiné à soutenir les personnes les plus fragiles. Lorsqu'ils font œuvre de soin, au contraire, les professionnels agissent pour la société tout entière dans la mesure où ils sont les témoins de ce qu'elle peut devenir, l'autre demeurant une promesse.

Avec modestie, en se confrontant à ce qui fait la force comme l'insuffisance de leurs métiers, les soignants participent au quotidien à ce qui apparaît comme une refonte nécessaire de la dimension d'altérité[2]. Si l'accueil de l'autre se conjugue autour des uns et des autres, la perspective qui est celle de pouvoir tisser ensemble des liens ouvre à une conception toujours renouvelée de la posture soignante.

En tenant compte de ces éléments, l'intérêt de valoriser une pensée du soin psychique apparaît avec acuité et introduira notre propos.

Si la clinique adolescente sous-tend de nombreux questionnements, la non-demande représente une voie différente dans la mesure où elle remet en cause l'existence même d'une situation de soin. S'interroger sur ce contexte spécifique renverra donc à la genèse de ce projet de recherche en ouvrant à la nécessité de considérer autrement la dimension d'altérité à l'égard d'un adolescent en souffrance psychique.

Dans la manière de se substituer à sa non-demande, nous verrons que l'attitude substitutive du soignant est dès lors source de discussions là où elle se réfère à des domaines de pensée différents issus de la psychanalyse, de la clinique psychopathologique et de la philosophie.

De nature à soulever un foyer problématique susceptible d'opposer une subjectivité adolescente à une altérité soignante, la substitution sous-tend des enjeux importants. Si elle renvoie à des composantes différentes qui font référence à différentes thèses en présence, nous les présenterons autour d'une problématisation valorisant l'attitude substitutive comme une nouvelle modalité de rencontre.

[2] Dans un contexte où la dimension d'altérité se réduit au profit d'un individualisme de plus en plus prégnant, retrouver les fondements d'un rapport à l'autre dans l'ensemble de la société s'avère essentiel. Dans ce sens, la fonction soignante peut participer à la refonte d'une nouvelle forme d'altérité dans laquelle Soi et l'autre peuvent à nouveau interagir et construire ensemble de nouveaux liens.

Une pensée du soin psychique

Si la vigilance des équipes soignantes à l'égard du risque de normalisation paraît indispensable et est de nature à rassembler les professionnels autour d'une pratique fondée sur le souci d'un être singulier, faire valoir ce qui constitue une pensée du soin psychique demeure essentiel. En effet, dans un contexte où les exigences et les contraintes auxquelles sont soumis les professionnels révèlent l'existence d'une politique sécuritaire liée à un système normatif, s'interroger de la sorte renvoie à une mobilisation nécessaire. Malgré les difficultés susceptibles d'en découler, il s'agit de s'intéresser plus particulièrement à ce que nous savons du soin psychique, l'expérience qu'il constitue et son sens. En écho à l'importance accordée à la singularité de chaque patient, c'est d'abord le considérer à travers une dimension éthique du soin, la pensée qui occupe l'esprit[3] d'une équipe soignante s'érigeant en leitmotiv. C'est ensuite s'en emparer sous l'angle de la relation thérapeutique pour l'associer à une pratique soignante.

Cette démarche qui consiste à valoriser une pensée du soin met ainsi en valeur un dialogue essentiel fondé sur l'accueil d'un patient et l'agir des professionnels à son égard. Au-delà d'une réflexion opératoire destinée à caractériser des techniques propres à la posture soignante, penser le soin psychique ouvre dès lors à une considération du lien qui fonde la relation thérapeutique. Dans la mesure où le soin psychique n'est pas quantifiable ni réductible à une seule posture professionnelle engageant le soignant, l'intérêt de valoriser l'existence d'un savoir exprimable et penser le soin psychique en référence à l'expérience qu'il constitue peut devenir une force. Ainsi, le risque de réduire le soin psychique à une focalisation sur la vulnérabilité du patient évolue-t-il vers l'expérimentation d'une situation de soin avec le soignant.

Ordinairement développé sous l'égide d'une intersubjectivité propre à la relation thérapeutique, le colloque singulier associant un soignant et un patient développe encore assez peu le lien spécifique pouvant potentiellement les rapprocher. En effet, si la cohabitation entre une équipe soignante et un patient dans un lieu de soin fait l'objet d'une réflexion approfondie (en particulier sous l'égide de la psychothérapie institutionnelle), considérer que les uns et les

[3] Nous nous référons ici à l'étymologie du mot « soin » dont le sens est équivoque puisqu'il possède deux racines distinctes: l'une, *songne*, renvoie à la notion de besoin, l'autre, *soign*, au souci.
La préoccupation d'une équipe soignante vis-à-vis des besoins du patient est donc essentielle et renvoie à une pratique soignante destinée à répondre à sa singularité. Dans cette perspective, une pensée éthique du soin psychique fait référence à une disposition essentielle au questionnement et à une considération de la situation de soin comme événement ouvrant potentiellement à la dimension d'altérité.

autres puissent partager un moment de rencontre autour d'une situation de soin apparaît encore comme un principe impalpable. En effet, si la tendance actuelle est celle de réduire le soin à un acte et ainsi évincer l'événement qu'il peut possiblement constituer, ce que le soignant et le patient sont susceptibles d'expérimenter ensemble autour d'une situation de soin demeure peu exploré aujourd'hui.

Les raisons sont multiples, mais retenons en particulier la difficulté à formaliser une pratique et à décrire l'avènement de ce lien et sa valeur dans la démarche thérapeutique. Au-delà d'une vision réductrice qui a tendance à définir ce lien autour d'une symptomatologie à laquelle l'acte thérapeutique vient à répondre, il s'agit donc de faire valoir la rencontre de l'un avec l'autre comme un élan de vitalité propre au soin psychique.

Là où un patient se distingue d'abord par sa position de fragilité lorsqu'il se présente pour la première fois dans un lieu de soin, cette pensée du soin psychique est animée par une manière de considérer son mode d'existence singulier et sa propension à faire humanité avec le soignant : la dimension classique d'un soin à ajuster en fonction de la singularité de chaque patient serait aussi celle d'un soin partagé avec le professionnel.

Dans cette perspective, en considérant l'avènement d'un lien thérapeutique comme un enjeu essentiel, les conditions propres à son expérimentation supposent d'accorder de l'importance au temps du soin et à l'espace dans lequel il se déploie. En tenant compte de cet élément, une pensée faisant de l'être du soin un soin de l'être (centré autour de l'accueil et de l'accompagnement d'une manière singulière d'exister) peut dès lors advenir et participer à l'émergence d'une considération à la fois clinique et philosophique du soin[4].

En référence à une dimension éthique de la relation de soin, ce croisement entre différents paradigmes apparaît en effet comme essentiel dans la mesure où il existe un pluralisme de pratiques et de valeurs soignantes. Ainsi, présumer d'un rapprochement possible entre le soignant et le patient sans pour autant considérer les enjeux philosophiques que sont notamment la liberté, l'autonomie ou la responsabilité s'avère contestable. Dans ce sens, envisager une éthique soignante comme une manière de penser un lien thérapeutique qui nous humanise en faisant du soignant et du patient des êtres susceptibles de s'humaniser mutuellement demeurera une considération centrale dans nos propos.

[4] Dans la manière d'associer une pratique soignante au domaine de la philosophie comme voie de questionnement, c'est donc croiser différentes lectures destinées à enrichir une pensée du soin psychique.

En lien avec une lecture phénoménologique destinée à rapprocher une situation de soin de l'événement qu'elle constitue, nous associerons la situation de soin à un phénomène et chercherons à comprendre comment il peut être investi par le soignant et le patient. À partir de moments de soin tels qu'ils surviennent au quotidien, c'est donc assortir l'agir soignant à une manière de l'expérimenter avec le patient. En écho à une dimension d'altérité, il s'agit de s'interroger sur la perspective qui serait celle d'éprouver ensemble une situation de soin et ainsi voir évoluer un mode d'existence fragile.

Profondément ancrée dans une pratique du soin psychique auprès d'adolescents accueillis en pédopsychiatrie, cette pensée du soin qui rapproche la clinique d'une dimension philosophique s'organise autour d'un questionnement et d'une formation universitaire en éthique dans lesquels nous nous sommes investis ces dernières années et qui ont contribué de façon essentielle à l'élaboration de cette recherche.

En référence à l'accompagnement d'adolescents en Hôpital de Jour ou en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, l'émergence d'interrogations relatives à la dimension éthique d'une pratique soignante s'est en effet précisée et a participé à notre mobilisation autour de questions en lien avec une posture éthique du soignant et sa manière de se confronter à des choix pour lesquels les valeurs du patient et de sa famille peuvent différer des siennes.

Dans ce sens, en considérant qu'une pensée éthique du soin s'exerce autour d'une dialectique associant un singulier et un pluriel (autrement dit une subjectivité et une altérité), il s'agit donc de la rattacher à une manière de vivre ensemble une situation de soin et de la dire là où le symptôme renvoie souvent à une béance de la pensée qui semble d'autant plus exclure celui qui souffre. Autour d'un quotidien, c'est donc entrevoir ce qui fait tenir le soignant et le patient dans un être-ensemble. C'est considérer le potentiel d'une expérience thérapeutique et mettre en valeur ce qui peut potentiellement survenir entre l'un et l'autre.

Si, de manière consensuelle, cette pensée du soin se conjugue toujours avec une recherche de sens, il arrive qu'une situation de soin nous précipite vers ce qui apparaît comme un non-sens. En révélant la fragilité d'un rapprochement voir son impossibilité, nous nous confrontons parfois à ce qui paraît ne plus avoir de sens. L'évidence liée à l'avènement d'un lien thérapeutique entre le soignant et le patient se heurte alors à des limites propres à la pratique thérapeutique.

C'est précisément cette perspective qui retient aujourd'hui notre attention et renvoie au contexte spécifique de notre recherche : à partir de notre pratique soignante auprès

d'adolescents, il s'agit d'associer une pensée du soin à celles et ceux qui, à travers leurs actes ou leurs comportements, participent sans cesse à la renouveler. Ainsi, en Hôpital de Jour ou en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, les équipes soignantes sont-elles particulièrement attentives à cette dimension.

Dans la mesure où la fonction thérapeutique consiste à repérer et à soutenir une parole, les professionnels cherchent toujours à rétablir une continuité de l'existence et des liens. Temporairement ou durablement fragilisé par une réalité psychique tourmentée, l'adolescent accueilli se distingue en effet par une souffrance psychique qui se manifeste à travers une symptomatologie bruyante ou apathique fragilisant l'apparition d'un lien thérapeutique. Si ses modes d'expressions sont variables et s'inscrivent dans une histoire de vie singulière, ce tableau clinique s'esquisse autour de la configuration suivante : l'adolescent a généralement une quinzaine d'années et présente une sémiologie diverse (troubles sévères du comportement, troubles de la personnalité, conduites à risque, déscolarisation, passages à l'acte hétéro ou auto agressifs…) exigeant une réponse considérée comme adéquate tenant compte d'éléments à la fois personnels, familiaux et sociaux inhérents à son évolution. Dans ce contexte, c'est bien la souffrance d'un adolescent et ses répercussions sur son environnement qui dictent les modalités d'accueil et d'accompagnement des professionnels.

S'il existe des constantes qui encadrent les pratiques soignantes et renvoient à l'existence de valeurs communes telles que le respect de la singularité de chaque patient et l'adaptabilité de son mode d'accompagnement, chaque professionnel est amené à s'interroger sur ce qui constitue les fondements d'une pensée du soin psychique en pédopsychiatrie et son déploiement dans le quotidien d'une institution. À l'arrivée d'un adolescent dans un lieu de soin, une attention particulière est accordée à son monde interne et ses modes d'expression dans un contexte d'altérité.

En référence à un cadre institutionnel permettant une offre de soin élargie en lien avec une hétérogénéité des soignants, une part essentielle de la fonction thérapeutique réside dans le fait de proposer à l'adolescent un cadre suffisamment contenant et sécurisant qui lui permet de se repérer dans son histoire, d'évoquer la crise qu'il traverse, la contextualiser et lui donner du sens. Il s'agit en effet de le soutenir dans une forme d'élaboration autour de son vécu psychique là où les actes pouvaient jusqu'ici être prédominants.

Ceci est complexe et, bien qu'il existe des invariants qui encadrent les pratiques soignantes et renvoient à l'existence d'un éthos professionnel centré sur des valeurs communes aux soignants, « la rencontre avec un adolescent met toujours l'adulte en situation de surprise,

sinon en étrangeté[5] ». Si l'importance de ce moment se doit d'être valorisée dans le discours des professionnels, les situations de soin sont en effet plurielles, faites d'interrogations comme d'incertitudes. Parfois, une forme d'étrangeté perdure, le soignant et un adolescent se rapprochent comme s'éloignent, se confrontant alors au risque d'une déferlante susceptible de menacer ce fragile équilibre.

La non-demande de soin d'un adolescent en souffrance psychique

Alors que le désir de l'adolescent constitue un préalable à la démarche thérapeutique, il arrive que, dans un contexte où la recherche de satisfactions immédiates et la propension à l'agir deviennent prédominantes, un adolescent s'oppose à toute forme de lien qu'est susceptible d'incarner la présence soignante : manifestes ou silencieux, exprimés ou perceptibles, les mouvements d'opposition sont alors nombreux. La parole se heurte ici à ses propres limites, l'agir prévalant sur toute forme de verbalisation. Le lien thérapeutique que l'équipe soignante cherche à construire avec un adolescent et qui fait référence à une pensée du soin devient alors difficilement envisageable.

Dans ce sens, les professionnels exerçant en pédopsychiatrie sont, depuis une quinzaine d'années, de plus en plus souvent confrontés à la non-demande de soin, laquelle vient interroger l'être même du soin psychique et ses prérogatives. En effet, si un adolescent accueilli en pédopsychiatrie se distingue souvent par un parcours de vie émaillé de ruptures l'ayant fragilisé dès les prémices de sa construction psychique, il peut ne pas faire de demande, se mettant alors en position de ne rien recevoir et donc de ne rien devoir à l'autre. Accédant tardivement au soin et se soustrayant ainsi à toute tentative d'élaboration, son dire en apparence suspendu déconcerte. En bousculant l'ordre communément établi autour d'un soin psychique, la non-demande soulève une intrication existant entre le réel, l'imaginaire et le symbolique et interroge la possibilité même de l'avènement d'un lien thérapeutique. À même de constituer l'objet d'un questionnement éthique spécifique, cette situation renvoie à la genèse de ce projet de recherche.

[5] Cadoret M. *Le paradigme adolescent*. Paris : Dunod; 2003. p.1.

Si depuis ces dix dernières années la non-demande[6] est fréquemment interrogée à travers des données à la fois épidémiologiques et cliniques, ces recherches soulignent l'existence d'une psychopathologie du lien venant, en quelque sorte, décontenancer le soignant qui fonde sa pratique sur une demande de soin à laquelle il répond.

Souvent marquée par un vécu abandonnique associé à un sentiment d'insécurité intérieure paralysant sa pensée et rendant sa demande paradoxale, la position dans laquelle se distingue un adolescent qui n'exprime pas de demande nous invite non plus seulement à penser le soin psychique, mais à le repenser autour de la nécessité de problématiser autrement la dimension d'altérité à l'égard d'un adolescent en souffrance psychique.

Dans cette perspective, si l'un des enjeux essentiels est celui de permettre à un adolescent qui se réfugie d'abord dans un silence ou des passages à l'acte bruyants d'avoir la possibilité de s'exprimer par le biais d'un langage qui lui est propre pour ensuite devenir une parole qui potentiellement s'énonce avec le soignant, cette démarche renvoie à un dialogue essentiel portant sur le sens du soin et sa dimension éthique. Là où le souci de l'autre demeure le leitmotiv d'une telle considération, la vulnérabilité à l'autre[7] à laquelle renvoie la non-demande d'un adolescent préoccupe d'autant plus les soignants qu'ils cherchent toujours à adapter l'offre thérapeutique.

En référence à une souffrance psychique, les professionnels qui exercent en pédopsychiatrie sont donc particulièrement sensibles à ce qui fait voie d'altérité à travers l'acte thérapeutique et la manière dont un adolescent peut ou non investir le lien à l'autre. Motif d'une mobilisation soignante, c'est bien la fragilité d'un patient qui renvoie à l'importance de l'accompagner dans cette période d'existence. À partir de la souffrance psychique d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande, il s'agit de s'interroger sur ce qui a valeur d'appel pour ensuite l'accompagner dans sa capacité à transformer cet appel en adresse.

L'attitude substitutive du soignant

Dans le lien qu'il tente d'établir avec un adolescent qui se maintient momentanément ou durablement à distance, le professionnel est régulièrement pris dans une demande multiple

[6] Botbol M. *Accès aux soins et non demande en psychiatrie de l'adolescent*. Nervure. 2000 Jan;13(1) :14-17.
Les travaux de Michel Botbol sont, à ce sujet, explicites, dans la mesure où ils traitent de la question de la non-demande à l'adolescence et révèlent l'importance de considérer la fragilité d'un adolescent qui renvoie à une forme de psychopathologie du lien.

[7] Cette vulnérabilité à l'autre renvoie à une forme d'aporie liée au fait d'être en demande envers celui/ceux dont un adolescent tente de se détacher.

(incarnée par l'entourage ou les partenaires du soin) avec une difficulté à entendre la parole du patient. Une propension du professionnel à se substituer à lui est alors palpable.

En adoptant une attitude qui consiste à présupposer de sa demande de soin, la fonction soignante peut s'apparenter à un rôle facilitateur lui permettant d'exprimer ce qu'il est et ce qu'il souhaite devenir pour lui-même. Dans la perspective où le soin psychique s'organise avant tout autour du colloque singulier réunissant un soignant et un patient autour d'une même humanité, les silences sont souvent suppléés par des paroles : interpellé par l'expression d'une vulnérabilité telle qu'elle apparaît lorsqu'un adolescent se présente pour la première fois dans un lieu de soin, ce que nous rapprochons d'une attitude de substitution du soignant est pour le moins discutable. En effet, en prenant soin de celui qui se met en situation de ne rien demander, le professionnel se confronte inéluctablement à un paradoxe, celui de le réduire à sa capacité à élaborer une demande en prenant le risque qu'il se définisse par cette seule prérogative qui est celle d'adresser une demande à laquelle l'équipe soignante viendrait répondre.

Équivoque, la substitution suppose à la fois des limites comme des perspectives et renvoie à une expérience particulière de la situation de soin telle qu'elle peut être vécue par le soignant et un adolescent. Si en se substituant à lui, le professionnel devance ce qui, au départ, semble tu ou masqué par un agir, l'intérêt d'interroger ce concept[8] et d'en faire le thème central de notre recherche apparaît avec acuité.

Dans la mesure où l'attitude substitutive du soignant équivaut à présupposer de la demande d'un adolescent dont la position de vulnérabilité viendrait, en quelque sorte, justifier son action, la substitution renvoie à un questionnement éthique essentiel associé à une pensée du soin psychique tel que nous l'avons introduit précédemment. En mettant en évidence des enjeux majeurs en lien avec les fondements mêmes d'une pratique soignante, l'attitude de substitution du soignant interpelle. D'allure complexe, le questionnement relatif à la propension du soignant à se substituer à un adolescent qui se maintient momentanément ou durablement à distance par sa non-demande sous-tend des contradictions dans la pratique soignante, le professionnel oscillant alors entre un mouvement d'objectivation (qui

[8] En référence à l'étymologie de substitution, *substitutio*, ce terme renvoie d'abord à l'action de mettre à la place de, remplacer. Dans ce sens, la position de vulnérabilité à l'autre qu'incarne un adolescent renvoie à la nécessité de s'interroger sur le fait de se substituer à lui en présupposant de sa demande de soin.

consisterait à réduire un adolescent à sa symptomatologie) et de subjectivation (qui renverrait à une prévalence de sa subjectivité).
Si, de toute évidence, le concept de substitution renvoie à des attitudes différentes voir opposées chez le soignant (notamment autour du risque qui est celui d'aliéner un adolescent à l'expression de sa demande de soin au profit d'une responsabilité soignante à son égard), la possibilité de l'interroger sous l'angle d'une éthique de la relation de soin s'avère manquante dans la pratique soignante alors même qu'il renvoie à une attitude courante de la part des professionnels exerçant auprès de patients qui n'expriment pas de demande à leur égard.

Là où la littérature relative à la pédopsychiatrie est abondante et participe à l'élaboration d'une analyse des pratiques, celle en lien avec la thématique de la substitution se réfère exclusivement à un courant philosophique contemporain (essentiellement représenté par la pensée de Levinas qui considère la substitution à travers un être-pour-l'autre) dont l'intérêt est de faire de la question éthique non plus seulement une finalité, mais bien un enjeu de co-construction entre les individus.
Dans cette perspective, en tenant compte de cette voie ouverte sur la question de la substitution, il s'agit dans le présent propos de l'associer à notre sensibilité pour une pratique éthique de la fonction soignante qui se déploie autour d'une clinique adolescente et d'une analyse psychodynamique de la non-demande.
Si les soignants évoquent régulièrement la question de la demande, la spécificité de la clinique adolescente fait de son expression un enjeu essentiel. À partir de notre pratique, en observant les mouvements ambivalents qui définissent un adolescent en souffrance psychique, nous nous sommes rendu compte que les attitudes et les réponses d'une équipe soignante convergent souvent vers le fait de présupposer de cette demande en adoptant une attitude substitutive.

En nous rappelant à la situation d'une adolescente pour qui le fait d'adresser une demande de soin aux professionnels la mettait chaque fois en difficulté en creusant encore un peu plus ce qu'elle vivait comme une incapacité[9], nous nous sommes demandé dans quelle mesure la

[9] A ce propos, nous nous rappelons les mots qui étaient les siens et que nous avons choisi de mettre en valeur initialement : *« Je peux rien dire. J'ai rien à dire. Je demande rien. Laissez-moi tranquille, c'est tout ».*

prévalence accordée à l'expression d'une demande subjective est de nature à réinterroger les fondements mêmes du soin psychique. En effet, là où un adolescent se met à distance d'un lien thérapeutique potentiel, le souci à son égard renvoie à une attitude soignante qui consiste à anticiper sa demande, ce qui bouscule la considération même d'une dimension éthique de la relation de soin où le souci de l'autre et le respect de sa singularité figurent comme un leitmotiv.

Dans ce sens, en souhaitant faire de la substitution une nouvelle dimension d'échanges entre les professionnels qui accompagnent au quotidien des adolescents, notre recherche a pour objet de mettre en valeur la spécificité de ce sujet, mais aussi sa transversalité là où une pensée du soin psychique accorde à la constitution d'un lien thérapeutique une place prépondérante.

Dans la mesure où notre propos est d'interroger la substitution au regard d'une pratique en pédopsychiatrie, valoriser ce concept suppose de se confronter à une limite inéluctable qui serait celle de le réduire à un effet de rhétorique que les équipes soignantes et plus largement les professionnels qui accompagnent au quotidien des adolescents approuvent ou désapprouvent. En tenant compte de ce risque, c'est mettre en évidence la richesse des points de vue autour de la substitution et ainsi valoriser ses multiples points d'ancrage.

S'il s'agit, en quelque sorte, de reconsidérer une pensée du soin psychique à travers cette réflexion, l'attitude de substitution du soignant engage ainsi à un questionnement sur les conditions propres à son déploiement. Là où les équipes soignantes s'appuient communément sur le présupposé selon lequel il faudrait donner du sens à leurs pratiques, se confronter à cette analyse de la substitution participe à un renouvellement possible de leurs modes de pensée.

Dans la manière de lier le concept de substitution à son expérimentation dans un lieu de soin, nous constatons l'intérêt d'associer différentes approches.

Alors que les professionnels sont toujours soucieux d'accompagner un adolescent dans l'élaboration et l'expression d'un vécu psychique singulier, l'appui que constitue une pluralité

de lectures (telles que la psychanalyse, la clinique psychopathologique ou la phénoménologie[10]) s'avère capital.

Dans un contexte où aucune demande n'est exprimée à l'égard du professionnel et réduit d'autant plus la perspective qui est celle de se dire autour d'un mode d'existence singulier, notre souhait est d'interroger la substitution comme un leitmotiv dans l'accueil et l'accompagnement d'un adolescent en grande souffrance psychique. Bien qu'émergeant, ce concept sous-tend en effet l'opportunité de réfléchir aux fondements mêmes de la pratique soignante par le biais de notions essentielles telles que le Soi[11], l'autre et le nous révélant la configuration avant tout relationnelle du soin psychique. En référence à ce qui constitue d'abord une attitude de la part du professionnel qui vient suppléer la non-demande de soin, c'est donc considérer son implication à travers un tel mode de présence pour ensuite s'ouvrir à la richesse d'une interaction avec un adolescent.

Alors que ce dernier peut se distinguer par un mode d'existence fragile et un rapport au monde partagé ambivalent, la perspective qui est celle de se substituer à lui renvoie dès lors à un foyer problématique susceptible d'opposer une subjectivité adolescente à une altérité soignante : si, à l'instar de la non-demande, le soignant est sensible à l'expérience que constitue possiblement une situation de soin, la substitution est de nature à interroger la valeur du signe émis par un adolescent pour potentiellement faire sens autour d'une parole partagée avec le soignant.

Dans la mesure où une pensée du soin psychique valorise un rapprochement entre les uns et les autres amenés à expérimenter ensemble une situation de soin, la substitution a tendance à bousculer ce qui demeure être une perspective en renvoyant d'abord à un agir soignant. En effet, dans une manière d'articuler une approche clinique à une démarche phénoménologique, sa non-demande (qui apparaît d'abord comme un non-sens) à laquelle le soignant a tendance à se substituer nous interpelle d'autant plus : dans l'horizon qu'ouvre une considération de la pratique soignante, l'attitude de substitution du professionnel suppose un état de tension relatif à la défense de la singularité d'un adolescent.

---

[10] Les voies de questionnements qu'offrent la psychanalyse, la clinique psychopathologique et la phénoménologie s'avéreront complémentaires au fur et à mesure de nos propos dans la mesure où elles entrent en résonance et viennent enrichir une pensée du soin psychique.
Là où la psychanalyse et la clinique psychopathologique s'interrogent sur le vécu psychique d'un adolescent et le relie à une histoire subjective, l'approche phénoménologique inspirée par Husserl comme donation de sens consiste, dans le contexte spécifique de la non-demande, à comprendre comment un adolescent investit singulièrement une situation de soin et le sens qu'il donne à cette expérience.
Nous avons choisi de privilégier ces approches en lien avec les différents courants de pensées susceptibles de mobiliser les professionnels dans les institutions soignantes telles qu'elles existent aujourd'hui.

[11] Tout au long de cette recherche, nous emploierons le Soi comme ce qui désigne l'identité première et entière du sujet.

Là où son dire semble réduit à la seule expression de sa souffrance, l'attitude qui consiste à supplanter la non-demande de celui qui demeure fragile se heurte à la valorisation de sa subjectivation et de son besoin d'autonomie. Si la visée éthique largement partagée par les soignants consiste à soutenir un adolescent dans l'expression de sa singularité et de ses capacités, ce qui se rapproche d'une attitude de suppléance viendrait alors réduire voir même rendre caduque cette perspective.

Pour autant, en associant la fonction soignante à une tentative de reliance là où la souffrance psychique d'un sujet révèle l'existence d'une faille de l'altérité, la substitution peut aussi renvoyer à une attitude transversale où l'agir soignant serait destiné à faire d'une situation de soin un espace de rencontre à travers lequel un adolescent est susceptible d'évoluer et d'expérimenter ce qu'il souhaite devenir pour lui-même avec l'Autre.

Au regard de cette dualité, notre réflexion se propose de réinterroger ces représentations communes en introduisant une forme d'intelligibilité de l'expérience thérapeutique : ainsi, le paradoxe entre les points de vue ainsi amenés suppose-t-il une nécessaire confrontation entre plusieurs thèses relatives à la substitution.

Les thèses en présence

Dans une situation de soin, si le souci de l'autre demeure une condition à l'établissement et à la mise en œuvre d'une relation thérapeutique, la substitution ouvre dès lors à un questionnement essentiel en lien avec une éthique du soin psychique.

Là où une considération singulière de l'adolescent prévaut, de la substitution, au contraire, semble toujours planer l'ombre d'une aliénation, la valorisation de la subjectivation de l'adolescent et de sa capacité à élaborer sa propre demande venant ainsi se heurter à l'attitude de substitution du soignant.

Si la culture pédopsychiatrique se fonde sur l'accompagnement d'un sujet en devenir, il s'agit, dans cette recherche, de valoriser une pensée du soin psychique en confrontant le concept de substitution à d'autres dimensions qui lui sont classiquement dévolues. Ainsi, en la rapprochant d'un agir transversal destiné à faire émerger les conditions rendant possibles une situation de soin (là où la non-demande viendrait la mettre à distance ou tenter de l'annuler), la substitution peut devenir le corollaire d'une ouverture pour un adolescent en situation d'expérimenter de manière autonome une altérité qui, jusqu'ici, renvoyait à une forme de fragilisation. Si un questionnement initial est destiné à soumettre le concept de substitution à

une dimension éthique de la relation de soin, considérer cette attitude à travers sa potentialité (en lien avec un mode de présence et l'avènement d'une parole de l'adolescent) inaugure en effet d'un autre principe possible lié à une nouvelle valeur en présence, celle de la créativité. Alors que le soignant se substitue au fait qu'aucune demande ne soit exprimée à son égard, il est en situation de créer un espace de rencontre permettant l'avènement d'un lien. En parallèle, un adolescent, à partir de l'attitude de substitution du soignant peut lui aussi expérimenter sa propre créativité en investissant de manière singulière l'espace et le temps du soin, à son rythme et selon ses valeurs.

Dans la mesure où la substitution se déploierait possiblement autour d'une rencontre destinée à rapprocher le soignant d'un adolescent qui, jusqu'ici, demeure à distance, il s'agit de se questionner sur cet espace d'émergence dont la perspective est celle de devenir un lieu de rencontre autour d'une co-créativité susceptible de les transformer. C'est donc valoriser une problématisation éthique de la substitution comme une nouvelle modalité d'altérité.

Alors que la non-demande renvoie à une force abyssale susceptible de faire tanguer les modalités mêmes du soin psychique, c'est associer la substitution non plus seulement à une forme d'aliénation ou d'agir unilatéral, mais à un espace de rencontre. C'est donc construire notre réflexion autour d'une question essentielle qui nous mobilisera tout au long de cette recherche :

Dans quelle mesure l'espace de rencontre auquel ouvre potentiellement l'attitude de substitution du soignant participe-t-il à l'avènement d'une co-créativité oeuvrant pour la constitution d'un nouvel horizon d'existence avec un adolescent en souffrance psychique ?

En considérant cette question, notre recherche a donc pour objet d'interroger ce qui peut faire rencontre et participer à l'avènement d'une co-créativité comme mode créatif de relation (le soignant et un adolescent pouvant potentiellement se rapprocher autour d'une manière d'expérimenter une situation de soin et créer ensemble une nouvelle modalité d'interrelation). À partir de la substitution et autour de ce que nous conceptualiserons comme son corollaire, la co-créativité, c'est tenter de comprendre comment chacun peut être présent et interroger la possibilité qu'ils trouvent l'un avec l'autre des nouvelles directions de sens. Dans le contexte spécifique de la non-demande, c'est, dans une perspective éthique du soin psychique, écouter ce qu'un adolescent peut dire de son propre mode d'existence et de sa capacité à investir une

situation de soin avec le soignant. Loin de réduire l'autre au même, il s'agit de considérer l'attitude de substitution à travers le prisme de la rencontre comme un événement permettant l'appropriation et la réalisation d'un soi avec l'autre.

Au regard de la position d'extrême vulnérabilité d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande, la question de l'autre telle qu'elle s'étaye d'abord autour d'un Soi soignant substitutif invite à cette réflexion. Alors qu'un adolescent se maintient à distance, l'enjeu majeur sera en effet celui de mesurer ce que peut venir signifier l'émergence de ce lien avec le soignant pour possiblement se projeter ensemble.

Si ce cheminement réflexif suppose un déploiement de la substitution dans l'espace-temps d'un lieu de soin, en faire un objet d'exploration et de discussion implique de mettre en évidence les différentes représentations auxquelles elle renvoie. Dans ce sens, là où la non-demande représente potentiellement un non-sens et renvoie à une difficulté à prendre soin de celui qui se réfugie dans un silence ou un agir bruyant, la substitution peut être considérée comme la voie ouverte d'une créativité autour de l'offre de soin. À l'égard d'un adolescent qui ne parvient pas à investir un lieu de soin, les lacunes propres au déploiement d'un dispositif thérapeutique classique figurent comme un autre enjeu essentiel à cette réflexion en venant conditionner l'attitude du soignant.

En cherchant avant tout à suppléer la difficulté d'un adolescent à élaborer une demande, la substitution se conjugue à une dimension relationnelle complexe dans laquelle la relation entre le soignant et le soigné peut être le corollaire de différentes hypothèses que nous explorerons successivement dans notre argumentaire : la substitution comme source d'aliénation en serait d'abord la thèse classique, la substitution comme mode d'hospitalité propice à l'appropriation d'un soi autonome viendrait ensuite s'y opposer et la substitution comme vecteur de rencontre autour d'une dimension co-créative pourrait alors devenir une nouvelle perspective.

Dans ce but, dans une première partie, nous soulignerons l'intérêt de se référer au contexte dans lequel est né un adolescent et la manière dont se sont conjuguées les premières interactions avec son environnement. Au regard d'une présence souvent fluctuante des premiers objets d'attachement, là où il semble dans l'incapacité d'élaborer quoique ce soit en direction de l'autre et se distingue alors par sa non-demande de soin, l'élaboration d'un adolescent en souffrance psychique s'avère en effet difficile.

Si l'importance de percevoir ce qui a valeur d'appel prime dans le discours soignant, la place accordée au sujet fonde alors la démarche thérapeutique. En considérant la position de vulnérabilité dans laquelle un adolescent se distingue à son arrivée dans un lieu de soin, le professionnel, dans son désir de soigner, a le souhait de soutenir celui qu'il considère comme fragile. Ainsi, lorsqu'il se confronte à la non-demande d'un adolescent, sa propension à agir à sa place et à se substituer à lui est manifeste.

Là où une prévalence de la subjectivité rassemble les équipes soignantes, les propos que nous avons recueillis auprès de différents professionnels accompagnant au quotidien des adolescents mettent en évidence une pratique questionnante en lien avec la substitution. En effet, l'attitude substitutive est avant tout considérée comme une forme d'emprise là où le professionnel annihilerait la singularité d'un adolescent.

Dans ce contexte, le soin psychique ressemble alors à un espace vide d'altérité, l'accompagnement se réduit à une prise en charge comme vecteur d'une déprise voir d'une annulation de toute forme de subjectivité : l'acte de se substituer devient l'apanage d'une domination du soignant sur un adolescent réduisant au contraire toute dimension éthique de la relation de soin à une consonance an-éthique.

La propension d'un adolescent à devenir l'objet d'une aliénation à travers une relation de domination incarnée par le soignant qui se substitue à lui apparaît donc avec acuité dans cette première partie de notre recherche.

En référence à l'expérience de l'altérité dont la première équivoque est celle d'une relation de maîtrise et de servitude, l'attitude soignante qui consiste à se substituer à un adolescent interroge donc d'autant plus qu'elle ouvre à une forme d'aliénation. Là où la logique du sujet reste prépondérante dans une pratique soignante, nous nous demanderons si la dialectique qui oppose la subjectivité à l'altérité et qui fait d'une forme de suspension téléologique du sujet un leitmotiv ne participe pas à réduire la substitution à sa composante aliénante alors que la question semble pourtant ailleurs : en effet, dans la mesure où la position de vulnérabilité de celui qui n'exprime pas de demande de soin convoque l'engagement du professionnel, le spectre de l'aliénation tel qu'il figure comme un enjeu essentiel ouvre à un nouveau questionnement en lien avec la fonction soignante.

Attentif à la particularité que représente le moment adolescent et à son potentiel de malléabilité, l'accueil d'un adolescent en souffrance psychique renvoie à la béance de la non-demande. Dans ce contexte, pour ne pas réduire un adolescent à l'expression d'une demande, nous verrons dans une seconde partie de notre recherche que le soignant cherche à initier un soin en agissant non plus seulement à sa place, mais bien pour lui. Au-delà d'une forme d'empathie comme modalité d'accès et de reconnaissance de l'autre, l'attitude substitutive peut ainsi devenir hospitalière en faisant de la responsabilité du soignant une autre composante de la substitution.

À travers une position qui consiste non pas seulement à assujettir l'autre en le réduisant à des caractéristiques, mais bien à le considérer à travers un mode singulier d'existence et un habité spécifique, cette inclination évolue nécessairement vers la considération d'une présence autrement qu'absente qu'un adolescent est susceptible d'incarner.

Prompt à déterminer l'engagement du soignant à faire de l'être du soin un soin de l'être, en référence à la non-demande comme expression à saisir, le soin psychique a alors valeur de résistance. Le soignant, par sa responsabilité à s'engager vis-à-vis d'un adolescent, incarne la possibilité d'insuffler une nouvelle force de vie là où tout semble sclérosé par la souffrance. S'il tient compte de la difficulté d'un adolescent à investir l'espace et le temps d'un lieu de soin, en se substituant à lui, le soignant fait de la pensée pour l'autre un leitmotiv.

Dans la mesure où une considération éthique apparaît comme déterminante dans l'avènement d'un soin psychique, ce qui caractérise une substantialité du sujet à travers l'attitude substitutive renvoie au défi essentiel qu'est l'appropriation de Soi dans l'altérité. Sujet premier de la responsabilité soignante, en pensant un adolescent capable de penser et en le plaçant au cœur de l'acte de soin, la substitution s'organise alors autour d'une éthique relationnelle : si celle-ci renvoie à une manière d'être pour l'autre pour ensuite entrer dans la possibilité d'être avec l'autre, la substitution comme vecteur d'autonomie apparaîtra, dans ce sens, comme un nouvel enjeu.

Alors que l'attention et la disponibilité du soignant demeurent les prérogatives d'une substitution responsable, il apparaît néanmoins que l'émergence d'une intersubjectivité peut parfois renvoyer à une forme d'unilatéralité soignante caractérisée par une forme de prévalence de l'acte soignant au profit de l'expression singulière d'un adolescent. Dans ce sens, nous nous demanderons donc si la substitution responsable ne représente pas là encore

le risque de faire d'une situation de soin une source d'aliénation, en écho à notre première hypothèse de recherche.
Face à la difficulté parfois durable d'un adolescent à investir le lien thérapeutique, la nécessité pour le soignant d'incarner une forme de créativité (laquelle donnerait une nouvelle perspective à l'agir responsable) qu'il pourrait partager avec lui de manière co-créative semble alors nécessaire.

En considérant que la recherche d'une réciprocité n'est plus seulement l'apanage d'une responsabilité soignante, il s'agira, dans cette dernière partie de notre recherche, d'interroger l'événement que constitue une situation de soin et la possibilité que l'un et l'autre puissent l'investir ensemble.
Dans la mesure où la réciprocité inhérente à une composante hospitalière de la substitution n'existe parfois que comme un idéal, la mobilisation du professionnel et plus généralement d'une équipe soignante se déploie autour d'une adaptabilité et d'une créativité permanente.
À partir d'une pensée renouvelée du soin psychique autour de la substitution, c'est désormais s'interroger sur la manière dont un adolescent peut, avec le soignant, investir un lien thérapeutique sans que celui-ci ne représente systématiquement un risque.
Autour du défi qu'il représente, il s'agit de se demander comment l'un peut valoriser avec l'autre cette expérience du soin psychique en faisant de l'expression d'un mode d'existence singulier le signifiant d'une parole qui pourrait être partagée.
Face à la difficulté d'un adolescent à expérimenter l'espace et le temps du soin de manière apaisée, faire du lieu de soin l'espace potentiel d'une expression créative devient une nouvelle direction de sens à explorer dans la manière de conjuguer le temps d'une existence jusqu'ici fragile en moments de rencontre avec le soignant. À cet effet, le professionnel introduit une linéarité et incarne une dynamique créative sous-tendue par l'importance d'une créativité institutionnelle.
Dans ce contexte, l'enjeu capital d'une appropriation de soi comme existence autonome tel qu'il est mis en valeur par une substitution responsable évolue vers celui d'une réalisation de Soi avec l'autre, autour de moments de rencontre avec le soignant.
En faisant de l'éthique du partage une voie différente destinée à mettre en valeur la capacité d'un adolescent à développer son potentiel d'autonomie, c'est, en quelque sorte, sa force à inventer des possibles autour de la situation de soin qui lui donnera de l'ampleur. Ainsi, dans le contexte d'une médiation thérapeutique, nous interrogerons le caractère créatif de la

substitution, le soignant allant vers un adolescent pour faire-œuvre avec lui et, possiblement, créer ensemble.

À partir de notre expérience clinique auprès d'adolescents et une manière de considérer la richesse d'une dimension éthique de la relation de soin, l'exploration à venir des différentes composantes de la substitution mobilisera nos propos.
Là où la non-demande renvoie à une forme de béance, il s'agit donc, dans cette recherche, de se demander dans quelle mesure l'œuvre d'une co-créativité autour de la substitution est susceptible de faire trace pour ensuite ouvrir à l'horizon d'un faire ensemble. Au-delà d'une réciprocité, c'est la richesse d'une mutualité qu'il faudra explorer.

PREMIÈRE PARTIE

UNE CRITIQUE ÉTHIQUE DE LA SUBSTITUTION ALIÉNANTE

DE LA NON-DEMANDE A L'ATTITUDE SUBSTITUTIVE

Chapitre 1. D'un appel à une adresse

Chapitre 2. D'un adolescent singulier au spectre de l'assujettissement

Chapitre 3. D'un acte de soin à sa composante aliénante

De nature à décontenancer les professionnels dont l'acte de soin répond à une demande de la part du patient, la position qu'incarne un adolescent en ne faisant pas de demande nécessite d'explorer sa dimension théorique qui s'appuie sur l'élaboration et la mise en œuvre du langage dès le début de la vie.

Si, dans la construction psychique d'un sujet, la demande se détermine à partir d'un besoin et se déploie autour d'un désir, nous verrons d'abord que le lien d'attachement qui se développe autour des premières figures parentales et environnementales peut venir fragiliser certains enfants qui, lorsqu'ils deviennent adolescents, se mettent en position de ne rien recevoir et donc de ne rien devoir aux soignants qu'ils sont amenés à rencontrer.

En tenant compte de ce qui fait la spécificité de la clinique adolescente en lien avec la position de vulnérabilité propre à cette période de vie, nous questionnerons alors la difficulté que peut connaître un adolescent à composer avec soi et avec l'autre dans un moment où sa souffrance psychique semble inhiber toute tentative d'élaboration.

À partir d'une juxtaposition entre le souci du soignant pour cet adolescent au souci de lui-même pour pouvoir soigner, nous interrogerons le concept de substitution. Dans un contexte où la valorisation de la subjectivation de l'adolescent et de sa capacité à élaborer sa propre demande demeurent des prérogatives, l'attitude de substitution qui consisterait à suppléer sa non-demande apparaît contradictoire. Alors que le soignant agit à la place d'un adolescent, si l'expérience de l'altérité se définit d'abord à partir d'une dialectique de maîtrise, nous soumettrons la substitution à sa composante avant tout aliénante.

Face au risque d'une forme d'hégémonie de la pensée réduisant un adolescent au même alors qu'il se distingue justement par sa singularité, nous nous demanderons comment, à partir de ce qui s'avère être une substitution aliénante, notre recherche est susceptible d'ouvrir à une autre voie faisant de la substitution non plus seulement une attitude an-éthique.
Là où la spécificité de la période adolescente suppose une diversité d'approches, nos propos emprunteront plusieurs chemins conceptuels issus de la psychanalyse et de la psychopathologie dont les résonances avec la philosophie se tisseront au fur et à mesure de nos interrogations. L'équivocité de ces ouvertures théoriques se mêlera à une approche pratique mettant en évidence la parole des professionnels en lien avec des observations cliniques variées.

Chapitre 1.
D'un appel à une adresse

Dans une perspective soignante, alors que le symptôme agit comme une force d'inertie et peut conduire un adolescent à ne plus rien demander, le temps suspendu auquel il renvoie est susceptible de devenir le vecteur d'une réflexion apportant aux professionnels des éléments de compréhension relatifs à cette non-demande. Ainsi, se référer à la vie psychique du bébé qu'il a été et à la réorganisation des traces de celle-ci à l'adolescence semble indispensable.
Au-delà d'une approche qui s'étoffe de la relation transférentielle et contre-transférentielle, il s'agit de mettre en lien la clinique du bébé avec celle de l'adolescent en interrogeant ses modes d'attachement et leur mise en oeuvre.

À partir d'une forme d'anthropologie de la demande qui se conjugue au besoin et au désir, nous mettrons en évidence la manière dont un appel est susceptible de constituer une adresse et comment cette dynamique peut être fragilisée au regard de la spécificité de la clinique adolescente.
De la demande à la non-demande de soin, notre réflexion privilégiera un « réseau de théories[12] » s'appuyant sur une conception de la nature humaine faisant du lien à l'autre un leitmotiv.

De la naissance d'un sujet à son évolution, nous verrons comment ses modes d'attachement participent à l'avènement d'une demande. Au regard de la spécificité de la clinique adolescente, nous nous intéresserons plus particulièrement à la manière d'accueillir la souffrance psychique en pédopsychiatrie pour tenter de comprendre quels peuvent être la valeur et le sens d'une non-demande pour un adolescent en situation de vulnérabilité.

[12] Lemay M. *Forces et souffrances psychiques de l'enfant. Le développement de l'enfant*. Tome 1. Toulouse : Erès; 2014. p.24.

1.1 Un triptyque : besoin, désir, demande

Alors que la majorité des travaux servant de points d'ancrage à la culture pédopsychiatrique fait état de processus généraux relatifs à l'évolution psychique de l'enfant et de l'adolescent, l'approche psychodynamique demeure prégnante dans le soin psychique. Elle s'appuie sur l'existence de représentations à la fois conscientes et inconscientes façonnant la singularité du sujet et son rapport à l'autre.

Si l'épistémologie freudienne se déploie autour de l'utilisation de concepts fondamentaux encore incontournables aujourd'hui, la considération d'une vie pulsionnelle, l'existence de résistances comme d'éléments refoulés sont autant de données sur lesquelles s'organise la pratique soignante en pédopsychiatrie. Quotidiennement repensées et réévaluées, leur examen présage de la qualité du lien thérapeutique et de sa nécessaire adaptabilité en fonction de la singularité de chaque patient accueilli.

De la même manière que Winnicott questionne l'existence d'une nature humaine à partir de l'observation du bébé et de ses interactions avec le monde environnant, il s'agit de s'intéresser à ce qu'il considère comme étant le berceau d'une humanité : l'expérience d'être est ainsi saisie dans son aspect relationnel, le bébé n'existant pas sans sa mère et, de manière plus générale, sans l'environnement dans lequel il naît puis grandit.
L'enfant « humain » surgit en effet dans l'interaction : « à partir d'une fusion primaire entre l'individu et l'environnement, quelque chose fuse, l'individu mettant en jeu ce qu'il veut et devenant capable d'exister dans un monde qui ne veut rien ; ensuite le self se renforce jusqu'à devenir une entité, et c'est la continuité de l'être, lieu où et d'où émerge l'unité du self, c'est-à-dire quelque chose qui est lié au corps et aux soins que l'on prodigue[13] ». Face à ce « monde qui ne veut rien », Winnicott souligne en effet l'importance de la figure maternelle, « seule partie de ce monde-environnement susceptible de s'intéresser à ce nouveau venu, de l'investir

[13] Winnicott D. (1988). *La nature humaine*. Paris : Gallimard; éd. 2014. p.18.

singulièrement en faisant montre d'une relative, mais réelle capacité de s'adapter à lui, juste assez pour lui donner le sentiment d'exister qui lui permettra de se sentir vivant et réel[14] ».

À partir d'une exploration des relations interpersonnelles où la figure maternelle est d'abord centrale puis facilite une ouverture au monde environnant, il s'agit de rapprocher la nature humaine d'un ensemble d'étapes du développement et d'y voir un moyen pour atteindre « ce sentiment d'être un[15] » à partir de l'autre. C'est penser la rencontre avec « l'intérieur du monde interne de l'enfant[16] » comme le nœud qui lie le bébé au monde. Vecteur d'existence, c'est faire de cet entrelacement un potentiel : le petit d'homme n'est (naît) au monde qu'en allant à sa rencontre. De sa dépendance s'entrevoit son autonomie et une façon singulière de créer à partir de ce qui l'entoure.

Ainsi amenée, notre analyse nous porte nécessairement vers un questionnement plus approfondi relatif à l'évolution du bébé en écho à celle de l'adolescent dont un des enjeux majeurs du soin est celui de l'accompagner dans son évolution psychique.
Des manifestations du tout-petit vis-à-vis de son entourage, d'un appel à l'adresse qu'il constitue, il s'agit en effet de s'interroger sur la manière dont un sujet se construit en associant ses besoins à un désir comme prémisse d'une demande.
Si la manière dont il a pu expérimenter ses premiers liens d'attachement demeure un gage pour la suite, nous verrons que, dans certaines situations, cette constitution a pu le fragiliser au point que l'expression d'une demande semble impossible.

[14] Villa F. « Avant que la pulsion sexuelle n'occupe la position centrale ». In : Braconnier A, Golse B, Dir. *Winnicott et la création humaine*. Toulouse : Erès; 2012. p.91.
[15] Winnicott D. *La nature humaine*. Op.cit. p.92.
[16] Ibid. p.98.

1.1.1 La naissance d'un sujet

Là où la nature humaine attribue au bébé un potentiel inné à une maturation physique et psychique, celle-ci s'appuie sur l'existence de soins maternels (et plus globalement de soins apportés par l'environnement) dont la permanence présage d'une évolution positive.
À partir d'interactions précoces qui se caractérisent par un enracinement corporel, temporel et spatial, le Moi infantile s'organise. D'abord envahi par un ensemble de sensations et de stimuli provenant à la fois de son monde interne et de l'environnement, le Moi précoce du bébé s'appuie sur celui de sa mère dont la fréquence et la qualité des réponses favorisent son intégration. Dans un état de totale dépendance, le petit d'homme multiplie les expériences instinctuelles : de leur écho favorable chez la mère qui vient satisfaire à cette expression pulsionnelle, le bébé fait en outre l'expérience d'une omnipotence propre à consolider sa subjectivité. Ce phénomène, qui se constitue à partir de regards, de gestes, de postures et de paroles, accorde à la relation d'altérité une place prépondérante dans le développement du sujet.

Dans quelle mesure un sujet naît-il au monde de manière singulière ?
Quelle est la place de son environnement dans cette évolution ?

Alors que Winnicott considère le jeu de la rencontre comme la prérogative de toute forme d'existence, il s'agit d'en mesurer la portée. En effet, c'est dans l'interrelation entre le bébé et sa mère que le sujet pourra passer d'un état de non-intégration primaire (caractérisé par une menace d'annihilation) à un état d'intégration (constitutif d'un Moi unifié). Cette évolution s'organise comme un processus où de la qualité du monde présenté à l'enfant va dépendre la manière dont il peut l'investir.

Par sa capacité à s'identifier à son enfant, à ses besoins physiologiques comme affectifs, la mère représente le premier référent relationnel pour le bébé. Durant les premiers mois qui suivent la naissance, la position maternelle présuppose d'une forme d'identification projective grâce à laquelle la mère est capable de percevoir et même d'anticiper les besoins de son enfant pour ainsi participer à sa structuration psychique.
Dans la mesure où le bébé est susceptible de ressentir une angoisse qui serait celle de « se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas percevoir la relation avec son corps et ne pas avoir

d'orientation[17] », les soins maternels apparaissent comme le seul rempart à cette angoisse. L'état spécifique d'une mère suffisamment bonne renvoie au fait qu'elle « s'adapte aux besoins de son bébé, de son enfant, tout au long de l'évolution progressive de sa personnalité et de son caractère[18] ». Elle s'organise autour d'une capacité d'empathie qui s'élabore au cours de la grossesse et s'amplifie après la naissance, la mère évoluant vers un état spécifique qu'est celui de la préoccupation maternelle primaire. En référence à une forme de sensibilité particulière qui la met en position de s'identifier aux besoins de son enfant avant même ses propres besoins, cet état quasi dissociatif sous-tend la suprématie des besoins du bébé à l'instar de ceux de sa mère qui les dirige alors sur lui.
La continuité des soins associée à la présence maternelle fait ici fonction d'objet psychique qui vient d'abord se substituer au Moi immature du bébé pour ensuite favoriser sa structuration. À partir de l'anticipation aux besoins de son enfant, la mère incarne une fonction phorique en lui prêtant attention de manière continue et permanente.

La manière dont Winnicott associe l'être à son aspect relationnel s'exprime par cette considération de l'attitude spécifique de la mère à l'égard de son bébé : en se montrant suffisamment bonne, il se construit d'abord sur cette fonction maternelle qui représente pour lui un sentiment continu d'existence là où l'angoisse pourrait représenter une béance.

Décrite à partir d'observations cliniques, cette fonction maternelle demeure essentielle dans les propos de Winnicott : au stade de l'identification primaire relative aux premiers mois de vie du bébé, elle constitue un support à l'édification du Moi infantile. Au moment des soins, le bébé se voit ainsi en reflet dans le visage maternel. Le rôle du miroir de la mère comme précurseur du stade du miroir constitue une étape fondamentale dans la construction psychique. Dans le visage de la mère, l'enfant s'y trouve d'abord lui-même.

Cette phase de perception aboutira ensuite à celle de la différenciation. Initiée par un mouvement de frustration (propre au fait que la mère ne réponde pas toujours et de façon systématique aux besoins de son enfant) elle permet d'introduire un nouveau rapport à la réalité. Ainsi, grâce à ces expériences durant lesquelles le bébé n'est pas toujours et complètement satisfait (en référence au passage de l'illusion à la désillusion qu'il peut expérimenter dans l'espace transitionnel), l'avènement d'un Moi capable d'accepter cette

[17] Lemay M. Op.cit. p.136.
[18] Winnicott D. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard; éd. 2002. p.200.

frustration fait sens. Dans la mesure où la dialectique qui s'organise entre les réponses suffisamment bonnes de la mère et les moments d'attentes du bébé permet le fait que « la constitution de l'enfant (puisse) commencer à se manifester, ses tendances au développement à se déployer[19] », ce surgissement d'une psyché subjective s'organise autour d'un « sentiment continu d'exister[20] » corrélé à la continuité des soins maternels.

En réponse à nos interrogations initiales, dans la pensée winnicottienne, la construction psychique du sujet est nécessairement corrélée à l'environnement et à ce qu'il peut assurer comme fonction de portage (*holding*) et de soin (*handling*) ainsi que dans sa manière de représenter un objet (*object-presenting*). Ces fonctions apparaissent comme un leitmotiv dans l'œuvre du psychanalyste.

D'abord caractérisé par les soins maternels et leur permanence dans le quotidien, le holding fait référence à la manière dont la mère est capable de porter son bébé et ainsi le protéger d'une faille archaïque toujours menaçante. C'est la période de corps à corps concomitant à la naissance du bébé, mais aussi à celle qui devient sa mère que nous exposons ici.
À partir de la préoccupation maternelle primaire, il s'agit de pourvoir aux besoins du bébé qui est quant à lui dans un état de dépendance absolue, comme suspendu à ce portage garant de son évolution. Dans la manière de satisfaire son enfant, sa mère adopte en effet une attitude d'ordre empathique signifiée par ses gestes et son comportement. Par une forme d'adaptation extrême, elle devient alors « capable de protéger la continuité d'existence de son nourrisson[21] » en venant d'abord suppléer ses fonctions corporelles qu'il pourra ensuite s'approprier pour évoluer vers une forme d'indépendance.
Dans la mesure où nous pouvons associer ce maintien (*holding*) au portage et à la manière de porter, cette fonction s'avère essentielle dans la phase d'indifférenciation puisqu'elle détermine le processus même de maturation psychique. Winnicott considère que le terme de « maintien (*holding*) est utilisé ici pour dénoter que l'on porte physiquement l'enfant, mais il désigne aussi tout ce que l'environnement lui fournit antérieurement au concept de vie commune[22] ».

[19] Winnicott D. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot; éd. 1992. p.289.
[20] Ibid.
[21] Winnicott D. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot; éd. 1989. p.47.
[22] Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Ibid. p.365.

En représentant d'abord une forme de protection pour le bébé aux prises avec des sensations physiologiques, ce qui peut demeurer une faculté maternelle favorise la création du lien autour d'une modalité sensorielle. Le bébé porté par les soins maternels, et plus largement par son environnement, devient peu à peu capable d'accéder à une forme de subjectivité au travers de différents processus. La relation fusionnelle symbolisée par un corps à corps entre la mère et son bébé devient en effet un levier dans la perspective qu'est l'intégration. Grâce à l'unité que représente l'entité maternelle, le petit d'homme se constitue lui aussi en tant que tel autour d'un Moi unifié. Alors qu'il se différencie progressivement de sa mère, le bébé fait siennes ces expériences relationnelles et se construit à partir d'elles.

La continuité et la permanence de cette fonction de maintien assurées par l'entourage du nourrisson au moment opportun sont décrites par Winnicott comme les fondations d'une bonne santé mentale. Corrélé à la fonction de maniement (*handling*) qui correspond à la manière dont le bébé est porté, le maintien (*holding*) en constitue les prémices. Alors qu'une forme de subjectivité commence à se construire, la dialectique entre le soma et la psyché se fait de plus en plus efficiente. L'omnipotence initiale laisse place à des épisodes de frustration, la dépendance n'est plus absolue, mais relative, laissant ainsi l'opportunité d'un développement du fonctionnement mental plus enclin à se confronter au principe de réalité.

La fonction de maniement (*handling*) est principalement développée à partir des rapports entre l'enfant et le monde extérieur lui offrant la possibilité d'expérimenter au quotidien les soins dont il est l'objet.
Participant là encore à l'évolution psychique de l'enfant, cette fonction s'accorde à la manière dont le monde lui sera présenté : ainsi, la mère partage sa part du monde avec son bébé pour que progressivement il s'en saisisse et s'autorise à aller à sa rencontre. Cela présage d'une édification des premières relations objectales à partir desquelles le bébé pourra jouir du monde. L'ensemble des phénomènes inhérents à la manière de présenter l'objet au nourrisson favorise en effet l'instauration d'un sentiment de sécurité interne qui lui permet de s'appuyer sur son environnement pour comprendre le monde et ainsi développer sa socialisation. Ceci s'avère être une étape essentielle de son développement en favorisant l'émergence d'un Moi qui se construit autour des expériences subjectives du bébé.

Ce que Winnicott considère comme étant une attitude maternelle et qui est relative à la manière d'introduire le monde, se déploie tout au long du cheminement de l'enfant. À la fois

gage et enjeu majeur de la construction psychique du sujet, cette fonction fait référence à l'expérience du lien interpersonnel. Là où le nourrisson exprime un certain nombre d'éprouvé (à travers un sourire, un regard ou un son par exemple), celui-ci vient signifier un lien avec son environnement et exprimer ainsi sa capacité à différencier sa subjectivité de celle d'autrui. Dans la mesure où il est soutenu et accompagné dans cette étape, le bébé se construit autour de processus de maturation qui s'enracinent dans la petite enfance et ce jusqu'à l'âge adulte.

Ainsi, s'il fait initialement l'expérience de l'omnipotence et qu'il a l'illusion de créer lui-même l'objet qui vient le satisfaire, le nourrisson se confronte ensuite à une forme de « désadaptation progressive de la mère[23] ». Alors qu'elle devient l'objet de pulsions agressives de la part du bébé, la capacité qu'a la mère à survivre à cette forme de destructivité est primordiale.
Dans un contexte où le bébé fait peu à peu l'expérience de la désillusion, la position maternelle détermine les capacités émergentes du nourrisson à créer l'espace et l'objet transitionnel : c'est la mise en œuvre de la capacité d'être seul, « l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif[24] ». Cette possibilité s'ancre ainsi dans le lien mère-enfant et, de manière plus large, avec l'entourage : le bébé ne peut expérimenter cette capacité d'être seul que s'il a pu se construire dans l'altérité.

Largement déployée dans la théorie psychanalytique, cette « expérience d'être seul, en tant que nourrisson et petit enfant, en présence de la mère[25] » est corrélée à l'existence des soins maternels et à leur continuité. Sans cette permanence, le bébé n'est pas en mesure de s'appuyer sur un sentiment continu d'exister suffisant et peut devenir l'objet d'angoisses archaïques massives susceptibles d'entraver sa construction psychique.
Si leurs manifestations sont au cœur des observations cliniques effectuées par une équipe soignante, elles soulèvent avant tout la question des relations entre le bébé et son environnement ainsi que leurs conséquences sur son développement. En effet, il s'agit avant tout d'interroger les besoins de l'enfant et les réponses qui lui sont faites depuis sa toute petite enfance.
Cette perspective nous amène à associer notre analyse relative à la construction psychique du sujet à la manière dont elle peut se déployer autour d'un lien d'attachement.

[23] Golse B. (1985). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Paris : Masson; éd.2001. p.86.
[24] Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Op.cit. p.325.
[25] Ibid. p.327.

1.1.2 La question de l'attachement

Si le monde interne du bébé se développe à partir des expériences relationnelles, la faculté de cet environnement à contenir et à faire éclore une forme de sécurité psychique et affective est essentielle.

La continuité de la fonction contenante représentée par les soins maternels joue un rôle primordial face aux angoisses archaïques et destructrices qui assaillent le nourrisson. En l'aidant à se rassembler, la permanence maternelle représente un lien suffisamment sécure pour que le tout-petit s'autorise à explorer le monde par lui-même. D'abord relié à sa mère sous le primat d'une identification adhésive, le bébé pourra ensuite évoluer et investir son entourage au moyen d'identifications projectives. La « fonction phorique[26] » qui relève de cette action de portage détermine les prémisses de cette évolution dans la mesure où elle renvoie à la qualité du lien d'attachement.

Qu'est-ce que le lien d'attachement et comment se conjugue-t-il ?
Dans quelle mesure présage-t-il d'une capacité du bébé à s'attacher à l'autre ?

Le concept d'attachement fait l'objet de nombreuses interrogations relatives à la qualité du lien mère-bébé et ses effets sur une séparation précoce. Là où son rôle précurseur dans le développement psychique et intellectuel de l'enfant est souligné, c'est, semble-t-il, pour mieux mettre en évidence l'importance de l'existence d'une relation qui lui permette de s'épanouir.

Si, comme développé précédemment, l'enfant « humain » surgit dans l'interaction, une lecture de la théorie de Bowlby relative à la question de l'attachement a l'intérêt d'interroger cette dynamique. À partir d'observations, le psychiatre met ainsi en évidence le comportement dépressif de certains nourrissons évoluant dans un contexte marqué par l'absence d'affectivité de la part de leur environnement. Dans la mesure où il constate le besoin primordial qu'a l'enfant de développer un lien d'attachement auprès d'une personne en particulier, Bowlby propose une théorie fondée sur le comportement instinctif : celle-ci « postule que le lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de

[26] Delion P. *Fonction phorique, holding et institution*. Paris : Erès; 2018.

systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant par rapport à sa mère[27] ».

Introduit à la suite des travaux de Winnicott, le concept d'attachement interroge d'abord le système comportemental. Le modèle d'attachement se fonde ainsi sur « des systèmes de comportement et de leur régulation, de l'information, de rétroaction négative et d'homéostasie à forme comportementale[28] ». Alors qu'il se construit en différentes étapes, le lien d'attachement débute réellement à partir de l'âge de six mois. Corrélé à « l'accroissement de l'éventail perceptuel de l'enfant et de sa capacité à comprendre les évènements du monde qui l'entoure[29] », le comportement d'attachement est un lien d'affection d'abord privilégié entre le bébé et la figure maternelle.

En proposant un modèle de développement de la personnalité qui se distingue de la théorie des pulsions faisant jusqu'ici principe en psychanalyse, Bowlby met en évidence le comportement instinctif de l'être humain qui, face à certaines situations, adopte une attitude similaire. S'il mêle l'apport de la psychiatrie à celui de l'éthologie et de la cybernétique, le psychiatre s'attache aux stratégies humaines qui permettent une meilleure adaptation à l'environnement. L'évolution de ces stratégies est un des éléments qui renseigne sur la maturation de la personnalité du sujet depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Face à un ensemble d'expériences, les réponses se font en effet de plus en plus précises, intégrant à la fois une perception sensorielle et une pensée symbolique.
La manière de considérer la propension du bébé à adopter des comportements instinctifs destinés à satisfaire ses besoins primaires intègre dorénavant le fait que ces attitudes soient adressées. Si le bébé agit d'abord de manière instinctive à partir de réflexes archaïques, la figure d'attachement devient ensuite centrale, le nourrisson recherchant sa proximité ainsi que son potentiel communicatif.

La notion d'attachement préconise la nécessité des liens entre la mère et son enfant. De nature à évoluer, la manifestation d'un besoin primaire se présume donc dans les interactions que le bébé a avec son environnement. Dans la mesure où une personne manifeste une sensibilité particulière aux besoins de l'enfant et en perçoit ses signaux, il se produit un ajustement dont

[27] Bowlby J. *Attachement et perte*. Volume 1. Paris : PUF; 1978. p.247.
[28] Ibid. p.38.
[29] Ibid. p.279.

la qualité est les prémices de l'instauration d'un lien d'attachement. La disponibilité de la figure d'attachement durant les premières étapes relatives à la construction psychique du bébé demeure fondamentale et participe à l'instauration d'une relation sécurisante pour lui.

Dans cette perspective, le concept d'attachement a plusieurs fonctions dont les principes évoluent au cours du développement affectif et intellectuel de l'enfant. Ainsi, l'attachement a d'abord une fonction de protection, indispensable à la survie du bébé et en réponse à ses besoins primaires. Vulnérable et dépendant, le petit d'homme n'est pas en mesure d'affronter seul les assauts corporels dont il est l'objet. Son besoin de satisfaire une activité pulsionnelle est permanent aussi s'appuie-t-il sur une figure environnementale capable de percevoir ces manifestations et lui répondre alors même que le bébé n'est pas encore en mesure de formuler une demande explicite. Là où il a une nécessité vitale de s'étayer sur un environnement suffisamment bon, il « présente de façon innée une capacité de se tourner activement vers son ou ses donneurs de soin (…) le nourrisson ressent un besoin social primaire de s'attacher à une personne de son entourage afin de se protéger[30] ».

Les comportements qui présupposent de cet attachement du bébé à sa mère sont variés et sont au centre des observations cliniques. Décrits sous la forme de cinq schèmes contribuant au comportement d'attachement, ce sont la succion, l'agrippement, le sourire, le babil et les cris : autrement dit, autant d'adresses que le bébé fait à son environnement favorisant la mise en œuvre d'une communication. Ainsi, autour d'un corps à corps fusionnel qui répond aux besoins primaires du nourrisson, un accueil et une contenance des réflexes archaïques se construisent au fil des mois qui suivent la naissance. Cela permet à l'enfant d'acquérir un sentiment de sécurité et de confiance indispensable à sa construction psychique et à l'avènement d'un Soi qui puisse s'appuyer sur l'autre.
À partir d'une identification à la figure d'attachement que le bébé croit d'abord être le prolongement de lui-même, il va pouvoir ensuite s'en détacher et se révéler capable de s'en différencier. La phase de dépendance absolue relative aux premiers temps des processus de maturation de la petite enfance évolue peu à peu vers un état d'indépendance.
Dans la mesure où le bébé vit initialement dans le temps et l'espace présent, il peut désormais profiter de la permanence et de la protection que représente la figure d'attachement. La représentation du Soi ou l'avènement d'un Soi subjectif est dès lors possible indépendamment

[30] Lemay M. Op.cit. p.121.

des liens à partir desquels il est apparu : autrement dit, un bébé pourrait, entre le septième et le neuvième mois, affirmer que « ce qui se passe dans ma tête peut être assez semblable à ce qui se passe dans la vôtre pour que nous puissions d'une façon ou d'une autre nous le communiquer (sans mot) et, en conséquence, faire l'expérience de l'intersubjectivité[31] ». L'expérience d'abord indifférenciée que partage le bébé avec sa mère évolue donc sous la forme d'un partage dans lequel l'un et l'autre pourront décoder un événement de manière distincte tout en s'identifiant à la manière dont il a été accueilli par l'autre.

Cette perspective introduit ensuite la seconde fonction relative au comportement d'attachement. Au-delà d'une forme de protection qu'il représente, l'attachement a, en effet, une fonction de socialisation dont le marqueur principal est la capacité qu'a le bébé à s'attacher à une personne privilégiée puis à d'autres modèles présents dans son environnement.
Le sentiment de sécurité inhérent au lien d'attachement lui permet en effet de s'adresser à un entourage capable de lui répondre et de représenter les protagonistes de relations interpersonnelles sur lesquelles le bébé pourra s'appuyer pour évoluer. Le rôle des proches gravitant autour du nourrisson est ainsi souligné, le donneur de soins pouvant être successivement représenté par un membre de la famille ou des personnes présentes dans les lieux de socialisation qu'il fréquente. De plus en plus sensible à la manière dont son entourage exprime des émotions, souffles de vitalité, le bébé s'y conforte : en effet, lors des soins maternels, les gestes s'accompagnent invariablement d'attitudes que le nourrisson introjecte au fur et à mesure qu'il les perçoit. Sa psyché s'organise ainsi autour d'une différenciation entre le dedans et le dehors, participant à la maturation du Moi et à sa construction psychique.

La fonction de socialisation propre au lien d'attachement s'appuie sur la permanence et la continuité de la figure maternelle. Par sa présence et l'adéquation de ses réponses aux besoins de son enfant, elle autorise le bébé à explorer son environnement et à s'identifier à d'autres figures possibles. Plus il fait face aux comportements de son entourage, plus le bébé développe une capacité à les percevoir. Il peut, en quelque sorte, anticiper ces attitudes et les considérer pour ainsi faire l'expérience d'être avec quelqu'un d'autre.

[31] Stern D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF; 1989. p.164.

Dans la même perspective que Winnicott, Bowlby considère le rôle du miroir comme fondamental dans la mise en œuvre de l'attachement. En effet, dans la mesure où ce que voit le nourrisson dans le regard maternel c'est lui-même, nous mesurons l'importance de ce phénomène là où son reflet n'est autre qu'un Moi vu par un autre que Soi. Cette composante, qui se caractérise par une forme de réciprocité, permet l'avènement d'une altérité dans laquelle le bébé existe à partir du regard que lui porte sa mère et réciproquement.
Dans un contexte de sécurité où les angoisses archaïques du bébé peuvent être exprimées, entendues et explorées, le rôle de miroir qu'exerce d'abord la première figure d'attachement peut ensuite s'élargir à l'environnement du bébé. L'observation des conduites sociales que le nourrisson induit par sa présence même est l'une des caractéristiques de la fonction de socialisation. L'attention portée au bébé, les mimiques ou les variations de la voix des personnes de son entourage sont autant de signes de cette sociabilité exprimés à travers les relations interpersonnelles que le nourrisson développe avec l'environnement.
Par une attention et une réceptivité croissante aux comportements des personnes qui prennent soin de lui, l'autre acquiert une place et un statut pour le petit d'homme. Par un partage d'expériences d'abord sensorielles et corporelles, l'altérité devient possible et évolue vers un partage de significations symboliques introduisant le bébé dans le monde du langage.

Dans la continuité de l'approche relationnelle qu'a induite Winnicott, le concept d'attachement a l'intérêt d'interroger les comportements instinctifs du bébé et leurs effets sur son environnement. Capable de rechercher la proximité de l'autre à partir de comportements variés, le bébé entre peu à peu dans une sphère communicationnelle dans laquelle il est en interaction avec son entourage l'invitant à partager un univers de sens propice à l'avènement de sa subjectivité.
Alors que la psyché maternelle vient d'abord traduire un ensemble de sensations corporelles ressenties par le bébé, la voix de cette première figure d'attachement, ses mouvements et son regard corrélés à des émotions sont autant de modes communicationnels qui préfigurent au sens que le nourrisson donnera au monde qui l'entoure. En constituant des messages (d'ordre verbal, gestuel ou émotif), ces modes de présence de l'objet apparaissent comme indispensables à l'avènement du sujet. Alors que le comportement d'attachement laisse entrevoir l'existence de signaux émis par le bébé en direction de son environnement, la capacité d'y répondre d'une manière suffisamment bonne et continue ouvre à la possibilité d'un langage qui s'instaure entre le bébé et les personnes prenant soin de lui.

L'ensemble de ces données vient à considérer qu'un bébé n'existe jamais seul, mais toujours dans le lien avec l'autre. En effet, de manière consubstantielle, dans la mesure où l'enfant est associé à « un sujet qui commence par exister et non par réagir, comme un être humain façonné dès et même avant sa conception par le langage[32] », sa propension à investir les interactions et à devenir le sujet d'une relation interpersonnelle apparaît comme un leitmotiv.

Notre questionnement relatif à la construction psychique du sujet et sa capacité à s'attacher rend ainsi incontournable la place des liens interpersonnels fondés sur la dialectique moi-autrui. La relation d'objet ainsi mise en valeur par cette approche représente autant de possibilités pour l'enfant d'évoluer et de faire valoir sa propre subjectivité que de se sentir limité dans son développement.

En nous intéressant à ce cheminement qu'est l'évolution psychique et intellectuelle du bébé, il s'agit désormais d'interroger son rapport à cet objet et la nature de leur lien. Dans la mesure où cette démarche renvoie à une pluralité de conceptions, nous privilégions une lecture qui prône une forme d'humanisation de l'enfant par la parole. En effet, si l'enfant advient dans un bain de langage qu'il saisit sous la forme de signifiants, il s'agit désormais de le considérer comme un véritable sujet et « le rendre à son désir propre de poser sa question, de communiquer[33] ».

La dimension du langage apparaît donc comme prégnante et vient souligner la capacité du nourrisson à dépasser la réalité de sa dépendance (caractéristique des premiers mois de sa vie) pour imaginer de nouvelles perspectives et les construire symboliquement : c'est l'alliance entre le réel, l'imaginaire et le symbolique[34] qui est ainsi pressentie permettant au bébé de se tourner vers celui qui le nomme pour exister par lui-même.

[32] Eliacheff C. *A corps et à cris. Etre psychanalyste avec les tout-petits*. Paris : Odile Jacob; 2000. p.192.
[33] Ariès P., Dolto F. *Enfance et société*. Entretien. Emission de la série Dialogues. Radio France Culture, 1977.
[34] Zenoni A., « Imaginaire, symbolique et réel chez Lacan », *Ecole de la Cause freudienne.net* [En ligne], | Consulté le 05 juillet 2019.
URL : https://www.causefreudienne.net/imaginaire-symbolique-et-reel-chez-lacan/
Les registres du réel, de l'imaginaire et du symbolique sont issus d'une lecture lacanienne et « tiennent ensemble par la double opération de l'élévation de l'imaginaire au symbolique et de la pénétration du réel par le symbolique ».

1.1.3 L'avènement d'une demande

Si le comportement d'attachement s'opère à partir de stratégies relationnelles effectives (alliant les observations du bébé et ses ressentis à l'égard de ceux exprimés par son entourage), il se construit nécessairement sur le langage.
En le reconnaissant comme sujet et en lui permettant d'élaborer et d'exprimer sa propre parole, l'autre accueille les interrogations du bébé : c'est le fameux « che vuoi[35] » (le « que me veux-tu ? ») qui suppose des interactions entre le petit d'homme et son entourage, mais aussi une demande d'en savoir plus sur ce qu'il est (assortis de nouveaux questionnements tels que « Qui suis-je ? » et « Qui es-tu pour moi ? »).

Dans cette perspective, il s'agit d'appréhender l'être d'un bébé et sa capacité à exister dans ce même monde. Les étapes sous-jacentes à une telle évolution sont nombreuses, mais toutes convergent vers le fait que le bébé est d'abord accueilli par le langage pour ensuite s'en saisir. À ce propos, la métaphore du hamac esquissée par Lacan est explicite : elle montre comment le bébé est accueilli par un bain de langage dès avant sa naissance et même sa conception, celui de sa mère d'abord, à travers un corps à corps marquant les premiers mois de vie du bébé, puis à travers un ensemble de phonèmes initiés chez les personnes qui prennent soin de lui.

Cette conceptualisation du langage constitue une référence dans la mesure où la théorie lacanienne considère les étapes relatives à l'acquisition du langage et fait le parallèle avec une forme d'inscription du sujet dans le monde. En tenant compte de l'expérience intersubjective propre à la condition humaine, Lacan interroge avant tout la place du désir dans l'évolution du sujet. Si son désir est corrélé au désir de l'autre, nous verrons que l'accueil et les réponses de l'environnement sont autant d'éléments qui viennent façonner cette question.

À quel triptyque fait-elle référence ?
Comment le désir se construit-il sur un besoin avant d'être exprimé sous la forme d'une demande ?

[35] Lacan J. *Ecrits*. Paris : Seuil; 1966.

À partir d'une lecture qu'il souhaite être à la croisée des sciences humaines et dans la lignée de ses prédécesseurs, Lacan s'interroge sur les fondements de l'être humain. Sa vision du développement du sujet s'inscrit dans une lignée avant tout familiale, l'enfant évoluant dans un contexte où des liens sont susceptibles de se créer autour de cette dynamique familiale. Sous le prisme des relations existant entre le bébé et son environnement, la fonction maternelle et la fonction paternelle occupent une place centrale dans l'œuvre lacanienne, le psychanalyste considérant la relation objectale comme le vecteur du développement du sujet.

Dans la mesure où l'organisation familiale fonctionne comme un système, celle-ci est structurée et se fonde sur un ensemble de phénomènes propres aux interactions qui ont lieu entre ses membres. Le bébé y est, en quelque sorte, intégré et devient à son tour l'un des protagonistes de ce système familial. Sa place est fonction de ce qu'il vient signifier dans la propre histoire de ses parents et ce qu'ils projettent autour de cette naissance.
La manière de considérer l'enfant d'abord sans paroles (*l'in-fans*) participe au cheminement du psychanalyste. Si, dans la lignée de ces prédécesseurs, Lacan considère qu'un bébé n'existe pas seul, son entrée dans le monde ne peut se faire que si « ça parle de lui, et c'est là qu'il s'appréhende[36] ». Cet accueil proposé au bébé dès avant sa naissance s'appuie sur une dialectique parole-langage dont l'importance apparaît tout au long de l'œuvre lacanienne.
En faisant référence au bain langagier qui enveloppe le bébé d'abord sans paroles, Lacan considère que la constitution du sujet se fait par l'accès au symbolique : il « est ainsi en quelque sorte constitué en tant que sujet par l'ordre symbolique dans lequel il s'insère[37] ». Ce chemin, d'allure inaugurale, représente la pièce maîtresse de la conception lacanienne.

En s'interrogeant sur ce qui va permettre à l'enfant d'accéder au symbolique, le psychanalyste met en évidence l'existence d'un manque inexorable qui caractérise une forme d'incomplétude du sujet. De ce que nous pourrions rapprocher d'un inachèvement, va s'articuler l'expression d'un besoin, d'un désir et d'une demande, triptyque essentiel à la conquête d'une subjectivité.
Dans la mesure où Lacan rapproche le manque à être d'un présupposé fondamental, le bébé ne semble pas avoir d'autres possibilités que de vouloir le combler. L'accueil et l'attention portés par l'environnement aux besoins qu'exprime le bébé apparaissent en tout premier lieu comme des perspectives à cette voie de l'être. En effet, il s'agit à ce moment-là d'y voir le

[36] Lacan J. (1964). *Le séminaire*. Livre XI. Paris : Seuil; éd. 1973. p.142.
[37] Golse B. Op.cit. p.155.

potentiel à la fois instinctif, mais aussi relationnel du nourrisson qui, dès les premiers jours de sa vie, est capable de manifester ses besoins à l'autre.

S'il se distingue du désir, le concept de besoin mérite d'être exploré. En effet, alors qu'il vient dire ce qui est nécessaire (*estre bosoinz*), le besoin fait référence à l'expérience éphémère de ce qui est vital pour l'être humain. Ses premières esquisses apparaissent déjà dans la rhétorique platonicienne alors que Socrate s'interroge sur la fonction première de la cité. En s'appuyant sur le fait que « le premier et le plus important des besoins est de se procurer de la nourriture, pour assurer la subsistance et la vie[38] », le besoin est décrit à travers une liste d'appétence que l'homme doit satisfaire. La jonction entre le physiologique, le culturel, le corps et l'esprit ainsi mise à jour par Socrate laisse entrevoir le caractère polysémique de cette notion.

Là où Lacan considère qu'un besoin avant tout organique apparaît dans un contexte d'incomplétude physiologique, il s'intéresse davantage au fait que le petit d'homme ne peut acquérir ses caractéristiques et son potentiel humain qu'en s'appuyant sur l'autre. Alors que les premiers mouvements du bébé font écho aux manquements physiologiques ressentis, ils apparaissent sous la forme de décharges motrices qui expriment le besoin irrépressible du bébé de les exprimer. C'est seulement par l'interprétation des personnes qui prennent soin du bébé que ces manifestations corporelles liées aux besoins éprouvés seront comprises comme autant de signes qui deviendront des messages interprétés par l'autre : sa réponse vient donner sens dans un après-coup au cri du bébé et participe ainsi à le reconnaître comme sujet.

La perspective qu'offre cette lecture lacanienne participe à une considération du besoin comme mode d'entrée dans le langage. En effet, alors que nous pourrions objecter le fait qu'un besoin assouvi disparaît en conséquence, Lacan considère que le sujet continue pour autant d'être animé par la recherche d'un plaisir ressenti au moment de son assouvissement. « La trace sensorielle interne de l'expérience de gratification[39] » fait peu à peu sens pour le bébé qui, dans le renouvellement de celle-ci et la permanence des réponses apportées, s'empare des interprétations de son entourage et se laisse bercer par ce bain langagier qui l'entoure.

[38] Brisson L. (2008). *Platon. Œuvres complètes*. République II. 369c370a. Paris : Flammarion; éd. 2011. p.1528.
[39] Golse B. Op.cit. p.15.

Dans la continuité de la théorie freudienne, Lacan rapproche l'inconscient d'un langage et questionne son mode de fonctionnement. C'est en différenciant le signifiant du signifié (termes qu'il emprunte à la linguistique saussurienne) que le psychanalyste aborde la question du langage et souligne sa dimension intersubjective. En effet, alors qu'il rapproche le sujet d'un signifiant, Lacan affirme que « le sujet, c'est ce que le signifiant représente par un signifiant pour un autre signifiant[40] ». C'est dire combien le langage engage une forme d'altérité entre le bébé et son environnement devenant le récepteur d'un cri qui s'élève à la valeur d'une parole dans la manière de le recevoir et d'en dire quelque chose.
En mettant en parallèle une dialectique du langage (signifiant-signifié) et une dialectique de la relation (Moi-autrui), l'analyse lacanienne détermine la dynamique langagière (émetteur-récepteur) et souligne ainsi la position de l'allocutaire comme cet autre qui donne valeur à ce qui est exprimé par le bébé. À partir de la fonction de la parole et du langage, Lacan précise ainsi que « l'émetteur reçoit son message de l'autre, et que c'est au lieu de l'autre qu'il se constitue[41] ». Cette considération représente un des repères conceptuels fondamentaux de la théorie lacanienne : il est à entendre que la parole du sujet se fonde nécessairement dans la dimension de l'autre.

Là où la notion de besoin mettait en rapport le bébé à son environnement, il s'agit désormais de s'appuyer sur cet autre qui accueille le premier cri pour interroger le lien qui les unit.
En effet, par le biais de décharges motrices qui sous-tendent la recherche de satisfaction d'un besoin, notre analyse porte désormais sur la manière dont ces décharges évoluent en autant de signes qu'elles en deviennent signifiantes. Par ces manifestations et leur répétition, le bébé mesure l'effet produit sur l'allocutaire et s'assure ainsi de sa présence : il y cherche inéluctablement une manière de se déterminer. De ce fait, alors que le besoin constitue le premier vecteur d'une relation du sujet à l'autre, c'est l'étape du désir qui s'entrouvre.

Dans la mesure où la première demande de satisfaction d'un besoin va s'exprimer de manière anarchique, Lacan interroge la capacité qu'a l'entourage du bébé de le faire évoluer en demande pour ensuite l'ériger en parole. D'un désordre va poindre un ordre langagier dans lequel le sujet peut désormais émettre un message dont le corollaire est un questionnement

[40] Lacan J. *Ecrits*. Op.cit. p.819.
[41] Jodeau-Belle L, Ottavi L. *Les fondamentaux de la psychanalyse lacanienne*. Rennes : Presse Universitaire de Rennes; 2010. p.26.

relatif à son identité. Dans cette perspective, « l'un s'en remet à l'autre pour devenir lui-même[42] » et trouve en lui les prémisses d'une construction psychique.
Constituée de plusieurs étapes, l'expression du désir en constitue le leitmotiv. En renvoyant au manque, Lacan considère que c'est de cette perte essentielle que se constitue le sujet.

Nous retrouvons dans cette approche une consonance à nouveau philosophique mettant en évidence le fait que tout être humain, à travers l'expérience de satisfaction d'un besoin, est inévitablement confronté à un manque, genèse du désir. En effet, en se projetant vers des fins excédant le seul entretien de la vie, la condition humaine se dessine.
S'inspirant des dialogues socratiques et d'une lecture approfondie du *Banquet* de Platon, Lacan considère le désir et donc le manque. Dans la mesure où le besoin est ce qui est nécessaire à la condition humaine pour son existence et son développement, le désir va s'en différencier en ce qu'il n'est jamais assouvi.
S'il porte initialement sur des objets vivants et sensibles, il ne peut ensuite s'en satisfaire car ces objets lui sont étrangers. Ainsi, dans la conception platonicienne, le besoin n'est associé au désir humain qu'en passant par l'autre : ce n'est que lorsque le désir se porte sur un autre désir qu'il devient humain et peut venir attester de son existence.

La perspective ainsi mise en évidence nous semble fondamentale dans la mesure où elle renvoie à l'étymologie même du désir. Si *considerare* signifie « contempler un astre », le terme *desiderare* renvoie au fait de « regretter son absence ». Le désir peut alors être considéré comme le regret d'un astre perdu, son manque étant concomitant au désir de le voir réapparaître. À partir de l'intervention de Socrate qui affirme à Alcibiade que son désir est ailleurs et porte non pas sur l'objet aimé, mais sur une quête de la vérité qui le met alors en position de sujet, Lacan souligne que le désir est désir d'autre chose : le désir comme le désir de l'autre.

De façon schématique comme le psychanalyste en a parfois l'usage dans ses séminaires, nous pouvons considérer le cri originaire du bébé auquel répond sa mère alors qu'elle le nourrit et satisfait son besoin de satiété. Elle lui apporte l'objet spécifique (que Lacan rapproche de l'objet qu'est le sein), mais aussi un « en plus » de plaisir symbolique (représenté par l'autre maternel).

[42] Lacan J. *Ecrits*. Op.cit. p.300.

Recherchant sans cesse cette première expérience de satisfaction et se heurtant à la frustration liée à une forme de vide dans la demande, l'expression du désir comme étant le désir de l'autre fonde l'approche lacanienne : au moyen de ses cris et de ses gestes, le bébé en appellera à « un en plus de jouissance donnée par l'amour maternel qui vient s'étayer sur la satisfaction du besoin[43] ». Dans ce contexte propre aux premiers mois de vie du bébé, par la parole, quelque chose de brut est traduit, devient peu à peu significatif. Un langage s'instaure où l'appel du petit d'homme s'érige en demande.

Bien plus complexe qu'une simple réquisition à satisfaire ses besoins fondamentaux, la demande se construit à partir du jeu des présences/absences de l'objet. L'autre que représente la mère n'étant pas toujours là et ne répondant pas systématiquement à tout et d'une manière efficace, l'enfant entre alors peu à peu dans le jeu de la demande : « liée avant tout à quelque chose qui est dans les prémisses mêmes du langage, à savoir l'existence d'un appel, à la fois principe de la présence et terme qui permet de la repousser, jeu de la présence et de l'absence[44] ».

Nécessairement insatisfaisante et frustrante, la demande se conjugue alors en demandes, gages d'une vie psychique et d'une entrée dans le monde tel que le conçoit le psychanalyste. Par le jeu des présences/absences, Lacan introduit le manque lié au fait que l'autre ne puisse entièrement satisfaire le sujet.
En convoquant à la fois le sujet et l'autre, la demande fait l'articulation entre le besoin et le désir. Là où ce dernier est à la fois en deçà (c'est le manque initial) et au-delà (c'est le manque impossible à satisfaire) de la demande, celle-ci se définit dans une perspective langagière. L'essence de la demande est de nature intersubjective dans la mesure où l'autre est celui par lequel le sujet se constitue.
Au regard de l'expression de cette demande, ce sont bien « deux mouvements de pensée, l'un en résonance avec l'autre[45] » qui se conjuguent dans la mesure où l'une est accueillie par l'autre et réciproquement.

Ce lien inéluctable amené par la théorie lacanienne laisse entrevoir l'importance de l'environnement pour le bébé qui, en s'identifiant à autrui comme vecteur de signifiants,

[43] Macary P. « La psychanalyse avec les enfants ». *Introduction générale*. Cours du SUED. 2015. p.27.
[44] Lacan J. (1958). *Le séminaire*. Livre V. Paris : Seuil; éd. 1998. p.330.
[45] Widlocher D. « L'intersubjectivité ». In : Braconnier A, Golse B, Dir. *Bébés-ados : à corps et à cri*. Toulouse : Erès; 2008, p.221.

adhère peu à peu au langage et au champ du symbolique. Processus essentiel à l'accession d'un soi, cette étape n'en est pas moins ambivalente dans la mesure où le sujet, accédant au langage en perd ainsi une part de lui-même, son besoin et son désir ne pouvant qu'être réduits par le symbole.

Dans ce sens, nous considérons que l'avènement de la demande authentifie de l'importance des relations intersubjectives jouant le rôle de médiatisation entre les ressentis du bébé et sa constitution en tant que sujet. Si l'enjeu majeur de cette entrée dans le champ de la demande permet l'avènement de son propre désir (au-delà de l'unique désir de l'autre), son exploration se fait autour du manque. En effet, là où l'objet donne initialement accès à la première et mémorable satisfaction, le bébé se confronte petit à petit à la frustration, la figure maternelle ne répondant pas toujours et de la bonne manière.
Les signifiants élaborés par son environnement lui permettent alors de mesurer ce que Lacan nomme l'exigence du phallus qui renvoie au désir de la mère et qui sous-tend une triangulation de la relation entre le bébé, la figure maternelle et la figure paternelle. Dans la même tonalité que le complexe d'Œdipe initialement décrit dans la conception freudienne, la métaphore paternelle met en évidence l'ouverture à de nouvelles formes d'identification du sujet à son environnement.
Introduit par le biais d'une parole maternelle, le nom du père (corrélatif au non du père comme tiers et figure de castration) vient énoncer la loi en ouvrant l'enfant à un ordre symbolique sur lequel il pourra désormais s'appuyer pour se constituer comme membre d'une filiation et devenir le protagoniste d'une narration. De cette manière, le petit d'homme prend place « dans un monde tout entier tramé par le langage[46] », s'en imbibe jusqu'au moment où il atteindra la voie de l'être.

Dans cette perspective, il apparaît que le stade du miroir confère la possibilité que se juxtapose le réel (à travers le reflet renvoyé par le miroir), l'imaginaire (à travers l'aspect imaginaire de l'espace existant derrière le miroir) et le symbolique (à travers l'image comme représentative de soi). Autour de la question de la demande, cette juxtaposition est aussi significative alors que c'est par le regard de l'autre que le sujet se constitue.

[46] Jodeau-Belle L, Ottavi L. Op.cit. p. 133.

À partir d'un temps de la maturation apparaît le fait qu'en désirant « être la cause du désir de l'autre et en trouvant dans l'autre la cause de son propre désir[47] », le bébé n'est plus seulement porté par un bain langagier, mais va commencer à s'en saisir.
Comme nous l'avons développé précédemment, en vivant l'expérience du manque (initiée par les présences-absences de l'objet), il pense l'autre et ce qu'il signifie être pour lui. L'appel devient adresse : désormais, en demandant qu'on lui en dise plus, le bébé grandit, se constitue comme sujet, concomitamment à l'apparition de ses premiers mots.

Cette étape sous-tendue par l'avènement de la parole est cruciale dans la mesure où le petit d'homme sort peu à peu de sa position d'objet dépendant de la volonté de l'autre à satisfaire ses besoins pour revêtir une place de sujet.
Le bébé se voit ainsi évoluer dans sa position au sein du mythe familial en expérimentant les liens qui s'offrent à lui dans cet environnement. Alors qu'il s'imagine dans un premier temps qu'il lui revient de répondre au désir de l'autre, il est pris dans un fantasme de toute-puissance et pense trouver par lui-même des réponses à ses questions originelles. Or, lorsque l'objet lui manifeste le fait qu'il n'est pas là pour tout combler, « sa quête s'en trouve toujours relancée, il advient dès lors à son tour comme être de désir[48] ». La demande n'est plus seulement relative à un questionnement, mais devient celle d'une demande d'amour déguisée. Toute sa vie durant, le sujet se définira par ce désir d'aimer et d'être aimé réciproquement.

En réponse à nos interrogations, si la demande initiale fait éclore d'autres demandes tout au long de la vie, nous avons mesuré par ces propos l'importance qu'a l'environnement dans l'évolution psychique, intellectuelle et physique du bébé. En interrogeant le triptyque associant le besoin, le désir et la demande, nous avons voyagé dans le monde interne du bébé lequel ne peut se construire sans la réalité du monde externe. En effet, il nous est apparu que l'avènement de Soi est concomitant aux premiers liens que le sujet établit avec son entourage. Porté et nourri par un flot de paroles, il devient alors capable de se saisir de ce langage et se l'approprier pour devenir un être subjectif.

Conjuguée à un lien d'attachement sécure, la demande est portée par l'environnement et permet alors à l'enfant de se développer.

[47] Bron N. *Analyser la demande, reconnaître le désir*. Le journal des psychologues. 2006 Mai;(237) :51-55.
[48] Renders X. *Le jeu de la demande. Une histoire de la psychanalyse d'enfants*. Bruxelles : De Boeck; 1991. p.17.

Dans certaines situations, ce lien s'avère pourtant fragile voir traumatique et renvoie ainsi à une lecture psychopathologique du développement.

L'analyse des troubles de l'attachement en est le témoin privilégié et participe au développement d'un champ préventif dans l'institution soignante, mais aussi à une lecture clinique relative aux comportements des adolescents accueillis en pédopsychiatrie.
Le lien entre l'attachement et la présence d'éléments psychopathologiques à l'adolescence en particulier, fait l'objet de nombreuses recherches et mobilise l'ensemble des professionnels qui interviennent alors autour d'une spécificité de la clinique adolescente.
Si la trace de schémas de dépendance infantile est souvent explorée, son retentissement à l'adolescence fait l'objet de nombreux questionnements. Des troubles de l'attachement vécus dans la toute petite enfance apparaissent en effet comme un facteur de vulnérabilité à la période pubertaire. Nous verrons dans quelle mesure cette période de vie peut, au-delà des remaniements à la fois corporels et psychiques qui la définissent, devenir une source de fragilité et exposer certains adolescents à une difficulté à exprimer une demande.

1.2 Une spécificité de la clinique adolescente

À partir d'une réflexion sur la nature de la construction psychique et les modèles d'attachement initiaux, nous avons porté notre regard sur le bébé et son incroyable potentiel d'évolution. Alors qu'il naît au monde, les différentes étapes de son développement apparaissent comme des perspectives à l'avènement d'un Soi en lien avec l'autre.

Si la fonction d'accueil et d'accompagnement est ce qui relie les professionnels travaillant auprès d'adolescents, le bébé que chacun d'entre eux a pu être vient souvent se rappeler à l'équipe soignante exerçant en pédopsychiatrie. Réminiscence de la vie psychique infantile, la période que constitue l'adolescence met en lumière ce qui s'est joué dans les relations primaires. Le processus de séparation-individuation vient en effet relier le tout-petit au plus grand, l'un et l'autre se constituant à partir de leurs liens avec l'environnement dont ils se séparent peu à peu pour exister subjectivement. En cela, il y a indéniablement « trace du bébé chez l'adolescent (et) il y a trajectoire vers l'adolescence chez le bébé[49] ».

En interrogeant le processus pubertaire et ses particularités, nous verrons comment les professionnels qui accompagnent au quotidien des adolescents sont susceptibles d'accueillir l'expression d'une grande souffrance psychique là où les plus fragiles d'entre eux se distinguent par une non-demande de soin.

[49] Braconnier A, Golse B. Op.cit. p.13.

1.2.1 Le pubertaire comme processus

Alors que l'offre de soins présuppose une approche de la clinique adolescente telle qu'elle s'exprime au quotidien et s'appréhende auprès des familles et des partenaires, les soignants sont les témoins privilégiés des nombreux remaniements psychiques qui ont lieu à cette période de vie.

Tantôt en écho, tantôt en discordance, la référence à la vie psychique du bébé est vouée à une nouvelle organisation à l'adolescence. Afin de mesurer toute la complexité de cette évolution psychique, il est essentiel de valoriser le processus adolescent, ce qu'il emprunte au monde interne du bébé et la manière dont il va au-delà pour atteindre l'âge adulte. Pour cela, alors qu'une conception objectiviste consisterait à définir l'adolescence de façon univoque, nous souhaitons porter notre attention sur le caractère polysémique de cette notion, sa complexité et ses enjeux.

Comment l'adolescence se conjugue-t-elle en adolescence(s) synonyme d'une singularité ?
Dans quelle mesure cette période de vie peut-elle révéler la fragilité psychique d'un adolescent et rendre la frontière entre le normal et le pathologique poreuse ?

L'hétérogénéité des contextes à la fois culturels, sociaux, familiaux et individuels ouvre en effet la voie à une hétérogénéité adolescente où la particularité de chaque adolescent prévaut.
À partir des fondements de la construction psychique et des modes d'attachement tels que nous les avons mis en évidence précédemment, il s'agit désormais d'interroger cette période d'existence si particulière. Ainsi, l'adolescence devient au fil de l'histoire un terme équivoque, en lien avec une réalité externe (l'inscription sociale) et une réalité psychique interne (l'identité subjective) que l'impact des transformations pubertaires vient interroger. Période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, nous analyserons cette dynamique agie par le passé et avide de futur.

Si le siècle des Lumières apporte une nouvelle considération de l'enfant comme un sujet à éduquer[50], l'usage conceptuel du terme d'adolescence met en évidence une réciprocité avec la jeunesse. Par le biais de rites et d'usages (tels que le statut attribué à l'éphèbe grec ou au légionnaire romain), l'organisation sociale faite autour de cette population adolescente laisse entrevoir sa particularité, la société lui conférant un rôle bien défini. Alors que la littérature (en particulier celle représentée par les romans autobiographiques) rapproche ensuite l'adolescence d'un « moment de crise et de ruptures, en particulier dans les rapports à la famille[51] », une forme de stigmatisation s'opère au fil des siècles.

L'adolescence, dès son apparition, souffre de sa réputation dangereuse et concentre les manifestations de méfiance et de rejet à son égard. La sexualité adolescente en particulier est associée à une forme de perversion et son expression est jugée comme une menace pour l'équilibre social.

Peu à peu, un écart se creuse entre le monde des adultes et celui des adolescents, les revendications lycéennes et étudiantes de mai 1968 en étant le paroxysme. L'individu côtoie alors le collectif, chacun se confronte à ses propres questionnements qui sont en fait ceux de tous : « origine et transmission, sources et devenirs, tradition et innovation, histoire et fondation[52] » sont autant de questionnements qui émergent.

Aujourd'hui, cette approche historique relative au concept d'adolescence est nécessairement corrélée à une approche sociologique. Par le biais d'un questionnement portant en particulier sur le mode d'insertion dans la vie sociale et professionnelle adulte, se précise le statut de l'adolescence et le mode d'opposition qui caractérise cette population. Alors que la question des revendications identitaires représente le principal objet des analyses sociologiques, elle constitue en outre la question même, à savoir la question de l'origine. Équivoque, celle-ci peut être comprise de différentes manières et le champ sociologique représente une perspective en soi.

Si notre intérêt est justement de mêler différentes approches, le concept d'adolescence peut s'enrichir de cette diversité associant en particulier une réalité externe et une réalité interne. En effet, alors que la sociologie explore plus précisément le phénomène de la crise

[50] Nous faisons référence à la pensée de Rousseau qui, dans *Emile ou de l'éducation*, prône une conception idéale de celle-ci.
[51] Emmanuelli M. (2005). *L'adolescence*. Paris : PUF; éd. 2009 p.13.
[52] Cadoret M. Op.cit. p 39.

d'adolescence et le rattache à une attitude d'opposition en rapport à une organisation sociale, notre intérêt est de croiser cette lecture avec un mouvement à la fois physiologique et psychique qui caractérise le processus adolescent.
L'approche physiologique met en évidence une période de changements physiques et sexuels, décrits sous le primat de la puberté. Celle-ci rend compte de l'ensemble des transformations du corps de l'enfant et de ses métamorphoses anatomiques et physiologiques : l'adolescence est marquée par le sceau d'un processus qui s'étend sur plusieurs années de vie et varie selon chaque individu.
À la fois visibles et invisibles, ces transformations saisissent inexorablement l'adolescent qui se trouve être aux prises avec ces changements. En quelque sorte surpris voir possiblement bouleversé par cette soudaine évolution, les modifications corporelles et physiologiques s'imposent à l'adolescent qui les reçoit dès lors passivement. En même temps, elles sont susceptibles de le déstabiliser puisqu'elles peuvent être associées à une sensation de perte de la maîtrise de soi et de son corps.

Les conséquences psychologiques, relationnelles et sociales telles qu'elles sont interrogées par les différents champs disciplinaires renvoient à une forme d'effraction pubertaire caractérisée par la nouvelle « capacité orgastique et l'avènement de la capacité reproductive[53] ». Ceci constitue en effet le leitmotiv de l'entrée dans l'adolescence et se cristallise autour du stade génital tel qu'il est développé dans les fondements de l'analyse du processus d'adolescence fournie par la conception freudienne.

Alors qu'il s'interroge sur les métamorphoses de la puberté, Freud insiste sur son intrication avec l'adolescence. À partir d'une éruption pulsionnelle liée aux changements à la fois physiologiques et corporels, c'est le primat du génital qui est mis en évidence. Par l'emblématique situation de la patiente Dora, se pose une série d'interrogations relatives à la sexualité, son mode d'organisation à l'adolescence et ses liens avec la sexualité infantile. Sous l'égide du normal et du pathologique, c'est bien les fondements de la sexualité humaine qui sont questionnés par l'approche freudienne, le choix d'objet à la période de la puberté faisant toujours écho au choix de l'objet infantile.
Ce passage de l'enfance à l'adolescence qui aboutit à un choix de l'objet sexuel à l'âge adulte met en lumière la résurgence de mécanismes archaïques tels que l'introjection,

[53] Braconnier A, Marcelli D. (1983). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson; éd. 2004. P.15.

l'identification, le déni ou la projection tels qu'ils existent dans les prémisses de la vie du bébé. Propres à évoluer et à être maniés différemment, ces mécanismes sont de nature à surprendre l'adolescent voire même à le fragiliser. La notion de crise dans le développement (telle que la nomme Freud) met à jour la réorganisation psychique propre à cette période dans un contexte de changement.
Si la construction théorique du concept d'adolescence se fonde sur une clinique, le psychanalyste interroge avant tout les manifestations de cette crise et se demande quelle peut en être la signification. Dans la mesure où se joue une refonte des liens avec l'entourage, les enjeux sont nombreux avec notamment, la qualification de conduites dites normales ou pathologiques.

Dans cette perspective, alors que l'archaïque peut resurgir sans nécessairement représenter une instance trop intrusive ni menaçante, l'adolescent est en capacité de se confronter à cette crise et de conjuguer des phénomènes régressifs pour finalement les dépasser.
Dans le cas contraire, il peut arriver que l'effraction pubertaire ainsi mise en évidence perturbe l'adolescent et fragilise sa cohésion psychique. Alors qu'il peut avoir recours à divers modes de défense plus ou moins élaborés selon la qualité de son équipement psychique, il apparaît que c'est l'histoire même de l'adolescent et la manière dont il a pu se construire jusqu'ici qui sont convoquées lors de cette phase pubertaire.

Généralement amenée par le biais de la problématique œdipienne, de nombreux auteurs considèrent l'adolescence à travers son évolution faisant appel à un versant psychodynamique qui se caractérise par une nouvelle manière de considérer les liens aux objets parentaux. Là où la dépendance était la principale caractéristique de la vie infantile, son réaménagement figure désormais comme l'enjeu le plus important. Conçue comme un processus structurel, la métaphore de l'adolescence renvoie à des mouvements opposés, entre avancées et régressions, convoquant conjointement le soma et la psyché. À la fois dans le prolongement de la vie du bébé, mais aussi dans la rupture avec cette même période, l'adolescence ne cesse de questionner.

Sur cette base et dans le prolongement d'une réflexion sur la nature humaine qui n'est autre que celle se construisant dans l'altérité, Winnicott développe le concept d'adolescence autour de la particularité qu'elle représente : là où le développement humain s'organise de manière structurelle, l'aspect conjoncturel en est son corollaire. Alors qu'il considère la singularité de

l'adolescent qui « ne désire pas être compris (…) car cette période de la vie qui est essentiellement celle d'une découverte personnelle doit être vécue[54] » par lui et lui seul, la question de l'altérité qui fait figure de leitmotiv dans la conception winnicottienne se pose tout autrement. En effet, si les remaniements psychiques sont nombreux à cette période, ils sont susceptibles d'entraîner une forme de déséquilibre psychoaffectif notable.

L'adolescent, confronté à la puberté (autrement dit à un ensemble de modifications physiologiques et corporelles) est assailli par la dynamique pulsionnelle qui est décrite comme prépondérante à cette période. L'enjeu principal est alors de trouver un équilibre entre cette poussée du Ca et une refonte du Moi.
Véritable cheminement, c'est à une forme d'exploration psychique à laquelle nous assistons. Décrite à travers la célèbre métaphore du « Pot au noir » révélant une zone de navigation intermédiaire « où on ne sait pas de quel côté le vent va tourner et s'il va y avoir du vent[55] », cette investigation est jugée comme étant difficile, particulièrement instable et dangereuse pour celui qui l'emprunte. S'il fait, à travers cette métaphore, figure de navigateur, il est voué à avancer dans des eaux tantôt calmes, tantôt agitées et se confronte nécessairement à une fluctuation de sa construction psychique jusque là opérante.
En écho avec les premiers mouvements de la période infantile, l'adolescent « part de zéro[56] » dans la mesure où la dynamique antérieure des liens créés avec son environnement est totalement à refonder, la position des uns et des autres évoluant nécessairement à cette période.

Dans la perspective qui est celle de pouvoir composer une maturité d'adulte, Winnicott insiste sur l'importance de l'entourage de l'adolescent qui, comme pour le bébé qu'il a été, a une fonction phorique contenante et sécurisante lui permettant d'expérimenter différents types de liens avant de trouver une certaine forme de stabilité. Tel que les premiers soins ont été donnés au tout-petit, l'adolescent a en effet ce même besoin d'accompagnement parental ou environnemental.
Alors qu'il est aux prises avec de profonds remaniements, le temps de l'adolescence peut se définir comme étant celui d'un passage. Au-delà de la seule transition entre l'enfance et l'âge

[54] Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Op.cit. p.398.
[55] Ibid.
[56] Ibid. p.405.

adulte, c'est aussi le passage de l'être. D'abord acculé par d'intenses modifications, l'adolescent est ensuite en passe d'interroger les contours de sa propre existence.

Dans la mesure où ce travail psychique ne peut se faire sans la mobilisation des figures parentales, le lien avec les différents modes d'organisation de la période infantile est incontournable. La période de latence en particulier, temps de « mise en suspens de l'activité pulsionnelle (…) inaugurée par le déclin du complexe d'Œdipe[57] » est une période fondamentale dans cette considération de l'adolescence. Elle suppose en effet un mouvement psychique qui organise la fonction de refoulement de fantasmes incestueux et parricides, l'enfant étant désormais capable de déconstruire des modalités de liens antérieurs envers sa mère et son père pour finalement s'impliquer dans un mouvement d'autonomie et de socialisation.
L'avènement d'un corps désormais pubère, plaçant l'adolescent en capacité d'agir dans la réalité des fantasmes œdipiens de l'enfance, l'oblige ensuite à une réorganisation psychique radicale interrogeant son corps, ses relations avec ses parents, sa place au sein de sa famille et dans la société. Dans une perspective qui serait celle de trouver une place dans la société en tant que sujet existant et reconnu par les autres, l'adolescent vivra une période de restructuration importante dont les principaux enjeux seront sa capacité à se séparer pour devenir autonome et indépendant.

Au-delà d'une seule quête d'autonomie à laquelle l'adolescent est souvent réduit, il s'avère que c'est aussi sa question qui est en jeu à ce moment-là. Tout comme le bébé qu'il a été, l'adolescent se caractérise par une série d'interrogations sous-jacentes et qui font écho au passage de l'être propre à ce moment de vie : « Qui suis-je ? Est-ce que j'existe seulement à travers le regard des autres ou aussi par moi-même ? Est-ce que j'existe sans les autres ? Est-ce que j'ai besoin des autres pour savoir qui je suis ? » se demande-t-il.

Les réponses surgissent d'un double mouvement de perte et d'appropriation, mais aussi d'imitation et de différenciation. En cherchant son indépendance, il se questionne dans le même temps sur sa capacité à la supporter et à la mettre en œuvre dans la réalité. Son désir d'émancipation est à la hauteur de sa dépendance vis-à-vis de son entourage. C'est alors la qualité des liens passés et actuels qu'il entretient avec celui-ci qui déterminera sa capacité à se

[57] Emmanuelli M. Op.cit. p.29.

séparer, s'individualiser, se distancer de cette emprise parentale pour mieux investir de nouvelles relations et se sentir intégré au monde extérieur.

Dans ce sens, le concept d'adolescence tel que nous l'avons interrogé se découvre dans « un triple mouvement de perte et de renoncement, de gestation puis de renaissance[58] » : l'adolescent aura à accepter des limites et des interdits imposés par ses parents pour accéder à d'autres possibles corrélés à de nouveaux désirs d'investissements relationnels et sociaux. En effet, l'adolescent grandissant, la « nécessaire prise de distance d'avec les parents (…) l'oblige à un retour sur lui-même et à une évaluation de la consistance de son Moi et de ce qu'il a à l'intérieur de lui[59] ». À travers une expérimentation quotidienne de ses liens avec son entourage familial et social, la question des identifications se pose et évolue au même titre qu'une extrême sensibilité à ce qui l'entoure. Les expériences à vivre sont nombreuses, attirantes et excitantes. De nouvelles relations se mettent en œuvre, l'adolescent s'engage dans ses relations tant amicales qu'amoureuses, il s'ouvre pleinement aux autres.

Au regard de cette réflexion, il apparaît que les mécanismes de séparation puis d'individuation dépendent du contexte dans lequel évolue l'adolescent.
Si cette période de vie se révèle être caractérisée par une reprise d'éléments anciens qui ont assujetti les moments forts du développement affectif de l'enfant, cette reviviscence vient prendre une place prégnante dans l'économie familiale et environnementale de l'adolescent. En effet, pour s'affirmer et exprimer ses propres valeurs ou ses pensées, il doit nécessairement se situer par rapport à ses pairs ou aux adultes qui l'entourent, se questionner sur ce qu'il est, mais aussi sur ce qu'il n'est plus.

Cette forme de renoncement peut parfois être le corollaire d'une grande souffrance psychique chez un adolescent déjà fragilisé par un parcours de vie discontinu. S'il arrive que cela se fasse de façon très brutale, de telle manière que cela paralyse les liens et leurs perspectives d'évolution, l'équipe soignante devra alors adapter l'offre thérapeutique et moduler l'accueil d'un adolescent selon sa singularité.

[58] Courtois A. *Le thérapeute d'adolescents. Un passeur de temps. Un apport systémique et anthropologique*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2003 Fév(51) :152-157.
[59] Jeammet P. « Les contraintes psychiques de l'adolescence ». In : Choquet M, Dressen C, Dir. *Adolescence plurielle*. Vanves : CFES; 1993. p 19.

1.2.2 L'accueil de la souffrance psychique en pédopsychiatrie

C'est généralement dans un contexte de grande fragilité que s'initient les premiers contacts avec un lieu de soin. Alors que la période adolescente provoque une série de remaniements et impose implicitement la nécessité de constituer de nouveaux repères identificatoires, il arrive que cela fragilise grandement un adolescent. Dans la mesure où il se confronte au fait que pour être soi il faut se nourrir des autres pour en même temps s'en différencier, cette ambivalence à être peut alors venir le fragiliser.

En mesurant la qualité des liens qu'un adolescent a jusqu'ici pu mettre en œuvre, il s'agit avant tout pour une équipe soignante d'observer de quelle manière il a pu être en capacité d'accueillir le conflit psychique inhérent à la période adolescente et se le représenter.
La spécificité d'une telle approche du soin psychique consiste à le rapprocher d'une offre de soins élargie et plurielle qui fonctionne à partir des interactions entre l'adolescent, son entourage et l'équipe soignante.

En quoi l'accueil en pédopsychiatrie se constitue-t-il autour de la souffrance psychique d'un adolescent ?
Dans quelle mesure les professionnels tiennent-ils compte des mouvements psychiques inhérents à cette période, mais aussi d'un parcours de vie singulier mettant en évidence la fragilité d'un adolescent ?

Dans un contexte où l'ossature jusqu'ici construite durant l'enfance peut se voir bousculée, étirée ou menacée, les professionnels sont souvent les témoins d'une issue défavorable qui caractérise celle de l'adolescent accueilli pour la première fois dans un lieu de soin. Aussi, dans les cas les plus préoccupants, ce qui semble être un dénouement s'exprime sous la forme d'une rupture telle qu'elle se cristallise par un repli ou des passages à l'acte dirigés contre soi ou vers les autres. Les mouvements psychiques propres à la période pubertaire sont ici vécus comme particulièrement angoissants et l'agir est alors souvent prédominant. Ultime recours dans une histoire relationnelle souvent chaotique et émaillée de ruptures, l'acte fait écho à une souffrance qui se manifeste plutôt qu'elle ne se parle.

La clinique adolescente telle qu'elle est déployée en pédopsychiatrie interroge avant tout l'expression de cette souffrance. Le recours à la psychopathologie, sans pour autant réduire l'adolescent à son symptôme, renseigne les professionnels sur un mode de fonctionnement psychique fragile. En effet, le tumulte intérieur est tel qu'il semble alors impossible pour l'adolescent de contenir psychiquement ses motions pulsionnelles et de trouver un mode d'expression de ses besoins ou de son désir. L'accession à une demande se révèle alors difficile voir impossible dans la mesure où les remaniements psychiques qu'il traverse viennent symboliser le fait, rappelons-nous, qu'il « ne désire pas être compris[60] ».
Dans cette perspective, la dynamique inhérente au processus adolescent n'est plus féconde, mais devient au contraire aliénante. Manifestes d'un chaos interne, les passages à l'acte sont omniprésents et fragilisent le processus même de maturation. L'adolescent semble pris par l'agir laissant entrevoir une difficile émergence de la parole à cet instant.

Les éléments anamnestiques recueillis initialement avec l'équipe soignante mettent toujours en évidence la question des liens et la manière dont ceux-ci ont pu se déployer tout au long du développement de l'enfant.
Si les professionnels constatent que l'adolescent a souvent été faiblement investi ou investi à la place d'un autre durant les premières années de sa vie, il semble s'être construit dans un environnement objectal peu engagé dans la relation avec un vécu réel ou subjectif abandonnique voir rejetant. Sa capacité d'attachement comme « modèle interne opérant qui construit un véritable pattern psychique[61] » s'est vue déstabilisée par ce contexte. Les interactions précoces paraissent s'être constituées de manière discontinue. L'histoire de vie de l'adolescent laisse alors entendre l'instabilité voir la disparition de l'objet d'attachement lorsqu'il était bébé. Le vécu de solitude et d'isolement a été tel que la relation apparaît comme insurmontable là où le mécanisme de clivage a fait son œuvre depuis l'enfance.
Fragilisé dans son lien à l'autre, l'adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin peut alors adopter une attitude de défiance ou de retrait masquant sa difficulté à croire en la possibilité de susciter de l'intérêt pour l'autre.

Au quotidien, les professionnels s'interrogent sur les manifestations d'un adolescent : les passages à l'acte auto ou hétéro agressifs faisant légion, il ne s'agit pas pour autant de réduire

[60] Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Op.cit. p.398.
[61] Botbol M, Cupa D, Tabatabai H, Branco M, Menetrier C, Meléndez J. « Les destins de l'attachement à l'adolescence ». In : Cupa D et al.. *L'attachement, Perspectives actuelles*. Paris : EDK; 2000. pp. 69-82.

notre lecture à ces seules manifestations. En effet, dans la mesure où la discontinuité des modèles d'attachement semble prépondérante et s'exprime sous la forme de troubles psychiques, un des modes de compréhension possible de cette symptomatologie est de lui conférer une fonction.

En venant signaler une fragilité des interactions que l'adolescent entretient avec son entourage, le ou les symptômes qui se découvrent lors des premiers échanges viennent avant tout signifier la souffrance psychique qui assaille l'adolescent à cet instant.

Difficile à mesurer tant elle peut s'avérer subjective, c'est pourtant la répétition et la multiplication des troubles qui vient signifier cette souffrance psychique. Parfois circonstancielle, elle est le plus souvent ancrée dans une forme de vulnérabilité qu'incarne l'adolescent qui jusqu'ici n'a pas pu s'appuyer sur des interactions précoces sécurisantes. Sans pour autant la réduire à une caractéristique inextricable, les soignants demeurent particulièrement attentifs à son mode d'expression dont la perspective peut être celle d'une fixation pathologique. En effet, les difficultés d'apprentissage, la déscolarisation, les conduites à risques, l'inhibition cognitive, la passivité, l'agressivité ou la violence sont autant de signes cliniques de nature à interpeller les professionnels qui rencontrent pour la première fois un adolescent. Présentes de manière isolée ou répétitive, ces manifestations sont les premiers signaux d'une crise devenue chronique qui renvoie à une organisation psychique précaire d'autant plus menacée par le passage adolescent venant re-questionner la dynamique des liens jusqu'ici déployés.

En référence à des causes à la fois internes et environnementales, la sémiologie des troubles est à la fois prégnante et bruyante. Face à l'ampleur des enjeux individuels, familiaux et sociaux, l'adolescent semble enkysté dans « la viscosité, la fixité, la rigidité, le caractère répétitif puis stéréotypé des conduites, une réactivité majeure, mais transitoire ou au contraire inaccessible aux interventions extérieures[62] ». En effet, ce qui pourrait représenter une perspective en la présence de l'autre devient une menace. Le jeu des forces contraires l'inhibe d'autant plus qu'il semble isolé dans cette configuration, les relations qu'il a entretenues jusqu'ici ou telles qu'il les investit actuellement n'étant pas vécues comme suffisamment sécures.

[62] Jeammet P. *La souffrance des adolescents*. Paris : La découverte; 2007. p.71.

Le tableau clinique de l'adolescent reçu présente certes des particularités propres à chaque situation, mais sous-tend toujours une symptomatologie importante. L'émergence du ou des troubles renvoie à un dysfonctionnement interactionnel précoce que le pubertaire (cette expression renvoie à l'ensemble des phénomènes psychiques en lien avec le processus adolescent) vient dévoiler. Le lien sous-tendu par la présence soignante représente ainsi potentiellement un danger pour l'adolescent qui met alors tout en œuvre pour l'esquiver, l'attaquer ou la détruire.
L'enjeu principal est donc de créer des conditions suffisamment sécurisantes pour que l'adolescent accueilli perçoive de la relation thérapeutique une perspective positive et aidante. En lui proposant de repenser ces agirs auxquels il semble se réduire, la fonction soignante serait alors l'équivalent d'un prêt transitoire de sa propre psyché (au sens d'un « espace psychique élargi[63] » tel que l'évoque Philippe Jeammet) au travail de liaison qui serait pour l'adolescent l'amorce d'une réorganisation psychique. En l'appréhendant comme un sujet et donc en le considérant comme un être de parole enclin au langage, les professionnels lui proposent de se saisir de cet espace à sa manière et l'aident à se positionner sur des questions aussi diverses qu'essentielles.

Face à l'adolescent qui vient consulter pour la première fois, l'enjeu principal réside dans le fait de se situer comme lieu d'adresse d'un appel et l'aider à le mettre en mots.
Dans la mesure où un adolescent n'est pas toujours demandeur ni désireux d'un soin, cet enjeu est d'autant plus complexe qu'il ne souhaite pas être mis dans une position de formuler quoique ce soit à des adultes, c'est-à-dire de supporter dépendre d'eux. Nous avons ici un paradoxe fondamental auquel les professionnels ont à se confronter. En effet, alors que l'adolescent qui se distingue par sa souffrance psychique serait le plus enclin à profiter d'un soutien des adultes, les professionnels constatent ses fréquentes attitudes de fuite ou d'opposition dont les conséquences sur son équilibre psychique peuvent être préoccupantes et venir s'inscrire dans un fonctionnement pathologique.

Alors que la question du normal et du pathologique constitue l'une des préoccupations soignantes majeures, l'attention portée à l'expérimentation de mouvements psychiques contradictoires par l'adolescent (celui-ci étant toujours dépendant des figures

[63] Jeammet P. *Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence*. Revue Française de Psychanalyse. 1980 Mar-Avr ;(44) :481-522.

environnementales alors même qu'il exprime une velléité d'autonomie) prévaut chez les soignants. Sensibles aux attitudes de l'adolescent, ils cherchent avant tout à les comprendre en les situant dans une histoire de vie. La récurrence d'évènements souvent traumatiques en lien avec le parcours individuel d'un adolescent accueilli en pédopsychiatrie interroge d'autant plus une équipe soignante qu'ils semblent venir faire irruption dans son organisation psychique.

Dans ces circonstances, si les soignants s'appuient sur un ensemble de prérogatives liées à la constitution d'une relation thérapeutique, le fait de considérer la fragilité du lien inaugural et l'enjeu que représente l'investissement dans une nouvelle forme d'interactions paraît essentiel.
Sensibles aux signes de mal-être exprimés par l'adolescent, les professionnels en situation de l'accompagner s'interrogent. Dans la mesure où il n'est pas toujours demandeur d'aide, ce questionnement apparaît comme d'autant plus complexe.

Tenir compte de cette réalité est inévitable et ouvre à une réflexion relative au concept même de la demande qui initie la démarche soignante, laquelle peut se heurter, dans certaines situations, à la non-demande du patient.

1.2.3 La non-demande de soin

À la demande initiale du sujet telle que nous l'avons élaborée précédemment, nous pouvons confronter la demande initiale du patient : l'une s'oppose à l'autre, mais vient par là même la définir. En effet, si la quête d'être aimé n'est pas ce qui apparaît dans les premiers échanges avec celui qui se distingue par sa souffrance (que celle-ci soit de nature physique ou psychique), elle est pourtant bien réelle et constitue toute la complexité de la relation de soin. Afin d'accueillir le patient dans les conditions les plus favorables, une équipe soignante est amenée à se questionner sur la nature de cette demande, sur la manière dont elle s'initie et les réponses qui peuvent être faites à son égard.

En approfondissant les liens qui unissent le besoin, le désir et la demande, nous avons métaphoriquement rappelé ce qui fonde l'existence humaine. Des pleurs du bébé qui constituent un appel, découlent les premiers mots de l'enfant qui caractérisent une adresse.
Cette dynamique psychique trouve son écho dans les plaintes du patient et la manière dont il parvient à élaborer autour de cette question de la demande. En effet, la première demande du patient est toujours subordonnée au besoin. Ce sont ses troubles qui appellent au soin et qui mettent chacun des professionnels en situation d'y répondre. La rencontre entre les deux protagonistes n'est jamais fortuite, mais nécessaire, l'un attendant de l'autre une réaction et réciproquement. Dans ce contexte, nous pouvons qualifier la demande du patient comme demande explicite, c'est-à-dire « consciente[64] ». En effet, le patient se présente toujours dans un lieu de soin « avec une demande d'aide au départ d'une souffrance. Souffrance presque toujours en rapport avec un ou des symptômes qui (…) sont pensés comme empêchements[65] ».

Comment se révèle la demande du patient ?
Dans quelle mesure un adolescent en grande souffrance psychique est-il à même d'élaborer une demande de soin là où son expression constitue pour lui un risque potentiel ?

[64] Renders X. Op.cit. p.60.
[65] Ibid.

La personne malade est en attente d'une satisfaction de son besoin d'aller mieux, d'obtenir des explications ou des conseils, de bénéficier du savoir médical de son interlocuteur. Une fois sa réponse obtenue, nous pouvons nous interroger sur ce qui subsiste chez le patient. Son mal guéri, ses hypothèses confortées ou non, nous pouvons imaginer que la rencontre avec les soignants en reste là. Pourtant, il apparaît que les paroles du patient surviennent, s'installent et même se conjuguent avec celle de l'équipe soignante au-delà même du trouble qui l'assaille. Celles-ci, tout en traitant du mal, sous-tendent toute autre chose qui laisse supposer que la demande de soin est ailleurs.

Cette hypothèse nous renvoie aux fondements mêmes de la relation de soin. Au-delà d'un accueil qui s'initie autour d'une demande explicite, nous pouvons supposer que les enjeux sont autres. Le besoin du patient satisfait, quelque chose perdure, laissant imaginer que derrière cet appel, le soignant a en charge de percevoir ce qui n'est pas visible ni qualifiable. Cette réalité (qui n'est justement pas fondée sur des éléments du réel) sous-tend une demande implicite, c'est-à-dire « inconsciente[66] ». En effet, celle-ci apparaît insidieusement et offre la possibilité à ce qui peut constituer un appel de devenir une véritable adresse faite à l'autre. Du savoir vrai recherché dans la figure de l'équipe soignante, c'est désormais une vraie demande qui s'esquisse et s'étaye sur un désir et plus seulement sur un besoin. Le manque que le patient peut ressentir face à l'incomplétude des réponses des professionnels (lesquelles ne répondent jamais entièrement à ce qui pourrait être de l'ordre d'une demande explicite) ouvre à l'expression de ce désir. Petit à petit, tout comme le bébé acquiert ses premiers mots, il se met à parler. Il s'autorise à exprimer certains ressentis, interroge son trouble, requalifie plus précisément ses plaintes. Les signifiés se conjuguent en signifiants, des questions plus personnelles apparaissent et constituent les prémisses d'une relation de soin.

Au-delà d'une demande liée à la seule satisfaction d'un besoin, pour qu'une « autre demande[67] » puisse exister et représenter le véritable désir du patient, apparaît alors la nécessité pour les soignants de dépasser une simple position interprétative qui inscrit les signes du trouble du patient dans un système uniquement explicatif.
Cette attitude soignante introduit de l'incertitude dans les rapports avec le soigné : celui-ci n'est plus seulement le malade, il est aussi une personne malade, accueillie dans la totalité de son existence et non dans sa fragmentation organique ou psychique. L'interprétation laisse

[66] Renders X. Op.cit. p.60.
[67] Neuburger R. *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale*. Paris : Payot; 1988.

place à la compréhension, la demande du patient portant désormais sur le sens de sa maladie. La richesse inhérente à l'élaboration et à l'expression de cette demande permet l'émergence d'éléments implicites qui structurent et définissent la relation de soin. Les mots qui s'échangent deviennent un véritable langage, le soignant appelé à l'aide entre désormais dans une tout autre dynamique, celle de l'accompagnement. Ce dernier peut se définir comme une clinique du lien et consiste à « se décentrer du symptôme pour entrer dans la richesse de ce qui le détermine et créer là aussi de nouveaux liens de sens, relationnels, mais aussi temporels, éclairant la complexité du symptôme et son importance pour le patient et son entourage[68] ».

Si sa demande explicite s'inscrit dans la recherche de satisfaction d'un besoin, nous supposons qu'il est nécessaire d'y répondre pour pouvoir ensuite s'y appuyer et engager une réflexion sur ce qui est entendu à demi-mot.

Cela apparaît d'autant plus nettement dans le contexte du soin psychique : en effet, lorsqu'un patient vient consulter, il met généralement en évidence ses troubles et en cherche la suppression. Il attend explicitement un diagnostic, un conseil. Sa demande est celle qui cherche l'objet de sa satisfaction qu'il pense trouver chez le soignant. Pourtant, y répondre entièrement dans les termes où la demande est initialement posée risquerait de précipiter la fin d'un processus : l'appel en resterait là.

Dans ce sens, nous pouvons nous interroger sur la raison de ne pas y répondre trop rapidement. En suspendant une réponse, cela va « permettre, au contraire, de déployer ces déterminations, au fil des demandes substitutives, explicites ou implicites[69] ».

L'autre demande, celle qui va émerger, sera alors en lien avec le désir du patient d'être reconnu en tant que sujet. En jouant d'allers-retours entre la demande consciente et la demande inconsciente, un des principaux enjeux de la relation de soin résidera dans la capacité qu'acquiert le patient à se positionner par rapport à son propre désir. La dynamique transférentielle et contre-transférentielle inhérente à ces échanges suppose que l'attente du patient ne se résume pas à une attente du soignant qui viendrait lui donner une clé de compréhension, mais bien qu'il la trouve lui-même pour aller mieux.

[68] Benasayag M, Schmit G. *Les passions tristes : souffrance psychique et crise sociale*. Paris : La découverte; 2006. p.168.
[69] Bron N. Op.cit.

L'analyse des déterminants de la demande de soin peut parfois se complexifier dans la mesure où ils peuvent être remis en cause par l'attitude du patient qui ne fait pas de demande.
Cette position, que le langage courant pourrait rapprocher d'un refus de soin est toute autre. Dans la mesure où celui-ci correspond à la possibilité qu'a chaque patient de refuser l'administration d'un traitement, il sous-tend la notion de consentement par ailleurs toujours recherchée par l'équipe soignante qui doit alors l'informer de sa situation médicale et des conséquences de son refus.

La non-demande, quant à elle, revêt des caractéristiques somme toute différentes. En effet, en présence d'adolescents, si une majorité est en capacité d'exprimer des attentes vis-à-vis de leur environnement, une minorité (c'est-à-dire ceux allant « le plus mal » à l'image des propos empruntés aux professionnels) n'est pas en mesure de le faire et se distingue alors par une non-demande. Cette position, réelle ou apparente, est à interroger et renvoie à une pluralité de situations dont le dénominateur commun est bien celui d'une souffrance psychique inhibant alors la capacité de l'adolescent à élaborer quoi que ce soit.

Si une conceptualisation de la demande est nécessairement articulée au besoin et au désir, il apparaît que le sujet advient et se construit autour d'un questionnement qu'il adresse à l'autre. À travers des interrogations aussi diverses qu'essentielles convergent en effet des appels auxquels le silence d'un adolescent vient contraster.
Dans la mesure où cette période de vie est marquée par une forte ambivalence entre le besoin de dépendance encore fécond et le désir d'autonomie désormais probant, le lien à l'autre représente à la fois ce dont l'adolescent a le plus besoin tout en le mettant le plus à distance. Alors que l'analyse de ce paradoxe constitue un leitmotiv dans la littérature pédopsychiatrique, l'expression d'une demande s'avère d'autant plus complexe qu'elle suppose la reconnaissance d'un désir vécu comme une emprise de la part des objets parentaux ou environnementaux.

Depuis une quinzaine d'années, il s'avère que les professionnels exerçant en pédopsychiatrie sont de plus en plus interpellés par la situation d'adolescents en souffrance psychique qui se distinguent par leurs difficultés à consulter et plus généralement à accéder au soin. Confrontées à une forme de pluralité de la demande pouvant à la fois être portée par la famille de l'adolescent ou les partenaires du soin, les équipes soignantes sont particulièrement

sensibles à la position de l'adolescent qui se met d'abord en position de ne rien recevoir de l'autre.
Cette forme de résistance est aujourd'hui interrogée à travers des données à la fois épidémiologiques et cliniques développant une psychopathologie du lien. Ainsi, les adolescents les plus fragiles parmi la population adolescente figurent-ils comme ceux qui consultent le moins. De plus, dans un contexte où prévaut une forme d'ambivalence des liens à autrui, la quête de nouveaux objets d'investissements peut, pour les moins sécurisés d'entre eux, se faire au prix de la qualité des assises narcissiques et de la solidité de leur monde interne.

Dans ce contexte, la possibilité d'expression d'une demande s'avère fortement perturbée, l'adolescent en souffrance psychique se distinguant majoritairement par une non-demande. Dans la continuité des travaux de Philippe Jeammet qui s'est beaucoup interrogé sur la fonction soignante, les équipes n'ont jamais cessé de mettre en évidence la nécessité de distinguer la demande explicite (celle apparentée à la non-demande) et implicite (celle exprimée à travers ses comportements). La non-demande est dès lors interrogée sous l'angle du jeu des demandes incluant l'adolescent, son entourage et les professionnels. En effet, tous deviennent les protagonistes d'une histoire commune dans laquelle le principal enjeu pour un adolescent sera de passer de l'agir à sa mise en mots.

Interrogé sous l'angle du paradoxe que constitue la période adolescente, le concept de non-demande est devenu, ces dernières années, de plus en plus prégnant dans le discours pédopsychiatrique. La position ainsi décrite de l'adolescent qui ne formule pas de demande d'aide fait écho à sa difficulté à percevoir sa propre souffrance et à en dire quelque chose.
Dans la mesure où « reconnaître comme demande suffisante pour une évaluation au moins toutes les manifestations qui font l'objet d'une adresse[70] » devient une nécessité à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande, les soignants voient leurs pratiques évoluer : ainsi, ils observent et interrogent les mécanismes de défense employés par un adolescent et y voient des tentatives de contrôler à l'extérieur (autrement dit sur son environnement) ce qui semble lui échapper à l'intérieur. Dans ce sens, les professionnels constatent régulièrement que l'élaboration d'une demande s'avère si difficile qu'un

[70] Botbol M. *Accès aux soins et non demande en psychiatrie de l'adolescent*. Op.cit.

adolescent en souffrance psychique cherche à combler le manque inhérent au fait d'exister et refuse par là même ce que l'autre pourrait lui apporter.

En développant une analyse des pratiques à partir de situations cliniques, les travaux relatifs à la non-demande de soins de l'adolescent mettent en évidence une configuration dans laquelle la demande est toujours implicite et suppose un accompagnement spécifique qui tienne compte des positions émergentes susceptibles d'apparaître au gré de la construction du lien thérapeutique. En venant solliciter les soignants dans leur capacité à accueillir cette non-demande et à en déchiffrer une forme de significations, c'est toute une pratique qui est mise en exergue et qui est susceptible d'être repensée.

Difficilement compréhensible pour une équipe soignante qui fonde sa pratique sur une demande à laquelle il répond, l'attitude de l'adolescent peut dès lors être réduite à des mouvements d'opposition tels qu'ils sont décrits par sa famille ou les partenaires du soin. Se profile alors l'ubiquité de la demande conçue « en référence aux inquiétudes exprimées par les adultes de son entourage[71] » : la demande est partout et multiple, elle est portée par un ensemble de protagonistes tel que la famille de l'adolescent qui interroge ces attitudes qu'elle dit ne plus comprendre. En considérant l'adolescent à travers cette demande parentale, il s'agit en outre d'interroger la place à lui donner.

Si le soin psychique consiste à proposer une « relation d'écoute et de soutien où la parole et la souffrance puissent être exprimées et entendues[72] », cette considération semble légitime. En effet, c'est bien l'adolescent sujet qui prévaut. Considérer sa demande, la situer dans une temporalité, mettre en exergue ses liens substantiels avec le besoin et le désir, participent au cheminement d'une équipe soignante.
Dans le cadre du soin, c'est souvent un adolescent que la fragilité inhibe et dépossède qui se présente en consultation pour la première fois. La souffrance fait alors figure de seul intermédiaire, ce dernier engageant contre elle une lutte quotidienne. Alors que la question du normal et du pathologique apparaît toujours en toile de fond, nous pouvons nous questionner sur l'expression d'une demande alors que l'adolescent semble assujetti à un agir.

[71] Drieu D. *La consultation de crise à l'adolescence. L'intérêt de la co-construction du dispositif thérapeutique avec l'adolescent et ses parents*. Dialogue. 2003 Jan;(159) : 31-41.
[72] Chabrol H. *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent*. Paris : Dunod; 2011. p.25.

Dans un contexte où les premiers liens ont parfois été marqués par une présence fluctuante des objets parentaux, l'élaboration d'une demande semble être difficilement réalisable pour un adolescent qui s'est construit dans cet environnement : son besoin de protection qui peut être assimilé à sa première demande explicite s'est vu confronté à des réponses souvent insatisfaisantes. Pouvant être marqué par un vécu abandonnique dont l'une des conséquences peut être un sentiment d'insécurité intérieure, celui-ci semble paralyser sa pensée et rendre sa demande paradoxale. Il cherche à s'émanciper de son environnement familial, mais en même temps s'en trouve profondément dépendant. Pris dans une forme de paradoxe, l'adolescent peut dès lors s'y enferrer. En effet, dans la mesure où l'intériorisation des images parentales s'est constituée de façon parfois précaire, il peut pressentir de leur fragilité et dès lors craindre de ne pas pouvoir s'appuyer sur les adultes sans risquer qu'ils soient eux-mêmes fragilisés.
C'est dire combien l'élaboration et l'expression d'une demande pour un adolescent en souffrance psychique sont difficiles et le dilemme important entre ce qui est nécessaire pour lui et ce qui le menace. Ainsi, il ne paraît pas étonnant que la demande de l'adolescent présente d'abord un caractère familial ou environnemental avec une suprématie du symptôme. En effet, sa propension à prendre le pas sur les relations objectales en venant les altérer constitue une menace permanente.
En prenant une place importante dans l'économie psychique, la recherche de satisfactions immédiates (qui caractérise l'adolescent en souffrance) peut alors le couper du monde, le séquestrer dans un univers clos. En se repliant de plus en plus sur lui-même, il renonce instantanément à l'altérité. L'expression de ses désirs est réduite à celle de ses besoins et aucune demande ne semble alors pouvoir se formuler.

La dichotomie entre l'adolescent-symptôme et l'adolescent sujet de sa demande devient prégnante. À cet instant, le risque de dénaturer l'objet de la demande est important. Les professionnels, pris dans des considérations explicites peuvent en effet entendre uniquement le caractère environnemental de la demande au détriment de la parole de l'adolescent qui, lui, ne semble avoir aucune attente. Aussi, comprendre ce non[73] semble essentiel et prévaut de la consistance de la relation de soin.

[73] Spitz R. *Le non et le oui. La genèse de la communication humaine*. Paris : PUF; 1957.
Spitz analyse le « non » comme étant le troisième organisateur du Moi, véritable indicateur de la prise de conscience de soi et donc de la distinction d'avec l'objet. Dans le fait de s'opposer à l'autre, le sujet s'autonomise.

D'un point de vue générique, dans le contexte de l'adolescence, ce non s'assimile à un silence, mais aussi à un désengagement nécessaire face à la scène pubertaire. Dans une situation de soin, les professionnels constatent régulièrement que cette opposition peut être indispensable à la survie de l'adolescent qui, en refusant, maintient malgré lui une forme d'homéostasie familiale ou environnementale dans laquelle rien n'est interrogeable.

Ce constat souligne l'importance d'introduire un tiers dans cet équilibre qui, caché par l'ampleur du symptôme, n'est qu'apparent. Il s'agit, en quelque sorte, d'aller au-delà de ce qui apparaît comme étant « des simulacres, des valant-pour, des semblants[74] ». L'équipe soignante, malgré l'absence de demande explicite, tentera ainsi de soutenir une demande implicite.

Dans la mesure où nous nous sommes interrogés dans ce présent chapitre sur la nature de la construction psychique et son déploiement depuis l'enfance, la période adolescente renvoie à un moment de fragilisation qui, pour les adolescents les plus vulnérables, est susceptible de représenter une béance. Le triptyque fondé sur les notions de besoin, de désir et de demande se voit alors totalement refondé, certains demeurant dans l'impossibilité d'élaborer une demande de soin et se distinguant justement par leur non-demande.

Dans cette perspective, si une forme de vulnérabilité à la rencontre est ce qui prévaut dès les premiers instants de l'accueil dans une institution de soin, nous verrons que le colloque singulier susceptible de réunir un soignant et un adolescent peut, dès lors, être l'objet de nombreuses interrogations en lien avec le désir de soigner.
En adoptant une attitude qui consiste à se substituer à la non-demande d'un adolescent en grande souffrance psychique, la position soignante renvoie à cette prérogative. À partir de l'analyse de *verbatim* de professionnels exerçant au quotidien auprès d'adolescents, nous analyserons de quelle manière l'attitude de substitution constitue une pratique questionnante en lien avec les limites mêmes de l'acte soignant.

[74] Neuburger R. Op.cit. p.114.

Chapitre 2.
D'un adolescent singulier au spectre de l'assujettissement

Dans la perspective du soin psychique, la dualité entre une demande et une non-demande renvoie avant tout à la souffrance d'un adolescent qui se distingue par son ambivalence. Pris dans des conduites d'auto ou d'hétéro agressivité, celles-ci semblent être une manière de s'assurer de la valeur de son existence. Faute de pouvoir immédiatement ou durablement se situer dans le champ de l'autre, l'adolescent en appelle à l'équipe soignante à travers ses actes qui ont valeur de langage.

Dans un premier temps, écouter les silences de l'adolescent (qui ne fait pas de demande) met les professionnels en situation de l'aider à exprimer ce qui le définit. Cette démarche, dans la mesure où elle fonde la relation de soin, s'appuie sur une compréhension de la vulnérabilité de l'adolescent accueilli en pédopsychiatrie.

À partir d'une pensée de la vulnérabilité, nous verrons en quoi un adolescent qui se distingue par sa non-demande peut se trouver dans une position de grande fragilité. En venant interpeller les professionnels, cette position est en effet susceptible de les amener à s'interroger sur leur désir de soigner dans un contexte où un adolescent s'extrait du lien thérapeutique. Alors que sa non-demande met le soignant en situation de s'y substituer, nous mettrons en évidence une forme de consensus relatif à cette attitude dans le discours des professionnels. L'histoire d'une adolescente viendra illustrer ces propos en questionnant les limites d'une prévalence de la subjectivité.

2.1 Un contexte du soin psychique

À l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande, la situation de soin met à jour la souffrance psychique dans laquelle il se présente à son arrivée dans l'institution.
La position de vulnérabilité qu'il incarne renvoie alors à de nombreuses interrogations en lien avec l'attitude du soignant. À partir d'une analyse conceptuelle de la vulnérabilité et de ses caractéristiques, nous verrons comment elle peut devenir un appui pour l'acte thérapeutique en révélant une dimension éthique du soin psychique.

Dans la mesure où la non-demande dans laquelle se distingue un adolescent est susceptible de faire vaciller les repères des professionnels et d'interroger les fondements mêmes de leurs pratiques, l'intérêt de s'interroger sur le désir qu'a le professionnel de soigner apparaît avec acuité là où nous nous sommes auparavant intéressés au désir d'un adolescent et à sa difficulté à élaborer une demande.

En cherchant à faire de l'acte de soin une manière d'accueillir et d'apaiser un adolescent en position d'extrême vulnérabilité, le soignant a le souhait de porter sa demande qui, en l'occurrence, reste silencieuse. Il adopte alors une attitude qui consiste à se substituer à cette non-demande.

Si, dans ce chapitre, nous interrogerons le concept de substitution dans le contexte spécifique du soin psychique, nous verrons qu'elle renvoie à une pratique questionnante, les professionnels faisant en effet consensus autour d'une forme de prévalence de la subjectivité qui serait dès lors réduite par l'attitude substitutive du soignant.

2.1.1 La vulnérabilité

La vulnérabilité est devenue, ces dernières années, un concept central et fait l'objet d'une diversité d'approches révélant avant tout sa complexité. La penser nécessite d'abord d'en mesurer le contexte d'émergence : en effet, là où elle s'origine dans un ensemble de caractéristiques mettant en évidence la fragilité propre à la condition humaine, la vulnérabilité est aujourd'hui devenue un objet de préoccupation à la fois politique et éthique nous invitant à considérer les êtres les plus vulnérables.

Définir la vulnérabilité représente un véritable enjeu dans la mesure où ce concept est équivoque et renvoie à une dimension à la fois structurelle et conjoncturelle. En effet, sa perspective, aussi bien ontologique que relationnelle, sous-tend une confrontation de points de vue et renvoie à sa dimension problématique portant sur la manière de penser la vulnérabilité et la traiter.

Comment la vulnérabilité se constitue-t-elle ?
Dans quelle mesure les équipes soignantes se mobilisent-elles autour de l'expression de cette vulnérabilité chez un adolescent en grande souffrance psychique ?
En quoi ouvre-t-elle à une dimension éthique du soin psychique ?

Si la genèse même de cette notion trouve son premier usage en Grande-Bretagne et renvoie à la fragilité d'un individu (à travers le terme *vulnerability*), il s'avère que son utilisation devient ensuite plus collective à travers le champ sanitaire et social considérant une frange de la population susceptible d'être menacée par un contexte social (où le contexte d'après-guerre devient le terrain de développement d'une extrême précarité). Cette généalogie constitue les fondements d'un débat toujours actuel : caractéristique relative à la nature humaine ou catégorie des êtres considérés comme vulnérables, la tension reste présente dans les débats actuels considérant la vulnérabilité. Dans la mesure où les termes de cette discussion sont souvent associés à des propos négatifs en lien avec la dépossession ou la suppression d'une potentialité humaine, l'intérêt de penser la vulnérabilité autrement que comme une aporie nous paraît nécessaire.
Dans un contexte où la politique de la vulnérabilité semble s'organiser autour d'une forme d'injonction à intervenir et à disposer d'un ensemble d'actions à proposer aux populations les

plus fragiles, il s'agit d'introduire une nouvelle perspective pas seulement en lien avec une nécessaire solidarité à l'égard des plus fragiles, mais bien à une mise en question éthique. Ce que nous pouvons considérer comme une démarche de pensée porte alors davantage sur une manière d'exister au monde à travers cette potentielle vulnérabilité qui fait notre essence. C'est, en quelque sorte, interroger la condition humaine à travers le pouvoir d'exister et son altération qui est susceptible d'apparaître à certaines périodes de notre vie.
En ouvrant à cette question, nous nous situons certes dans la mouvance d'une pensée où « l'éthique tire sa valeur de l'attention qu'elle confère aux figures de la vulnérabilité[75] », mais aussi dans la perspective d'une existence dont les contours pourraient potentiellement évoluer. Ainsi, il s'agit de considérer d'une autre manière ce soi vulnérable à travers une nouvelle forme d'imputabilité, l'être fragilisé devenant alors un être capable de se transformer à partir de cette même fragilité.

Alors que le concept de normativité met en exergue le pouvoir qu'a tout être humain de définir son propre mode de fonctionnement face à un événement susceptible de venir le menacer, la vulnérabilité y trouve un écho favorable dans la mesure où ce qui s'avère d'abord impossible peut ensuite s'ouvrir au possible. Cette lecture de la vulnérabilité reste un parti pris car, dans la mesure où la société actuelle accorde à l'autonomie une place prépondérante, la vulnérabilité vient en tous points s'y opposer (là où l'être vulnérable est assailli parfois jusque dans son intégrité). En effet, alors qu'il ne semble plus être le sujet autonome valorisé dans le discours collectif questionnant même sa capacité à consentir, le fait de considérer la vulnérabilité à travers sa potentialité à se construire une nouvelle forme d'existence à partir de ce qui est venu la fragiliser consiste à ériger la liberté comme un étendard.
Dans ce sens, malgré sa fragilité, la personne n'en est pas moins capable de s'appuyer sur ses propres lois (littéralement au sens d'*auto nomos*) sans pour autant dépendre totalement de l'autre et y être soumise. L'être vulnérable peut alors, dans une certaine mesure, se voir redéfinir le champ de ses propres actions et n'en reste pas moins capable de valoriser de nouvelles normes d'existence.

Cette potentialité, au risque de s'amenuiser dans un contexte où la fragilité est à son paroxysme, fonde une pensée éthique : en effet, en soumettant la question de la liberté à celle

[75] Le Blanc G. *Penser la fragilité*. Esprit. 2006 Mar-Avr;(323) :249-263.

de la vulnérabilité, il s'agit de la caractériser à travers une capacité d'initiative et non plus seulement comme une liberté d'action.

Sans pour autant réduire cette potentialité aux seules personnes fragiles, il s'agit en outre de réfléchir au contexte et aux conditions les rendant vulnérables. Ce questionnement s'inscrit dans une considération de l'autre et de sa manière d'interpréter le monde : là où son corps ou son psychisme semblent parfois atteints, c'est lui donner la possibilité de s'écrire autrement et d'en faire ensuite une lecture commune afin de redéfinir ensemble les contours d'un nouveau possible.

Si notre analyse de la vulnérabilité s'appuie sur une dimension à la fois structurelle et conjoncturelle, son déploiement est équivoque : ainsi, emprunte-t-il tantôt la forme d'une prescription sociale à l'aide des plus démunis, tantôt une attention particulière relative à la singularité de chaque personne fragile, tantôt une démarche politique en lien avec un idéal d'égalité. Cette diversité d'approches sous-tend des enjeux forts mettant en évidence le risque de stigmatisation des personnes en souffrance et l'évincement de leur singularité.

Alors que les différences se font de plus en plus visibles au sein de notre société, le concept de vulnérabilité en appelle à être considéré de manière pratique en lien avec la précarité d'un contexte économique et social. Dans une démarche éthique, il ne s'agit plus seulement d'interroger la vulnérabilité, mais bien de s'impliquer à travers elle : le contexte du soin s'y prête particulièrement dans la mesure où il sous-tend une relation entre un soignant et un soigné dont la rencontre n'est jamais fortuite, mais bien dictée par la position de vulnérabilité qu'incarne le patient.
De nature à représenter une figure de lutte contre une précarité toujours plus présente, la relation de soin peut en effet avoir comme caractéristique de pondérer certaines dérives faisant de la vulnérabilité un prétexte à des conduites fragilisant davantage la personne accueillie. Alors que la frontière s'avère souvent fine entre un élan de solidarité et un risque d'isolement de l'être vulnérable, la dynamique relationnelle qui lie l'équipe soignante à un patient apporte une ouverture considérable à la notion de vulnérabilité. Elle détermine en particulier une forme d'acceptation de la fragilité humaine en renvoyant à ce qui fait notre propre nature. Si l'homme est, de manière ontologique, vulnérable, il est passible d'une forme de vulnérabilité que la souffrance, la maladie ou le handicap viennent dévoiler.

Cette passibilité, qui ne s'arrête pas au fait de souffrir d'une blessure infligée, ouvre ainsi au fait de vivre et de s'inscrire dans une existence où l'autre peut nous reconnaître en tant que tel. Dans le contexte du soin, si la clinique se penche sur l'homme souffrant, elle est aussi une manière particulière de l'accompagner au quotidien. Sous l'égide de la responsabilité généralement conférée aux professionnels, c'est bien celle du patient et sa capacité à y répondre qui est recherchée et demeure une valeur soignante essentielle.
La conscience d'une vulnérabilité qui se définit à la fois de manière structurelle et conjoncturelle est un enjeu d'autant plus important aujourd'hui qu'elle pose les limites de l'action médicale et du soin en général là où certaines situations interrogent la capacité d'une personne à éprouver sa vie, autrement dit s'en saisir. Malgré cette réalité, le geste soignant continue de se déployer à partir d'un appel de l'être vulnérable dont la fragilité se précise d'autant plus qu'elle est perceptible par les soignants. Si parfois aucune réponse ne peut être envisagée, la présence et l'écoute de la personne en souffrance participe à soutenir sa passibilité (autrement dit sa capacité à s'éprouver lui-même) et le fait d'investir une forme d'altérité (c'est-à-dire être en lien avec son environnement et habiter les relations aux autres).

En réponse à nos interrogations initiales, dans un contexte où le repérage d'une forme de vulnérabilité précoce mobilise les professionnels, les adolescents font l'objet d'une attention particulière là où des perturbations comportementales ou psychologiques peuvent apparaître et constituer un risque aussi bien social que psychique. Alors qu'une des principales limites à ces actions serait de stigmatiser une frange de la population adolescente, des questions aussi diverses qu'essentielles sont pour autant développées en lien avec la santé, le mal-être ou le symptôme tels qu'ils se déploient chez un adolescent. Si une lecture épidémiologique peut être proposée, elle n'en reste pas moins liée à la situation de chaque adolescent, la santé ou la maladie étant précisément une façon de se sentir comme telles.

En pédopsychiatrie, la fragilité identitaire qui caractérise l'adolescent accueilli pour la première fois dans un lieu de soin est généralement amplifiée de telle sorte que le lien à l'autre, enjeu majeur de cette période de vie, fait figure de menace. Dès les premiers contacts avec le soignant, un adolescent est susceptible de se présenter sous l'angle de sa vulnérabilité : il n'est plus simplement fragilisé de manière ontologique par cette période adolescente, mais bien vulnérable dans la manière dont il est en capacité d'accueillir les remaniements physiques et psychiques qui l'assaillent. En effet, sa vulnérabilité est d'autant plus importante que sa problématique est complexe et peut être lue sous un angle à la fois

psychologique, familial, social et culturel. Les équipes soignantes font alors état d'un parcours de vie émaillé de ruptures et de discontinuités des liens où les relations familiales ou environnementales n'ont pas pu constituer un véritable appui pour l'enfant devenu adolescent. Face à celui qui se présente et se distingue par le fait qu'il n'élabore aucune demande de soin, cette vulnérabilité est d'autant plus difficile à définir que l'adolescent n'en dit d'abord rien. Celle-ci semble d'abord d'ordre constitutionnel, liée au processus adolescent.

Dans la mesure où la vulnérabilité est aussi bien une condition du vivant (vulnérabilité essentielle) qu'une propension à être altéré dans son équilibre physique et psychique (vulnérabilité contingente), c'est bien d'une « notion d'exposition à l'altération[76] » dont il s'agit. Si la puberté s'impose à l'adolescent, l'adolescence est porteuse, en soi, d'une vulnérabilité. Celle-ci, avant tout physiologique, met l'adolescent en situation de passivité. Pour autant, il s'y confrontera plus ou moins positivement en fonction de ses assises narcissiques et de son parcours de vie.

De ce fait, chez un adolescent en souffrance, cette passivité (qui fait référence à la fois au physiologique et au relationnel) constitue une forme de « vulnérabilité à la rencontre[77] » : le lien à l'autre est d'autant plus menaçant qu'il peut renvoyer à une histoire souvent chaotique et semée de ruptures. En tentant de se distancier de cette dynamique relationnelle, ses agirs ou ses passages à l'acte creusent sa solitude. Le lien à l'autre qui s'est construit dans la période de la petite enfance autour de la question de l'attachement se dévoile en effet sous l'angle de la discontinuité ou de la carence, l'adolescent en situation de vulnérabilité n'ayant généralement pas fait l'expérience de l'intersubjectivité de manière sécure.

Dans tous les cas, la vulnérabilité de l'adolescent est donc déterminée par la manière dont il pourra appréhender les changements qui s'imposent à lui. La rencontre qui aura lieu dans le cadre du soin peut, dès lors, constituer une nouvelle forme d'altérité. La dimension ontologique de la vulnérabilité sera donc corrélée à sa dimension phénoménologique, laquelle interroge davantage l'expression d'une forme de vulnérabilité dans un contexte relationnel.

[76] Jousset D. « Critique de la raison vulnérable ». In : Jousni L, Poingt P, Saint-André S, Dir. *Vulnérabilité, Vulnérabilités*. Les Carnets de l'EREB. N°6. Montpellier, Sauramps Médical; 2015. p.28.
[77] Botbol M, Planche P, Saint-André S. « Adolescents difficiles : entre vulnérabilité à la rencontre et rencontre des vulnérabilités ». In : Jousni L, Poingt P, Saint-André S, Dir. Ibid. p.165.

Dans la mesure où la vulnérabilité apparaît comme une caractéristique de l'humanité, le risque serait de la catégoriser pour en déterminer des causes et des conséquences et dresser ainsi des modalités normatives et socialement exigibles.
Dans le contexte du soin, le concept de vulnérabilité ne peut pas seulement être réduit en tant que tel en s'appuyant sur une seule dimension ontologique : en effet, la réalité du trouble vient nécessairement rappeler que le patient est momentanément ou durablement atteint par une blessure qui le rend désormais vulnérable.

En pédopsychiatrie, l'équipe soignante constate au quotidien que la menace susceptible s'en est suivie d'effet, elle est devenue une attaque pour l'adolescent en souffrance psychique. Ce dernier doit désormais composer avec, au regard de ses capacités désormais affaiblies ou neutralisées par le symptôme. Sa vulnérabilité le rend fragile, à découvert. Un fossé se creuse inéluctablement entre ce que le sujet est et ce qu'il est mis en demeure d'être au regard du trouble qui l'affecte.
La nature variée et complexe de chacune des situations invite dès lors à s'interroger sur la manière dont l'adolescent entretient son rapport à soi, aux autres et plus généralement au monde. Bien que singulière dans la manière dont elle est vécue par chacun, la vulnérabilité peut aussi être une source d'altérité en supposant une « ouverture à l'autre[78] ». Non sans poser le risque de stigmatiser et d'objectiver le patient à travers ses incomplétudes, elle n'en demeure pas moins une invitation au dialogue. Le sens, s'il en est un essentiel, serait conjointement construit par l'adolescent en souffrance et les professionnels.

En proie à un questionnement identitaire qui vient le fragiliser, l'adolescent accueilli se distingue par ses passages à l'acte qui viennent l'isoler d'une dynamique relationnelle. La relation à l'autre est alors perçue dangereusement et constitue un danger potentiel. Dans cette perspective, le professionnel ne peut pas, semble-t-il, sommer l'adolescent à exprimer sa souffrance sans prendre le risque que sa non-demande de soin se transforme en refus catégorique, celui-ci se dérobant alors à toute tentative d'aide. La vulnérabilité de l'adolescent en souffrance renvoie, en effet, à la menace que peut constituer l'altérité, la relation à l'autre s'étant initialement nouée sur un mode précaire et discontinu. À ce moment-là, l'équipe soignante est généralement identifiée de façon négative et fait l'objet de conduites

[78] Poingt P. « Pour une phénoménologie de la vulnérabilité ». In : Jousni L, Poingt P, Saint-André S, Dir. Op.cit. p.81.

d'opposition ou d'évitement, représentant la crainte de l'adolescent à rentrer en relation avec d'autres personnes.

Il s'agit dès lors de comprendre cette forme de vulnérabilité et la considérer comme une nouvelle potentialité : là où une approche la considère de façon généralement négative, c'est évoluer vers une vision dynamique qui est celle du possible. Se dire que « respecter la vie vulnérable, c'est ne pas vouloir résorber le négatif de la vie, ne pas désirer annuler la fragilité de toute vie[79] ». C'est donc se montrer sensible à la façon dont il revient à l'adolescent de se « désengager de ses investissements infantiles et de remanier son monde intérieur avant de s'individualiser[80] ».
À travers sa demande qui, à ce moment-là, ne peut que s'exprimer par une non-demande, c'est se déterminer à partir du souci qu'un adolescent puisse faire de sa vulnérabilité une nouvelle perspective.

À partir de ces éléments en lien avec la position de vulnérabilité qu'incarne un adolescent en grande souffrance psychique, de nombreuses interrogations se posent et nous invitent à repenser ce qu'est véritablement le soin en pédopsychiatrie.
En cherchant à proposer un accompagnement qui fasse sens et qui tienne compte de la singularité de chaque adolescent accueilli, il s'agit en outre de permettre à celui qui se réfugie dans son silence la possibilité de s'exprimer par le biais d'un langage qui lui est d'abord propre.

La dialectique qui consiste à se demander ce que les soignants représentent pour cet adolescent, ce qu'il est pour eux et ce qu'ils peuvent être ensemble devient ainsi une question centrale propre à mobiliser les professionnels. Cette démarche renvoie à un dialogue essentiel portant sur le sens du soin psychique et sa dimension éthique. Alors que la position de vulnérabilité qu'incarne un adolescent préoccupe les professionnels et oriente l'offre thérapeutique, le souci de soi et le souci de l'autre constituent les prémisses d'une relation de soin venant interroger le désir du professionnel.

[79] Le Blanc G. Op.cit. p.262.
[80] Chartier JP. *L'adolescent, le psychanalyste et l'institution*. Paris : Dunod; 1998. p.93.

2.1.2 Le désir de soigner

En s'adressant à un adolescent en grande souffrance psychique, le soin s'organise autour d'un accueil qui se conjugue à l'accompagnement et s'oriente vers l'écoute d'une parole qui, au départ, est tue. Si l'acte de soin débute en effet à partir d'une non-demande, apparaît la nécessité de s'interroger sur le désir de l'adolescent et sa position de sujet désirant.

Épris de désirs pluriels marqués par une forte ambivalence, désirer un ailleurs, un autre, d'autres, bouscule l'équilibre déjà précaire constitué jusqu'ici. Alors qu'il s'agit d'élaborer une perte pour un passage, cette perspective semble d'autant plus complexe et difficile qu'elle met en évidence différents questionnements susceptibles de le fragiliser davantage.
La filiation, la dette, mais aussi la transmission deviennent ainsi de nouvelles problématiques qui ont tendance à invalider l'adolescent en souffrance psychique. En proie à une crise de son désir, le passage d'un désir qui s'adresse aux premières figures d'attachement à un désir voué à se nouer ailleurs semble encore plus l'exposer à une forme de fragilité. Pris dans des mouvements psychiques contradictoires (ceux de la dépendance et d'une velléité d'autonomie), il subit la précarité du temps présent avec encore plus d'acuité : au centre d'une temporalité qui conjugue le passé, le présent et l'avenir, il se confronte à une tâche en apparence impossible révélant toute son ambivalence à s'adresser à l'autre.

En ne faisant pas de demande, en ne demandant rien pour lui, il se met dans la perspective de ne rien recevoir de l'autre et de ne rien lui devoir. En tentant de se soustraire à cette quête de lui-même dans l'autre, il devient peu à peu prisonnier de sa condition : le temps semble agir sur lui sans qu'il parvienne à l'employer de manière positive, l'adolescent en souffrance psychique étant comme dépassé par ses propres agirs.

Si l'exploration de sa demande implicite met en évidence l'ambiguïté du désir de l'adolescent, cette analyse est complexe et soulève des interrogations relatives à l'éthique même de la pratique soignante. À partir du souci que représente la position de vulnérabilité d'un adolescent en souffrance psychique, les professionnels vont lui porter une attention particulière. Se conjugue alors une dialectique des désirs dans laquelle le désir de l'adolescent va se confronter au désir du soignant qui l'accompagne. Dans ce contexte, les éléments du réel se juxtaposent au symbolique et petit à petit s'initie une rencontre dont la valeur

thérapeutique repose pour beaucoup sur un questionnement basé sur la manière dont Soi et l'autre peuvent composer ensemble.

Dans la mesure où un adolescent est d'abord pensé à partir de ce qu'il manifeste, les professionnels engagent nécessairement une réflexion sur ce qu'ils sont susceptibles de représenter pour lui. Dans cette perspective, alors que le désir de l'adolescent est mis en exergue, il existe en parallèle un questionnement relatif au désir de soigner. Cette considération, somme toute personnelle, a l'intérêt d'engager le soignant qui se définit ainsi par un rapport à soi particulier en lien avec ses propres valeurs soignantes (telles que le respect du patient, le souci de sa dignité, la prévalence de son autonomie…) construites au cours de son expérience professionnelle.
Même s'il partage avec l'équipe soignante un but commun, sa propension à investir ce colloque singulier qui l'unit à l'adolescent demeure essentielle. Parce que le temps qu'offre son accueil est toujours particulier, il introduit une forme de suspension de l'acte de soin en mettant le soignant en situation d'interroger sa pratique et le sens qu'il donne à sa fonction soignante. À partir de ce qu'il perçoit, l'écoute de l'autre se superpose à l'écoute de soi. Le soin (*sun(n)jôn*) tel qu'il s'initie autour de ce qui préoccupe le soignant renvoie aussi au mal qu'il se donne pour le soulager : dans ce sens, le souci ne porte plus uniquement sur celui qui souffre, mais aussi sur celui qui soigne.

Qu'est-ce que le désir du soignant ?
En quoi fait-il écho au désir du patient et comment s'enchevêtrent-ils ?

En considérant la vulnérabilité d'un adolescent à travers sa difficulté à élaborer une demande de soin, la question de l'autre est apparue comme un préalable. Cet autre, le patient, est ce qui fait souci au soignant et l'amène à reconsidérer sa pratique et plus généralement à se reconsidérer.
Dans la mesure où le souci de soi corrélé au souci de l'autre constitue le fondement de la dimension éthique du soin psychique, celui-ci est exploré comme étant une condition pour passer d'une pensée à une action. Le fait de se soucier de soi-même, de s'occuper de soi-même se définit comme un moment nécessaire qui préconise de la suite de l'existence.
Dans l'univers de la pédopsychiatrie, cette démarche suppose que le soignant s'interroge sur ce qu'il est et ce qu'il représente pour un adolescent avant de pouvoir s'engager dans l'acte même du soin.

Le principe du souci de soi, longuement développé dans le dialogue socratique, se fonde sur le précepte delphique du *gnôthi seauton*[81] (« connais-toi toi-même ») et s'enchevêtre au principe d'*epimeleia heautou* (« soucie-toi de toi-même ») : c'est l'idée que l'essentiel réside dans l'examen de sa propre vie pour accéder à la vérité. En effet, dans la conception platonicienne, l'*epimeleia heautou* est assimilé au moment du premier éveil pour le soi qui se met alors en mouvement : l'étonnement, l'admiration, l'interrogation sont autant d'attitudes qui apparaissent dès lors comme un ensemble de pratiques dans lesquelles s'ancre le souci de soi. C'est à un véritable travail de subjectivation auquel le sujet se prête : il « agit sur lui-même, entreprend de se connaître, se contrôle, s'éprouve, se perfectionne, se transforme[82] ». Le souci de soi tel qu'il est interrogé à travers une herméneutique du sujet équivaut donc à une attitude (à l'égard de soi, des autres et du monde), un regard (converti de l'extérieur vers soi-même), et une action (exercée de soi sur soi pour se modifier).

Dans cette perspective, le soignant, en s'éprouvant lui-même, initie un véritable dialogue intérieur où il se confronte d'abord à ce qu'il est avant même d'être en relation. Le temps qui se déploie autour de ces considérations subjectives semble d'autant plus nécessaire qu'il permet au professionnel de se connaître et d'être ensuite en capacité d'anticiper ses réactions et de les interroger.

Bien que la dimension relative au souci de soi demeure toujours perfectible, elle présente l'intérêt d'apporter un savoir informel qui se fonde sur l'expérience, l'intuition et la sensibilité du soignant. En utilisant ces interrogations comme un levier thérapeutique, le professionnel s'ouvre à une autre dimension, celle de son désir de soigner. Face à la souffrance que manifeste l'adolescent, à son incapacité à dire et à se dire, le professionnel engage une réflexion sur le sens de sa fonction. En supposant qu'il existe autant de désirs de soigner que de soignants, dans une perspective où nous avons décrit le désir de l'adolescent et son ambiguïté, il nous paraît essentiel de le mettre en lien avec celui du soignant. L'un faisant écho à l'autre, nous sommes là dans une dimension dialectique des désirs qu'il s'agit d'interroger au risque de voir le désir de soigner progressivement sombrer dans une sorte d'inconscient de la pratique, guidant l'acte de soin sans possibilités de le questionner.

[81] Brisson L. (2008). *Alcibiade*. 124b. Op.cit. p.26.
[82] Foucault M. *L'usage des plaisirs*. Paris : Gallimard; 1984. p.35.

En réponse à nos interrogations initiales, dans le contexte du soin psychique, la position fantasmatique du soignant est ce qui caractérise initialement sa volonté de soigner : identifier cette béance que constitue la souffrance du patient et, parallèlement, savoir la réparer. Ces missions qui sont confiées au professionnel sont complexes et témoignent d'un désir du soignant qui s'inscrit avant tout dans une dimension personnelle en lien avec l'élaboration de son propre désir. Dans le même ordre d'idées, le désir de soigner, en tenant compte du fait qu'il peut lui-même s'avérer être ambivalent, pourrait aussi s'apparenter à une pulsion de vie là où la souffrance du patient serait perçue comme une pulsion de mort. Celle-ci serait en effet ce qui viendrait déterminer l'acte de soin, jouer un rôle crucial dans ce qui se construit avec le patient.

Dans la mesure où il peut être confronté à un adolescent qui se définit par sa non-demande et donc par l'ambiguïté de son désir, le soignant semble d'autant plus aux prises avec la question de son propre désir. En effet, celui-ci apparaît d'abord comme un préalable, un lieu-dit nécessaire face à la vulnérabilité qui définit un adolescent en souffrance psychique.
Si nous pouvons considérer que le désir du professionnel « est soin[83] », il se manifeste au quotidien par des attentions qui sont adressées au patient. Soucieux de sa posture, sensible à ce qui apparaît au fil des rencontres, ses intentions vont nourrir l'acte de soin. À partir du moment où le soignant s'initie à une telle réflexion, son désir fait figure de dé-sidération (en considérant l'action de la parole comme un acte subversif à la sidération) et invite l'adolescent à la possibilité de sortir d'un état de passivité ou de mise à distance d'abord nécessaire. En s'appuyant sur le désir du soignant, l'adolescent a alors la possibilité d'exprimer son propre désir.

Dans le contexte spécifique qu'est la non-demande, la fonction soignante peut alors s'apparenter à un rôle facilitateur lui permettant d'exprimer ce qu'il est et ce qu'il souhaite être pour lui-même. À partir de son accueil dans un lieu de soin, le soignant cherche à permettre à celui qui se réfugie dans son silence la possibilité d'émettre une parole.

Dans la mesure où le dire d'un adolescent est en apparence suspendu, le professionnel a tendance à supplanter son silence. Interpellé par sa situation de vulnérabilité, il adopte une

[83]Freda G. « Le désir de soigner ? Le désir est soin ». In Martin-Mattera P, Combier C, Delaleu A, Dir. *Désir de soigner ? Application au champ de la santé mentale*. Paris : L'Harmattan; 2010. p.35.

démarche qui consiste à présupposer de la demande de l'adolescent. Sa propension à se substituer à lui est alors palpable. En se différenciant des valeurs soignantes telles que l'empathie ou la sollicitude, il s'agit désormais de se questionner sur cette attitude susceptible de bousculer les limites mêmes de l'acte soignant.

2.1.3 L'attitude de substitution

Pris dans des demandes multiples (portées non pas par l'adolescent, mais par son entourage), le professionnel cherche à privilégier le discours de l'adolescent et se met en situation de le faire émerger. Porté par son désir de le soutenir, en prenant soin de celui qui se met en situation de ne rien demander, le soignant se confronte inéluctablement à un paradoxe, celui de le réduire à sa seule capacité à élaborer une demande et de le considérer comme l'objet du soin qu'il dispense.
L'attitude de substitution du soignant, plus qu'un agir, ouvre à un questionnement essentiel dans la mesure où elle est équivoque et varie au gré de la relation qui s'instaure et évolue avec l'adolescent accueilli dans un lieu de soin. Susceptible de soulever des paradoxes inhérents aux fondements mêmes du soin psychique, ce positionnement interroge.

À quoi la substitution fait-elle référence et comment se caractérise-t-elle dans une situation de soin ?
Quelles sont les limites d'une attitude substitutive à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande ?

En nous attachant à l'essence même du terme, nous pouvons en effet nous rendre compte que la substitution renvoie à des attitudes différentes voir opposées chez le soignant. Sa propension à agir est contenue dans la racine latine de *substitutio* qui signifie l'action de « mettre une personne, une chose à la place d'une autre[84] ».
Le professionnel serait alors celui qui agit en nom et place du patient qui ferait donc l'objet d'une forme de réduction, l'adolescent étant ici considéré à travers sa seule capacité à élaborer une demande de soin.

Là où le recours à un vocabulaire juridique, médical et psychanalytique fait apparaître la richesse d'un lexique où la notion de remplacement est récurrente, la substitution consiste à remplacer, à modifier. Ses synonymes sont en effet équivoques et sont placés sous le signe du changement, du transfert, de la commutation et de la permutation.

[84] Site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.

Au regard de cette démarche de type généalogique, il s'agit d'interroger les représentations communes relatives à la notion de substitution et les associer au contexte du soin psychique. Ainsi, alors qu'un adolescent est susceptible de se présenter en situation de grande vulnérabilité, il incomberait ici au professionnel de le « remplacer » là où il apparaît comme momentanément ou durablement fragilisé aussi bien psychiquement que socialement. Profondément soucieux de l'adolescent qui se présente à lui et vers lequel s'oriente toutes les préoccupations d'une équipe soignante (nous faisons ici le lien avec l'occurrence du soin *aveir soign* qui signifie « se préoccuper de », « se soucier de »), l'action du professionnel se rapprocherait alors d'une forme de suppléance où primerait la recherche de la subjectivation : en reconnaissant la singularité de chaque adolescent, se substituer à sa non-demande reviendrait à la suppléer en tentant de remédier à l'absence de son expression.

Dans la mesure où une approche soignante se déploie classiquement autour de la sollicitude[85] comme l'une des valeurs fondamentales qui rassemblent les professionnels, la substitution interpelle. Dans la mesure où le désir spontané du soignant est celui d'œuvrer pour l'apaisement du patient et faire du mouvement de sollicitude le gage d'un lien, la substitution apparaît comme toute autre.

Très rarement employé dans le discours soignant, ce concept ne constitue pas un référentiel. En effet, au regard de l'absence de la littérature à ce sujet, la substitution a tendance à se réduire aux limites de l'accompagnement du patient, le soignant étant régulièrement enjoint à respecter un cadre thérapeutique et une distance relationnelle permettant l'avènement d'une subjectivité.

Là où elle se différencie d'une attention et d'un soin portés au plus vulnérable d'entre nous (ce à quoi nous pouvons associer la sollicitude), la substitution peut, dans la manière de représenter une forme de pouvoir, aller jusqu'à dénaturer le soin comme souci de l'autre.

[85] Dans la seconde partie de notre recherche, autour du chapitre « La substitution comme substantialité », nous confronterons la sollicitude à la substitution de manière plus exhaustive.
Si, dans le discours des professionnels tel que nous le mettrons en évidence ultérieurement, la sollicitude est d'abord substitutive là où elle consiste à faire à la place de l'autre et à l'assister autour de sa position de fragilité, elle peut être comprise différemment en ouvrant à une substitution qui consiste à le soutenir dans sa capacité à habiter singulièrement son existence.

Dans la perspective de l'expérience d'altérité qu'est susceptible de représenter le lien thérapeutique, l'attitude de substitution incarne le risque de faire de la suprématie du soignant une caractéristique.

À travers l'analyse du discours de professionnels amenés à accompagner des adolescents au quotidien, nous verrons que la substitution fait l'objet d'un consensus. À l'égard d'un adolescent en grande souffrance psychique qui se distingue par sa non-demande, elle interpelle et soulève de nombreuses interrogations que les propos suivants mettront en exergue.

2.2 Une pratique questionnante

Si les caractéristiques relatives à l'attitude de substitution telle que nous les avons évoquées précédemment supposent un foyer problématique susceptible d'opposer la subjectivité à l'altérité, le discours des professionnels accompagnant des adolescents au quotidien laisse entrevoir une position unanime à cet égard.
Nous proposons désormais de partager ces différents points de vue qui mettent en évidence une convergence du discours relatif à cette attitude que pourrait adopter un professionnel.

À partir de différentes rencontres avec ceux qui accompagnent des adolescents au quotidien, nous verrons de quelle manière ils ont été confrontés dans leurs pratiques à la question de la non-demande. Si, a priori, le concept de substitution ne semble pas faire partie de leur vocabulaire, nous nous rendrons compte que l'attitude à laquelle elle renvoie les interroge.

Dans ce sens, une analyse exhaustive des propos recueillis auprès d'acteurs représentatifs du champ sanitaire, éducatif, médico-social et de la justice nous permettra d'introduire une réflexion plus approfondie où les pratiques professionnelles auprès d'adolescents (telles qu'elles seront mises en valeur à travers l'histoire d'Emma) seront juxtaposées à une recherche de sens.
À l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande, nous verrons que la substitution se heurte à la prévalence d'une subjectivité classiquement valorisée dans la pratique soignante.

2.2.1 La parole commune des professionnels

La pluridisciplinarité des professionnels et la diversité de leurs expériences auprès d'adolescents constituent les deux principes de notre recherche. De manière à obtenir leurs points de vue sur l'attitude de substitution, nous leur avons soumis trois questions principales. Volontairement ouvertes, celles-ci représentent un appui lors des échanges tout en laissant place à une plus grande spontanéité de leur part.
Ces interrogations sont les suivantes :

Avez-vous déjà rencontré un adolescent qui se distingue par sa non-demande ?
Qu'évoque pour vous l'attitude de substitution du professionnel à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande ?
Considérez-vous l'attitude de substitution comme éthique ?

Cinq entretiens semi-ouverts ont été effectués auprès d'un infirmier exerçant en pédopsychiatrie dans un service d'hospitalisation à domicile (HAD), d'une psychologue exerçant dans un service de placement de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), d'une assistante sociale exerçant à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), d'une éducatrice exerçant en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) et d'un médecin pédopsychiatre exerçant en Hôpital de jour et en Centre d'Accueil thérapeutique à temps partiel (HDJ et CATTP) pour adolescents.

Ces échanges[86], profondément ancrés dans une pratique d'accueil et d'accompagnement d'adolescents, ont l'intérêt de soulever des questionnements relatifs à l'attitude de substitution, ses caractéristiques comme ses limites.
Si chaque professionnel s'interroge sur sa pratique et questionne l'intérêt et le sens qu'il donne à ses actions, la dimension éthique y est sous-jacente. En effet, si nous considérons l'éthique comme étant une disposition essentielle au questionnement et donc une manière d'appréhender des situations difficiles en lien avec la vulnérabilité des adolescents accueillis,

[86] Pour découvrir l'intégralité de ces *verbatim*, se rapporter aux Annexes.

elle apparaît comme essentielle pour les professionnels dans la mesure où elle semble constituer un garde-fou là où la substitution est majoritairement définie de manière négative.

Dans ce sens, une vue d'ensemble de ces cinq entretiens nous permet de mettre en évidence des similitudes quant aux propos des professionnels :

- La non-demande de l'adolescent semble être une situation récurrente dans leurs pratiques.
- La difficulté à accompagner un adolescent qui se distingue par cette non-demande s'avère prégnante.
- À l'égard de cette non-demande, les professionnels défendent l'idée d'une temporalité propre à l'émergence d'une subjectivité chez un adolescent.
- Amenés à réfléchir sur la non-demande, les professionnels soulignent l'importance d'une forme d'éthique de la demande basée sur le respect et l'écoute de celle-ci alors qu'ils voient en la substitution une attitude contraire.
- Le fait de se substituer renvoie à une pratique commune sans pour autant que le concept de substitution ne soit véritablement employé dans le langage de ces professionnels.
- Le discours relatif à la substitution est négatif et soulève des interrogations en lien avec la pratique professionnelle.

Afin de rendre compte de la richesse des propos des professionnels rencontrés, nous mettrons d'abord en évidence la question de la non-demande. Cette exploration fait apparaître des similitudes ainsi que des analogies dans les discours des professionnels :

- Alors que l'un d'entre eux estime que la non-demande d'un adolescent « *c'est même assez répandu…que ça fait partie de peut-être au moins la moitié si ce n'est plus des adolescents dont on s'occupe dans mon service* » (infirmier HAD), deux autres professionnels affirment que « *c'est quand même fréquent* » (psychologue PJJ) ou que « *ça représente une majorité en fait…c'est beaucoup d'adolescents que j'ai accompagnés* » (assistante sociale ASE).

  Un adolescent qui se distingue par sa non-demande « *c'est même assez répandu… certains n'ont aucune demande finalement. Ni vis-à-vis de moi ni vis-à-vis de l'institution* » (éducatrice ITEP). Cela apparaît donc comme « *vraiment fréquent. La*

non-demande de l'adolescent c'est finalement quelque chose qui s'exprime au quotidien dans ma pratique » (pédopsychiatre).

- Chacun des professionnels apporte ensuite des nuances quant au concept de la demande. Si « *rares sont ceux qui dès le départ sont partants, ont une demande exprimée ou verbalisée* » (infirmier HAD), il peut y avoir « *la première demande, c'est-à-dire avoir un peu d'air et après, derrière, l'autre demande, (qui) vient pas toujours, la vraie demande* » (psychologue PJJ). Les adolescents ainsi décrits sont souvent « *ceux qui n'avaient pas de demande ciblée ou explicite…qui n'avaient pas vraiment de demande vis à vis (du professionnel) ou alors c'était une demande masquée* » (assistante sociale ASE). L'ambivalence semble prégnante, « *il veut pas, il peut pas* » (éducatrice ITEP) affirme un professionnel. En tout état de cause, ces adolescents qui « *ne demandent rien ou alors qui demandent quelque chose sans que cela paraisse clair ou du moins entendu par les soignants* » (pédopsychiatre) interrogent les équipes amenées à accompagner des adolescents au quotidien.

- Différentes hypothèses sont soulevées et mettent en évidence des situations complexes laissant entrevoir la vulnérabilité d'un adolescent qui se distingue par cette non-demande. Ainsi, « *la dynamique et l'histoire du jeune en question* » (infirmier HAD) semble fragiliser « *la demande d'aide (qui) est là, mais très très mal exprimée et très confuse* » (infirmier HAD). La non-demande touche alors « *les jeunes pour qui c'est tout simplement pas possible…qui sont conscients qu'ils pourraient travailler des choses, mais c'est pas possible…ils sont peut-être pas armés pour affronter ça, pour s'engager* » (psychologue PJJ). À partir de situations, les professionnels évoquent « *l'ambivalence* » (assistante sociale ASE) de l'adolescent et la fragilité de son milieu familial. L'un des professionnels se souvient d'une jeune fille « *dont les parents étaient sans doute dépassés par son comportement et qui n'arrivaient pas à poser un cadre…donc sans repères, sans limites* » (assistante sociale ASE). La demande n'est ainsi pas portée par l'environnement, il n'y a « *pas de demande, ni de l'adolescent, ni de la famille* » (éducatrice ITEP). De manière générale, les propos des professionnels convergent tous vers l'idée que la non-demande est « *en lien avec l'histoire familiale, les positions des uns et des autres dans la famille ainsi que le mouvement pubertaire que traverse l'adolescent, tous ces changements à la fois corporels et psychiques qui*

le perturbent, le font douter, le mettent en position de dire non ou, du moins, d'être ambivalent par rapport à son entourage » (pédopsychiatre).

De manière unanime, la non-demande d'un adolescent relève d'une situation complexe dans laquelle le professionnel s'estime engagé. Cette réalité semble mobiliser les professionnels qui se questionnent sur le sens et les limites de leurs actions :

- La notion de temps est apparue avec acuité dans les propos des professionnels. Face à la non-demande de l'adolescent, chacun a pu souligner l'importance d'une temporalité permettant l'avènement d'une demande. Ainsi, considérer « *qu'à partir du moment où ils commencent à venir, même s'ils ne disent rien, la non-demande elle commence à s'exprimer et là on peut dire que ça y est* » (infirmer HAD). L'importance du « *temps de laisser ça venir et de pas forcer une demande* » (psychologue PJJ) demeure une notion unanime dans tous les discours des professionnels rencontrés.

- Si une première question volontairement ouverte relative à la non-demande de l'adolescent a permis aux professionnels de la définir et de la caractériser, tous se sont interrogés. Un professionnel s'interrompt même durant la rencontre pour élaborer différentes questions en lien avec sa pratique. Il se demande ainsi « *qu'est-ce que ça veut dire ? Est-ce que vraiment l'adolescent ne veut pas être en contact avec moi ou alors c'est une manière de me dire quelque chose que le fait de rien me demander ?* » (éducatrice ITEP). L'intérêt de se questionner de la sorte est en outre affirmé par un professionnel qui estime que « *la non-demande de soin de l'adolescent ça ouvre à beaucoup d'autres questions finalement. C'est toujours des situations particulières que ces adolescents qui ne demandent pas* » (pédopsychiatre).

La fréquence de la non-demande, la fragilité de l'adolescent et de son environnement, l'importance de la temporalité et la nécessité d'un questionnement relatif à cette forme d'expression qui est celle de ne rien demander sont autant d'éléments qui ont été abordés par les différents professionnels.

Les deux autres questions relatives à l'attitude de substitution et sa dimension éthique soulèvent là encore des similitudes dans les discours des professionnels entendus :

- L'usage du terme relatif à la substitution n'est absolument pas fréquent dans le langage professionnel. En effet, alors même que nous les interrogeons à cet effet, il nous faudra préciser ce que cela signifie pour que chacun s'exprime par rapport à cette notion. Alors que l'un d'entre eux affirme que la substitution « *c'est un terme nouveau pour moi, je le découvre* » (infirmier HAD), un autre évoque le fait que « *l'attitude de substitution c'est un terme que je n'utilise pas, mais ça me parle complètement* » (assistante sociale ASE). Le fait de proposer de réfléchir à ce terme convient pour autant à tous les professionnels interviewés même si « *ce n'est pas un mot que l'on utilise souvent dans notre vocabulaire soignant alors que cette question se pose finalement au quotidien auprès des adolescents accueillis* » (pédopsychiatre).

- Chacun cherche ensuite à définir le terme de substitution. Quand l'un évoque sa similitude avec l'empathie et demande si « *la substitution ça serait même au-delà du fait de se mettre à la place de ?* » (infirmier HAD) ou cherche à savoir si « *se substituer c'est faire à la place de l'autre c'est ça ?* » (assistante sociale ASE), un autre professionnel estime que « *c'est pas facile comme question* » (psychologue PJJ). Tous considèrent la spécificité de cette attitude de substitution, les propos sont alors mesurés : « *le fait de faire à leur place, de se substituer comme vous dites, c'est pas simple. C'est pas facile* » (éducatrice ITEP) affirme l'un d'entre eux ou encore « *faire à la place de l'adolescent que l'on reçoit dans les services de soin. C'est ce qui me vient en premier avec ce terme de substitution* » (pédopsychiatre).

- Les représentations relatives à l'attitude de substitution font ensuite l'objet d'un long développement dans les propos des professionnels. L'aspect négatif est incontestablement ce qui est d'abord mis en évidence. En effet, un professionnel estime que c'est « *faire à la place, mais pas forcément faire avec. Cela semble avoir plutôt une consonance négative lorsque j'évoque ce terme* » (pédopsychiatre). Certains parlent d'emblée des limites liées à la substitution, « *se demander si on n'enferme pas l'adolescent avec (elle). C'est un risque* » (infirmier HAD) et font référence à leurs perceptions.

  Ainsi, l'un d'eux dit clairement que « *ce qui m'est venu en premier c'est que la substitution peut annuler la possibilité que quelque chose puisse émerger du sujet. Ce qui pourrait être négatif c'est que ça vienne annuler toute possibilité que quelque*

chose émerge de l'adolescent…en tout cas, là comme ça, le mot substitution il y a quelque chose qui me gène. Dans le mot substitution…sans doute qu'il y a plein de sens, qu'il y a plein de façon de l'entendre, mais en tout cas ce qui me gène c'est le côté un peu annulation » (psychologue PJJ). Un professionnel renchérit sur le risque que peut représenter la substitution en disant que « *finalement, ce qui me vient en premier avec cette attitude de substitution c'est ce risque de perdre la confiance du jeune* » (assistante sociale ASE). D'une manière générale, tous les professionnels expriment une forme d'ambivalence quant à l'attitude de substitution. Les propos affirmés par l'un d'eux sont explicites : « *moi j'ai encore du mal à trouver ma place entre l'intrusif et ou pas quoi. À partir de quand je suis trop intrusive avec eux, à partir de quand ça vient agresser l'adolescent. Et ça je suis pas certaine de trouver encore l'équilibre avec ça* » (éducatrice ITEP). La substitution a donc une consonance avant tout négative : « *se substituer cela peut représenter un véritable danger dans la mesure où le professionnel, l'équipe soignante, peut prêter des mots au jeune qui ne sont pas les siens, qu'il n'aurait peut-être jamais pensé ni exprimé et là c'est dangereux* » (pédopsychiatre) ponctue dans ce sens un professionnel.

- Parallèlement à ces représentations négatives liées à la substitution, chacun des professionnels interviewés s'interroge quant à cette attitude dans la réalité de sa pratique. Alors qu'elle peut être un outil face à certains adolescents, c'est faire « *le pari, on avance des hypothèses, on avance des choses…demander si on se trompe pas, si on est pas trop à côté de la plaque pour se substituer à l'adolescent* » (infirmier HAD). Par l'intermédiaire d'interrogations diverses, la substitution est ainsi considérée comme une possibilité bien que sa perception reste négative. Ainsi, un professionnel estime que « *justement pour pouvoir utiliser ça dans le travail faut pouvoir déjà penser le sens de la substitution avant de pouvoir le mettre en pratique* » (psychologue PJJ). L'un d'eux pense s'appuyer régulièrement sur cette attitude, « *en fait je le fais au quotidien. Sans se questionner avant je pense que ça vient après…on le fait forcément ça. Se substituer au jeune* » (assistante sociale ASE). Un autre considère aussi que « *la substitution…finalement c'est ce que je fais avec eux. Je fais d'abord pour eux sinon je me dis que je pourrai attendre très longtemps avant que quelque chose émerge* » (éducatrice ITEP). Les propos des professionnels relatifs à la substitution s'ouvrent à une conception somme toute possible lorsqu'elle est conçue comme le fait de « *tenter d'accompagner l'adolescent, l'aider à mettre des mots sur*

ce qui le préoccupe, que ce soit de l'ordre de son quotidien, sa vie de tous les jours par exemple, ou des ressentis plus profonds en lien avec des questionnements plus existentiels » (pédopsychiatre).

- Face à des enjeux relatifs à la pratique soignante (tels que la temporalité, l'accueil d'un événement ou la survenue d'un mieux-être) la dimension éthique apparaît en toile de fond dans les propos des professionnels pour qui l'attitude de substitution invite nécessairement à une réflexion. Les notions « *d'équilibre* » (psychologue PJJ), de « *curseur* » (assistante sociale ASE) sont couramment employées et symbolisent la volonté des professionnels de s'appuyer sur une attitude qui n'annule pas la spécificité de l'adolescent. Le souci des professionnels reste celui de l'accompagner pour qu'il puisse « *commencer à avoir son propre désir* » (éducatrice ITEP) car « *il y a des situations où si il y a pas cette accroche, et ben certains sont pas en capacité de désirer* » (psychologue PJJ). En s'interrogeant, les professionnels insistent de façon unanime sur le fait d'informer l'adolescent de sa démarche. Alors que l'un d'eux parle d'une « *substitution mesurée* » (psychologue PJJ), un autre souligne le fait que « *si j'ai souvent fait à la place de l'adolescent, c'est toujours en l'informant. Jamais de manière cachée* » (assistante sociale ASE). En abordant des situations d'adolescents, un professionnel précise que pour lui « *quand je fais, quand je prends ce genre d'initiative avec les gamins je leur demande toujours si ce que je viens de dire ça correspond à leurs sentiments…en leur disant bien je n'ai pas peur de me contredire. Je peux me planter, tu vois* » (infirmier HAD). Dans la mesure où l'attitude de substitution est décrite principalement autour de ses limites voir même du risque qu'elle constitue, la position d'un professionnel symbolise le questionnement éthique sous-tendu par cette attitude : en effet, alors qu'il dit surtout « *penser au sentiment de panique que ces adolescents peuvent avoir en pensant qu'ils vont trop se confondre avec le professionnel qui les accompagne. Comme si lui et moi on ne ferait qu'un. Comme si l'adolescent se sentait annuler au final. C'est vraiment la limite de tout ça en fait* » (éducatrice ITEP), l'éthique comme manière de se confronter à une situation complexe et de l'interroger devient une question prégnante.

  En comparant les adolescents « *qui sont encore des tout-petits…il y a une affaire de ressenti et de connaissance de l'autre* » (infirmier HAD) qui apparaît comme la caractéristique d'un questionnement éthique nécessitant de mettre en place « *des mécanismes, en tout cas des structures, qui nous permettent de tenir la route. Être*

éthique. C'est s'appuyer sur le cadre de l'institution, les groupes de paroles, les temps de supervision, les réunions » (infirmier HAD). L'environnement du professionnel semble être ici un véritable point d'appui et vient enrichir la réflexion. Ainsi, l'un des professionnels finira par souligner l'importance de « *l'accueil et de la disponibilité* » (psychologue PJJ) de chaque personne dans l'institution afin d'éviter l'écueil de « *ce qui deviendrait pas éthique…ne pas savoir rendre aux jeunes la possibilité de demander sans forcément être porté par l'autre* » (psychologue PJJ).

Ces rencontres nous ont permis de constater la similitude des propos des professionnels amenant à une forme de saturation des données constatées après ces cinq entretiens. En effet, les termes employés convergent tous vers une même appréhension de la non-demande d'une part et de l'attitude de substitution, d'autre part. Le discours majoritairement négatif en lien avec ce concept est, à chaque fois, lié au risque que constitue la substitution comme manière d'annuler la singularité d'un adolescent.

Cette position commune des professionnels constitue un véritable appui à notre recherche. En effet, d'après leurs discours, la substitution est de nature à bousculer voir bouleverser leurs modes de fonctionnement et les poussent à reconsidérer leurs pratiques.
Là où des présupposés axiologiques supposent la nécessité d'un sens à toute approche professionnelle, un adolescent qui se distingue par sa non-demande vient fragiliser cette considération. Alors qu'à la traditionnelle association du besoin au désir faisant éclore la demande pourrait correspondre celui d'un profil d'adolescent (en l'occurrence l'adolescent non-demandeur) en lien avec un type d'accompagnement et d'orientation, les professionnels interrogés soulignent la nécessité de prendre en compte la singularité de chacun d'entre eux et de s'appuyer sur une temporalité qui soit d'abord celle de l'adolescent et plus seulement de l'institution pour qu'un lien puisse s'établir.

Face à un adolescent qui n'exprime aucune demande, la nécessité d'adapter l'acte professionnel et de s'appuyer sur des valeurs spécifiques transparaît dans les propos recueillis. Les paroles de ces professionnels, susceptibles d'être partagées par le plus grand nombre, font de la non-demande une limite les mettant en quelque sorte à l'épreuve : celle d'être en mesure d'accueillir un adolescent dont la vulnérabilité à la rencontre laisse présager l'élaboration d'un lien spécifique et soulevant de nombreux enjeux.

Si les rencontres avec ces professionnels ont été synonymes de nombreuses interrogations quant à leurs pratiques, la perspective d'un questionnement éthique s'est peu à peu dessinée. Alors que les situations évoquées font état d'une grande fragilité chez un adolescent qui n'exprime aucune demande, la possibilité d'exister avec les autres semble momentanément ou parfois durablement compromise, l'autre représentant une menace ou une figure d'agressivité.

En acceptant de réfléchir au concept de substitution, en interrogeant ses caractéristiques et son utilisation dans leur pratique quotidienne, les professionnels que nous avons rencontrés se sont confrontés unanimement à ses limites. Leurs interprétations de l'attitude de substitution à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande sont majoritairement négatives. Depuis des expressions marquantes autour de l'annulation de l'adolescent, le risque voir le danger d'une telle attitude apparaît avec acuité.
En considérant l'adolescent altéré dans sa capacité à exprimer ses attentes vis-à-vis d'un environnement vécu comme insécurisant associé à la présence souvent fluctuante des premiers objets d'attachement, les professionnels rencontrés comprennent la non-demande comme une parole qui semble être réduite à l'agir. Alors qu'ils s'appuient sur des situations relatives à leurs pratiques, ils considèrent les conduites auto ou hétéros agressives de l'adolescent comme prégnantes et estiment qu'elles ont valeur d'interpellation. Se profile à ce moment-là une suprématie de l'agir adolescent soulignant la nécessité de s'interroger sur cette forme d'expression en lien avec l'existence d'une subjectivité.
Là où la place accordée au sujet fonde la démarche clinique et représente un véritable appui dans la pratique, une des prérogatives essentielles de la fonction que ces professionnels ont mise en évidence est celle d'accueillir la singularité de l'adolescent pour l'inscrire à l'enseigne de la parole et du langage et l'accompagner dans l'élaboration de sa propre demande. En proposant un espace d'écoute et de soutien dont la forme varie en fonction de chaque institution (accompagnement individuel ou médiations de groupes), c'est bien l'adolescent-sujet qui prévaut dans les discours déployés. Dans la mesure où ceci agit comme un consensus, l'attitude de substitution est corrélée au fait d'agir en nom et place de l'adolescent et peut aller jusqu'à faire intrusion à son équilibre, aussi précaire soit-il. La propension qu'aurait la substitution à venir annuler l'adolescent et ce qui fait sa singularité est ainsi souvent déployée lors de ces rencontres.

Là où les professionnels insistent tous sur la nécessité de soutenir un adolescent qui se distingue par une forme de vulnérabilité à la rencontre, ils associent la substitution à une

forme d'assujettissement (autrement dit un état de soumission aliénant toute prise d'autonomie) : demander à la place de celui qui n'exprime aucune demande apparaît en effet comme un possible retour à un état de dépendance alors même que l'autonomie constitue l'une des visées essentielles de la pratique professionnelle.

En liant la substitution au fait d'exprimer une demande à la place de l'adolescent, les professionnels considèrent qu'elle s'apparente avant tout à la suppression. Dans un contexte où il existe une prévalence de la subjectivité de l'adolescent et un mode d'accompagnement destiné à la soutenir, l'attitude de substitution est en effet considérée comme une forme d'emprise là où elle « peut annuler la possibilité que quelque chose puisse émerger du sujet » comme l'affirme notamment l'un des professionnels interviewés.
Dans cette perspective, en adoptant une attitude qui consiste à se substituer à la non-demande, le professionnel annihilerait la singularité de l'adolescent dont le silence ouvre à une forme d'annulation du sujet : les professionnels parleraient ainsi de l'adolescent au lieu de le laisser parler, en venant présupposer de ses besoins et de son désir pour faire éclore sa demande.
La parole de l'adolescent, à défaut de représenter une identité, deviendrait alors l'apanage du professionnel se substituant à lui. Comme assigné à une place et limité à sa seule qualité d'être non-demandeur, la rencontre avec l'adolescent ressemble alors à un espace vide d'altérité et son accompagnement se réduit à une prise en charge où la prise de l'autre devient le vecteur d'une déprise voir d'une annulation de toute subjectivité. L'adolescent devient ainsi l'être su et se conforme à un savoir professionnel qualifiant ses agirs et venant même parfois les présupposer.

Si les professionnels interviewés ont associé leurs réflexions à des pratiques variées, la référence à la singularité de chaque adolescent constitue l'une des prérogatives de ces rencontres. Aussi, en considérant la diversité des institutions représentées, une forme de consensus autour de l'attitude de substitution comme forme d'assujettissement se détache très nettement de leurs propos.

Dans le contexte du soin psychique, ce questionnement interpelle d'autant plus qu'il s'inscrit dans une demande à laquelle le soignant répond. L'attitude de substitution telle qu'elle peut se déployer auprès d'un adolescent en grande souffrance psychique sous-tend donc de nombreux enjeux en référence à la place qu'il occupe dans le lien thérapeutique.

À partir de l'histoire d'Emma, nous verrons de quelle manière ces interrogations se révèlent autour d'une pratique faisant de la substitution du soignant une attitude contrastée.

2.2.2 L'histoire d'Emma

Dans la mesure où il arrive qu'un adolescent en grande souffrance psychique mette tout en œuvre pour tenir le soignant à distance en n'exprimant aucune demande, la propension à faire à sa place est réelle et s'inscrit dans une dynamique faisant de la vulnérabilité de l'adolescent un motif à agir.

La clinique qui va suivre illustre ces propos. De nature à nous interpeller, l'histoire d'Emma renvoie à une pratique dans laquelle la propension à se substituer à une non-demande de soin est manifeste.

> *Une psychologue du Centre d'Information et d'Orientation interpelle l'équipe soignante au sujet de la situation d'Emma, une adolescente de quinze ans qui présente une forte inhibition sociale et scolaire majorée depuis plusieurs mois. L'ayant rencontré à plusieurs reprises lors d'un bilan d'orientation, elle met en évidence un désinvestissement massif des apprentissages scolaires assorti d'un confinement à domicile. Les rares sorties à l'extérieur laissent entrevoir une forme d'agressivité exprimée par l'adolescente (cris ou état d'agitation dans une grande surface qui se trouve à proximité de chez elle).*
> *La mère d'Emma, sur les conseils de la professionnelle, fait une demande de consultation à l'hôpital de jour parallèlement à l'appel de la psychologue. Elle exprime alors beaucoup d'inquiétude concernant la situation de sa fille qu'elle décrit comme « toujours triste, pleurant beaucoup, refusant de sortir sans que ça se passe mal à l'extérieur ». Compte tenu de l'aggravation de la symptomatologie de l'adolescente ces derniers mois, les professionnels se mobilisent rapidement et une première consultation sera proposée.*

Ces éléments nous renseignent avant tout sur une forme d'ubiquité de la demande qui est ici portée à travers les propos de la psychologue et de la mère de l'adolescente. La situation clinique telle qu'elle se présente peut déjà nous renseigner sur la position d'Emma : une double demande est effectuée (par la professionnelle et sa mère) sans pour autant que nous ayons d'éléments sur la manière dont l'adolescente peut l'investir. Emma semble davantage faire l'objet d'une demande de consultation que de l'investir pour elle-même.

Emma se présente à la première consultation accompagnée de sa mère. Les soignants sont d'emblée surpris par sa présentation : de taille moyenne, elle présente un surpoids important et une incurie rendant son contact difficile. Ses cheveux lui masquent presque totalement le visage, les professionnels constatent une odeur très forte agissant comme une forme de protection face à quiconque peut vouloir l'approcher. Ses gestes sont lents, incertains, elle semble chercher la contenance d'un fauteuil dans lequel elle se recroqueville de plus en plus. L'adolescente manifeste très vite une forte angoisse lors des premiers échanges. Elle est complètement mutique et chaque parole adressée paraît être vécue comme une agression : en témoignent d'abord des réactions physiques telles qu'une respiration rapide et une transpiration excessive ainsi qu'une posture qui devient de plus en plus menaçante au cours de la consultation, Emma oscillant entre un regard fuyant ou menaçant envers les professionnels.

Sa mère, quant à elle très prolixe, évoque sa fille. Elle dit d'abord qu'elle n'a « rien à signaler » si ce n'est qu'Emma a toujours été très « timide, inhibée depuis l'école maternelle ». À travers le discours maternel, les soignants constatent une forte ambivalence à nous livrer des informations relatives à l'histoire de vie de l'adolescente. Un isolement et un retrait semblent s'être opérés depuis l'enfance et présentent aujourd'hui les caractéristiques d'un mutisme sélectif.

Emma avait une sœur aînée. Souffrant d'une maladie chronique depuis son enfance, elle est décédée deux ans auparavant. Depuis, Emma éprouve de plus en plus de difficultés à s'exprimer en dehors de la sphère familiale. Sa scolarité s'est interrompue depuis plusieurs mois, l'adolescente multipliant les plaintes somatiques qui « l'empêchent d'aller au collège ». L'ombre de sa sœur morte plane durant toute cette première consultation.

En dépit des sollicitations des professionnels, ils ne parviennent pas à resituer le trouble mis en évidence par la mère de l'adolescente. Celui-ci semble à la fois être chronique depuis les premières années d'école tout en s'installant véritablement ces derniers mois. Madame exprime peu à peu ses inquiétudes quant au comportement actuel de sa fille. Isolée et seule toute la journée, elle ne comprend pas ce qui « peut l'empêcher de sortir, de faire une course, de parler à la caissière normalement, sans s'énerver et faire des crises dans le magasin ». Elle dit vouloir comprendre ce qui désormais la dépasse. En effet, elle a le sentiment de ne plus reconnaître sa fille. Durant la consultation, Emma ne réagit pas verbalement aux propos des soignants, mais ceux-ci observent des gestes laissant transparaître une forme d'instabilité et d'agacement (elle soupire plusieurs fois aux propos de sa mère, tape du pied et déchire le

tissu du fauteuil). Elle n'exprime pas de franche opposition à l'égard d'un autre rendez-vous, mais continue de se distinguer par sa non-demande.

L'absence d'éléments anamnestiques de cette situation laisse immédiatement supposer qu'à l'instar d'Emma qui ne parle pas, beaucoup de choses ne se disent pas dans la sphère familiale. Le manque de liens entre les évènements relatés est fréquent dans le discours maternel. L'équipe soignante envisage donc le mutisme sélectif comme un symptôme et la non-demande de soin de l'adolescente comme une position subjective à interroger avec elle.
Dès cette première consultation, les professionnels perçoivent l'isolement de l'adolescente. À travers leurs échanges, l'enjeu principal est donc d'introduire à nouveau un mouvement de pensée, une nouvelle dynamique à la fois individuelle et familiale où une parole peut s'énoncer.

Accompagnée de sa mère, Emma honore la consultation suivante. Cette fois-ci, elle est reçue seule. Emma est toujours autant en difficulté et continue d'occuper le temps et l'espace de la consultation par ses pleurs sans pour autant s'autoriser à en dire quoi que ce soit. En proie à un discours très pauvre fondé sur un acquiescement ou une réponse souvent inaudible, les consultations suivantes demeurent tout autant difficiles, marquées par les silences ou les regards de défiance de l'adolescente.

L'équipe soignante constate qu'une consultation telle qu'elle peut être proposée de manière classique angoisse particulièrement Emma et renforce même sa symptomatologie. Le souhait de lui offrir une possibilité de s'exprimer autrement mobilise les professionnels.

Une consultation familiale viendra ponctuer ces premières consultations. La mère d'Emma exprime alors une inquiétude croissante face à des comportements de repli qui persistent au domicile. La souffrance de Madame est palpable, elle évoque son incompréhension. Alors que l'adolescente continue de se distinguer par sa non-demande, sa mère, quant à elle, demande « de l'aide ».

Une synthèse pluridisciplinaire permettra aux professionnels de réfléchir aux éléments collectés jusqu'ici et leur sens. Tous sont sensibles aux manifestations de souffrance de l'adolescente (lesquelles apparaissent à travers un repli massif, mais aussi des comportements de violence lorsqu'elle sort du domicile) et de sa mère.

L'une comme l'autre semble indifférenciée et aucun élément probant n'est susceptible d'expliquer le mutisme d'Emma. La prépondérance de son isolement et de son incurie questionne implicitement le sens du soin, ce qu'il peut constituer comme intrusion dans la vie de l'adolescente et la manière dont elle peut l'investir. Les professionnels ont le sentiment de se substituer à sa propre demande et cela les déconcerte.
À cet instant, l'équipe soignante mesure la nécessité de proposer une offre de soin plus élargie telle qu'elle peut exister dans un autre espace thérapeutique que la consultation médicale. Les professionnels proposent alors d'accueillir Emma en groupes thérapeutiques. L'enjeu principal de cette nouvelle offre de soin est de créer les conditions d'émergence d'une parole subjective que seule la consultation n'a pas pu faire émerger.

Les premiers accueils avec d'autres adolescents se déroulent de la même manière que les consultations. Emma est mutique et ne répond que très rarement aux sollicitations des soignants. Elle n'exprime aucune demande alors que sa passivité est visible. À plusieurs reprises, elle quitte l'espace du groupe de façon inopinée en claquant la porte. Chaque tentative destinée à accompagner ce passage à l'acte ne fait qu'activer l'agitation de l'adolescente. Alors qu'elle quitte le lieu de soin bruyamment (elle peut bousculer l'un des soignants en ouvrant le portail ou faire tomber le mobilier à plusieurs reprises), les soignants lui signifient comme ils le peuvent qu'elle est « attendue au prochain groupe ». La poursuite des soins est alors de plus en plus incertaine, Emma se maintenant dans une position de non-demande qui met l'équipe soignante à distance.

En rappelant l'adolescente à son engagement, sa demande semble davantage portée par l'équipe soignante que par Emma elle-même. La propension à se substituer à elle est alors palpable et semble, pour les professionnels, totalement antinomique avec l'avènement d'une parole subjective.

À partir de cette situation, les soignants n'ont de cesse de se questionner sur leur manière de définir son mode d'accueil, le sens qui lui est conféré, le cadre ainsi que l'esprit du soin qui les anime. Si l'accueil en groupe thérapeutique représente une autre perspective et l'opportunité de créer de nouveaux liens, cette proposition vient aussi faire effraction dans les comportements de l'adolescente : l'avènement possible d'un désir voué à se nouer ailleurs que dans la sphère familiale pourrait en même temps la fragiliser. Se substituer à sa non-demande comporte donc un risque relatif au fait de l'assujettir encore plus.

2.2.3 Les limites d'une prévalence de la subjectivité

À partir de cette histoire singulière, des constantes apparaissent qui mettent en évidence une forme de typologie de la non-demande chez un adolescent en grande souffrance psychique. En effet, au préalable de cette situation, c'est bien le silence d'un adolescent qui prédomine au profit de demandes explicites telles qu'elles sont exprimées par sa famille ou les partenaires du soin. Se profile alors une forme d'ubiquité de la demande qui se fonde ici sur les inquiétudes de son environnement. La famille, en particulier, exprime sa manière d'appréhender ce qui fait problème et cherche à y donner du sens. En considérant un adolescent à travers cette demande parentale, les soignants s'interrogent sur la place à lui donner. Pour Emma comme pour un adolescent en grande souffrance psychique, la dialectique qui se dessine autour de l'adolescent objet ou sujet de la demande de soin mobilise les professionnels.

Signifiée par des observations cliniques auxquelles se prêtent les professionnels, ceux-ci sont attentifs à la posture de retrait ou de fuite d'un adolescent lors des premiers échanges. La symptomatologie dépressive qui s'exprime à travers des comportements d'évitement, de tristesse et de pleurs fréquents chez Emma est assortie de mouvements d'agressivité ou de violence qui exacerbent cette position. La présentation physique d'un adolescent en grande souffrance psychique est souvent inquiétante et vient alerter par ces particularités.

Dans la mesure où l'expression d'une parole s'avère extrêmement difficile lors des premières consultations, les soignants sont interpellés par les propos négatifs et dévalorisants que peut incarner un adolescent. La non-demande semble pour lui la seule position acceptable qui ne l'engage pas en laissant entrevoir un primat de l'agir. Le discours parental est souvent dense voir omnipotent, la famille de l'adolescent mobilisant l'espace de consultation par l'expression de ses inquiétudes et une demande d'aide.
Le manque voir l'absence d'éléments anamnestiques apparaît avec acuité et interroge les soignants sur un fonctionnement familial qui semble s'être organisé autour de ruptures ou d'évènements traumatiques (ici un deuil dans l'histoire d'Emma) tels qu'est intervenu un brusque changement dans le comportement de l'adolescent allant parfois jusqu'à se mettre en danger ou adopter une attitude de repli extrême.

Si les manifestations de souffrance d'un adolescent suscitent l'inquiétude de son environnement, elles touchent aussi les professionnels qui se mobilisent pour créer les conditions d'émergence d'une parole subjective. Pour autant, face à une forme d'immobilité et donc la persistance de comportements de retrait ou de fuite à l'égard des propositions thérapeutiques, les soignants associent leurs désirs à un acte négatif : le fait de faire à la place d'Emma (en se substituant à sa non-demande) paraît ici impensable dans la mesure où c'est bien la subjectivité de l'adolescent que les professionnels cherchent à soutenir. L'attitude de substitution est alors considérée comme étant au détriment de l'élaboration d'une demande.

L'intérêt d'une illustration clinique telle que celle d'Emma est donc de dégager une certaine typologie de la non-demande : sans distinction de genre, d'âge, de milieu social ou culturel, elle s'origine dans un parcours de vie émaillé de ruptures. Un traumatisme psychique a parfois fragilisé encore plus la dynamique familiale, rendant l'attachement insécure et vecteur d'angoisse.

La demande, si elle est portée par la famille ou les partenaires du soin, laisse entrevoir la position d'évitement d'un adolescent qui se distingue par un agir pouvant se caractériser par des élans auto ou hétéros agressifs de plus en plus prégnants. Dans le fait de ne pas solliciter les adultes de son environnement ou les professionnels qui l'accueillent, il occupe une place subjective qui, de manière métaphorique, s'entrevoit par ce « non » sans pouvoir se dire autrement.

Le désir des professionnels qui est celui de mobiliser ou remobiliser le désir adolescent fait alors face à un profond paradoxe révélant la composante avant tout aliénante de la substitution. En effet, alors qu'un adolescent en grande souffrance psychique peut se distinguer par sa non-demande, l'attitude de substitution à son égard s'apparente d'abord pour les professionnels à une forme d'assujettissement, ceux-ci déplorant le mouvement d'objectivation associée à la substitution.

En faisant à sa place, arguant la nécessité de soutenir un adolescent dans sa capacité à consentir au soin pour qu'il exprime à son tour une demande de manière autonome, le désir du soignant semble alors s'inscrire dans un mouvement d'objectivation. En asymétrie, le désir de l'adolescent, vecteur de sa subjectivité, est comme tue et l'opportunité d'une expression de soi s'efface sous l'emprise. Parlant de lui et à sa place, la possibilité que l'adolescent

devienne un faire-valoir pour le soignant apparaît alors de plus en plus probable. Fragilisée par l'absence d'une demande de soin et renvoyant aux propres incomplétudes du soignant, cette perspective est celle qui regroupe toutes les formes d'objections à l'attitude de substitution. Là où en pédopsychiatrie tout acte soignant est fondé sur une clinique du sujet désirant, la substitution apparaît en totale contradiction avec cette valeur accordée à la subjectivité.

Dans la mesure où elle vient en quelque sorte dénaturer de la relation de soin classiquement établie autour d'une demande de soin à laquelle le professionnel répond, la substitution désarçonne. Ouvrant à un questionnement plus large relatif à l'expérience de l'altérité, nous nous proposons désormais de l'explorer sous l'angle de la dialectique des consciences faisant de la relation à l'autre l'expression d'une domination avant d'y voir une perspective.

Chapitre 3.
D'un acte de soin à sa composante aliénante

Des rencontres avec différents professionnels exerçant auprès d'adolescents ont mis en exergue une forme de consensus faisant de la substitution une attitude opposée au soutien et à l'accompagnement d'une expression subjective, toujours prévalente dans une situation de soin.

En associant l'attitude substitutive au fait d'élaborer une demande à la place d'un adolescent, la substitution soulève donc de nombreuses interrogations. Si le risque d'assujettir un adolescent demeure prégnant dans le discours des professionnels rencontrés dans le cadre de notre recherche, le fait de se substituer à sa non-demande semble contraire à une pratique professionnelle privilégiant l'adolescent sujet, acteur principal de son projet de soin.

Dans la mesure où la dimension éthique est de nature à rassembler les professionnels autour d'un adolescent, l'attitude de substitution apparaît alors comme antinomique aux valeurs qu'ils partagent au quotidien à l'égard de celui que la souffrance psychique inhibe ou agite.

En questionnant son aspect an-éthique, nous rapprocherons la substitution d'une composante aliénante, le soignant agissant alors à la place d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande. En écho à une dialectique des consciences, nous verrons comment elle peut se rapprocher d'une source de domination de l'un sur l'autre. Dans la mesure où la substitution est d'abord associée au fait d'agir à la place de l'autre, nous verrons s'il est possible de dépasser une telle thèse en faisant du désir qu'a l'adolescent d'être reconnu un élément fondamental susceptible de faire évoluer une situation de soin.

3.1 Une source de domination

Si le soin psychique s'appuie avant tout sur la dimension relationnelle, la reconnaissance de la singularité de chaque adolescent, l'accueil de sa souffrance, l'écoute de sa demande particulière et le déploiement d'un langage commun d'interprétation du sens de ses difficultés demeurent des valeurs essentielles à la fonction soignante. Les professionnels font donc de la prévalence de la subjectivité un principe axiologique incontournable.

Dans ce contexte, tout acte qui consiste à remplacer un adolescent en se substituant à sa demande de soin s'avère donc être à l'opposé des valeurs soignantes : l'espace de liberté qu'est susceptible d'offrir la relation de soin devient un espace d'aliénation, les professionnels considérant la substitution comme une suppression de ce qui fait la singularité même d'un adolescent.

À partir de ce qui apparaît d'abord comme un aspect an-éthique de la substitution, nous verrons de quelle manière elle peut faire le jeu d'une forme d'hégémonie du professionnel à l'égard d'un adolescent que la souffrance a plongé dans l'évitement de toute forme de lien. C'est ensuite en tenant compte de l'équivocité du concept d'aliénation que nous nous demanderons si la composante aliénante de la substitution peut ouvrir à d'autres perspectives.

3.1.1 L'aspect an-éthique de la substitution

Interpellés sur cette question, nous avons mis en évidence un discours unanime des professionnels qui considèrent d'emblée l'attitude de substitution comme an-éthique dans la mesure où elle réduit l'autre au même. Parmi ceux rencontrés, tous évoquent le fait que la substitution équivaut, en quelque sorte, à « *faire à la place, mais pas forcément avec* », cette perspective constituant alors « *un risque* » voir « *un danger* ».
En présupposant de la demande de l'adolescent, en suppléant au fait qu'il s'inscrit avant tout dans un « non », il apparaît dès lors que le soignant vient altérer sa capacité à exprimer ce qui le distingue de l'autre.

Comment la substitution vient-elle fragiliser la dimension éthique du soin psychique ?
Dans quelle mesure se révèle-t-elle à travers un aspect an-éthique ?

L'accueil de la différence, propre à la dimension éthique du soin, disparaît au profit de la seule légitimité du professionnel. Arguant de la nécessité de soutenir l'adolescent dans sa capacité à consentir au soin pour qu'il exprime à son tour une demande de manière autonome, le désir du soignant s'inscrit alors dans un mouvement d'objectivation. En asymétrie, le désir de l'adolescent, vecteur de sa subjectivité, est comme « tue » et l'opportunité d'une expression de soi s'efface sous l'emprise. Il devient alors l'expression du soignant, un motif à une action qui aurait une valeur soignante dans un contexte où le professionnel serait fragilisé par l'absence d'une demande de soin.

Si cette dialectique des désirs laisse supposer l'hégémonie du professionnel, la violence inhérente à l'attitude de substitution est explicitement développée dans le champ clinique. En effet, dans la mesure où la mise en présence d'un soignant et d'un patient comporte en elle-même une forme de violence intrinsèque (la souffrance ou la maladie réduisant possiblement le champ de liberté de la personne), il s'agit de se confronter à cette violence inhérente à l'acte soignant. Souvent associée à des logiques institutionnelles, elle peut être manifeste comme silencieuse, reconnue comme évitée, mais elle fait toujours référence à l'expérience du soin.
Si sa nature et ses formes peuvent varier, c'est bien la situation de soin en elle-même qui est susceptible de contenir ou de créer de la violence. Ainsi, un adolescent qui se distingue par sa

non-demande peut en faire l'objet d'autant plus que le soignant se substitue à lui et réduit alors toute perspective d'inscription subjective.

En questionnant la relation susceptible de lier le professionnel à un adolescent, c'est bien ce rapport direct mobilisant des mouvements transférentiels et contre-transférentiels qui est à considérer. En effet, c'est notamment « l'impact des affects éprouvés (qui) peut générer des défenses et des agirs producteurs de violences dans le soin[87] », le professionnel pouvant alors s'adresser au patient comme à un autre, « objet de transfert[88] », réceptacle d'émotions et d'affects.
Si la somme des éprouvés est souvent évitée au profil d'actes de soin repérés et institutionnalisés, le professionnel peut dès lors focaliser toute son attention sur la non-demande quitte à réduire un adolescent à l'unique élaboration de celle-ci. Ce dernier est en effet susceptible d'être défini par cette non-demande comme un « non-encore-dit » dans un contexte où la subjectivité de l'adolescent est recherchée et valorisée par l'équipe soignante.

Alors qu'un regard clinique interroge une forme de psychopathologie du lien chez un adolescent en grande souffrance psychique, l'attitude de substitution à son égard apparaît d'abord comme une source d'aliénation. Dans le contexte du soin psychique où la personne accueillie peut, à certains moments de son existence, s'enferrer dans ses symptômes et parfois apparaître comme dépossédée d'elle-même, cette notion nous mobilise d'autant plus qu'elle est équivoque et est susceptible de jouer un rôle déterminant dans le colloque singulier réunissant le soignant et un adolescent.

Dans ce sens, interroger le concept d'aliénation en l'associant à la spécificité du soin psychique demeure essentiel là où l'attitude de substitution est d'abord rapprochée d'une composante aliénante, telle qu'elle transparaît dans le discours des professionnels.

[87] Ciccone A et al. *La violence dans le soin*. Paris : Dunod; 2014. p.57.
[88] Ibid. p.59.

3.1.2 L'équivoque de l'aliénation

Si la source étymologique d'aliénation (*allos* ou *alius xenos*) fait écho à un « autre » assorti d'un « au-delà de », cette notion se déploie autour du fait de devenir étranger à soi-même. Dans ce sens, le concept d'aliénation renvoie au fait « d'être hors de soi, transporté de colère ou de joie, au point de sortir de son usage ou état normal[89] ».
Rattachée à la conscience de soi, l'aliénation est le corollaire d'une forme de désappropriation de l'esprit par un autre et renvoie à l'image d'un être dépossédé de lui-même.

Sujet devenu étranger à soi, l'être aliéné l'est avant tout dans une forme de dépossession psychique que l'histoire de la psychiatrie consacre à travers son abondante littérature sur la question.
Évoquant les aliénés comme ceux privés de leurs facultés mentales, son usage consacre une forme d'aliénation négative où l'aliéné, à défaut de trouver en l'autre un appui pour déployer une nécessaire autonomie, se réduit à un rapport inhibant voir destructeur avec lui. Le terme d'aliénation mentale largement déployé au dix-neuvième siècle vient illustrer ce qui est dès lors considéré comme une véritable pathologie rendant insupportable tout contact avec l'environnement.

Aujourd'hui, le concept d'aliénation a évolué et se concentre non plus seulement sur le sujet s'avérant dépossédé, mais sur la nature des liens qu'il est susceptible d'entretenir. Par un mouvement qui consiste à limiter ou conditionner une personne à un statut ou à une position sociale, économique ou culturelle, dans l'expérience du soin, l'aliénation se caractérise par un processus d'objectivation de la personne malade qui devient à la fois l'objet d'une connaissance médicale et de la construction d'un lien thérapeutique.
Si dans la manière même d'organiser ce colloque singulier qui unit le soignant au patient ce dernier est toujours situé au rang de celui qu'il faudra accompagner, les rôles et les places de chacun dans cette forme d'organisation des relations sont toujours prédéfinis. La position enfermante inhérente au soin fait donc de l'aliénation un processus qui transparaît au quotidien dans l'acte même de soigner : c'est notamment la façon de considérer un adolescent à travers son symptôme et le réduire ainsi à son statut d'être vulnérable qui demeure un enjeu

[89] Jousset D. *Le vocabulaire allemand de la philosophie*. Paris : Ellipses; 2007. p.20.

de la fonction soignante, les professionnels agissant parfois plus au profil d'une logique institutionnelle que d'une logique du sujet.

Alors que le psychiatre Oury fait de la notion d'aliénation[90] un concept central en lien avec la dimension à la fois aliénante et désaliénante de l'institution à l'égard de la psychose, il nous faut repenser cette difficulté d'un adolescent à être avec les autres, et cela avant même de lui attribuer une place dans un espace institutionnel, que la prédominance de sa souffrance psychique rend si difficile tant elle est dominée par un primat de l'agir.

Alors que ses passages à l'acte, aussi variés soient-ils, font effraction dans la possibilité qu'à un adolescent de les considérer et les symboliser pour y trouver du sens, la substitution est vue comme une attitude l'en privant encore plus. En barrant toute avancée dans la constitution d'un Moi adolescent, le fait de remplacer celui qui se distingue par son silence va dans ce sens. Pouvant même aller jusqu'à l'enfermer encore plus dans le monde clos de la non-demande, l'attitude de substitution est avant tout vue par les professionnels comme un manquement à la possibilité d'en dire quelque chose et d'émettre une parole, gage de l'avènement d'une subjectivité.

Dans la mesure où, nous l'avons mis en évidence, le rapport à la parole demeure l'une des prérogatives de la construction psychique du sujet, le silence d'un adolescent qui n'exprime pas de demande est considéré comme le signe d'un effacement de soi par les professionnels. La phase d'aliénation au désir de l'autre, classiquement considérée comme nécessaire à l'inscription du sujet dans le monde, semble se rejouer dans les agirs d'un adolescent qui se distingue par sa fragilité. Aux prises avec les manifestations d'une souffrance psychique, il paraît aspiré par un vide de l'être qui, à défaut de représenter une perspective, l'inhibe.

Dans un contexte où le soignant agirait en se substituant à lui, la dialectique aliénation-séparation telle qu'elle a été notamment pensée par Lacan se réduit à une aliénation à soi, l'adolescent n'étant plus en capacité de considérer l'autre autrement que par la menace qu'il représente. Le rapport à l'autre, consubstantiel à la construction psychique du sujet, surgit ici comme une béance, le triptyque fondé sur les besoins, le désir et la demande s'étant comme réduit au champ du réel.

[90] Oury J. *L'aliénation*. Paris : Galilée; 2012.

Si une équipe soignante souhaite favoriser l'accueil d'un adolescent à partir de ce qu'il manifeste, il est difficilement imaginable pour les professionnels d'aller au-delà de leurs observations et de leurs interprétations cliniques sans quoi ils estiment supprimer ce qui fait sa singularité même. L'attitude de substitution, avant tout associée à une démarche qui consiste à remplacer un adolescent qui n'aurait pas de demande de soin, sous-tend le risque d'une interprétation à laquelle il serait réduit. L'Autre, à défaut de représenter un appui, deviendrait alors celui qui l'inhibe et l'enferme dans cette position d'être non-demandeur. Dans ce sens, l'altérité telle qu'elle se déploie dans une situation de soin se réduit d'autant que l'un agit à la place de l'autre en le considérant à travers sa seule dimension vulnérable.

De nature à interpeller les professionnels qui accompagnent au quotidien des adolescents en grande souffrance psychique, l'attitude de substitution bouscule et renvoie chacun aux fondements mêmes de sa pratique. À l'opposé des valeurs classiquement partagées entre les différentes institutions accueillant une population adolescente, la substitution semble fragiliser ce qui est susceptible de se tisser entre le professionnel et un adolescent.

En interrogeant la manière dont elle peut venir obstruer la voie de l'altérité, il s'agit de déployer la substitution à travers sa composante aliénante.
Dans la mesure où il existe une prévalence de la subjectivité dans la clinique adolescente, nous verrons en quoi la substitution met en évidence les limites d'une telle primauté.

3.1.3 L'expérience de l'altérité

Si les propos des professionnels sur lesquels nous nous sommes appuyés ainsi que l'histoire d'Emma laissent entrevoir « *un risque* » voir « *un danger* », celui-ci se déploie autour d'une éthique du sujet largement déployée dans la pratique actuelle de la pédopsychiatrie. En effet, dans la mesure où l'attitude de substitution représente une source d'aliénation là où la subjectivité doit, au contraire, être privilégiée, les professionnels qui accompagnent des adolescents au quotidien soulignent unanimement son importance.

En l'apparentant à une formule an-éthique, la substitution comme source d'aliénation s'avère être aux antipodes des valeurs soignantes. Là où le lien thérapeutique a comme perspective de soutenir l'accès à une forme de liberté du sujet, l'attitude qui consiste à faire à la place d'un adolescent qui se distingue par une forme de vulnérabilité renvoie à une dimension d'enfermement.

Si la possibilité qu'il s'aliène à l'autre pour exister passe par le fait qu'il se vive comme manquant, le contexte de la non-demande réduit cette possibilité d'autant plus que le soignant, en se substituant, apparaît comme omnipotent, annulant alors toute perspective d'altérité où l'un peut être désiré par l'autre pour exister. En effaçant par avance toute représentation de ce champ symbolique, la substitution constitue un acte dans lequel la considération de l'autre semble absente.

Là où le risque d'enfermer encore plus un adolescent dans sa position de non-demande apparaît comme le premier écho de l'attitude substitutive, elle ne laisse pas d'autres perspectives que celle d'une forme d'objectivation de l'adolescent alors uniquement associé à l'expression de ses troubles. Réduisant la possibilité d'échanges, la substitution diminue voir annule toute issue.

Si nous considérons que le lien thérapeutique susceptible de rapprocher le soignant et un adolescent chemine et se construit, les caractéristiques associées à la substitution sont de nature à interroger le lien même se déployant entre la subjectivité et l'altérité. Dans la mesure où la subjectivité constitue une valeur prédominante dans le champ clinique, l'altérité propre à l'expérience du soin se réduit d'autant plus que le soignant adopte une attitude substitutive qui, en apparence, s'éloigne de toute forme de réciprocité.

Plus qu'un agir, ses caractéristiques sont complexes et ouvrent ici à une réflexion d'autant plus fondamentale qu'elle associe les concepts cliniques jusqu'ici déployés à des concepts philosophiques.

Dans la mesure où une dialectique des désirs est ce qui fonde l'altérité, celle-ci laisse supposer l'hégémonie du soignant, l'attitude de substitution le mettant en situation de faire à la place de l'adolescent. Alors qu'il peut faire l'épreuve d'une réactualisation des liens jusqu'ici difficilement déployés, cette question de l'altérité est d'autant plus importante que parfois, la représentation de l'autre s'avère impossible pour lui tant elle constitue une menace d'assujettissement. L'aliénation proviendrait alors d'un autre qui annule toute forme de subjectivité en le résumant à des expressions ou à un discours que le soignant tient sur l'adolescent alors qu'il se substitue à sa non-demande.

Point d'ancrage fondamental avec la perspective qu'offre la philosophie sur la notion du sujet, le *subjectum* est littéralement l'assujetti et renvoie à une relation de pouvoir. En considérant la métaphore hégélienne du maître et de l'esclave telle que nous la développerons, la question de la domination semble être la première équivocité du sujet philosophique. À partir de l'analyse de la dialectique des consciences, nous mettrons en évidence le rapport aliénant du soi à l'autre. Nous soumettrons cette forme de lutte pour la reconnaissance au désir d'être reconnu notamment par le biais d'un rapport empathique que nous dépasserons pour interroger la possibilité qu'advienne une nouvelle considération de l'attitude substitutive du soignant à l'égard d'un adolescent en grande souffrance psychique qui se distingue par sa non-demande de soin.

3.2 Une dialectique des consciences

Alors qu'une pensée de l'humain trouve ses prémisses dans une conception aristotélicienne qui se déploie autour de la possibilité de se réaliser à travers une vie juste et bonne dans les institutions, l'évolution sociale et économique vient dès lors fragiliser cette vision au profit d'une lutte pour l'existence.

Parallèlement à l'avènement d'une forme d'individualisme qui sera de plus en plus prégnant au cours des siècles (l'apogée étant à la période de la Renaissance), le courant contemporain inaugure d'une philosophie sociale qui se caractérise par une approche à la fois descriptive et critique de la société.

Si Hegel constitue une figure incontournable à cette nouvelle approche, sa pensée en lien avec une phénoménologie de l'esprit argue de la nécessité d'un accès au savoir véritable s'appuyant sur une forme d'intelligence des expériences propres à la condition humaine. En considérant le rapport à l'autre sous l'angle de la domination et de la servitude, le philosophe déploie une vision critique de la société et propose une conception somme toute nouvelle autour de ce qu'il nomme l'éthicité. À partir de la dialectique des consciences (qui se fonde sur la maîtrise et la servitude) telle qu'elle se déploie autour du concept d'aliénation, nous verrons dans quelle mesure elle offre en elle-même une autre perspective faisant de la reconnaissance une nouvelle forme de rapport à l'autre.
Dans la mesure où l'agir empathique demeure très prégnant dans l'approche soignante, nous nous confronterons à ses limites, là où un adolescent se maintient parfois durablement à distance.

Associée à une situation de soin, la lecture philosophique telle que nous la déploierons demeure un point d'appui. Nous verrons dans quelle mesure la composante aliénante de la substitution peut renvoyer à une consonance nouvelle offrant une autre perspective à l'attitude substitutive du soignant.

3.2.1 La figure du maître et de l'esclave

Considérant l'expérience de la conscience d'abord sous sa forme la plus singulière, la voie philosophique consiste à comprendre comment elle se déploie. À partir d'une forme d'immédiateté phénoménale, Hegel s'interroge sur les perspectives à la fois sociales, politiques et culturelles liées à l'expérience de la conscience et fait du thème de la reconnaissance un leitmotiv de son œuvre.
En effet, là où le rapport à soi se constitue dans le rapport à autrui (tous deux partageant simultanément une forme d'immédiateté phénoménale propre à l'existence), il s'agit d'abord de lutter à la fois pour la reconnaissance de son essence singulière (chaque sujet luttant pour se voir reconnu en et pour lui-même) et pour la reconnaissance de son existence universalisée (chaque sujet cherchant à se voir reconnu comme sujet). Ainsi, pour le philosophe, le modèle d'une lutte pour la reconnaissance préfigure-t-il de l'expérience de l'altérité dans laquelle le Soi est inéluctablement aliéné par l'autre.

Comment la dialectique des consciences se déploie-t-elle dans l'expérience de l'altérité ?
Si le rapport dominant-dominé apparaît comme prévalent, quelles sont les limites d'une telle conception et dans quelle mesure ouvre-t-elle à d'autres perspectives ?

À partir d'une première analyse sur l'autonomie et la non-autonomie de la conscience de soi, Hegel développe la dialectique fondée sur ce qu'il nomme la domination et la servitude comme première forme d'altérité.
Alors qu'un objet n'existe d'abord que pour la conscience elle-même, il s'avère qu'il peut exister pour la conscience d'un autre : dans ce sens, Hegel considère qu'il « y a une conscience de soi pour une conscience de soi, tout d'abord de façon immédiate, en tant qu'un autre est pour un autre[91] ». L'objet ainsi perçu par une conscience (autrement dit un sujet) peut être perçu simultanément par une autre conscience (autrement dit par un autre sujet). L'expérience n'est donc plus seulement celle du sujet appréhendant l'objet, mais bien celle d'une rencontre de la conscience avec une autre conscience de soi. S'il considère l'intersubjectivité comme un fondement, Hegel s'interroge avant tout sur la manière dont l'autre me reconnaît comme autre. L'enjeu n'est plus seulement celui de la reconnaissance en

[91] Hegel F. (1817). *Encyclopédie des sciences philosophiques*. Paris : Vrin; éd.1988. p.124.

tant que telle (deux consciences se reconnaissant nécessairement), mais bien celui d'être reconnu par l'autre comme une autre subjectivité.

Dans cette perspective, prenant appui sur l'état de nature tel qu'il est défini par Hobbes, le philosophe souligne la difficulté à mettre en œuvre les moyens d'une conservation subjective. Alors que chacun cherche avant tout à être reconnu en tant que conscience de soi, il se confronte nécessairement à une forme de symétrie chez l'autre qui poursuit lui aussi le même dessein. L'un et l'autre évoluent alors l'un contre l'autre, équation menaçant l'expérience d'altérité au point de risquer de la dissoudre complètement.

Si la reconnaissance constitue un leitmotiv dans la pensée hégélienne, elle ne peut dès lors se déployer sans négation exclusive de l'autre : « c'est le rapport de la domination et de la servitude[92] » qui, pour Hegel oppose métaphoriquement le maître et le serviteur. Après une forme de lutte à mort qui préfigure de la volonté d'une conscience de supprimer l'autre qui lui fait face, la dialectique maîtrise-servitude apparaît comme une nouvelle figure de la reconnaissance. En effet, tout se passe comme si « confrontés l'un à l'autre, chaque sujet fait valoir, contre la singularité de l'autre, la force universelle et négative de son désir, dans une lutte à mort qui mène à la dualité inégale du maître et de l'esclave[93] ». À défaut de pouvoir supprimer l'autre conscience qui représente la seule possibilité d'être reconnue en tant que telle, la conscience de soi s'engage dans un duel fondé sur une relation de domination. La conscience dominante (le maître) cherche à être reconnue là où la conscience dominée (le serviteur) lutte pour sa propre vie.
Le maître, reconnu dans sa capacité à s'émanciper d'une réalité sensible a alors la possibilité d'expérimenter une forme de liberté. Le serviteur, affilié au maître, se caractérise quant à lui par cette « impuissance à faire, par elle-même et pour assurer son indépendance, abstraction de sa réalité sensible présente[94] ». Entre eux, une perpétuelle lutte s'érige, l'un cherchant à « se manifester et (à) s'affirmer, devant l'autre et pour l'autre, comme un être-pour-soi absolu[95] ».

Dans ce rapport de soumission ainsi décrit par Hegel nous pouvons y percevoir une lutte pour la reconnaissance qui s'érige avant tout autour du désir d'être reconnu. Le maître attend du

[92] Hegel F. *Encyclopédie des sciences philosophiques*. Op.cit. p.242.
[93] Lèbre J. *Hegel à l'épreuve de la philosophie contemporaine*. Paris : Ellipses; 2002. p.22.
[94] Hegel F. (1807). *Phénoménologie de l'esprit*. Paris : Denoël; éd. 1963. p.79.
[95] Ibid. p.80.

serviteur qu'il le reconnaisse certes, mais cette reconnaissance semble comme réduite à ce rapport unilatéral qui unit nos deux protagonistes. La reconnaissance d'une conscience de soi est plus singulière qu'universelle et interroge le philosophe qui y voit l'une des caractéristiques de l'état de nature (autrement dit état de violence), genèse ou commencement d'un état de droit mobilisant sa pensée dans le reste de son œuvre.

Pour Hegel, la reconnaissance véritable est celle qui sous-tend le passage d'une conscience singulière à une conscience universelle. Le soi subjectif se déploie dans une forme d'être ensemble intersubjectif inhérent à la vie éthique d'un peuple accordant la possibilité d'être reconnu et de reconnaître les autres. Ainsi, la dialectique de la maîtrise et de la servitude évolue-t-elle à travers une forme de libération du serviteur dont le travail le délie de sa nature et lui permet lui aussi d'évoluer vers une nouvelle position sociale voir à « prendre la place du maître en reconnaissant sa propre capacité formatrice[96] ». La vie éthique telle qu'elle est conçue par Hegel est donc fondée sur la reconnaissance d'une personne en tant qu'être reconnu, associant sa singularité et son universalité, l'une étant le corollaire de l'autre.

Si cette réflexion se fonde sur le conflit que représente la reconnaissance de soi par l'autre et de l'autre par soi, il apparaît que le premier moment de cette reconnaissance demeure celui d'une lutte rivale cherchant d'abord à annuler l'autre. Dans la mesure où le maître ne retrouve pas en son esclave une réciprocité de sa conscience (et donc une « certitude objective » selon les termes hégéliens), il n'en est pas moins dépendant là où l'esclave réalise une production dans la nature qui permette au maître d'exister. Cette vision qui consacre la violence comme l'une des caractéristiques de l'esprit humain et qui fait d'autrui celui qui fige et aliène n'en appelle pas moins à une réflexion plus profonde sur sa fonction dans le rapport à soi-même et au monde.

Défendant l'idée que cette lutte pour la reconnaissance mutuelle de leur identité produit un mouvement social tendant à établir sur le plan politique et pratique des institutions garantes des libertés, Hegel s'appuie sur cette métaphore du maître et de l'esclave pour interroger la possibilité et l'intérêt d'une reconnaissance intersubjective de l'identité individuelle.
En réponse à nos questions initiales, l'aliénation qui définit les premiers temps du mouvement de lutte pour la reconnaissance fait ainsi l'objet d'une nouvelle considération : si l'autre est

[96] Butler J, Malabou C. *Sois mon corps. Une lecture contemporaine de la domination et de la servitude chez Hegel*. Paris : Bayard; 2010. p.41.

susceptible de destituer le soi d'une liberté originelle, il est aussi celui par lequel il existe. Le rapport à soi se constitue ainsi dans le rapport à autrui.

Si elle considère la société à partir d'un état d'intégration unifiant la liberté universelle et la liberté individuelle, la thèse hégélienne se déploie autour d'une théorie sociale de la *realphilosophie* comme philosophie de la conscience associée à une construction du réel : pour Hegel, ce qui fonde tout événement est ce double mouvement d'extériorisation et de retour sur soi où la relation du sujet avec lui-même s'inscrit dans des rapports institutionnalisés des sujets entre eux ainsi qu'une réflexion sur le monde dans son ensemble.

Dans la mesure où le philosophe considère la relation intersubjective comme d'abord fondée sur une inégalité, voir même une volonté de nier l'autre, c'est une véritable architecture théorique d'un système de vie éthique que développe l'approche hégélienne. À partir de l'établissement d'institutions garantes des libertés individuelles, il s'agit de privilégier le développement éthique comme un processus dans lequel, à partir d'un conflit, se réalise un potentiel moral fondé sur une reconnaissance mutuelle.
Si cette même reconnaissance sous-tend un développement progressif des relations intersubjectives, elle se fonde sur le concept d'éthicité comme réalisation unifiant une reconnaissance de la valeur individuelle de tout sujet, une reconnaissance de l'autonomie morale et une estime sociale des capacités individuelles impliquant un devoir d'égalité et de solidarité.

L'approche hégélienne, source de nombreuses interprétations, a l'intérêt d'introduire une perspective nouvelle quant au concept d'aliénation. En effet, alors que dans son œuvre le philosophe se consacre à expliciter le lien entre une lutte pour la reconnaissance et la formation d'une conscience de Soi, ceci constitue un appui considérable au développement d'une philosophie morale ayant comme objet sa mise en pratique à partir d'un raisonnement éthique.

De manière contemporaine, cette dialectique des consciences qui s'organise autour d'une lutte pour la reconnaissance ouvre à une perspective nouvelle, faisant de l'aliénation le présupposé d'une altérité et non d'une seule réduction de l'autre à sa position de dominé.

3.2.2 Le désir d'être reconnu

Dans une perspective où une dialectique des consciences fait de l'aliénation la principale caractéristique du rapport entre deux sujets, une libération progressive de l'individualité au cours de l'histoire ouvre à de nouvelles interrogations.
Ainsi, à partir du modèle hégélien d'une lutte pour la reconnaissance, des philosophes contemporains tels que Axel Honneth développent une vision de la vie éthique dans laquelle l'éthicité, au-delà de l'impératif du développement des relations de reconnaissance, s'inscrit dans les mouvements d'une vie sociale éthique incarnant « l'ensemble des conditions intersubjectives dont on peut prouver qu'elles constituent les présupposés nécessaires de la réalisation individuelle de Soi[97] ».
Cette approche fondée sur la reconnaissance est l'une des perspectives possibles là où la relation à autrui peut initialement être le lieu d'une aliénation et consécutivement d'une violence.

En interrogeant ce qui fait l'éthicité, Axel Honneth lui accorde le fait de « procur(er) de façon égale à tous les membres de la société les conditions de la réalisation de la liberté[98] ». Là où l'expérience de l'autre est d'abord décrite à travers une dualité, c'est là tout l'enjeu de cette lutte pour la reconnaissance qui se déploie dans cette réflexion. En effet, au-delà d'un combat entre deux consciences, c'est bien d'une libération dont il s'agit. En prônant ce qu'Axel Honneth nomme une « réalisation pratique[99] » de la liberté expérimentée au quotidien par le sujet lui-même, la présence de l'autre apparaît comme le corollaire indispensable à cette réalisation, condition de la liberté du sujet évoluant dans un système de droits et de devoirs liant nécessairement les individus entre eux.

Cette approche contemporaine de l'éthicité, fondée sur la lutte pour la reconnaissance, fonctionne à partir d'un idéal de la relation comme réciprocité visant à garantir l'autonomie du sujet et sa place dans les institutions sociales et politiques. Là où le désir d'être reconnu peut d'abord s'instaurer dans une relation de pouvoir telle que nous l'avons interrogée à travers la dialectique des consciences, cela implique la rencontre entre deux subjectivités.

[97] Honneth A. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Cerf; 1992. p.289.
[98] Honneth A. *Les pathologies de la liberté. Une réactualisation de la philosophie du droit de Hegel*. Paris : La découverte; 2008. p.86.
[99] Ibid. p.87.

Dans la mesure où l'un des deux protagonistes se définit d'abord par sa position de vulnérabilité découverte dans une situation de soin, l'accueil de l'autre comme l'objet d'un pouvoir constitue le spectre de toute forme d'altérité. Pour autant, elle peut aussi devenir la perspective d'une libération de la souffrance telle qu'elle peut être ressentie à travers ce statut de vulnérabilité octroyé.

Dans cette perspective, la composante aliénante de la substitution telle que nous l'avons déployée jusqu'à présent s'ouvre à une possibilité nouvelle. Dans le contexte du soin psychique, par ce mouvement de reconnaissance que nous pouvons attribuer au soignant qui considérerait l'adolescent à travers cette capacité à reconnaître et à être reconnu lui aussi, c'est une autre manière de considérer le rapport empathique tel qu'il existe classiquement dans le colloque soignant-soigné qui se pose, ouvrant à une nouvelle lecture de la substitution.

3.2.3 Le seuil de l'empathie

Suivant la voie ouverte par Hegel qui interroge l'existence humaine et l'appréhension du monde par la conscience, la reconnaissance de l'autre s'érige en leitmotiv. Si celle-ci se déploie nécessairement dans un contexte d'altérité, elle se révèle d'abord autour du concept d'empathie comme première expérience d'autrui telle que l'a interrogée Husserl.

Classiquement définie comme une manière de reconnaître les sentiments d'autrui, elle se fond au paysage phénoménologique en particulier considéré dans l'œuvre husserlienne qui interroge le « rapport qui lie le phénomène avec l'être de qui il est phénomène[100] », considérant le sujet comme réalisant et produisant le sens du monde.
S'il affirme en effet que « ma vie, mon expérience, ma pensée, mes évaluations et mon action ne peuvent pénétrer dans aucun autre monde que celui dont le sens et la valeur sont en moi et proviennent de moi-même[101] », le philosophe désigne l'ego transcendantal comme étant la figure centrale de cette expérience au monde.
Par le biais de l'épochè (qui consiste à suspendre son jugement) et de son corollaire l'intentionnalité (comme visée et comme donation de sens), c'est une nouvelle manière de s'approprier le monde comme phénomène et comme sens : cette ouverture sur le monde comme façon de « sortir de l'île de ma conscience[102] » fonde ainsi l'essentiel du projet d'Husserl, à savoir la « constitution de la transcendance d'autrui dans l'immanence de ma sphère propre[103] ».

D'abord étrangers de corps et de conscience, l'ego et son alter se rencontrent, inévitablement. Là où le « Je » tente de constituer le sens du monde, il se retrouve toujours « apparié » à l'autre pour, dans un rapport empathique, déterminer ensemble des caractéristiques communes au monde. Décrit comme une modalité d'accès à l'autre, c'est une manière de partager de façon analogique des comportements et des attitudes dont il est question.

[100] Lyotard JF. (2004). *La phénoménologie*. Paris : PUF; éd. 2010. p.9.
[101] Husserl E. (1929). *Méditations cartésiennes et les Conférences de Paris*. Paris : PUF; éd. 1994. p.7.
[102] Ibid. p.132.
[103] Ricoeur P. *Etude sur les Méditations cartésiennes de Husserl*. Revue philosophique de Louvain. Troisième série. Tome 52. 1954;(33) :75-109.

En regardant ensemble dans la même direction, il s'agit de mettre en évidence « le sens d'une communauté humaine et celui de l'homme qui implique la réciprocité de l'être pour l'autre[104]».

L'empathie comme expérience à autrui est donc avant tout interrogée comme un mode de compréhension du sens d'autrui et sa reconnaissance. Pour autant, si elle consiste à comprendre « comment mon ego (…) peut constituer (…) quelque chose d'étranger[105]», nous pouvons être interpellés par cette pensée qui s'organise essentiellement autour de l'ego transcendantal, parfois au détriment de l'autre : dans le contexte du soin psychique, cette vision qui fait du rapport empathique un leitmotiv et qui consiste à le reconnaître dans sa position soulève ses propres limites.
Associée à une représentation abstraite voir métaphysique de l'altérité, l'une de ces limites pourrait être celle de réduire l'autre à sa position d'alter ego. La relation intentionnelle qui est le corollaire d'un rapport empathique peut, dans cette perspective, devenir une visée certes, mais aussi s'y réduire : l'autre comme alter n'existe alors qu'à travers cette fonction au détriment de l'avènement de sa propre manière d'exister.

Dans une situation de soin, l'autre accueilli, cet adolescent dont l'expression interpelle, ne peut pourtant plus être le simple « reflet de ma propre subjectivité[106] ». Il est, au contraire, celui qui en appelle à l'émergence de sa propre subjectivité « au sens de ce qui peut et ce qui doit principiellement être tel[107] ».
En considérant cet avènement de l'autre en tant qu'être propre, c'est toute la dimension d'une appropriation de soi qui devient l'enjeu essentiel du lien susceptible de rapprocher le soignant d'un adolescent.

Si, dans cette relation, l'autre semble appréhender le monde et y trouver son sens par mon intermédiaire, une dimension éthique se révèle et s'ancre dans une expérience vécue par le sujet. Alors qu'un adolescent interpelle dans l'expression même de sa souffrance, l'attitude du soignant à son égard ne peut en effet plus seulement se réduire à sa reconnaissance qui se déploie sous l'égide d'un lien empathique.

---

[104] Husserl E. *Méditations cartésiennes et les Conférences de Paris*. Op.cit. p.179.
[105] Ibid. p.143.
[106] Boublil E. « Individuation et intentionalité : le propre de l'ego chez Husserl et Michel Henry ». In : Grégori J, Lecercq J, Dir. *La vie et les vivants. (Re)lire Michel Henry*. Louvain-la-neuve : Presses univeritaires de Louvain; 2013, pp.117-127.
[107] Ibid.

Dans ce sens, si elle a d'abord été appréhendée de manière réductrice avec un versant an-éthique, la substitution est pourtant susceptible d'ouvrir à une voie nouvelle faisant du rapport à l'altérité une autre dimension, le soi existant pour l'autre avant tout. La substitution, au-delà d'une caractéristique réductrice qui lui est communément allouée, sous-tend désormais une autre perspective que nous nous proposons d'interroger sous l'angle d'une composante non plus seulement aliénante mais bien hospitalière, mettant en évidence l'importance d'une substitution responsable de la part du soignant à l'égard d'un adolescent en souffrance psychique.

Si, dans cette première partie de notre recherche, nous nous sommes interrogés sur la non-demande et ce qu'elle constitue dans le parcours de vie d'un adolescent, nous avons fait de la naissance du sujet et de ses modes d'attachement le leitmotiv d'une existence humaine.

Dans la mesure où la dialectique autour d'un besoin, d'un désir et d'une demande se voit fragilisée par un parcours de vie émaillé de ruptures qui renvoie aux adolescents les plus fragiles accompagnés en pédopsychiatrie, la position de non-demande dans laquelle un adolescent peut se maintenir se rapproche d'un appel là où le lien à l'autre inhérent à la relation thérapeutique représente une menace pour le fragile équilibre psychique jusqu'ici constitué.
En soulignant l'importance d'un accueil spécifique de la souffrance psychique par les professionnels intervenant en pédopsychiatrie, c'est la vulnérabilité d'un adolescent qui nous a ensuite mobilisés. Au-delà d'un appel sous-tendu par la non-demande, l'enjeu de ce questionnement autour d'une vulnérabilité à la rencontre était celui d'y pressentir une forme d'adresse susceptible de guider l'agir soignant et son désir de soigner.

Si la difficulté à exprimer une demande de soin sous-tend une impossibilité à s'ouvrir à la voie de l'altérité sans que cela ne représente un risque, la non-demande d'un adolescent est de nature à déstabiliser le soignant. La pratique du professionnel a dès lors été questionnée autour de l'attitude de substitution qui consiste à devancer la non-demande d'un adolescent en grande souffrance psychique. Dans un contexte thérapeutique qui fait de la subjectivité une valeur primordiale, la substitution est apparue comme an-éthique dans la mesure où c'est sa composante aliénante qui a d'abord été mis en évidence. Si elle renvoie d'abord à la dimension de l'aliénation, nous nous sommes confrontés à cette prérogative.

En réponse à nos interrogations initiales portant sur la non-demande et l'attitude substitutive qu'est susceptible d'incarner un soignant à cet effet, nous nous sommes mobilisés autour d'une critique éthique de la substitution aliénante.
De nature à renvoyer aux limites de l'expérience qu'est le soin psychique, cette première partie a souligné l'existence d'un rapport asymétrique entre le soignant et un adolescent, l'un agissant à la place de l'autre dans le contexte de la non-demande. En tenant compte de l'appel et de l'adresse qu'elle constitue, l'attitude du soignant à l'égard de celui que la souffrance psychique inhibe dans sa capacité à investir son existence autrement que dans l'agir (que

celui-ci soit silencieux ou plus bruyant) peut aussi renvoyer à son besoin d'être reconnu pour pouvoir ensuite investir la voie de l'altérité.

Au-delà d'un rapport empathique révélant la possibilité que le soignant voit en l'adolescent son alter, nous proposons désormais d'interroger sa manière singulière d'habiter son existence. Dans la mesure où l'habité adolescent peut se révéler fragile et être le témoin d'une difficulté à investir un lieu de soin là où ses repères sont incertains, le fait d'agir pour lui renvoie dès lors à une dimension nouvelle interrogeant la substitution sous un angle totalement différent.

DEUXIÈME PARTIE

VERS UNE SUBSTITUTION RESPONSABLE ?

DE LA PROXIMITÉ A UNE COMPOSANTE HOSPITALIÈRE DE L'ATTITUDE SUBSTITUTIVE

Chapitre 1. D'une période à son déploiement dans l'existence

Chapitre 2. D'un habité fragile à une hospitalité soignante

Chapitre 3. D'une responsabilité à une appropriation de soi

D'abord décrit sous le prisme de la domination à travers la dialectique de la servitude, le rapport d'altérité tel que nous l'avons exploré précédemment relie la substitution à sa composante avant tout aliénante, le soignant se mettant en position de se substituer à un adolescent en grande souffrance psychique. En soulignant le fait que la relation à l'autre peut représenter le lieu d'une aliénation que l'attitude de substitution du soignant viendrait incarner, les professionnels qui accompagnent au quotidien des adolescents considèrent en effet la substitution comme contraire à la primauté d'une subjectivité, valeur essentielle dans la démarche soignante.

Cette conception, bien qu'unanimement admise, semble pourtant critiquable là où la reconnaissance d'une vulnérabilité adolescente est aussi l'une des modalités possibles du lien thérapeutique. Dans la mesure où ce mouvement de reconnaissance fondé sur un rapport empathique peut, dans le contexte spécifique de la non-demande, révéler ses propres limites en lien avec une manière de réduire un adolescent à sa seule position de vulnérabilité, le fait d'agir à sa place en se substituant à sa non-demande demeure un risque malgré tout.

Dans ce sens, en valorisant la singularité de chaque adolescent et sa capacité à investir son environnement à sa manière, la relation de soin renvoie nécessairement à de nombreux questionnements en lien avec une éthique de la clinique adolescente. Ainsi, l'attitude de substitution, au-delà de sa composante aliénante, suppose de nouvelles interrogations.

Comment l'attitude de substitution du soignant peut-elle devenir le lieu d'une éthique ? Au-delà d'une reconnaissance d'un adolescent dans sa vulnérabilité, en quoi l'attitude du soignant s'ouvre-t-elle à une autre composante, dépassant ainsi la thèse classique d'une substitution aliénante ?

Quelles seraient les caractéristiques d'une substitution considérant l'adolescent à travers ce qu'il est et ce qu'il souhaite être pour lui-même ?

Aujourd'hui, si l'exercice d'un soin légitime ces questionnements, il doit nécessairement tenir compte de la fragilité psychique qui concerne de plus en plus d'adolescents accueillis en pédopsychiatrie. Ainsi, une lecture centrée sur le sujet (et la prévalence de la subjectivité) comme seul constituant d'une clinique ne semble plus se suffire et en appelle à une vision nouvelle fondée sur une constitution du soi dans le rapport qu'il entretient avec l'autre.

La substitution, qui consiste d'abord à agir à la place d'un adolescent, est ainsi susceptible d'ouvrir à une lecture nouvelle de la pratique soignante. En effet, dans la mesure où le

soignant intervient, l'acte thérapeutique peut viser un adolescent qui semble jusqu'ici empêché par sa souffrance. En agissant non plus seulement à sa place, mais bien pour lui, le professionnel propose un mode d'accueil et d'accompagnement spécifique pouvant devenir l'espace du déploiement d'une proximité, le soignant interagissant avec un adolescent.

À partir des liens qui se déploient dans le quotidien d'une institution soignante telle qu'un hôpital de jour ou un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, notre réflexion s'axe désormais sur les conditions d'une substitution non pas uniquement réductrice, mais représentant un lieu d'ouverture qui fait de la fragilité psychique d'un adolescent l'opportunité d'un être avec. S'il peut voir en l'autre un risque ou une menace, la perspective d'altérité inhérente à la substitution incite dès lors à la prudence et à la nécessité de considérer un adolescent dans sa singularité. À travers sa manière d'appréhender son existence et de l'habiter, il s'agit de s'intéresser à son mode de présence au monde pour y voir l'opportunité d'une cohabitation avec le soignant.

Face à des trajectoires de vie qui laissent entrevoir de multiples ruptures et un parcours souvent traumatique, cette même cohabitation questionne :

Comment un adolescent peut-il exister singulièrement alors même que le soignant se substitue à sa non-demande ?
Est-il en capacité de le faire malgré une expérience de vie jusqu'ici fragilisante ?
En quoi l'attitude de substitution est-elle susceptible de révéler un mode d'accueil spécifique destiné à un adolescent en grande souffrance psychique ?

Si ces interrogations se déploient dans le contexte spécifique du soin psychique, elles comportent en elles-mêmes une aporie importante en lien avec la situation d'extrême vulnérabilité dans laquelle certains adolescents se trouvent à leur arrivée dans le service de soin : en effet, pris dans des mouvements et une existence fragilisée jusqu'ici, un adolescent peut se distinguer par une réelle difficulté à habiter le lieu de soin. Sa présence au monde est alors celle où l'instabilité domine, il se trouve dans une situation marquée par une forme d'« impossibilité à être soi[108] ».

[108] Morel-Brochet A., « Un point sur l'habiter. Heidegger, et après… », *EspacesTemps.net* [En ligne], Livres, 2008 | Consulté le 19 octobre 2019.
URL : https://www.espacestemps.net/articles/un-point-sur-habiter-heidegger-et-apres/

Alors que la relation de soin se fonde sur une dimension plurielle destinée à rapprocher le soignant d'un adolescent, la difficulté à être-soi dans la perspective d'un être-ensemble nous mobilisera tout au long de ce chapitre. En effet, si le spectre de l'aliénation plane toujours dans leurs rapports, nous verrons qu'habiter ensemble un lieu de soin et y cohabiter interroge au-delà des limites classiquement allouées à la substitution. L'enjeu sera alors de se représenter la possibilité d'un adolescent à être, c'est-à-dire à se constituer de nouvelles directions de sens en présence du soignant agissant pour lui.

Au-delà de tout effet de rhétorique, notre argumentaire confrontera la dimension d'altérité à la réalité thérapeutique. À travers la manière dont un adolescent se présente dans un lieu de soin, c'est bien ce qu'il est et ce qu'il souhaite devenir qui nous mobilisera. Loin de le réduire au silence de la non-demande qui le distingue d'un autre adolescent, nous tenterons d'écouter les bruissements de son existence. Pour cela, il nous faudra être attentifs au langage qui est le sien, les souffles, les postures ou les regards s'apparentant à un langage préverbal pour devenir une forme d'expression à part entière.

Dans le souci de poursuivre une réflexion mêlant la diversité d'une clinique adolescente à la richesse d'une pensée philosophique, nous croiserons ces deux approches autour de l'histoire de deux adolescents et leur façon toujours singulière d'investir l'espace-temps du soin. À même de dégager une réflexion plus globale sur la sphère transcendantale du soin (autrement dit les conditions a priori dans lesquelles il peut se déployer), cette considération sera de nature à soulever un débat plus emblématique sur l'être du soin psychique. En effet, si accueillir ce qui fait la particularité d'un adolescent est l'une des caractéristiques de la fonction soignante, la valeur de cet accueil pourra être interrogée au regard de l'attitude de substitution du professionnel.

À travers le prisme d'un colloque singulier réunissant le soignant et un adolescent, c'est donc une réflexion qui engage l'existence de chacun des protagonistes et la possibilité qu'ils coexistent dans un même espace-temps qu'incarne le lieu de soin. Autour de l'attitude de substitution comme une façon d'agir pour un adolescent, c'est sous l'égide de la responsabilité du professionnel à son égard que nous ferons valoir ce qui s'offre dans l'existant de la rencontre.

Là où, dans la première partie de notre analyse, la logique du sujet était prépondérante, nous poserons donc différemment les termes d'un débat opposant la subjectivité à l'altérité dans la mesure où la non-demande d'un adolescent constitue un mode de présence au monde et a valeur d'appel.
Si, à l'instar d'une forme de prévalence du sujet, il apparaît que l'ensemble des objections à l'attitude de substitution relève de la défense de la subjectivité, la responsabilité à l'égard d'un adolescent fragile fera figure de proue dans cette seconde partie de notre recherche.
En questionnant la position de crise qu'incarne un adolescent, nous l'appréhenderons comme un événement de lui-même appelant le soignant à l'accueillir tel qu'il se présente dans le lieu de soin, créant ainsi les conditions premières d'une rencontre. Nous verrons qu'en devenant le sujet premier de la responsabilité du soignant, l'adolescent demeure au centre d'une relation de proximité dans laquelle l'attitude de substitution apparaît non plus seulement comme aliénante, mais bien comme une substantialité du sujet, la subjectivité se déployant nécessairement dans l'altérité qu'offre la relation de soin.

Pour ce faire, en tenant compte de la position spécifique qu'incarne un adolescent, nous verrons comment il peut se déployer. Cela nécessite d'abord d'explorer la période de crise qu'il traverse avec, entre autres, un vécu psychique toujours singulier. Dans la mesure où le moment adolescent sous-tend une appréhension et une gestion de l'espace et du temps somme toute particulière, nous nous demanderons ce qu'il en est pour un adolescent dont la souffrance psychique est telle qu'elle introduit une discontinuité et une instabilité permanente rendant sa manière d'habiter le monde particulière. À l'égard de sa posture de vulnérabilité, nous interrogerons ce qui fait l'être même du soin psychique.
Dans le fait d'agir pour l'adolescent, nous nous demanderons ensuite comment le soignant initie les premiers liens et ouvre ainsi à une nouvelle forme d'altérité non plus seulement fondée sur la reconnaissance, mais sur l'hospitalité, laquelle renvoie à une manière d'accueillir un adolescent dans l'institution. À partir d'un étayage soignant qui consiste à être attentif et à l'écoute de l'évolution d'un adolescent dans l'espace-temps que représente le lieu de soin, nous verrons comment le soignant est alors susceptible d'incarner une substitution responsable qui renvoie à une forme d'éthique relationnelle dans laquelle le déploiement de sa responsabilité s'avère essentiel et irréfutable. En tenant compte d'un habité fragile susceptible de caractériser la position d'un adolescent en souffrance psychique, nous analyserons ce que peut être la véritable hospitalité soignante.

Si la responsabilité du professionnel est toujours pleine et entière face aux expressions de souffrance perceptibles dans le visage même d'un adolescent, nous nous demanderons dans quelle mesure la proximité qui peut les rapprocher fait de la substitution non pas seulement une aliénation, mais bien un vecteur d'autonomie, un adolescent pouvant dès lors se confronter à de nouvelles possibilités d'existence face à celui qui agit pour lui.

Chapitre 1.
D'une période à son déploiement dans l'existence

La non-demande de soin constitue une préoccupation majeure chez les professionnels qui constatent une recrudescence de situations complexes, l'urgence et la discontinuité des modes d'accompagnement demeurant un leitmotiv.

À même d'interroger une approche de la relation à l'autre, le contexte particulier d'intervention à l'égard d'un adolescent qui se distingue par cette position de retrait ou de mise à distance mobilise les équipes soignantes. Alors que le soutien à l'avènement d'une subjectivité demeure l'une des valeurs essentielles de la fonction thérapeutique, l'attitude de substitution du soignant semble d'emblée contradictoire à celle-ci. Pour autant, une réflexion autour de la composante avant tout aliénante de la substitution s'est précédemment ouverte sur la dimension de la reconnaissance comme modalité possible d'une relation éthique à l'égard d'un adolescent en grande souffrance psychique. En effet, en nous inspirant de la dialectique de la servitude comme rapport de domination classiquement alloué à la relation d'altérité, nous avons fait émerger à travers le concept de reconnaissance une nouvelle perspective : face à la position de vulnérabilité d'un adolescent, l'importance de l'accueillir de manière opportune, au-delà d'un rapport empathique à partir duquel se déploie cette reconnaissance apparaît avec acuité. S'ouvre alors une forme d'appropriation du soi qui suppose le soutien de l'autre pour pouvoir s'initier à de nouvelles directions de sens.

Dans la mesure où un adolescent n'a pas de demande explicite et peut mettre en échec toute tentative à son égard, son accompagnement demeure fragile et renvoie aux limites de la relation de soin fondée sur la reconnaissance. En effet, nous ne pouvons ignorer l'idéal de la relation de reconnaissance comme réciprocité là où un adolescent se distingue justement par une mise à distance. Si le rapport d'altérité constitue avant tout une menace pour lui, la

moindre proximité avec le soignant semble parfois impossible tant les interactions renvoient à une forme de discontinuité empêchant toute perspective thérapeutique.

Dans ce contexte, en alliant une vision de la clinique adolescente à une ouverture conceptuelle que propose la philosophie (et plus particulièrement la phénoménologie), il s'agit d'abord d'interroger plus précisément des notions en tentant de formaliser des phénomènes tels que le moment de crise associé à l'adolescence pour mettre en évidence une singularité des trajectoires, à l'image de celles des patients accueillis en pédopsychiatrie.

Afin de nous ouvrir à un champ d'interprétations variées, il s'agit de mettre en lien le moment adolescent et ce qui le constitue. D'une crise adolescente, nous questionnerons ses différentes caractéristiques et la façon dont elle peut être assignée à un marqueur de l'existence.

Si un adolescent accueilli pour la première fois dans un lieu de soin se distingue toujours par son histoire et un parcours de vie singulier, ce moment qu'il traverse est susceptible de le fragiliser en mettant en évidence un mode de présence au monde marqué par la discontinuité avec un caractère fragmenté du vécu de l'espace et du temps. Alors que la relation de soin est fondée sur l'instauration d'un lien qui se développe dans l'espace-temps de l'institution, nous verrons que sa capacité à l'investir est d'autant plus réduite qu'il se distingue par une extrême vulnérabilité rapprochant le lien à l'autre d'une béance.

1.1 Une crise de vie

Ces dix dernières années, la recrudescence d'adolescents présentant des troubles des conduites de type auto ou hétéro agressifs rassemble les professionnels autour de modes d'accueil et d'accompagnement de plus en plus spécifiques et individualisés. Si la non-demande devient récurrente chez les plus fragiles d'entre eux, elle interroge les manifestations de crise d'un adolescent dont la position de retrait ou de mise à distance est un leitmotiv.

La notion de crise qui nous mobilise ici apparaît concomitamment à celle d'adolescence : les deux concepts semblent en effet liés par une histoire commune, la grande majorité des courants de pensée (qu'ils soient historiques, sociologiques ou psychologiques) les associant de manière explicite.
Cette association, plus qu'une forme langagière, interroge l'apparition d'un phénomène en tant que tel et le sens que nous lui attribuons. Alors qu'un lien contigu est communément admis entre ces deux notions, notre argumentaire se propose d'en mesurer les contours, mais aussi les limites. Le caractère polysémique de la notion de crise est en effet à préciser à la vue de ses « multiples équivoques[109] », ce concept bénéficiant d'autant de modes de lecture que de représentations à son effet.
Alors que le risque de décrire la période adolescente uniquement comme un moment de crise serait de l'y réduire sans jamais y associer d'autres perspectives, nous irons au-delà de cette considération pour interroger de nouvelles possibilités.

À partir d'un concept, il s'agit plutôt d'analyser la crise de vie qu'est susceptible de traverser un adolescent qui se distingue par sa position d'extrême vulnérabilité lorsqu'il est accueilli pour la première fois dans un lieu de soin. Dans ce sens, si dans cette situation, le premier point d'ancrage est d'origine médicale et se cristallise autour d'un contexte pathologique, la crise correspond à l'apparition d'un symptôme chez l'adolescent. L'ampleur de sa souffrance

[109] Ricoeur P. *La crise, un phénomène spécifiquement moderne ?*. Revue de théologie et de philosophie. 1988;(120) :1-19.

psychique est alors tellement importante qu'elle introduit une forme de rupture dans la temporalité de son parcours, la crise étant décrite par le biais d'un avant et d'un après. Passagère ou chronique, la crise révèle une forme de discontinuité qui suppose, dans une visée psychodynamique, une réorganisation du vécu de l'adolescent et de son entourage autour de cet événement.

En marquant une rupture entre « un équilibre antérieur qui se défait et l'équilibre qui émerge[110] », le second point d'ancrage que nous retenons est d'ordre développemental, la crise renvoyant à une difficulté voire une impossibilité à évoluer autour des principaux stades de développement. La crise d'adolescence, à travers cette approche, est dès lors associée à une période de fragilité identitaire que le moment adolescent tel que nous le développerons mettra en exergue.

Si l'analyse de ces différentes équivoques permet d'entrevoir des modes d'ancrage variés, la composante initiale qui associe la crise à une forme d'effraction pathologique met en évidence la rupture qu'elle constitue : l'adolescent ainsi fragilisé l'est d'autant plus que la crise touche à son équilibre tant physique que psychique. Dans cette perspective, la cristallisation possible autour d'une période de crise le guette en représentant le risque qu'elle se prolonge jusqu'à la majoration et l'installation de symptômes associés.
À partir de l'analyse de plusieurs caractéristiques propres à cette période de vie qu'est l'adolescence, nous mettrons en évidence ce qui peut faire la spécificité du moment adolescent. Dans la mesure où cette période d'entre-deux est susceptible de le fragiliser, nous nous intéresserons plus particulièrement au vécu psychique inhérent à cette période de vie. À partir de l'histoire d'un adolescent accueilli en hôpital de jour, nous verrons dans quelle mesure il se distingue par un parcours en impasse où tout semble mis en suspens, en particulier le rapport d'altérité inhérent au lien thérapeutique. Au gré de sa manière d'appréhender l'espace et le temps que représente un lieu de soin, nous questionnerons un mode de présence au monde toujours singulier à travers la question de l'habiter. Dans la mesure où son vécu désigne un parcours souvent chaotique voir traumatique, l'espace-temps du soin comme appui thérapeutique sera reconsidéré à travers une nouvelle manière de penser l'attitude de substitution du soignant et ce qu'elle est susceptible de révéler.

[110] Ricoeur P. *La crise, un phénomène spécifiquement moderne ?*. Op.cit.

1.1.1 Le moment adolescent

L'adolescence s'organise autour d'un paradigme essentiel : elle se déploie dans une temporalité dont les contours sont bordés par l'enfance et l'âge adulte. Considérée comme une période charnière, elle est décrite sous l'égide d'un passage. L'adolescent, alors qu'il était un enfant, devient un adulte. Cette évolution se fonde sur un principe communément admis selon lequel cette période est vouée à être traversée et franchie. Elle serait alors un stade ou une phase de l'existence que nous expérimentons tous avant de pouvoir la dépasser. L'adolescence pourrait être temporaire là où la temporalité de la vie est permanente. Destinée à être vécue pour ensuite s'ouvrir à d'autres perspectives qu'elle offre de manière sous-jacente (autrement dit celles liées à l'âge adulte), l'adolescence est nécessairement conjuguée à d'autres moments de la vie.

Cette caractéristique d'entre-deux que le processus pubertaire vient en quelque sorte consacrer puisqu'il est propre à cette période, fait de l'adolescence une période de transition conjuguant les prémisses de la vie infantile à des potentialités intrinsèques à l'âge adulte. Considérée de cette manière, l'adolescence passe comme se passe une phase sans cesse liée à ce qui la précède et ce qui la suit. Sa principale caractéristique est celle de s'organiser autour des autres stades qui marquent l'existence humaine, ce qui la rend mouvante et flexible.
Cette malléabilité, avant d'offrir de nouveaux horizons, semble pour autant totalement liée à la manière dont un adolescent a jusqu'ici vécu son enfance et ce qu'il projette à travers le futur. En effet, si certains adolescents sont marqués par une histoire de vie et des expériences relationnelles les ayant fragilisés, cette période peut être associée aux limites qui lui sont propres : l'adolescence, vouée à être traversée, peut, dans certaines situations, représenter une forme de béance.

Les professionnels qui accompagnent des adolescents au quotidien évoquent dans ce sens certains d'entre eux dont le parcours en impasse rend leur situation d'autant plus complexe que l'expression de leur souffrance psychique passe par des comportements à risque ou des mouvements de rupture.
Ainsi, un adolescent qui se distingue par sa non-demande peut-il s'enferrer dans des manifestations bruyantes avec une prévalence de l'agir (comportements à risque, conduites suicidaires, consommations de toxiques…) ou, au contraire, des manifestations silencieuses,

mais d'autant plus inquiétantes (mésestime de soi, tristesse, troubles de l'appétit et du sommeil, vécu dépressif…). En fonction de la singularité de chaque situation, la non-demande peut être interrogée à partir de la difficulté à élaborer quoique ce soit autour de ses difficultés sans se sentir menacé. Dans les cas les plus préoccupants, il peut s'agir de l'avènement d'un trouble psychopathologique naissant qui est masqué par cette non-demande pouvant rendre d'autant plus tardif l'accès au soin.

Dans ce contexte, la jonction que représente nécessairement le passage adolescent ne se fait pas ou alors au prix d'une forme de cristallisation autour du symptôme qui peut alors être majoré : certains adolescents semblent en effet happés par cette période dite charnière pourtant dédiée à être dépassée. Ainsi, une adolescente inquiète une équipe au vu de manifestations sexualisées de plus en plus marquées, une autre par sa prise de cannabis quotidienne qui est, depuis peu, couplée à des antalgiques issus de la pharmacie familiale. Un adolescent, quant à lui, s'isole à son domicile et maintient son éveil autour d'une forme d'addiction aux jeux vidéo. Un autre se retrouve systématiquement au centre de conflits avec ses pairs qu'il semble entretenir par une attitude de provocation. Un autre enfin adopte des attitudes que les autres adolescents jugent de plus en plus étranges en évoquant des rires immotivés et une tenue vestimentaire radicalement changée.
Ces comportements, dont la diversité n'exclut pas la singularité de chaque histoire, mettent pour autant en évidence la position de non-demande[111] dans laquelle se distinguent les plus fragiles d'entre eux. Pris dans une pensée qui semble figée, c'est donc reconnaître un adolescent à travers cette demande implicite et valoriser l'appel qu'elle constitue.

Lorsque la période adolescente ne semble pas être l'objet d'un passage, mais au contraire celui d'une béance, il nous faut considérer autrement ce moment en nous confrontant à de nouvelles interrogations.

Si l'adolescence relève d'un passage entre l'enfance et l'âge adulte, dans quelle mesure certains adolescents semblent s'y enferrer, pris dans une forme d'immobilisme ?
Comment le moment adolescent est-il vécu chez un adolescent qui se distingue par sa non-demande de soin ?

[111] Se rapporter au chapitre : « La parole commune des professionnels ».

Pourquoi les professionnels ont-ils à considérer spécifiquement cette période adolescente et ce qu'elle révèle de la fragilité psychique et de la position de vulnérabilité de certains d'entre eux ?

Ces questionnements viennent soulever une limite essentielle au concept d'adolescence qui ne peut se déployer qu'individuellement, en fonction de l'histoire de vie et des expériences propres à chaque adolescent. Ainsi, l'adolescence, communément décrite comme un passage, peut parfois s'associer à une temporalité marquée par une succession d'instants et un parcours discontinu fragilisant celui qui se distingue par sa non-demande.

Alors que le moment adolescent figure comme un marqueur de temps dans une existence conjuguant le temps de l'enfance à celui de l'adolescence puis de l'âge adulte, la temporalité qu'il sous-tend se caractérise différemment en fonction de l'histoire de vie de chacun. Le vécu psychique autour du moment adolescent est donc toujours singulier et représente un élément essentiel figurant au cœur des observations cliniques effectuées par les professionnels.

1.1.2 L'histoire de Lucas

La situation clinique qui suit illustre ces propos. Si l'histoire de Lucas renvoie à de nombreuses ruptures et à des évènements d'ordre traumatique, sa difficulté à exprimer une demande à l'égard de l'équipe soignante sous-tend sa difficulté à investir le lieu de soin. L'espace et le temps auquel il correspond sont de nature à interroger la façon dont cet adolescent les a jusqu'ici vécus.

Singulière, l'histoire de Lucas offre pour autant la possibilité d'élaborer de manière plus globale une réflexion sur la configuration propre à l'expression de la demande et la difficulté de certains adolescents à s'en saisir.

> *Le pédopsychiatre interpelle l'équipe soignante au sujet de la situation de Lucas, un jeune adolescent de treize ans qui présente une forte agitation associée à des passages à l'acte auto et hétéros agressifs mettant en péril la poursuite de sa scolarité et fragilisant son accompagnement en famille d'accueil.*
> *Conjointement au service de placement familial spécialisé (PFS) qui accompagne Lucas depuis sa petite enfance, le pédopsychiatre propose de rencontrer l'adolescent à l'hôpital de jour afin qu'il bénéficie d'un temps séquentiel autour de groupes thérapeutiques. Suite à plusieurs échanges avec les différents professionnels intervenant auprès de Lucas, une première consultation lui sera proposée en présence de l'assistant familial qui l'accueille depuis quelques mois.*

Ces éléments mettent en évidence une forme d'urgence de la demande. Les professionnels qui accompagnent Lucas depuis plusieurs années constatent une résurgence de l'agir associée à des éléments d'autodépréciation et de dévalorisation. Si le jeune adolescent n'exprime pas de demande et se distingue par des comportements qui inquiètent les professionnels, une première consultation a rapidement lieu.
Alors que l'expression de sa demande semble plutôt venir des professionnels qui l'accompagnent au quotidien, nous assistons à une forme de diffraction de la demande qui, à défaut d'être incarnée par l'adolescent lui-même aux prises avec une souffrance psychique telle qu'elle ne lui permet pas d'exprimer quoi que ce soit de cet ordre, est soutenue par différents partenaires. Cette configuration, bien que singulière, a l'intérêt de renvoyer à

d'autres situations d'adolescents pour lesquelles la demande de soin est nécessairement plurielle dans les premiers instants de la rencontre.
En observant la fragilité de certains adolescents et leur difficulté à investir l'espace-temps du lieu de soin, l'histoire de Lucas nous semble pertinente tant elle est susceptible d'interroger une forme de typologie de la non-demande et les mouvements qui l'accompagnent dans le quotidien d'une institution de soin. Si l'histoire de Lucas offre des éléments transversaux que nous retrouvons dans la clinique adolescente, notre intérêt est de les mettre en valeur à travers une analyse de sa parole dont l'expression peut se retrouver dans ses postures, ses gestes, ses silences comme ses intonations.

Lucas se présente accompagné de son assistant familial. Les soignants sont d'emblée surpris par l'agitation psychomotrice du jeune adolescent et ses comportements régressifs, celui-ci allant jusqu'à tenter de s'asseoir sur les genoux de son assistant familial durant la consultation.
Très peu mobilisable tant il est envahi par des mouvements corporels, Lucas manifeste vite au cours de la consultation une forme d'instabilité tant physique que psychique. Les échanges avec lui sont brefs, ses propos laconiques. Il répond aux questions par quelques mots en se fermant aussitôt à la possibilité d'un échange plus long. Le langage corporel est, quant à lui, très présent, Lucas recherchant sans cesse une forme de proximité avec son assistant familial par l'intermédiaire de regards ou de gestes répétés. Ainsi, il le regarde avec insistance, le touche et émet des sons à son égard sans jamais adresser quoi que ce soit aux professionnels de l'hôpital de jour. Le siège sur lequel il est assis ne suffit pas à contenir ses mouvements saccadés qui vont même jusqu'à envahir les échanges entre les soignants et l'assistant familial. Lucas semble vouloir les interrompre d'autant plus que ses difficultés actuelles y sont évoquées.

L'assistant familial retrace en effet les récents changements dans la vie de Lucas qu'il accueille désormais depuis quelques mois. Cela fait suite à l'interruption brutale de l'accompagnement chez une précédente assistante familiale chez qui le jeune adolescent vivait depuis une dizaine d'années. Ce changement se fait dans un contexte d'agitation important majoré par l'entrée de Lucas au collège.
L'année qui précède cette première consultation avec les soignants de l'hôpital de jour sera en effet marquée par une dégradation importante de l'état psychique du jeune adolescent. Les mouvements auto et hétéros agressifs se multiplient. Lucas semble complètement envahi par

le nouveau fonctionnement du collège, s'y sentant « mal », évoquant le fait que « c'est nul » et que « tout est pourri ». Malgré des consultations régulières avec le pédopsychiatre qui le suit depuis quelques années déjà, les troubles persistent.

Lucas est alors de plus en plus agité, excité et excitable, ce qui l'empêche d'investir les apprentissages. Il se met en position d'agiter ses pairs, les provoque constamment et installe des conflits dont il ne parvient à s'extirper qu'au prix de décharges d'agressivité verbale et physique difficilement contrôlables par la famille d'accueil.

Lucas est hospitalisé une première fois dans un service de pédopsychiatrie dans un contexte d'agitation en famille d'accueil puis une seconde fois suite à une tentative de défenestration dans une salle de classe du collège.

Dans le cadre de ces deux hospitalisations rapprochées, Lucas parvient à évoquer un mal-être important et fait un lien avec un vécu en famille d'accueil de plus en plus difficile dont il dit en être la cause. Un relais auprès d'un nouvel assistant familial est alors effectué en urgence au vu des éléments de dépréciation et de tristesse énoncés dans le discours de Lucas.

Au regard de la majoration d'une symptomatologie dépressive et de l'importance des mouvements d'agitation exprimés ces derniers mois, le pédopsychiatre propose une période d'observation à l'hôpital de jour. L'instabilité psychique de Lucas est alors majeure, ce dernier semblant aux prises avec un agir de plus en plus prédominant.

Cette première consultation met en évidence l'instabilité du jeune adolescent qui s'exprime avant tout par une agitation psychomotrice. Le changement inhérent à son entrée au collège le met en position de vulnérabilité et semble faire écho à sa propre histoire de vie. Les éléments anamnestiques obtenus en amont de cette rencontre permettent aux soignants de faire des liens entre ses comportements et le fait qu'il n'exprime alors aucune demande. Sa fragilité est telle que l'expression ou l'incarnation d'une demande à l'égard d'un autre semble alors totalement inenvisageable pour cet adolescent tant cela représente un risque et une forme d'effraction psychique telle qu'il pourrait la vivre à ce moment-là.

Les professionnels évoquent le fait que Lucas a été confié à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) peu après sa naissance. Hospitalisé pour une gastroentérite sévère assortie d'une perte de poids importante à l'âge de trois semaines, sa mère exprime en effet ses difficultés à accueillir son fils et demande à ce qu'il soit confié au PFS. Mère de quatre autres enfants, son état de santé est alors préoccupant, Madame présentant alors une symptomatologie dépressive ainsi qu'un alcoolisme chronique. Le père de Lucas n'est pas en mesure de s'en

occuper, une maladie vasculaire l'invalidant de manière chronique. Durant les quinze premiers mois de sa vie, Lucas est donc accueilli en pouponnière. Des visites médiatisées sont organisées avec ses deux parents. Madame investit très irrégulièrement ces temps de rencontre. Les professionnels de l'ASE observent alors qu'elle peut tenir des propos incohérents et avoir des gestes inadaptés vis-à-vis de son fils. Parfois imprévisible dans ses réactions, elle semble menacée par les colères ou les mouvements d'agressivité que Lucas peut parfois exprimer lors de ces visites. Monsieur, quant à lui, est plus régulier et exprime à plusieurs reprises son désir d'accueillir son fils à son domicile de façon ponctuelle. Lors des visites, il exprime de la tendresse et de l'affection envers Lucas et manifeste son contentement à l'idée de partager ces moments avec lui.

À l'âge de vingt mois, Lucas est accueilli chez une assistante familiale avec qui le lien s'établit très rapidement. Au vu de l'agitation du petit garçon, de l'intensification de ses colères, de pleurs quasi constants et de troubles du sommeil importants, l'assistante familiale demande un relais. À deux ans, Lucas rejoint une seconde famille d'accueil chez qui il vivra jusqu'à ses douze ans. L'assistante familiale sera régulièrement reçue en consultation au Centre Médico Psychologique (CMP) en présence de Lucas. Sa difficulté à investir la relation autrement que dans un lien fusionnel met en évidence une recherche permanente de l'exclusivité de la relation. Les colères et les mouvements d'agitation sont très importants, mais peu à peu, au vu de la stabilité que représente ce placement, le petit garçon s'apaise. Il semble en effet trouver au sein de cette seconde famille d'accueil un lieu sécurisant qui lui permet d'investir la relation de façon moins adhésive.

Bien qu'il ait toujours une difficulté à développer une relation différenciée et sécurisée avec la personne de référence et présente d'importantes difficultés de construction de sa personnalité (que le pédopsychiatre associe aux séquelles de dysfonctionnements précoces et à un trouble de l'attachement majeur), Lucas évolue. Alors qu'il n'utilisait pas le « Je » durant la première année de son accueil, le petit garçon accède de mieux en mieux au langage et s'adresse individuellement à l'autre. Alors qu'il n'avait pas accès aux jeux symboliques, Lucas multiplie désormais les supports ludiques, prend plaisir à imaginer. Sa difficulté à différencier un dedans et un dehors perdure pour autant, Lucas s'appuyant fréquemment sur des personnages imaginaires qu'il associe à son quotidien.

La petite enfance de Lucas s'organisera autour d'un accompagnement thérapeutique régulier (consultations et groupes à médiations) qui vient soulager une scolarité à temps partiel, les

apprentissages demeurant compliqués. Son besoin de valorisation est alors constant, l'assistante familiale rapporte un quotidien extrêmement ritualisé sur lequel Lucas s'appuie pour exprimer des questionnements relatifs à son histoire et à son vécu à l'école en particulier. Il fait souvent état de son sentiment de solitude et d'abandon, « pensant que sa mère l'a abandonné » et demandant « un médoc pour qu'elle redevienne normale » (sa mère n'honore plus les visites médiatisées à ce moment-là et ne se manifeste plus auprès du PFS, contrairement à son père qui est régulier et investit toujours ces rencontres).

Lucas grandit et l'accompagnement thérapeutique commence à se déliter. Les agirs redeviennent prégnants, le garçon exprime une forte ambivalence à l'idée de continuer à investir les temps de parole qui lui sont régulièrement proposés. Il peut ainsi dire que « ça sert à rien, je suis comme les autres, un peu comme les autres, on est tous différents ».

Les éléments anamnestiques de cette situation mettent en évidence une série de ruptures dans l'histoire de vie de Lucas. Accueilli très prématurément par l'ASE, il s'est construit autour de liens souvent discontinus, sa référence à une dynamique familiale étant régulièrement fragilisée par les absences répétées de sa mère. Son état d'agitation ainsi que sa difficulté à s'investir de manière sécure dans une relation d'altérité marquent son évolution. Alors que Lucas est en mouvement permanent et vient sans cesse vérifier la disponibilité de l'adulte depuis qu'il est petit, ses acquisitions sont lentes, marquées par des troubles attentionnels et une forme d'envahissement de l'imaginaire. L'accueil chez la seconde assistante familiale et l'offre d'un espace thérapeutique sont les seuls éléments qui se maintiennent tout au long de l'enfance de Lucas. Pourtant, quelques mois avant que les soignants de l'hôpital de jour ne le rencontrent, cette stabilité semble marquée une nouvelle fois par la rupture. L'entrée au collège correspond à une période de fragilisation, Lucas ne parvient pas à faire avec ce nouveau changement. Le soutien thérapeutique jusqu'ici souvent opérant est mis à distance par le jeune adolescent qui manifeste une grande souffrance psychique alors même qu'il n'exprime aucune demande de soin.

La période d'observation à l'hôpital de jour dure deux semaines. Elle est marquée par une très forte agitation, Lucas manifestant un besoin de remplissage tant dans le temps que dans les espaces qui composent le lieu de soin. Le jeune adolescent est en effet toujours dans le mouvement et ne cesse d'envahir tous les espaces. Il va et vient dans les différentes pièces qui composent l'hôpital de jour de manière indifférenciée, ne faisant pas fi des soignants et des

autres adolescents qui s'y trouvent. À l'approche des professionnels, il fuit l'échange. Devant ses pairs, il reste distant.

La dynamique relationnelle est particulière, Lucas se montre très ambivalent dans son rapport à l'autre : tantôt distant, il peut être aussi très adhésif. Cette forme d'adhésivité se manifeste par la recherche d'une grande proximité physique assortie d'une tonalité très forte. Cela contraste totalement avec les moments où il tente de mettre les soignants à distance. Pour autant, cette forme d'envahissement de l'espace (par des gestes et une tonalité forte et permanente) est aussi à même de mettre les professionnels à distance tant ces comportements sont aussi susceptibles de les mettre aussi à distance de lui. Il semble difficile pour lui de percevoir les limites de l'autre. Peu importe la qualité de l'interaction avec les autres adolescents accueillis ou les soignants, celles-ci sont indifférenciées, Lucas paraissant en permanence en quête de lien. La manière de les réceptionner est souvent inadaptée, le jeune adolescent pouvant se montrer tantôt envahissant, tantôt agressif. Le besoin d'étayage est permanent, tant les difficultés de concentration et l'agitation psychomotrice sont présentes durant cette période d'observation. À ce moment-là, Lucas se distingue par une attitude logorrhéique, ses propos inondant les échanges sans pour autant qu'une dimension d'altérité n'émerge. L'adolescent parle sans cesse, il évoque « sa console » surtout, parle des jeux vidéo et des personnages qui les composent, se laisse envahir par ces propos qui reviennent sans cesse. Lorsque l'équipe soignante tente de le décaler de ce discours (dans lequel elle distingue une forme de fuite), Lucas répond par des propos agressifs pouvant même aller jusqu'à annuler la position de l'autre, celui-ci « n'existant pas », « étant complètement nul avec son grand air » et « ne servant à rien », selon ses dires.

L'équipe soignante s'interroge sur le tableau dysharmonique de Lucas qui exprime beaucoup d'ambivalence à l'idée d'être accueilli à l'hôpital de jour. Il peut se montrer tyrannique ou, au contraire, rejetant vis-à-vis des professionnels, arguant de leur incapacité à l'aider puisqu'il « n'a rien à faire ici » et « n'a pas demandé à être là ». Son discours, redondant à ce moment-là, est celui d'un évitement. Par des propos qui reviennent systématiquement, Lucas se maintient à distance des soignants en tentant de maîtriser la survenue et la teneur des échanges.

Ces premières observations mettent en évidence une difficulté de contenance et la présence d'angoisses archaïques chez Lucas. Son besoin d'étayage permanent associé à des épisodes d'effondrement psychique (lesquels s'expriment à travers une forte agitation et une

théâtralisation massive) laissent entrevoir sa position de vulnérabilité. La dynamique relationnelle qu'il entretient aussi bien avec l'équipe soignante que les autres adolescents est très fluctuante et marquée par une forme de discontinuité. L'adolescent oscille en effet avec des mouvements d'opposition marqués par des attitudes non verbales significatives (il restera par exemple « caché » entre deux étagères durant plus d'une heure refusant que les professionnels l'approchent et vociférant à la moindre tentative) et des intonations agressives présentes dans ses propos envers l'équipe soignante.

Une synthèse d'équipe mettra en évidence la perméabilité de son enveloppe corporelle et psychique et donc sa difficulté à s'adresser à l'autre lorsque ses propres limites apparaissent comme floues pour le jeune adolescent. Des mouvements ambivalents qui oscillent entre la recherche d'une grande proximité et celle d'une agressivité renvoient à sa difficulté à trouver en l'autre ses limites (lesquelles demeurent fragiles en écho avec un parcours de vie émaillé de ruptures et d'épisodes traumatiques). La nécessité d'offrir un étayage sécurisant et continu demeure un leitmotiv dans le discours des professionnels. Face aux troubles de l'attachement et à une faille de l'estime de soi, il est pensé un accueil autour d'un accompagnement individuel et autour d'un groupe à médiation. Destiné à lui apporter un cadre contenant et rassurant, à consolider ses assises narcissiques et à l'aider à être en lien avec l'autre d'une manière adaptée, un projet de soin est proposé à Lucas dans le cadre d'une nouvelle consultation.

En présence de son nouvel assistant familial chez qui il réside depuis quelques mois, le jeune adolescent accueille le projet de soin avec véhémence. Alors que le service de placement a fait une demande de consultation, lui dit n'avoir « rien demandé », rappelle qu'il « n'a rien à faire ici » et s'agite à plusieurs reprises lors de la seconde consultation. Il s'oppose catégoriquement à l'idée que le pédopsychiatre et le soignant référent fassent un lien avec les différents partenaires qui interviennent auprès de lui. La mobilisation de son père qui a accepté de rencontrer les professionnels semble le fragiliser (il dit « ne pas vouloir qu'on le voie »), mais en même temps il les questionne autour des perspectives de cette rencontre. Lucas se distingue par ces tentatives de clivages, il peut même être vindicatif à cet égard. Il ne se mobilise pas face aux propositions thérapeutiques et répète qu'il « n'a rien demandé ». Lucas accueille de manière ambivalente les deux temps de médiation qui lui sont proposés, arguant de la nécessité de maintenir sa scolarité.

Le jeune adolescent se distingue d'abord par sa non-demande de soin. L'ambivalence qu'il exprime face au projet de soin proposé constitue un leitmotiv dans son discours et marque sa mise à distance du lien thérapeutique. Parallèlement, Lucas se montre attentif aux propos de l'équipe soignante qui évoque son père et met en valeur les différents accompagnements dont il bénéficie, lesquels constituent pour lui une référence. Aux prises avec ces mouvements psychiques contradictoires, Lucas est accueilli sur deux espace-temps différents qui se déclinent autour d'un temps avec un soignant et d'un temps en groupe autour d'une médiation thérapeutique. Le projet de soin de Lucas s'organise donc autour d'un temps séquencé durant lequel le jeune adolescent a la possibilité d'expérimenter différents espaces. Cette organisation est réfléchie par l'équipe soignante qui cherche ainsi à reproduire une forme de temporalité qui serait vécue de manière continue et sécure afin que Lucas puisse consolider ses assises narcissiques par ailleurs véritablement fragilisées par son histoire de vie. En oeuvrant autour d'une forme de proximité avec un soignant et d'une altérité avec le groupe, le soin psychique tel qu'il est pensé pour Lucas fait figure d'auxiliaire, les professionnels incarnant le lien qui peut se construire entre lui et l'autre.

Les premières semaines d'accueil à l'hôpital de jour s'avèrent particulièrement éprouvantes pour Lucas. Alors qu'il n'exprime aucune demande, il agit en permanence et fuit toute tentative d'élaboration. Tantôt agressif et véhément, tantôt méfiant vis-à-vis de l'équipe soignante, le jeune adolescent se manifeste par un fort état d'agitation. La dynamique d'interactions propres à la vie institutionnelle le fragilise d'autant plus qu'il semble envahi par les différents stimuli inhérents à la présence d'autres adolescents. Alors qu'il expérimente un nouvel espace-temps qui est celui du lieu de soin, Lucas paraît totalement décontenancé par cette dynamique. Évoquer ses ressentis avec l'aide des soignants constitue un véritable danger pour lui, Lucas fuit ces échanges et les met à mal tant qu'il peut, ce qui renforce l'hypothèse d'une vulnérabilité accentuée par l'offre classique du dispositif de soin. Le cadre thérapeutique est en effet systématiquement attaqué. Face à l'espace-temps fixe et immuable propre au fonctionnement institutionnel, Lucas se confronte régulièrement aux limites. Sa manière d'habiter le lieu de soin s'avère irrégulière et discontinue : Lucas peut se mettre à distance des soignants et exprimer des jugements très négatifs à leur égard et, de façon quasi simultanée, envahir l'espace pour être dans une recherche constante de stimulations. N'exprimant à la fois aucune demande et ne faisant que ça, Lucas manifeste une forte ambivalence que l'équipe soignante observe et interroge.

Dans la mesure où les éléments anamnestiques propres à l'histoire du jeune adolescent laissent supposer un vécu traumatique lié à de nombreuses séparations (et, de manière concomitante, un mode d'attachement insécure[112]), la possibilité d'investir un lieu de soin et les professionnels qui l'incarnent s'avère difficile pour lui. En effet, alors que le temps a principalement été synonyme de ruptures dans son parcours, Lucas n'a pu jusqu'ici que l'associer à une forme de discontinuité. Alors que le temps est classiquement susceptible de s'ouvrir à une perspective chaque fois nouvelle, cette expérience s'est souvent avérée déstabilisante voir menaçante pour lui.

Dans ce contexte, nous pouvons nous demander comment le jeune adolescent a pu se confronter au temps, y expérimenter la question du dedans et du dehors, de la présence et de l'absence qui s'avère être son corollaire. Si nous considérons que « la confrontation au temps est intimement liée à la capacité de se confronter à la séparation[113] », Lucas a jusqu'alors du faire avec des moments de ruptures qui semblent l'avoir fortement fragilisé. Sa sécurité intérieure semble d'autant plus ébranlée que le jeune adolescent a plusieurs fois été contraint de se séparer des figures d'attachement qui ont été les siennes (mère, professionnels de la pouponnière, assistante familiale…) dans un contexte d'urgence associé à des passages à l'acte. S'il se montre souvent à distance à l'égard des soignants, Lucas peut à d'autres moments totalement envahir l'espace de soin. Il se manifeste ainsi partout et en permanence, à la fois dans une forme d'avidité des relations et d'incapacité à les voir se maintenir. Dans l'agir constant, toute forme d'altérité semble impossible. Lucas ne paraît pas laisser la place à l'autre. Le jeune adolescent utilise en effet l'espace de soin pour se manifester lui, d'abord de manière égocentrée et ce à travers un mouvement permanent, d'allure inapaisable.

Sa manière d'investir l'espace en se montrant omniprésent dans tous les espaces qui constituent le lieu de soin sous-tend une grande vulnérabilité. En surinvestissant la composante spatiale par l'intermédiaire d'agir constants, Lucas semble mettre à distance une forme d'insécurité intérieure que la confrontation au temps viendrait révéler. À cet effet, le jeune adolescent semble se confondre dans les espaces, laissant transparaître une forme d'instabilité tant corporelle que relationnelle alors même que sa souffrance psychique est manifeste et de plus en plus perceptible au fil des semaines qui suivent la première rencontre avec l'équipe soignante.

[112] Nous nous rapportons ici à la théorie de l'attachement telle que nous l'avons analysée précédemment à travers le point de vue de Bowlby.
[113] Jeammet P. *Temps, espace et soins à l'adolescence*. Psychothérapies. 2013 Avr;(33) :203-208.

Comme pour venir asseoir sa position de non-demande, Lucas peut investir l'espace de soin et en même temps l'annuler, soulignant sa différence avec les autres adolescents accueillis et son désir de normalité. Si les mouvements de Lucas au sein de l'hôpital de jour s'avèrent souvent paradoxaux, les professionnels s'interrogent sur sa perception du temps qui caractérise le lieu de soin : en surinvestissant l'espace, en se montrant omniprésent, Lucas semble être à la recherche d'une forme de permanence (liée à la présence soignante et à l'espace-temps de l'institution qu'ils incarnent) alors que le temps tel qu'il l'a vécu jusqu'ici ne semble pas en être la réciproque. Associé à une composante relationnelle, le temps propre à la vie institutionnelle devient le vecteur d'importantes angoisses que le jeune adolescent peine à masquer par son agitation. Sa perception du temps est réduite à un séquençage autour d'un début et d'une fin sans pour autant qu'une temporalité puisse réellement émerger. Lors des groupes à médiations, cette considération étroite est manifeste : à titre d'exemple, dans l'un d'eux fondé sur l'improvisation, il introduit un personnage dont la principale caractéristique est celle de pouvoir apparaître et disparaître dans le récit comme si la position de non-demande dans laquelle il se distingue viendrait le mettre « hors scène ».

Le temps est donc séquencé, sans réelle perspective autour de l'altérité qui donnerait potentiellement une consistance à ce personnage. Alors qu'il surinvestit l'espace de soin par l'intermédiaire de comportements souvent surjoués voire même théâtralisés, Lucas ne se confronte pas à la dynamique temporelle pour autant et semble ainsi éviter toute forme de lien. Sa position de vulnérabilité le conforte dans cet évitement, le jeune adolescent n'étant pas en capacité d'expérimenter à nouveau un lien sans que celui-ci ne se défasse et le fragilise encore plus. Les grandes carences que découvre le fonctionnement psychique de Lucas et sa difficulté à symboliser la présence et l'absence de l'autre sans que cela l'atteigne véritablement se dévoilent donc dans sa manière d'habiter le lieu de soin. S'il se montre, s'il prend beaucoup de place dans l'espace qui l'accueille, le temps ne peut pas être investi symboliquement. Le contenant que représente la demeure du soin et la manière de faire avec cet espace-temps sont ainsi totalement à aménager.

L'équipe soignante, si elle est particulièrement sensible aux différents mouvements psychiques de Lucas, s'interroge beaucoup sur sa difficulté à se représenter la dimension spatio-temporelle de façon apaisée. Alors qu'il multiplie les injonctions à l'égard des soignants et adopte parfois des comportements tyranniques avec eux, le jeune adolescent exprime des angoisses archaïques importantes marquées par la discontinuité voir le rejet vis-

à-vis des professionnels qu'il maintient à distance. Dans la mesure où Lucas s'avère « en grande faillite pour se dégager d'une telle discontinuité face à laquelle (il répond) de diverses façons[114] », il continue de se distinguer par sa non-demande. Ses agirs bruyants se heurtent à ses silences. En perpétuel mouvement, il semble pourtant pris par l'immobilisme de sa pensée.

L'histoire de Lucas a l'intérêt d'introduire de nombreux questionnements susceptibles de mobiliser notre propos. En effet, si la position de non-demande que peut incarner un adolescent en grande souffrance psychique donne toujours une tonalité particulière aux premiers instants de la rencontre avec les professionnels et vient re-questionner l'attitude soignante, elle ouvre aussi à des interrogations nouvelles en lien avec un vécu psychique fragilisé par un parcours de vie souvent chaotique. De nature à renvoyer à des critères qui peuvent être transversaux, cette situation qui met en évidence la difficulté d'un adolescent à élaborer une demande à travers sa manière d'investir l'espace-temps du soin, ouvre à de nouvelles considérations. En effet, il s'agit de s'appuyer sur cette analyse pour désormais tenter d'en mesurer les principales caractéristiques à partir de la question du vécu psychique telle qu'il se pose à l'adolescence.

[114] Dethieux JB. *Du temps plein de la fusion à celui de l'individuation : égrener du temps partiel*. Empan. 2008 Jan;(69) :50-56.

1.1.3 Le vécu psychique

La période adolescente vient convoquer des évènements issus de l'histoire infantile pour les conjuguer à un moment de l'existence où l'adolescent est susceptible de se les approprier pour s'inscrire dans une nouvelle perspective le rapprochant de l'âge adulte.
En lien avec une temporalité propre au moment adolescent, celle-ci apparaît comme une manière de vivre une succession d'instants. Alors qu'elle conjugue les trois instances essentielles que sont le passé, le présent et le futur, elle représente le « caractère de ce qui existe dans le temps[115] ». Si sa principale caractéristique est de désigner « la dimension existentielle, vécue du temps[116] », elle sous-tend l'association de trois mouvements de conscience qui s'organisent autour d'un temps perçu et d'un temps vécu. Dans ce sens, la temporalité permet de donner une dimension au temps puisqu'elle le conjugue en évènements. Le vécu psychique qui se déploie autour de cette temporalité suppose pour un adolescent de pouvoir s'appuyer sur un passé avant même de se projeter vers un avenir. Il est de nature à nous questionner. Cette représentation du rapport au temps qui met en évidence une capacité à la fois rétroactive et projective du temps fonde notre humanité dans la mesure où chacun d'entre nous se distingue par un mouvement réflexif autour du temps et la manière de le vivre.

Une lecture théorique inspirée de l'approche psychodynamique freudienne met en exergue une spécificité de la temporalité psychique telle qu'elle peut être vécue à l'adolescence : après une période de latence, l'adolescent entre en effet dans une nouvelle phase marquée par une capacité réflexive naissante dont le principal apanage est celui de la construction d'une subjectivation. Désormais, les expériences passées et la manière dont elles ont été vécues « se mettent en sens de différentes façons[117] » et se conjuguent autour de cette période de vie, mêlant les expériences passées à celles de l'adolescence pour en faire des perspectives futures.
La temporalité psychique telle qu'elle s'organise à l'adolescence est donc celle d'un « temps du sujet[118] » où se profile un rapport singulier au temps. Ainsi, certains souvenirs d'enfance se

[115] Duméry H. « *Temporalité* », *Universalis.fr* [En ligne], | Consulté le 31 août 2019.
URL : https://www.universalis.fr/encyclopedie/temporalite/
[116] Ibid.
[117] Marty F. *Initiation à la temporalité psychique. Que serait la temporalité psychique sans l'adolescence ?*. Revue Psychologie clinique et projective. 2005 Jan;(11) :231-256.
[118] Ibid.

rappellent permettant à l'adolescent de se voir évoluer. Il grandit au temps du temps qui passe et les éléments vécus jusqu'ici se conjuguent autour d'une composition triadique associant le passé, le présent et l'avenir. Assimilable à une fonction réorganisatrice, la façon dont se construit la temporalité psychique à l'adolescence met en exergue une recherche de soi propre à ce qui est nommé le moment adolescent « en tant qu'étape transformatrice et maturante, métamorphose et accès à une nouvelle réalité[119] ».

Si la source latine du moment (*momentum*) est associée au mouvement (*movimentum*), elle sous-tend en effet une période de mobilité psychique faisant de l'adolescent le principal acteur de cette nouvelle dynamique. En donnant un sens au temps, en lui conférant une épaisseur, il s'interroge. Des questions d'ordre existentielles apparaissent avec acuité et le renvoient à celle de sa propre finitude. En se sachant né et en entrevoyant sa mort possible, l'adolescent découvre ainsi les limites propres à son existence.

De nouvelles interrogations, aussi diverses qu'essentielles, émergent : l'une d'elles, en lien avec la dette de vie, fait émerger la dialectique du don et du contre-don[120] telle qu'elle se forme autour des premières relations qu'un adolescent a vécu enfant.
Sa capacité à s'interroger sur des questions d'ordre existentielles alors même qu'il est dans la position de « n'être déjà plus » un enfant, mais « pas encore » un adulte, le confronte à la question de son origine. Si la construction identitaire devient le leitmotiv de cette période de vie, elle se tisse autour d'une manière de s'appréhender et de se représenter.

Nécessairement associée à une temporalité, celle-ci laisse entrevoir la puissance d'un questionnement qui fait l'une des spécificités de l'adolescence. En effet, alors que l'adolescent s'interroge, il s'ouvre au monde pour, en quelque sorte, le reconfigurer.

---

[119] Masson A. *Le moment adolescent : entre saisie par l'instant et constitution du présent*. Figures de la psychanalyse. 2004 Sep;(1) :103-126.

[120] La période de l'adolescence renvoie à une crise maturative. La conflictualité y est un leitmotiv et la dette de vie un élément central. Dans le contexte de la filiation, celle-ci lie l'adolescent à ses parents qui lui ont donné la vie et creuse alors une forme de dette d'existence à leur égard. Un conflit nait entre son désir de s'affranchir de cette dette et le fait d'y répondre. Dans la perspective d'un don et d'un contre-don, cette dette de vie lie définitivement les membres d'une même filiation en fondant les liens et les échanges qui s'établissent entre eux.
Les travaux de Mauss (avec, en particulier, son « Essai sur le don ») nous enseignent à ce propos que tout don est suivi en contre-partie d'une dette. En lien avec la clinique adolescente, cette dette vient lier l'adolescent et ses parents autour d'un investissement narcissique qui consiste à reconnaître cette dette d'existence. Pour les plus vulnérables d'entre eux, cette perspective s'avère presque impossible tant elle peut dévoiler leur fragilité psychique.

L'enjeu d'un monde à soi tel qu'il apparaît durant l'enfance devient celui d'un monde « pour soi[121] » tel qu'il peut figurer pour l'adolescent. Son rapport au temps est désormais marqué par sa capacité à cheminer et non plus seulement à penser, mais à se penser. Cette perspective, qui prend sa source dans la question même, à savoir celle de l'origine, est le corollaire de la manifestation d'une dette de vie qui, comme nous l'avons évoqué, est contractée par l'adolescent lorsqu'il comprend qu'il n'est pas à l'origine de son être, autrement dit qu'il n'est pas celui qui a pris la décision d'exister. Pris dans des interactions vis-à-vis desquelles il se rattache ou, au contraire, il se détache, l'adolescent expérimente la relation à l'autre.

Au regard de l'histoire de Lucas (qui fait écho à celle d'autres adolescents en situation d'extrême vulnérabilité), si demander équivaut à recevoir, celui-ci ne peut pour le moment que s'inscrire dans une non-demande dans la mesure où elle peut être une façon de se retirer du jeu du don et de mettre à distance cette question essentielle qu'est la dette de vie : les ruptures et les évènements traumatiques qui ont jalonné son parcours rendent d'autant plus complexe le fait de se confronter à cette dette d'existence.

Si l'adolescence représente un passage tel que nous l'avons interrogé, il arrive ainsi que pour les plus fragiles d'entre eux celui-ci demeure immobile, comme pris dans les méandres d'une souffrance tellement présente qu'elle en empêche toute forme de perspective.

---

[121] Hegel F. (1820). *Principes de la philosophie du droit*. Paris : PUF; éd. 2013. p. 155.
Nous nous appuyons ici sur la pensée hégélienne évoquant « le Moi (qui) est également la transition de l'indéterminité dépourvue de différence à la différenciation, à la détermination et à la position d'une déterminité en tant que position d'un contenu et d'un ob-jet (…). Par cette position de soi-même comme un Moi déterminé, le Moi pénètre dans l'être-là en général ».
Cette pensée considère que la subjectivité se réalise dans le mouvement du devenir soi autour d'une dialectique associant :

- « l'en soi » de l'enfance : en référence à une forme de liberté naturelle et spontanée, elle caractérise la question de l'origine
- le « pour soi » de l'adolescence : comme métaphore directrice de cette période pendant laquelle l'adolescent passe par le « pour-soi ». S'y déploie une forme de liberté négative marquée par une opposition pour en même temps intégrer la vision de l'autre. Elle est en lien avec la question de l'indépendance.
- « l'auprès de soi » : comme période d'éclosion d'une forme de liberté réalisée autour de la maturation d'une position subjective qui accepte sa finitude et en même temps l'altérité propre à la socialisation.

L'usage de ces catégories hégéliennes dans la clinique adolescente nous paraît pertinent dans la mesure où elles se déploient autour d'une dialectique qui fonctionne d'abord sur un versant négativité qui ouvre ensuite à un versant positivité. En effet, le « pour-soi » qui correspond à la période adolescente est d'abord celui de l'opposition, d'une forme de négation de sa naturalité, de son origine (en l'occurrence l'origine non choisie à l'adolescence en lien avec la dette d'existence que nous avons précédemment évoqué). Il évolue ensuite vers le moment de l'affirmation, la détermination d'un choix, d'une forme d'autonomie marquée par un sentiment d'appartenance à une société et donc une indépendance.
Dans un contexte où l'adolescent est fragilisé par un parcours de vie émaillé de ruptures, cette question du « pour-soi » se pose avec encore plus d'acuité dans la mesure où sa vulnérabilité devient aussi une fragilisation spécifique du rapport à l'autre. Le dispositif du soin qui consiste en particulier à être-soi devant l'autre devient dès lors encore plus difficile pour celui qui voit en l'autre une menace ou un risque.

Dans une situation où vivre son temps soulève parfois une forme de discontinuité, la temporalité devient celle d'une succession d'instants. Le rapport au temps laisse alors entrevoir une fragilité psychique rendant difficile ou même dangereuse toute forme d'élaboration. Le temps vécu semble ainsi se figer autour d'un ou plusieurs événements propres à l'histoire de vie de chacun, à tel point que parfois il existe un empêchement à le conjuguer. La position de non-demande devient alors l'expression d'une impossibilité à pouvoir se projeter.
En réponse à nos interrogations relatives à la spécificité du passage adolescent, si la temporalité peut dès lors s'apparenter à une forme d'intemporalité pour les plus fragiles d'entre eux, il nous semble essentiel d'en explorer plus précisément la nature. En effet, là où l'adolescence se passe, mais aussi se dépasse, la manière dont un adolescent peut ou non la conjuguer mérite toute notre attention et soulève de nouvelles interrogations.

Comment un adolescent fragilisé par un parcours de vie jusqu'ici émaillé de ruptures est-il à même d'expérimenter ce passage adolescent ?
En quoi le vécu psychique d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande renvoie-t-il à une forme de vulnérabilité susceptible de mettre le soignant en position d'agir non plus seulement à sa place, mais bien pour lui ?

Dans la mesure où le rapport d'altérité inhérent à l'instauration d'un soin psychique peut mettre à jour la fragilité d'un adolescent, il s'avère que la période qu'il traverse s'ordonne de manière extrêmement déstabilisante : la crise, à défaut de correspondre à un mouvement possible, semble plutôt être une période d'incertitudes. Une forme d'immuabilité s'installe en lien avec une symptomatologie de plus en plus aiguë.
Les professionnels assistent alors à une forme de radicalisation du « pour soi », la reconnaissance de la vision de l'autre représentant une véritable menace mettant à mal sa capacité même à intégrer d'autres rapports d'altérité. Dans ce contexte, si la position de vulnérabilité prédomine, elle renvoie indubitablement l'adolescent à une souffrance psychique de plus en plus invalidante faisant de l'expression d'un vécu psychique une béance. Ce dernier, dès les premiers instants de l'accueil dans un lieu de soin semble en effet réellement en peine dans l'exercice d'une nouvelle manière d'habiter son existence telle que le supposerait le moment adolescent.

La position de non-demande dans laquelle un adolescent en grande souffrance psychique peut

se distinguer témoigne alors d'un habité fragile : la mise à distance vis-à-vis de ce qui pourrait représenter une forme d'altérité est perceptible, le rapport au temps et à l'espace semble perturbé, la possibilité d'exprimer un désir (et donc de se confronter au manque) demeure inquiétant. Dans ces conditions, alors qu'une éthique soignante se déploie nécessairement autour de la singularité de chaque adolescent et de sa difficile expression d'un vécu psychique, s'ouvrir au concept qu'est l'habiter représente une nouvelle étape, nécessaire à l'avancée de notre réflexion.

En nous réappropriant cette notion à partir de son occurrence philosophique, nous en mesurerons les caractéristiques en lien avec le fait qu'un adolescent accueilli en pédopsychiatrie peut s'avérer être en difficulté dans sa manière d'habiter le monde. Là où l'expression d'un vécu psychique représente une menace pour celui qui entrevoit l'altérité comme un risque potentiel, nous nous interrogerons sur ce qui fait l'être même du soin psychique et sa spécificité à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande. Dans la mesure où l'espace-temps qui renvoie à une dynamique institutionnelle est difficilement investi par celui que la souffrance psychique assaille, nous verrons en quoi il en appelle à être conjugué autour d'une forme de proximité entre le soignant et un adolescent, là où l'entre-deux que constitue cette période d'existence renvoie à une faille pour les plus fragiles d'entre eux.

1.2 Une position en interface

Si l'un des enjeux essentiels du moment adolescent est celui de penser son mode d'existence et à la façon dont il veut occuper une place dans le monde, une réflexion plus élargie relative à la condition humaine et ses possibilités émerge de façon concomitante. Ainsi, la naissance, la mort, l'estime de soi ou l'altérité figurent-elles de façon plus ou moins explicite dans le discours adolescent en venant peu à peu donner de l'épaisseur au temps vécu. Dans un mouvement où il s'empare de ce qui l'entoure, s'ordonne une forme de juxtaposition de sa subjectivité (comme construction d'un soi) et d'un sentiment d'exister (comme façon d'habiter le monde).

Alors que sa capacité à investir de nouvelles valeurs réorganisatrices est l'une des composantes les plus importantes de cette période de vie, le moment adolescent peut parfois se caractériser par une réelle difficulté à s'ouvrir et à s'organiser autour de modalités qui tiennent compte de celles de l'enfance, mais aussi qui les dépassent. Ce temps essentiel qui apparaît « non seulement comme une source d'évènements cruciaux pour le sujet, mais comme un événement lui-même[122] » semble comme suspendu chez un adolescent que la souffrance psychique inhibe. Momentanément ou durablement incapable de mobiliser à la fois une énergie physique et psychique pour évoluer comme il peut dans ce temps imparti, ce dernier se distingue par une sorte d'impossibilité à penser son rapport au temps : le processus de subjectivation semble aliéner à des évènements en lien avec l'histoire de l'adolescent et son parcours en impasse.

Les étapes cruciales qui convergent vers d'autres perspectives laissant à l'adolescent l'opportunité de s'ouvrir à un nouveau chapitre de son histoire demeurent au centre des préoccupations des professionnels. Là où une pensée largement partagée considère le temps de l'adolescence comme un événement en tant que tel, il arrive pourtant que les observations d'une équipe soignante concourent toutes vers un vécu psychique où la temporalité peut

[122] Audi P. *Au sortir de l'enfance*. Verdier : Lagrassse; 2017. p.11.

potentiellement se présenter comme « immuable, interminable ou irréversible[123] », réduisant alors le champ du possible et faisant du moment adolescent une limite plus qu'une perspective. Là où la temporalité de l'existence a comme enjeu essentiel d'introduire et de maintenir un rythme et une fréquence autour d'un événement qui se conjugue en évènements, le moment adolescent peut, pour un adolescent en grande souffrance psychique, devenir celui d'un immobilisme. En effet, dans un contexte où toute forme de perspective représente un danger tant cela menace le fragile équilibre jusqu'ici constitué, la non-demande (qui renvoie à cette immuabilité) s'érige comme la seule opportunité envisageable. En se déployant dans une temporalité adolescente, la non-demande devient un leitmotiv qui réduit d'autant cette dimension.

Si un manque à être plutôt qu'un devenir autre se retrouve fréquemment parmi les adolescents les plus fragiles accueillis en pédopsychiatrie, la capacité de compréhension, d'anticipation et de projection qui incombe ordinairement à l'ère adolescente est alors fragilisée. La position de suspension, d'attente ou de retrait que peut adopter un adolescent qui n'exprime pas de demande vient alors nous renseigner sur sa manière toujours singulière d'habiter son existence. Alors que l'espace-temps faisant référence à un lieu de soin le renvoie indubitablement à son rapport à l'espace et au temps tel qu'il les a vécus jusqu'ici, nous interrogerons la dimension à la fois existentielle et symbolique de l'habiter en nous demandant de quelle manière le soin psychique représente une opportunité destinée à soutenir cet habité fragile.

[123] Masson A. « Pour une clinique de l'événement adolescent ». In : Bournet S, Gutton P, Dir. *La naissance pubertaire, l'archaïque génital et son devenir*. Dunod : Paris; 2004. pp. 61-84.

1.2.1 La question de l'habiter

Le moment adolescent tel que nous le concevons s'ordonne d'abord autour d'une période de crise. Notion équivoque, celle-ci s'avère, comme nous l'avons analysé précédemment, toujours singulière : chaque adolescent traverse ce qui le relie à son histoire infantile et ce qui l'ouvre à son avenir d'une manière différente. Le passage entre ces deux rives offre à chacun de nouvelles opportunités. Découverte de soi jusqu'à la possibilité de son avènement, la temporalité propre au moment adolescent favorise une telle élévation. En venant relier ce qui fait son passé pour l'associer à son présent et constituer son avenir, le temps tel qu'il est vécu à l'adolescence est celui du remaniement, de l'association et de la conjugaison. En effet, alors que tout paraît entremêlé, les fils d'une existence se découvrent en offrant à l'adolescent de nouvelles perspectives à expérimenter. La crise n'est plus seulement une béance, mais revêt désormais la perspective d'un mouvement : d'allers en retours, d'avancées en reculs, l'adolescent s'inscrit dans une progression qui fait sa spécificité.

Cette nouvelle dynamique, nous l'avons vu, vient associer le temps vécu à une série d'événements qui font sens pour lui. Cette période devient alors celle d'un déploiement à sa propre existence comme façon d'exister dans un monde qui s'offre à lui. C'est l'existant qui se déploie autour de la manière qu'a l'adolescent de traverser la temporalité faisant d'une succession d'instants des moments à conjuguer. Au gré d'une capacité nouvelle à s'emparer de son vécu et se construire à travers une position subjective, l'adolescent se distingue par une manière d'habiter le monde. Cette occurrence met en exergue le contexte d'altérité dans lequel se déploie ce mouvement de subjectivation, l'adolescent entretenant nécessairement un rapport avec les lieux de son existence et ce qu'ils constituent comme espace à être.

Alors que certains adolescents peuvent être fragilisés par un parcours de vie chaotique, la façon d'investir les différents lieux d'existence (qui font référence aux espaces de socialisation) et d'habiter le monde interroge : à l'image de la situation de Lucas qui a connu dans son parcours de multiples changements tant dans les lieux d'accueils qu'à travers les liens qu'il a pu investir, un adolescent en grande souffrance psychique qui se distingue par sa non-demande renvoie nécessairement à un questionnement éthique relatif à son expérience de vie. Dans un contexte marqué par une forme de fragilisation de l'existence, nous pouvons nous demander comment il a pu jusqu'ici habiter le monde singulièrement.

Lorsqu'il est question « d'habiter », les représentations autour de ce terme sont équivoques

renvoyant à différents paradigmes dont l'enjeu essentiel est aujourd'hui celui d'un habité (en l'occurrence un habité adolescent). S'il existe de multiples façons de l'analyser, cette notion soulève une question fondamentale propre à notre manière d'être au monde. Sa consonance philosophique demeure prépondérante, le traitement de cette notion revêtant en effet une dimension existentielle puisqu'habiter c'est être homme, autrement dit être présent au monde et à autrui pour exister comme habitant.

Dans un contexte où l'expression d'un vécu psychique se heurte à la non-demande d'un adolescent en grande souffrance psychique, s'emparer de cette question qu'est l'habité soulève un certain nombre d'interrogations.

Quelles sont les caractéristiques comme les limites de cette notion ?
Comment la considérer dans la spécificité de la clinique adolescente ?
Dans quelle mesure renvoie-t-elle à un habité d'autant plus fragile pour un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin ?

Une analyse étymologique met d'abord en évidence la polysémie de ce terme, ses significations et ses modalités évoluant au gré d'un contexte économique et social. Si habiter provient d'« *habitare* » qui signifie occuper un lieu, il se juxtapose aussi à « *habere* » et « *habitus* » comme disposition ou aptitude à faire quelque chose. Capacité à s'approprier l'espace où nous vivons, habiter comme « *habitus* » s'apparente ainsi à une manière habituelle d'être, de se tenir. Nous situant avant tout comme habitant (à l'instar de l'approche kantienne qui définit l'homme comme « habitant du monde »), l'analyse heideggérienne consiste d'abord à se demander comment l'homme habite sur terre et ce que signifie pour lui qu'habiter.

Dans son essai « Bâtir habiter penser[124] » (l'absence de ponctuation entre ces termes demeure un choix délibéré d'Heidegger qui cherche ainsi à souligner l'intrication entre ces trois notions), le philosophe considère qu'habiter est le propre de l'homme et y voit ainsi le « trait fondamental de la condition humaine[125] ». En juxtaposant le « Je suis » « Tu es » à « J'habite » et « Tu habites », l'acceptation heideggérienne qualifie l'homme à travers « la

[124] Heidegger M. (1958). *Essais et conférences*. Paris : Gallimard; éd. 1973.
NB : Convoquer la pensée d'Heidegger demeure un problème dans la mesure où ses positions et son engagement politique sont largement critiquables et représentent un véritable danger.
Notre analyse se fonde uniquement sur l'examen de certaines de ses propositions philosophiques et ne soutient en rien les discours qu'Heidegger a pu prononcer à l'effigie du national-socialisme.
[125] Ibid. p.174.

manière dont nous autres hommes sommes sur terre (…) être sur terre comme mortel, c'est-à-dire habiter[126] ». Au-delà d'une représentation commune de l'habiter, il s'agit de porter son attention à ce que nous vivons, notre manière d'être au monde en étant présent à soi. En considérant la source étymologique « *bauen* » au sens d'habiter, le philosophe se demande alors en quoi consiste « l'être de l'habitation[127] ». S'il choisit d'associer des termes comme « *wunian* » qui signifie demeurer et « *friede* » comme la prolongation de demeurer en paix et s'entourer d'une protection, Heidegger relie l'habitation au fait de la ménager « *das schonen* », le ménagement pouvant être rapproché de « ce qui fait la singularité de l'existence humaine au sein du monde des vivants[128] ». Ainsi, habiter impliquerait-il, dans la Dasein-analyse, la conjonction de « l'étant qui a à être le là du monde et de son propre être[129] ».

Mouvement propre à l'homme, habiter s'expérimente. Par-delà la vie et notre condition de vivant, c'est bien dans le vivre que nous prenons peu à peu la mesure de ce qu'est qu'habiter. Prémisse de tout autre comportement, habiter est considéré comme la posture essentielle de notre existence et se déploie à travers l'habitation comme espace investi par l'habitant. Le traitement philosophique de la question d'habiter valorise donc l'action d'habiter, dynamique propre à chacun d'entre nous habitant singulièrement le monde en y apportant son empreinte personnelle et une manière propre d'y vivre. Si l'enjeu essentiel de « Bâtir habiter penser » est d'interroger l'être de l'homme et son avènement, il est aussi question d'une manière de trouver sa place dans le monde, là où l'altérité et les rapports sociaux en sont l'une des composantes essentielles.

Si cette approche philosophique autour de l'habiter renvoie à des aménagements et des recompositions, ceux-ci deviennent les marqueurs de notre existence comme façon d'exister dans le monde. Entité abstraite, il devient peu à peu notre monde : en existant, nous rendons possible la fonction essentielle de l'habiter qui peut aussi être rapprochée d'une dimension symbolique qui consiste à donner du sens à cette expérience. Habiter c'est en effet occuper l'espace qu'offre le monde, s'en imprégner pour petit à petit le rendre visible, se l'approprier et le faire soit.

Dans la mesure où cet habiter suppose un bâtir (à l'instar de l'approche heideggérienne qui

[126] Heidegger M. *Essais et conférences* Op.cit. p.173.
[127] Ibid. p.175.
[128] Bonicco-Donato C. *Heidegger et la question de l'habiter. Une philosophie de l'architecture*. Marseille : Parenthèses; 2019. p.5.
[129] Lussault M, Paquot T, Younès C. *Habiter, le propre de l'humain*. Paris : La découverte; 2007. p.33.

fait de l'être à bâtir un leitmotiv), la confrontation au vide qui l'entoure constitue pourtant une aporie essentielle. Si en procédant au « ménagement » (*das schonen*) nous sommes en capacité d'habiter ce vide en l'occupant et en bâtissant autour de nous, l'habiter peut aussi se déployer dans un environnement de plus en plus inhabitable et venir fragiliser un habiter humain. Cette limite qui est celle d'un inhabiter ou d'une impossibilité à habiter son existence de manière apaisée renvoie alors à une forme de béance chez les plus vulnérables d'entre nous.

En créant des lieux et des espaces, notre compétence « d'habité » se développe et sous-tend la possibilité de devenir cet être que je suis dans et avec mon rapport au monde. Le mouvement d'abord singulier relatif au fait de saisir et de créer à partir de cet espace qui s'offre à soi se conjugue ensuite à l'espace autour de soi : dans la mesure où bâtir renvoie d'abord à un espace vécu marqué par la subjectivité, celui-ci se développe autour d'une relation entre le sujet et son environnement. Si habiter sous-tend une capacité à se construire à travers un rapport entre soi et le monde, il existe cependant des limites à cette compétence « d'habité ». En effet, certains d'entre nous peuvent ainsi se retrouver dans la situation d'inhabiter le monde : cela « ressemble (alors) à un manque, une absence, une contrainte, une souffrance, une impossibilité à être pleinement soi dans la disponibilité que requiert l'ouvert[130] ». Le fait de considérer l'habiter comme la caractéristique première de la condition humaine se heurte alors à l'incapacité de le faire pleinement, fragilisant ainsi la possibilité d'un enracinement au monde et le déploiement d'une subjectivité. Dans la mesure où l'habiter s'organise à partir de fondements axiologiques tels que la disponibilité et l'ouverture pour être présent au monde et à autrui, nous pouvons en effet nous demander si nous avons toujours la possibilité d'habiter notre existence, nous définir par nos paroles et nous inscrire corporellement dans un monde qui parfois nous échappe.

Si la source étymologique du verbe habiter met en évidence un lien avec « *l'habitus* », sa filiation avec un « *éthos* » ouvre à une lecture nouvelle de l'habiter. Avant tout une manière d'être, c'est aussi une « position devant l'existence (…) être en relation avec un espace qu'on remplit de soi-même[131] ». Semblable à une décision, l'action d'habiter relève d'une subjectivation et convoque notre désir. D'abord confrontés à un espace infini et indéfini, nous

[130] Lussault M, Paquot T, Younès C. Op.cit., p.15.
[131] Schmitt M-T., « Habiter. Perspectives philosophiques psychanalytiques et architecturales. Habiter l'espace, habiter le corps », *mthschmitt.over-blog.com* [En ligne], | Consulté le 19 octobre 2019.
URL : https://mthschmitt.over-blog.com/2016/10/habiter-perspectives-philosophiques-psychanalytiques-et-architecturales/

nous ouvrons à ce qu'il représente pour ensuite « aménager les choses et (nous)-même[132] ». L'expérience à la fois psychique et corporelle inhérente à cette découverte et à cette appropriation du monde peut pourtant être la source d'une fragilité voir d'une forme de renoncement au monde, tel qu'un adolescent qui se distingue par sa non-demande peut venir représenter. En effet, si l'adolescence équivaut à un moment de l'existence, l'avènement de soi qu'il est susceptible d'incarner se heurte parfois à l'expression d'une grande vulnérabilité. Ainsi, face à un adolescent qui se met à distance par un agir bruyant ou une attitude de retrait, sa manière d'habiter le monde interroge.

Dans la mesure où nous avons précédemment qualifié le moment adolescent d'une position d'entre-deux, la situation d'un adolescent qui n'exprime aucune demande reflète précisément cette disposition. En réponse à nos interrogations initiales, alors que son parcours est celui d'impasses multiples en lien avec une histoire de vie d'allure discontinue, il semble ne pas pouvoir être en mesure d'habiter une position spécifique au vu de toutes les ruptures qu'il a vécues jusqu'ici. Le pont qui relierait métaphoriquement deux rives (celle de l'enfance et de l'âge adulte) et qui correspondrait avant tout au « passage du pont qui seul fait ressortir les rives comme rives (…) avec les rives, le pont amène au fleuve l'une et l'autre étendue dans leur arrière-pays (qui) unit le fleuve, les rives et le pays dans un mutuel voisinage[133] », ne paraît plus avoir de résonance chez un adolescent en grande souffrance psychique. Alors qu'il devrait relier symboliquement la genèse et l'appendice, la rive du passé à celle de l'avenir, ce pont peut, à défaut de représenter un lieu de proximité, devenir un espace d'éloignement. Là où deux périodes clés de l'existence devraient se conjuguer, apparaît un gouffre.

S'il arrive qu'un adolescent se confronte difficilement à l'intermédiaire qu'incarne ce pont, il s'agit de s'interroger sur sa manière d'habiter son existence et d'investir son environnement. Alors qu'habiter demeure le trait fondamental de la condition humaine et équivaut à se tenir dans son existence, il s'agit de s'intéresser aux conditions d'un habité chez un adolescent en souffrance. Face à l'errance ou l'immobilisme observés chez les plus fragiles d'entre eux, il semble qu'habiter son corps et son corollaire le langage, représente une difficulté telle qu'il se retranche derrière un silence ou, au contraire des passages à l'acte inquiétant son entourage. Dans ce sens, bien que nous puissions considérer qu'il habite le monde à sa manière, il semble parfois, au contraire, ne pas réellement l'investir et se soustraire à tout échange, ceci venant d'autant plus souligner la position d'extrême vulnérabilité qui est la sienne.

[132] Schmitt M-T. Op.cit.
[133] Heidegger M. *Essais et conférences*. Op.cit. p.180.

Le « ménagement » mis en valeur par l'approche heideggérienne pour entériner la place et la position que chacun d'entre nous peut prendre comme a « à être dans le monde » se heurte ici à sa propre limite : la capacité à bâtir est parfois tellement fragile voir insaisissable que le pont (tel qu'il est représenté de manière métaphorique), synonyme d'ouvertures et de nouvelles possibilités à l'adolescence, devient la source d'une tourmente, l'infrastructure tanguant chaque jour un peu plus sous l'emprise d'une souffrance psychique grandissante.

Si nous pouvons faire l'hypothèse que son inscription dans le monde s'est jusqu'ici accomplie de manière fragile, c'est à une succession d'instants et non de moments continus qu'un adolescent en position de vulnérabilité se confronte. La dimension existentielle semble réduite à une forme d'instantanéité et la dimension symbolique apparaît comme peu féconde : les processus de pensée étant comme figés, les conséquences sur la compétence qu'est « l'habité[134] » sont importantes. Le rapport au monde est alors d'autant plus difficile qu'il ne peut s'organiser autour d'un passage d'une rive à l'autre, autrement dit de l'enfance à l'âge adulte sans représenter un risque d'effondrement. Dans ce sens, le rapport dialectique entre soi et le monde s'avère altéré. L'accès au signifiant qu'est l'habiter semble profondément perturbé en ne laissant d'autres possibilités que celle de l'évitement.

Là où la non-demande pourrait réduire un adolescent à cette unique forme d'expression, elle convoque dès lors la dimension éthique du soin psychique. Si la capacité à s'ouvrir au monde représente un habité fragile chez un adolescent en souffrance, il s'agit désormais de se demander comment le soin psychique représente une opportunité destinée à l'accompagner dans l'élaboration et la consolidation de son habité. Dans la mesure où il peut l'aider à « retrouv(er) son ancrage et ses racines profondes[135] », l'enjeu est essentiel et renvoie à une spécificité de la clinique adolescente. En considérant le lieu de soin et la fonction thérapeutique comme de nouvelles perspectives, c'est s'interroger sur l'être même du soin psychique.

Alors que l'habiter renvoie à sa dimension existentielle (à travers la capacité d'habiter son existence) et symbolique (à travers la capacité à habiter sa pensée), il peut arriver que cet habiter demeure fragile : dans la situation d'un adolescent en grande souffrance psychique,

[134] Ce terme fait référence à la possibilité d'incarner un habitant du monde et va au-delà de la seule capacité à l'habiter.
[135] Schmitt M-T. Op.cit.

c’est bien, nous l’avons exploré, la figure d’un inhabiter ou d’une impossibilité à habiter son existence de manière apaisée qui le guette. Si le soin psychique se confronte régulièrement à cette éventualité, il convoque les professionnels à une réflexion plus globale sur le lieu de soin comme un espace et un temps d’exploration et d’ouverture. Cette perspective ouvre donc à la possibilité de faire émerger un lien dans ce cadre propre à l’institution. En nous interrogeant sur l’être du soin, ses caractéristiques comme ses limites, nous verrons dans quelle mesure l’espace et le temps du soin peuvent se conjuguer à la manière dont ils ont jusqu’ici été vécus chez un adolescent.

1.2.2 L'être du soin psychique

Si habiter le monde demeure l'un des enjeux essentiels du moment adolescent, la dimension relative à cette compétence « d'habité » figure comme un leitmotiv dans notre analyse. Là où l'expression d'une souffrance psychique prédomine, la mobilisation et l'appropriation d'une subjectivité comme manière d'habiter le monde paraissent pourtant mises en suspens. La fonction thérapeutique se caractérise alors par le soutien de cette possibilité à investir son existence sans que cela constitue une menace ou un danger.

Avec la particularité essentielle d'accompagner un adolescent autour de l'expression de soi, le soutien à l'affirmation de ce qu'il est et de ce qu'il souhaite être pour lui-même mobilise l'équipe soignante et détermine le sens des propositions thérapeutiques. Dans un contexte où l'habité d'un adolescent demeure fragile, un questionnement relatif à l'être du soin mérite donc notre attention.

Quelle est la véritable nature du soin psychique et ses attributs ?
Dans quelle mesure l'être du soin se déploie-t-il autour d'une pratique qui tient nécessairement compte de la singularité de chaque adolescent accueilli et de sa manière d'habiter le monde ?

Autant de questions équivoques dont les réponses sont irréductibles à une seule pensée du soin. Dans un contexte où la vulnérabilité d'un adolescent le met difficilement en position d'habiter le monde, le lieu de soin en tant que tel n'est pas sans risque pour lui. La nécessité de penser l'institution d'une manière spécifique s'avère indispensable. Prêtant ses modalités de fonctionnement à des références théoriques telles que le « holding », le soin psychique est pensé à partir d'une continuité des liens entre l'équipe soignante et l'adolescent accueilli. Souvent aux prises avec une angoisse d'annihilation massive (que Winnicott décrit comme le fait de « s'en aller en morceaux, faire une chute sans fin, mourir, mourir, mourir, perdre tout espoir de voir le contact se rétablir[136] »), il s'agit de valoriser ce que représente le lieu de soin pour l'associer à un mode d'accueil spécifique.

Alors qu'un adolescent qui se distingue par sa non-demande donne peu accès à sa manière d'habiter le monde et d'évoluer dans son environnement, nous nous proposons de considérer

[136] Winnicott D. *Le bébé et sa mère*. Paris : Payot; 1992. p.12.

le soin psychique au-delà de l'offre thérapeutique à laquelle il correspond : c'est le penser comme un lieu possible d'habitation pour le patient qui y est accueilli. En mettant en valeur sa fonction originelle, il s'agit de conjuguer une lecture ontologique de l'habiter (qui interroge sa signification même) à une éthique de l'habité soulignant la singularité du parcours de chaque adolescent. Cette démarche est celle faisant du rapport institué-instituant le vocable de l'espace institutionnel. Un lieu de soin se distingue donc par une dialectique permanente entre ce qui est de l'ordre du fonctionnement institutionnel et la manière dont celui-ci est vécu par un adolescent.

Dans le cas où le constitué (autrement dit l'institué ou l'institution pensée comme telle) se confronte au destitué (autrement dit la manière pour un adolescent de se présenter et d'investir l'institution à travers des manifestations bruyantes ou une attitude de retrait remettant en cause cette fonction constituante du lieu de soin en venant la destituer), l'habitation telle qu'elle est classiquement comprise s'ouvre à la nécessité d'être totalement refonder. En effet, si la caractéristique essentielle propre à la condition humaine est métaphoriquement celle de tisser le monde, cela se fait autour de l'habitation comme demeure à être. Voie ouverte à une lecture phénoménologique associant un adolescent à son expérience de soin en pédopsychiatrie, cette pensée fait du lieu de soin un habitacle propre au déploiement de sa subjectivation. Au-delà de la disponibilité d'une équipe soignante envers celui qui s'avère être en souffrance, l'habitation révèle une mise en humanité dont « l'hospitalité de l'autre est la forme éthique et réfléchie de cette conception de l'homme[137] ».

Si, comme nous l'avons analysé précédemment, la pensée heideggérienne fait de l'habiter à la fois le trait fondamental et le dessein de toute existence, il s'organise autour d'un geste bâtisseur qui consiste à construire son existence. Dans cette idée, la principale caractéristique de l'être du soin peut être celle d'accompagner la capacité à exister qu'aurait chaque adolescent. À partir d'un lieu de soin, il s'agit de s'interroger sur la manière d'y demeurer. Décrite métaphoriquement, elle est avant tout un lieu d'accueil, mais surtout de recueil dans le parcours initiatique de découverte du monde propre au moment adolescent. Dans la perspective qui est celle de penser le soin, sa fonction essentielle est celle d'être ouverte à autrui. Alors que de nombreux adolescents l'occupent, la mettent à distance, l'attaquent ou au contraire l'investissent, cette habitation prend consistance dans la façon dont elle est traversée par des dynamiques singulières à l'image de chacun des adolescents accueillis.

[137] Fortin B. *Prendre soin*. Le Coq-Héron. 2011 Mar;(206) :7-10.

Alors que l'être du soin s'organise avant tout autour d'un espace-temps propre à l'institution soignante, y demeurer correspond à un « recueillement, une venue vers soi (…) qui répond à une hospitalité, à une attente, à un accueil humain[138] ». Volonté éthique largement défendue par la communauté soignante, il arrive pourtant qu'elle se heurte à une réalité dans laquelle un adolescent n'a de cesse de mettre à distance cette perspective. À cet égard, cela nous interroge.

Dans quelle mesure un lieu de soin figure-t-il comme un nouvel espace à habiter alors même qu'un adolescent n'exprime pas de demande ?

Au cœur de la pratique soignante, la position d'un adolescent qui n'a pas de demande offre dès lors la possibilité de poser un regard neuf sur le soin et ce qu'il offre. En habitant par nos pensées ce qu'est l'habitacle du soin, il s'agit de valoriser une forme de normativité « émancipatrice et vivifiante (…) espace de liberté et de débat face aux normes[139] » et considérer que le lieu de soin peut devenir un espace-temps à conjuguer.
Pourtant, là où les principes fondateurs du soin psychique se heurtent sans cesse à des limites telles qu'une forme de normalisation et d'objectivation du patient alors mis en demeure d'occuper le lieu de soin[140], coûte que coûte, le danger d'une involution du symbolique au profit d'une logique avant tout institutionnelle guette.

À partir d'une réalité propre au déploiement d'un soin psychique, notre propos est, au contraire, de considérer l'habitation qu'est le lieu de soin comme la condition d'un habité apaisant là où la souffrance psychique représente un tumulte permanent.
Si, comme nous l'avons développé précédemment, le vécu d'une temporalité psychique est marqué par la crise qu'un adolescent traverse et qui se manifeste par une difficulté à habiter son existence, le caractère en apparence fragmenté du vécu de l'espace et du temps, sa difficulté à s'en saisir à son arrivée dans le lieu de soin interpelle d'autant plus.

En écho à l'histoire de Lucas dont la présence insaisissable marquée par sa non-demande tente de mettre à distance l'espace et le temps tels qu'ils existent dans l'institution soignante, nous nous intéresserons plus spécifiquement à ces notions. Nous les confronterons ensuite à la

[138] Lévinas E. (1971). *Totalité et infini*. Paris : Le livre de poche; éd. 2001. p.166.
[139] Barruel F, Bioy A. *Du soin à la personne. Clinique de l'incertitude*. Paris : Dunod; 2013. p.62.
[140] Autour d'une offre classique telle que la consultation thérapeutique qui, dans le contexte spécifique de la non-demande, semble insuffisante à l'appel qu'elle constitue.

spécificité de la clinique adolescente pour les rapprocher des conditions nécessaires à l'avènement d'un soin psychique.

1.2.3 L'espace-temps à conjuguer

Le moment adolescent, au-delà de la période de crise qui lui est communément allouée, témoigne aussi d'une dimension à la fois existentielle et symbolique. Si un adolescent habite toujours singulièrement le monde et se distingue par sa manière de traverser ce passage entre deux rives, l'horizon de l'adolescence est parfois celui qui se referme, coûte que coûte. Les équipes soignantes qui accompagnent des patients fragilisés par un parcours de vie chaotique et discontinu observent cette faille menaçante à travers l'expression d'une symptomatologie inquiétante, pouvant aller jusqu'à inhiber toute forme d'investissement. Ainsi, un adolescent qui se distingue par sa non-demande semble d'autant plus perdu dans le cheminement de son être que les remaniements psychiques et identitaires qu'il traverse le renvoient à sa propre vulnérabilité. Aux prises avec un vécu conflictuel ou dysharmonique, ses agirs témoignent de sa difficulté à trouver son « lieu privilégié[141] » dans la dynamique relationnelle. En effet, si la confrontation avec des professionnels renvoie à un rapport d'altérité, un adolescent en position d'extrême vulnérabilité ne semble avoir d'autres perspectives que de le mettre à distance.

Dans ce contexte, plutôt que de réduire l'adolescence à une période de crise, interrogeons-nous plutôt sur l'expérience à laquelle elle renvoie. Là où celle-ci se déploie d'abord sous l'angle de la souffrance psychique telle qu'elle s'expose dans un lieu de soin, ce questionnement sous-tend une approche exhaustive de la structure temporelle et spatiale qui le compose. Pensé comme une demeure hospitalière propre à accueillir la fragilité d'un adolescent, le lieu de soin s'organise avant tout sur un mode institutionnel. En interrogeant les dimensions de l'espace et le temps propres à un hôpital de jour ou à un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, notre questionnement s'ouvre sur la manière dont un adolescent est en mesure de s'y confronter.

Si l'acte thérapeutique se déploie en particulier autour de la capacité d'un patient à s'interpréter soi-même à partir de son vécu institutionnel, cela peut s'avérer être une perspective, mais aussi une limite : un adolescent qui se caractérise d'abord par une forme de mise à distance du lien susceptible d'émerger dès les premiers instants de son accueil interroge. En bouleversant ce qui constitue les caractéristiques même d'un lieu de soin, il

[141] Delafraye J. *L'adolescence : l'entre-deux de tous les paradoxes*. Le Coq-Héron. 2013 Mar;(214) :131-142.

s'agit de penser autrement les catégoriques de l'espace et du temps pour les associer à des conditions a priori du soin psychique. L'importance de croiser ces notions à l'expérience adolescente et sa spécificité lorsqu'il est question d'habiter le monde s'avère essentielle.

Pour ce faire, explorer les caractéristiques principales d'une pensée transcendantale kantienne constitue un appui pour ensuite soumettre l'espace et le temps à l'épreuve du soin et de ses particularités. En privilégiant l'espace et le temps comme invariants, nous verrons dans quelle mesure ils peuvent ou non constituer les conditions d'un soin et être ainsi investis par un adolescent. Dans la mesure où il se distingue par une grande fragilité psychique associée à une difficile mobilisation de sa pensée, la confrontation entre le réel et le symbolique, l'institutionnel et le personnel sont en effet susceptibles de représenter une faille. Face au caractère discontinu du vécu de l'espace et du temps chez un adolescent fragile, ces notions soulèvent des questionnements. Là où ces modalités sont d'abord mises à distance ou attaquées à travers des manifestations telles que des absences ou des retards fréquents, une agitation ou un évitement, l'espace et le temps propre à l'institution nécessitent d'être explorés plus précisément. Les définir constitue une étape indispensable en lien avec l'élaboration d'un soin éthique essentiel à nos propos.

Là où, d'une réflexion sur l'existence et la façon dont chacun habite singulièrement le monde apparaît une question relative au fait de pouvoir l'appréhender et le connaître, la faculté de raisonnement demeure prégnante dans la démarche philosophique. En se réappropriant tout autrement la question de l'origine et des conditions de la possibilité d'une connaissance qui soit objective et universelle, il s'agit d'affirmer l'existence de connaissances a priori entièrement et uniquement produites par la raison. Au fondement de cette réflexion, le rationalisme kantien les associe alors à des conditions de possibilité de toute expérience en se demandant comment s'opère une saisie rationnelle de la réalité déployée à travers l'expérience humaine.

À partir de cette question transversale, la sphère métaphysique de la pensée kantienne se mêle en effet au domaine pratique de la morale déontologique[142] pour tenter d'établir les fondements d'une théorie de la connaissance. L'intérêt d'une telle démarche est celui de préconiser une déontologie à partir d'impératifs catégoriques rendant chacun capable d'être le

[142] La morale déontologique kantienne se déploie à partir de notions telles que l'impératif catégorique, loi a priori de la raison dans son usage pratique et qui met en évidence un questionnement moral de l'usage de la raison à travers trois questions essentielles que sont : *« Que puis-je savoir ? Que dois-je faire ? Que m'est-il permis d'espérer ? »*

détenteur de la connaissance et du raisonnement qu'il élabore à partir de ses propres expériences. Cet usage de la morale déontologique constitue l'un des leitmotive du discours soignant aujourd'hui. À travers des concepts tels que la dignité, l'autonomie ou la liberté, l'accent est mis sur le paradigme du sujet et son expérience dans le réel avec autrui.

Alors que le soin psychique se fonde dans le réel et renvoie à un cadre institutionnel, la manière de l'appréhender et de l'interroger fait écho à la pensée kantienne. Si le soignant et le soigné se rassemblent autour de l'expérience que représente le soin, celle-ci est toujours vécue de manière singulière et subjective. En pénétrant les conditions essentielles de notre faculté de connaître et par le biais d'une analyse de l'essence même de l'espace et du temps mis en évidence par la démarche kantienne, notre intérêt porte sur la façon dont elles peuvent être mobilisées par un patient alors que sa souffrance psychique semble avoir comme conséquence de figer sa pensée.

Là où l'accueil d'un adolescent révèle d'abord sa fragilité, s'intéresser à la façon dont il perçoit ces phénomènes propres au mouvement de l'institution s'avère essentiel. Alors qu'il semble difficilement en capacité d'habiter le monde sans manifester une forme de repli ou une opposition (qu'elle soit marquée ou tacite), il s'agit désormais de s'intéresser à la façon dont un adolescent peut persister dans le fait de les mettre à distance en n'effectuant aucune demande auprès de l'équipe soignante. La question du transcendantal qui consiste à déterminer l'origine de chaque élément (la condition a priori) pour analyser comment celui-ci rend possible l'expérience sera donc déployée dans le contexte spécifique du soin psychique.

Si le transcendantal renvoie à « toute connaissance qui, en général, s'occupe moins des objets que de notre manière de connaître les objets en tant que ce mode de connaissance doit être possible a priori[143] », c'est ce qui se rapproche de la condition d'une expérience possible. Dans la mesure où l'objet en soi n'existe que par la connaissance que nous en avons, il s'associe à des représentations qui sont avant tout déterminées dans leur rapport avec l'espace et le temps.

L'approche kantienne de l'espace le définit comme une forme pure de la sensibilité qui subsiste en dehors de toute sensation. C'est une forme a priori, c'est-à-dire déjà là. Irréductible à tout concept, l'espace « n'est pas un concept empirique qui ait été tiré

[143] Kant E. (1781). *Critique de la raison pure*. Paris : PUF; éd. 1965. p.46.

d'expériences externes[144] », mais bien un a priori, condition de la possibilité de toute expérience. L'espace précède donc toute représentation, il détermine ce qui nous apparaît dans la sensation. C'est la condition d'une expérience possible ouvrant la voie à la possibilité d'autres connaissances a priori.

S'il s'agit d'évaluer « la propriété formelle qu'a le sujet d'être affecté par des objets et de recevoir par là une représentation immédiate des objets, c'est-à-dire une intuition[145] », l'espace est décrit comme unitaire (les parties qui le composent le sont toujours en référence à lui). Sa caractéristique principale étant celle d'être « la condition subjective de la sensibilité[146] » : le sujet kantien est celui qui se distingue par la manière dont il est affecté par les objets, la forme pure qu'est l'espace n'ayant de valeurs qu'à travers les représentations que nous nous en faisons. Si nous ne pouvons appréhender l'espace qu'en l'habitant, c'est bien une expérience de l'espace que nous vivons. Si en dehors de toute représentation du sujet il n'a aucune signification, l'espace n'est en rien le modèle d'une connaissance, mais bien justement le principe qui fournit les conditions propres à celle-ci. Faisant référence à une pure intuition, l'espace n'est donc pas un concept empirique, mais plutôt une condition de l'intuition présente en nous originairement. L'appréhender et l'investir révèle donc une activité humaine qui vient déterminer le sujet dans sa capacité à associer ses intuitions à l'élaboration d'une connaissance du monde qui l'environne.

Dans la même lignée que l'espace, la pensée du temps comme condition de possibilité d'une expérience émerge avec l'œuvre kantienne. Intuition qualifiée d'originaire et dans la mesure où les phénomènes en sont le corollaire, le temps est « une représentation nécessaire qui sert de fondement à toutes les intuitions[147] ». C'est, pour ainsi dire, une condition de possibilité à tous les phénomènes et c'est seulement en lui qu'est « possible toute réalité des phénomènes[148] ». Il s'agit, par ces propos, d'associer cette forme apriorique au fait que le temps détermine les objets en eux-mêmes, lesquels sont tous ordonnés autour d'une temporalité.

L'argumentaire du philosophe met en exergue une valeur apodictique du temps associé à des principes universels qui ne sauraient être seulement tirés de l'expérience. Malgré l'existence

[144] Kant E. *Critique de la raison pure*. Op.cit. p.55.
[145] Ibid. p.58.
[146] Ibid.
[147] Ibid. p.61.
[148] Ibid.

de temps différents (qui existent à travers des rapports temporels tels que la succession et la simultanéité d'instants), Kant souligne une forme d'unicité du temps où les « temps différents ne sont que des parties d'un même temps[149] ». S'arrêtant plus particulièrement sur la représentation du temps dont l'enjeu réside dans la démonstration d'une possibilité de connaissances, le philosophe souligne la prédominance de la forme pure de l'intuition sur la matière. En effet, si la substance d'une chose (son être) ne peut exister qu'à travers la forme du temps (et de l'espace tel que nous l'avons analysé précédemment), alors celle-ci est primordiale : l'être n'apparaît qu'à travers sa possibilité d'apparaître, c'est-à-dire « en entrant dans sa phénoménalité[150] ». La forme pure de l'intuition qu'est le temps préexiste donc sur les éléments qui la constituent. Cet argument revêt une importance capitale et sera un point d'appui pour la philosophie contemporaine. Si le temps est associé à « une condition subjective sous laquelle peuvent trouver place en nous toutes les intuitions[151] », le sujet kantien demeure au centre de l'intuition. Dans la mesure où l'objet de l'intuition est en lien avec notre capacité à percevoir les phénomènes, le temps « n'est autre chose que la forme du sens interne[152] ».

Le temps tel qu'il est pensé dans la démarche transcendantale est donc considéré avec l'espace comme une forme apriorique à toute connaissance. Indubitablement liés, l'espace et le temps ne peuvent se concevoir qu'ensemble et sont tous deux nécessaires à l'apparition d'un phénomène. Corollaires d'une réalité empirique, ils demeurent une prérogative à toute forme d'expérience. Pour autant, afin d'éviter l'écueil d'une forme d'idéalisme subjectif faisant prévaloir le sujet avant tout, Kant affirme bien que ces deux formes a priori « ne peuvent pas exister en soi, mais seulement en nous[153] », le pouvoir d'intuition demeurant fondamental. L'œuvre kantienne, qui consacre le principe d'idéalité transcendantale de l'espace et du temps souligne ainsi une forme d'antériorité de la sensibilité sur l'entendement dans la théorie de la connaissance. Ce développement, dans la mesure où il privilégie l'intuition qui se révèle dans un monde phénoménal, situe « la qualité des objets donnés dans le phénomène (comme) dépendant du mode d'intuition du sujet dans sa relation à l'objet donné[154] ».

[149] Eisler R. *Kant-Lexikon*. Tome 1. Paris : Gallimard; 1994. p.1018.
[150] Rivelaygue J. *Leçons de métaphysique allemande*. Tome 2. Paris : Grasset; 1992. p.77.
[151] Kant E. Op.cit. p.63.
[152] Ibid.
[153] Ibid. p.68.
[154] Eisler R. Ibid. p.913.

Si l'espace n'existe que dans sa corrélation avec le temps et parce qu'habiter fait toujours référence à un lieu et à un moment de l'existence, une analyse conceptuelle de ces notions constitue une étape incontournable. En faisant référence à une dimension transcendantale où ces catégories forment une même entité et sont comprises comme les conditions a priori d'une expérience, il s'agit de les mettre désormais en lien avec le contexte spécifique propre au soin psychique. Dans la mesure où un adolescent investit toujours son environnement de manière singulière, nous nous interrogeons sur la manière dont l'espace et le temps peuvent devenir les conditions propres à l'avènement d'un soin psychique. Si l'une des fonctions thérapeutiques est celle d'accompagner cet « y-être » (autrement dit sa capacité à investir le lieu de soin), elle se heurte pourtant à une aporie importante lorsqu'un adolescent n'a de cesse que de les mettre à distance. Alors qu'il semble difficilement en capacité d'habiter le monde sans manifester une forme de repli ou une opposition (qu'elle soit marquée ou tacite), il s'agit désormais de s'intéresser à la façon dont un adolescent peut persister dans cette position en n'effectuant aucune demande auprès de l'équipe soignante.

Pourtant, alors qu'il donne à voir ce que nous considérons comme une présence autrement qu'absente, un adolescent qui se distingue par sa non-demande met les professionnels en situation d'interpréter ces signes comme un mode d'expression. Sa présence singulière devient dès lors une perspective pour penser la sphère transcendantale du soin psychique (autrement dit les conditions qui permettent son avènement), ce que représente un lieu de soin et ce qu'incarne le soignant.

Dans la mesure où nos premières interrogations portaient sur le passage adolescent et sa spécificité dans le contexte du soin psychique, nous avons mis en évidence la fragilité que ce moment représente pour un adolescent dont la souffrance psychique est telle qu'il n'est pas en mesure d'élaborer quoi que ce soit auprès d'une équipe soignante. Si une forme de fragilisation de son existence apparaît comme un leitmotiv dans ce chapitre, un adolescent qui se distingue par sa non-demande peut se définir par un habité rendu fragile en lien avec une série de ruptures ou d'évènements traumatiques vécus jusqu'ici. Dans ce contexte, tenir compte de la manière dont l'espace et le temps peuvent devenir les conditions de l'avènement d'un soin représente une nécessité là où le lien thérapeutique est destiné à le soutenir dans l'élaboration et la consolidation de son habité. En figurant potentiellement comme un autre espace à habiter, une des fonctions essentielles d'une équipe soignante consiste à accueillir la propension d'un adolescent à le faire singulièrement.

À partir d'un habité fragile, il s'agit de proposer une forme d'hospitalité dont la teneur serait alors celle d'une substitution responsable, le soignant agissant non plus seulement à la place, mais bien pour un adolescent en représentant un appui suffisamment sécure pour que cette période d'existence devienne non pas une béance, mais une perspective.

Chapitre 2.
D'un habité fragile à une hospitalité soignante

S'ils renvoient aux conditions de possibilité de toute expérience, nos propos consacrés à la pensée kantienne soulignent le fait que c'est par la conscience de soi-même comme « aperception originaire[155] » que nous pouvons nous représenter le monde environnant. En se confrontant à « l'origine des représentations de la métaphysique dans des structures inconscientes[156] », l'œuvre kantienne demeure un appui incontestable à cette question du transcendantal telle que nous l'interrogeons dans le contexte du soin psychique. À partir de l'espace et du temps comme formes aprioriques, c'est bien une structure de pensées identifiable et manifeste qui se dévoile et qui nous permet de nous questionner plus précisément sur leur déploiement dans un lieu de soin. Cette approche, qui participe à faire du phénomène le corollaire du « laisser faire encontre[157] » est désormais un leitmotiv, chacun de nous se mobilisant à travers ce qu'il représente pour lui.

La question de l'habiter (laquelle conjugue l'existant à l'exister) est désormais foncièrement liée à la manière dont nous tenons compte en particulier de l'espace et du temps pour appréhender le monde et lui donner un sens.

Si, aux dires d'Heidegger (qui se saisit de la question transcendantale pour amener la démarche phénoménologique) « l'exister humain consiste (…) en possibilités d'appréhension orientées sur ce qui vient à sa rencontre en s'adressant à lui[158] », l'existence (*Sein und Zeit*) se déploie autour d'une manière de l'habiter, d'être à partir du temps (*Sein aus der Zeit*). Alors qu'exister c'est être dans le temps, il « est déjà toujours par avance tourné vers ce qui lui arrive et le concerne (…) l'être humain en tant qu'il existe s'annonce comme ce qui est

[155] Kant E. Op.cit. p.110.
[156] Rivelaygue J. Op.cit., p.188
[157] Ibid.
[158] Heidegger M. *Séminaires de Zurich*. Paris : Gallimard; 1987. p.31. éd. 2010.

chaque fois à venir, avenir dans lequel se rassemblent un présent et un passé qui n'a jamais cessé d'être[159] ». La dimension existentielle qui s'inscrit ici dans le temps invisible et originaire révèle alors simultanément l'espace comme ouverture et possibilité de s'y déployer.

Si l'enjeu principal de cet apport philosophique est bien celui d'exposer d'emblée « la constitution fondamentale de l'exister humain[160] » à travers notre capacité d'être au monde, le contexte du soin psychique met à jour une manière toujours singulière d'être au monde avec parfois une réelle difficulté à investir l'espace-temps que représente le lieu de soin. Alors que la clinique met à jour une expérience tout autre de l'espace et du temps tels qu'ils sont phénoménalisés par un adolescent en grande souffrance psychique (autour d'une forme d'immuabilité et d'une impossibilité à conjuguer ces notions), les professionnels constatent régulièrement les limites propres à l'avènement d'un soin psychique. Face à cette aporie, la nécessité de se mobiliser autrement en faisant du lieu de soin le gage d'une hospitalité apparaît avec acuité.

Au regard de l'histoire de Lucas qui se heurte ou se confond dans l'espace-temps de l'hôpital de jour, un adolescent en grande souffrance psychique est souvent pris dans des mouvements empreints d'ambivalence. À cet égard, de nouvelles interrogations apparaissent.

Dans quelle mesure le vécu discontinu et parfois traumatique d'un adolescent en grande souffrance psychique se manifeste-t-il dans sa manière d'investir le lieu de soin ?
Alors qu'il se distingue par sa non-demande, un adolescent est-il seulement absent ou présent autrement dans l'institution ?

À partir de la dialectique qui conjugue la présence à l'absence, nous nous proposons de la soumettre à la particularité de la non-demande. Si cette position qu'incarne un adolescent en grande souffrance psychique a l'intérêt de poser différemment sa propension à investir l'espace-temps d'un lieu de soin en venant mobiliser autrement la sphère transcendantale du soin psychique, nous nous demanderons dans quelle mesure l'attitude de substitution du soignant peut désormais être considérée non plus seulement comme aliénante, mais bien responsable, faisant de l'hospitalité une nouvelle composante destinée à accueillir un adolescent dans sa singularité.

[159] Arjakovsky P. *Dictionnaire de Martin Heidegger : vocabulaire polyphonique de sa pensée*. Paris : Cerf; 2013. p.618.
[160] Heidegger M. *Séminaires de Zurich*. Op.cit. p.31.

2.1 Une expression à saisir

Bien que les valeurs soignantes et les pratiques auprès d'adolescents évoluent régulièrement, notre propos est de mettre en valeur la question de l'altérité qui demeure un fondement essentiel de la clinique adolescente. Faire avec l'espace-temps de l'institution renvoie en effet nécessairement à son expérimentation que les adolescents les plus fragiles mettent justement à distance en se distinguant par leur non-demande. Si nous considérons que le rapport à un lieu n'existe jamais en soi, mais seulement à travers la pratique qui en est faite, son investigation révèle le mode d'expression d'un adolescent qui demeure à saisir par le soignant.

Alors que chacun d'entre eux a toujours une manière singulière d'habiter le lieu de soin, celle-ci fait écho en l'autre et réciproquement. Dans la mesure où l'un des enjeux de la fonction soignante est celui d'accompagner un adolescent dans l'expérience d'un vécu de l'espace et du temps différent de ce qu'il a pu expérimenter jusqu'alors, l'enjeu est de taille. S'interroger sur cette perspective où l'éthique est au premier plan représente un appui indispensable à notre analyse.

En soumettant un adolescent en grande souffrance psychique à la question de l'espace et du temps tels qu'ils existent dans un lieu de soin, il s'agit de se demander comment il est en capacité de s'y confronter. Autour d'un habité fragile, là où il paraît absent en mettant à distance à la fois l'équipe soignante, mais aussi le projet de soin qui lui est signifié à son arrivée dans l'institution, un adolescent qui n'exprime pas de demande vis-à-vis des professionnels peut néanmoins venir incarner une présence autrement qu'absente. Les signes en lien avec ce mode d'existence singulier deviennent alors un mode d'expression ouvrant à une conception somme toute différente du lieu de soin comme demeure hospitalière incarnée par l'attitude soignante.

À partir de ce que nous considérons comme une présence autrement qu'absente, nous déploierons ce que peut être la sphère transcendantale du soin psychique se révélant autour de l'aire intermédiaire qu'est susceptible de représenter un lieu de soin.

2.1.1 La présence autrement qu'absente

La particularité du soin psychique est d'être à la fois représentable (un lieu de soin porte toujours un nom qui, au-delà de l'appellation, permet de le nommer et donc de le faire exister) et non-représentable (là où il est toujours rattaché à une histoire subjective transmise par les paroles des soignants). Pour autant, c'est l'espace qui fonde l'organisation du soin en venant le délimiter autour des différents espaces qui le constituent. Ainsi, lors de l'accueil d'un adolescent, les professionnels viennent lui signifier la diversité des espaces à la fois réels et symboliques qui composent l'institution : si chaque espace a une fonction et s'organise autour d'une modalité thérapeutique (l'espace accueil sera distinct de celui des médiations, par exemple), cette pluralité qui accompagne les mouvements du patient est essentielle à son accueil. En effet, l'espace en lui-même n'existe que par la manière dont il est investi par un adolescent. S'il l'appréhende toujours singulièrement, l'équipe soignante peut néanmoins s'appuyer sur ses manifestations pour tenter de saisir la manière dont il investit l'espace de soin et y évolue.

Alors que le passage d'un espace vécu subjectivement à un espace de rencontre constitue l'enjeu majeur de l'accompagnement thérapeutique, il arrive fréquemment que cette dynamique se heurte à la position de retrait ou d'agressivité manifeste d'un adolescent. Ainsi, en permettant à un adolescent de faire valoir une série de comportements (que ce soit celui d'un silence, d'un regard fuyant, d'une poignée de main peu investie, d'une attente volontairement prolongée dans un autre espace que celui de l'accueil ou d'une agitation envers le matériel ou les professionnels), l'espace devient le réceptacle du vécu adolescent.

La dialectique qui se joue autour de sa présence-absence est alors à son paroxysme. À l'image de sa position dans le lieu de soin et autour des différents espaces qui l'identifie, un adolescent en souffrance psychique se distingue par sa vulnérabilité à se saisir de cette demeure du soin et à l'habiter. Il est présent comme absent, se saisit ou pas de l'espace qu'offre le lieu de soin, celui-ci représentant parfois une menace telle que l'investir peut être synonyme d'enfermement et d'aliénation.

Dans ce contexte, la possibilité que représente l'espace de soin se confronte à ses propres limites. Là où le dire qui entre en jeu dans la perception s'avère être la principale difficulté

d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande, rien ne semble abordable. La perception même du lieu de soin devient le réceptacle d'inquiétudes qui rend difficile toute forme d'interprétation, la souffrance psychique étant alors omniprésente.

Comment, dans ces conditions, l'espace et le temps d'un lieu de soin peuvent-ils être investis par un adolescent en grande souffrance psychique ?

Penser l'espace institutionnel à partir des mouvements d'entrées et de sorties d'un adolescent consiste à entrer dans le jeu des dedans et des dehors qui se conjuguent à la fois dans le réel, dans l'imaginaire et dans le symbolique. À l'égard de celui dont l'histoire de vie est souvent marquée par des ruptures répétées, l'espace qui fait référence au lieu de soin n'est pas toujours pensable en dehors d'une discontinuité. Il peut en effet se réduire aux espaces qui le composent sans aucune perspective de continuité. Il est comme morcelé et désunifié, les transitions entre les différents lieux marquant cette désunification (qui rappelle en outre un parcours de vie discontinu).

Corrélativement, la référence au temps constitue une autre source de réflexion. En effet, alors que l'approche temporelle mobilise nombre de considérations, elle fait d'abord référence aux temps du soin sur lesquels s'organise la vie institutionnelle. En lien avec l'espace, le temps se conjugue dans les différents espaces qu'offre l'institution. Tout comme l'espace, le temps est avant tout vécu. Au-delà d'une forme de linéarité avec un commencement, un déroulé et une fin inhérente à toute offre de soin, le temps n'est pas simplement mesurable, mais bien qualifié par chacun d'entre nous à partir de la conscience que nous en avons. La façon de le mobiliser et de se mobiliser autour du temps étant l'une des caractéristiques de notre existence, la question du temps donne accès à la manière dont un adolescent est susceptible d'habiter le monde.

Dans la mesure où le moment adolescent fait référence à cet entre-temps qu'est celui d'un passage entre l'enfance et l'âge adulte, le vécu temporel apparaît comme une interrogation d'autant plus importante qu'elle se pose toujours singulièrement pour un adolescent accueilli dans un lieu de soin. Alors qu'une lecture autour d'un avant et d'un après peut faire référence à cette dynamique temporelle, l'équation se pose tout autrement à l'égard d'un adolescent pour qui le passage d'un moment d'existence à un autre n'est pas linéaire. En réponse à nos questionnements marquant le début de ce chapitre, il peut, au contraire, être le synonyme

d'une disparité voir d'un éclatement là où les remaniements corporels et psychiques introduisent déjà une forme de vulnérabilité.

En n'exprimant pas de demande, en se mettant à distance du lien que sous-tend l'accompagnement thérapeutique, la position d'un adolescent interroge d'autant plus les équipes soignantes qu'elle laisse entrevoir une forme de temps suspendu. La dynamique temporelle classiquement allouée à la vie institutionnelle trouve ici une limite importante dans la mesure où rien ne semble mobilisable sans que cela renvoie à la difficulté essentielle d'un adolescent à investir ce temps institutionnel et à l'employer subjectivement.

La figure du temps qui semble ici à éviter devient un leitmotiv chez celui qui ne peut pas s'y confronter sans que ce dernier le fragilise encore plus. Face aux rythmes et aux répétitions imputables à la vie institutionnelle, un adolescent qui se distingue par sa non-demande n'y retrouve pas de continuité. L'écart se creuse entre sa perception d'un temps d'allure discontinu et la fonction unifiante du temps institutionnel. Alors que le moment adolescent peut être rapproché d'une « confrontation au temps et (d'une) construction du temps dans toutes ses valences[161] », la perception et l'interprétation de celui-ci soulèvent des failles et des limites importantes face à l'ampleur de la souffrance psychique.

Alors que la temporalité qui fait référence au temps de la construction psychique est réduite à des expériences discontinues, la confrontation avec le temps du soin (contenu dans l'offre thérapeutique proposée par l'équipe soignante) est d'autant plus difficile que la dynamique pulsionnelle semble avoir valeur d'hégémonie. Dans ce contexte, la rythmicité des temps d'accueil, leur régularité et la contenance qu'ils représentent sont souvent mises à mal par des comportements d'évitement ou d'opposition. Ces manifestations, au-delà des limites qu'elles sont susceptibles de représenter dans l'accomplissement même d'un acte de soin révèlent au contraire une présence singulière : elles sont les contours d'une présence autrement qu'absente dans la mesure où elles viennent révéler la façon dont un adolescent habite son existence. Alors que celle-ci est transposable au lieu de soin, il s'agit à cet instant d'en mesurer la portée et d'accueillir ce qui a valeur de langage à travers les signes émis par un adolescent. À partir de l'expression de différents comportements dans l'espace-temps qui constituent le lieu de soin, c'est donc s'intéresser plus particulièrement à la sphère

[161] Kébir K. *Le temps prend corps à l'adolescence*. Empan. 2008 Jan;(69) :38-45.

transcendantale du soin psychique, l'espace et le temps figurant comme les notions essentielles à son avènement.

À l'égard d'un adolescent qui se distingue par une extrême vulnérabilité lors des premiers temps de son accueil, réfléchir aux conditions qui permettent l'avènement d'un soin psychique nous semble essentiel pour ensuite être mis en lien avec une attitude considérée comme soignante.

2.1.2 La sphère transcendantale du soin psychique

Si l'analyse transcendantale consiste à explorer les formes aprioriques que sont l'espace et le temps, la phénoménologie psychiatrique a l'intérêt de les relier à l'expérience du soin, sa dimension existentielle, symbolique et réelle.

Nécessairement lié, l'espace se conjugue au temps et inversement pour renvoyer à un vécu. Dans la mesure où un adolescent en grande souffrance psychique se présente d'abord sous l'angle d'une vulnérabilité, il est fréquent d'observer une forme de discontinuité et d'instabilité rendant son « habiter » fragile. L'enjeu relatif à l'espace et au temps sera alors de constituer une forme de continuité et de permanence là où tout semble chaotique et incertain. C'est, comme nous l'avons exploré précédemment, le soutenir à travers un mode de présence autrement qu'absente.

Dans cette perspective, il s'agit de porter une attention particulière à l'espace et au temps dans le contexte spécifique du soin psychique : c'est les rapprocher des conditions de possibilités de l'avènement d'un soin psychique et ainsi mettre à jour ce que nous nommons la sphère transcendantale du soin psychique, c'est-à-dire ce qui le rend possible.

Alors qu'un adolescent qui se distingue par sa non-demande renvoie, par son attitude, à la nécessité de s'interroger sur les fondements mêmes de la pratique thérapeutique, cette question s'avère essentielle. Elle permet en effet de mettre en relief l'enjeu relatif à un habité adolescent et la façon dont il est susceptible d'investir un lieu de soin, d'y demeurer pour, le cas échéant, s'ouvrir différemment au monde (autrement dit y trouver une forme d'apaisement face à la souffrance qui était jusqu'ici prédominante pour pouvoir continuer à se construire psychiquement). En explorant son rapport avec le lieu de soin et sa manière de s'y engager ou de rester à distance, il s'agit d'explorer l'espace et le temps comme les vecteurs d'une nouvelle forme de déploiement dans l'existence d'un adolescent jusqu'ici marqué par un parcours de vie émaillé de ruptures.

La lecture philosophique du transcendantal est susceptible de trouver dans la pratique auprès d'adolescents un écho favorable. En effet, si l'espace et le temps sont les principes mêmes qui fondent l'organisation d'une institution de soin, notre propos est de les considérer comme les

fondements du soin psychique et de voir en eux le corps même du soin. C'est donc interroger la sphère transcendantale du soin psychique.

En quoi l'espace et le temps représentent-ils des conditions essentielles à l'avènement d'un soin psychique ?
Comment un adolescent qui se distingue par sa non-demande est-il susceptible de s'appuyer sur l'espace-temps que représente un lieu de soin pour expérimenter une nouvelle manière d'habiter le monde ?

À partir d'une dynamique institutionnelle qui renvoie à une perception de l'espace et du temps qui est celle de l'équipe soignante et d'un adolescent, il s'agit de se représenter ces notions et se demander dans quelle mesure elles peuvent constituer des fondements incontournables à la dimension thérapeutique.

Si l'habité renvoie à une dimension à la fois existentielle et symbolique telle que nous l'avons développé précédemment, associer ce concept à une dimension thérapeutique relève d'un tout autre enjeu. En effet, dans l'altérité que suppose l'accueil d'un adolescent par des professionnels, ceux-ci sont d'abord attentifs à sa mise en récit. Hors, il arrive qu'un adolescent qui se distingue par sa non-demande ait beaucoup de difficulté à s'emparer de cette forme de subjectivité qui constitue l'un des vecteurs essentiels à la clinique adolescente : la parole autour d'un espace-temps vécu se fait alors silencieuse et, pour certains adolescents, l'agir comme manière d'habiter le lieu de soin devient la première forme d'expression.

En écho à l'histoire de Lucas, cela nous éclaire sur ce point : en position d'extrême vulnérabilité, le parcours de vie d'un adolescent en grande souffrance psychique nous renvoie à un vécu discontinu où l'espace et le temps propres à sa construction psychique se sont conjugués à d'autres espaces et d'autres temporalités associés à un caractère fragmenté et discontinu faisant du lien à l'autre une menace potentielle.

En nous basant sur une dialectique féconde alliant le paradigme phénoménologique psychiatrique (qui se fonde sur une vision du patient en situation d'être accueilli dans un lieu de soin et l'expérience qu'il en fait) à une lecture clinique, il s'agit de réfléchir à l'équivoque de l'espace et du temps qui, dans le contexte institutionnel, peut être linéaire et subjectif, mais aussi en devenir et partagé.

Dans la mesure où la pensée transcendantale s'intéresse avant tout aux conditions perceptives permettant l'accès à l'expérience, celle-ci se déploie autour d'une analyse de la dimension à la fois spatiale et temporelle de notre existence. Si le rapport avec le temps figure comme un leitmotiv dans la phénoménologie psychiatrique contemporaine, il est associé à notre capacité à faire avec l'espace-temps en l'expérimentant.

Dans l'horizon du soin psychique, cette considération apparaît comme essentielle dans la mesure où il s'agit d'appréhender le rapport au lieu de soin comme une donnée fondamentale, prémisse de toute forme de soin. Marqué par des départs et des arrivées, des temps d'accueil et de séparation, le lieu de soin renvoie à une dynamique institutionnelle. Vecteur de continuité, celle-ci peut chez certains adolescents renvoyer à une forme de discontinuité transformant l'espace et le temps en un insaisissable. S'il se confronte au lieu de soin dans la proximité comme dans la mise à distance, l'accès à la pensée de l'espace et du temps tel qu'il le vit dans l'institution peut devenir un vecteur d'échanges avec l'équipe soignante. Par une attention et une disponibilité à l'égard d'un adolescent qui pour autant ne fait aucune demande aux professionnels, il s'agit de considérer chacun de ses gestes comme un langage destiné à potentiellement ouvrir à une forme de proximité avec le soignant.

Fréquemment interrogés, l'espace et le temps vécus deviennent ici un point d'appui pour tenter de comprendre ce qui se joue dans cette expérience à la fois spatiale et temporelle propre à l'accueil dans un lieu de soin. En soutenant un adolescent dans sa capacité à en dire quelque chose, il s'agit d'accompagner sa possibilité d'investir ce temps de l'espace et cet espace du temps auquel peut correspondre un lieu de soin. Alors qu'un adolescent peut se mettre à distance de cette dynamique, il s'agit d'interroger ce qu'il est susceptible d'investir à travers des comportements ou des vécus empiriques qui se déploient dans le quotidien de l'institution.

Là où un adolescent qui se distingue par sa non-demande peut percevoir de manière menaçante l'élaboration autour d'un temps vécu, la question relative aux conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un soin psychique apparaît comme d'autant plus importante que l'élément spatio-temporel est toujours perçu singulièrement. En faisant valoir la spécificité de chaque accueil en hôpital de jour ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, c'est mettre en valeur les mouvements de chaque adolescent pour les associer à une attitude particulière de la part du soignant qui agit non plus seulement à sa place, mais bien pour lui.

En réponse à nos interrogations initiales, alors que l'espace et le temps apparaissent comme des vecteurs possibles à l'avènement d'un soin, il s'agit désormais de discerner la propension qu'a un adolescent à s'en imprégner pour pouvoir ensuite expérimenter une nouvelle manière d'habiter son existence. Dans la mesure où un lieu de soin peut représenter un appui, il s'agit de le penser comme un espace accueillant les mouvements propres au passage adolescent et favorisant les échanges avec le soignant.

2.1.3 La voie de l'altérité

À partir d'une réflexion sur la sphère transcendantale du soin psychique, nous avons considéré l'espace et le temps comme les vecteurs d'un lien entre le soignant et un adolescent se présentant pour la première fois dans un lieu de soin. Pour autant, là où aucune demande n'est exprimée, ce qui constitue le fondement d'un soin psychique se heurte à la tentation permanente qu'a un adolescent de le mettre à distance par un comportement d'évitement, marqueur d'une grande souffrance psychique.

Dans la mesure où l'équipe soignante privilégie l'accueil d'un patient tel qu'il se présente dans le lieu de soin, les professionnels cherchent à créer les conditions premières propres à l'avènement d'un soin psychique. En respectant une manière toujours singulière d'évoluer dans le rapport d'altérité auquel il renvoie, ils s'appuient sur la dimension éthique du lien thérapeutique où la présence même du soignant et sa disponibilité est, en soi, un mode d'accueil.

Si, à l'instar d'une considération privilégiant la défense de la subjectivité de chaque patient, le fait de s'approprier sa demande et de l'anticiper est communément associé à une forme de domination, cette attitude peut aussi ouvrir à une relation de proximité offrant à un adolescent une manière différente d'habiter le monde. En tenant toujours compte de sa singularité, il s'agit en effet de se questionner sur sa propension à s'ouvrir à une nouvelle forme d'interaction où ce qui se distingue peut désormais être compris comme ce qui se manifeste, la non-demande représentant un mode d'expression.

En renvoyant à la responsabilité du soignant et à sa capacité à aménager un espace de soin qui permet de réintroduire dans le temps la possibilité d'un changement, les enjeux relatifs à la sphère transcendantale du soin psychique s'ouvrent à de nouvelles perspectives en lien avec l'attitude soignante et ce qui fait sa particularité. En effet, dans la mesure où un soignant est toujours attentif à la manière dont un adolescent se présente pour la première fois dans un lieu de soin, valoriser l'espace-temps qui se déploie à travers la dynamique institutionnelle constitue un élément essentiel à sa réflexion. En allant au-devant d'un adolescent qui n'a aucune demande, il adopte une attitude non pas réductrice (qui consiste à faire à sa place), mais bien destinée à l'accueillir, pour ce qu'il est et ce qu'il souhaite être pour lui-même.

Dans cette perspective, à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa position d'extrême vulnérabilité, la manière d'introduire un nouvel horizon d'altérité représente un enjeu fondamental dans le lien thérapeutique. En effet, il s'agit non plus seulement de reconnaître, mais bien de considérer un adolescent dans sa propension à être. Par son intentionnalité, à travers une attitude qui consiste non pas à assujettir l'autre en le réduisant à des caractéristiques, mais bien à accompagner l'avènement d'un soi à travers sa capacité d'autonomie, le soignant se substituerait à la non-demande d'un adolescent.

Au-delà d'une forme d'aliénation, en quoi la voie de l'altérité est-elle à même de révéler une nouvelle composante de la substitution ?

En interrogeant cette substitution et ce qu'elle renvoie du souffrir pour l'autre, c'est se demander dans quelle mesure elle peut s'apparenter à la naissance du soi dans la responsabilité pour l'autre. Dans un contexte où cette éclosion demeure un véritable pari, la dimension éthique du lien aura valeur de frayage en renvoyant au colloque singulier qui réunit un soignant à un adolescent autour d'un mouvement commun.

Cette orientation, propre à mettre en évidence une dimension avant tout relationnelle de la substitution s'appuie sur un réinvestissement du lien qu'assigne la relation de soin. Alors que le développement d'un adolescent peut être entravé par sa souffrance psychique et qu'il devient pour lui impossible d'élaborer quelque demande que ce soit, il s'agit de s'interroger sur la manière dont l'attitude de substitution du soignant peut se déployer dans un contexte d'altérité où l'enjeu essentiel est celui d'apporter une ouverture de soi à l'autre et inversement.

Alors que les obstacles à la rencontre demeurent bien souvent prégnants dès les premiers instants de l'accueil d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande, il s'agit pour le soignant de se mobiliser différemment en faisant de l'attention à l'autre un axe de référence : en constatant que le moment adolescent est d'autant plus perturbant qu'il est une « remise en cause du Moi, de l'image du sujet dans sa relation à l'autre (…) de l'inscription de ce sujet dans l'ordre social[162] », c'est être avant tout sensible aux signes qui apparaissent. C'est tenter de comprendre la difficile inscription d'un adolescent dans la voie de l'altérité propre au soin psychique.

[162] Rassial JJ. (1990). *L'adolescent et la psychanalyse*. Paris : Payot; éd. 2005. p.124.

Dans ce contexte et compte tenu de la diversité des observations cliniques, chaque soignant est interpellé personnellement : la souffrance psychique est manifeste et renvoie à sa capacité à pouvoir l'accueillir. Lorsque rien n'est dit ou, du moins, si aucune demande n'est formulée de la part d'un adolescent, la possibilité d'accueillir sa souffrance psychique dépend des soignants qui incarnent le lieu de soin.

S'il fait d'abord face à celui qui semble se soustraire à toute tentative d'élaboration, le professionnel pourra alors agir à son égard. Par l'intermédiaire d'actes thérapeutiques qui se caractérisent principalement par une attitude soignante, il s'agit de repenser ses caractéristiques.

À partir de l'aire intermédiaire[163] que représente un lieu de soin, c'est considérer sa vocation à devenir un espace d'échange favorable à l'avènement d'une relation thérapeutique susceptible d'éclore dans le colloque singulier réunissant un soignant et un adolescent. Ainsi, l'attitude de substitution, au-delà de suppléer un adolescent s'ouvre à une nouvelle composante, destinée à faciliter l'expression d'une parole.

Cela représente un enjeu décisif dans la mesure où un adolescent en situation de grande vulnérabilité peut d'abord se distinguer par son silence. En considérant la crise psychique qui l'assaille lors des premiers temps d'accueil, c'est faire de la manifestation symptomatique une forme de présence autrement qu'absente pour considérer un adolescent à travers toute sa singularité. La crise d'allure destructurante et discontinue telle qu'elle apparaît en premier lieu dans l'institution offre désormais la perspective d'un changement, consubstantiel à la crise (*krisis*) comme émergence à la décision.

Alors que nous nous sommes interrogés sur l'espace et le temps du soin et les avons considérés comme les vecteurs d'une nouvelle forme d'expérimentation de l'existence par un adolescent en grande souffrance psychique, il s'agit désormais de suivre la voie de l'altérité

[163] Winnicott D. (1971). *Jeu et réalité*. Op.cit.
Winnicott évoque à ce propos l'aire intermédiaire d'expérience qui correspond au lieu de croisement du dedans et du dehors, la subjectivité se construisant dans les interactions réciproques entre le bébé et sa mère puis avec son environnement. Dans le contexte du soin psychique, à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande, les interactions qui sont susceptibles d'éclore dans l'espace-temps du soin peuvent dès lors lui permettre de s'ouvrir à l'autre dans la mesure où le soignant agit pour lui et l'accompagne dans une forme de réappropriation de soi.
Nous verrons ultérieurement comment cette proximité laisse entrevoir les contours d'une intersubjectivité où l'un et l'autre peuvent alors agir ensemble.

en mettant en valeur la perspective d'un échange susceptible de rapprocher le soignant d'un adolescent alors qu'il agit pour lui.

Dans la mesure où un adolescent peut avant tout se présenter à travers une attitude passive[164], la position soignante amène ainsi à être totalement reconsidérée. Par sa propension à entendre (au sens de comprendre) celui qui ne demande rien, elle ouvre en effet à la possibilité de partager un être-ensemble là où l'être-au-monde d'un adolescent peut se révéler par un habité fragile. À travers le colloque singulier susceptible de réunir le soignant et un adolescent, nous interrogerons la possibilité qu'advienne une forme de proximité en retraçant la voie de l'altérité.

Au-delà de la reconnaissance d'un adolescent en grande souffrance psychique, c'est l'engagement et la responsabilité du soignant que nous mettrons en évidence dans ce qui suit. Au-delà de la sollicitude[165], la substitution interrogera la capacité à souffrir pour l'autre en ouvrant à la question même de la substantialité. Là où la dimension éthique du lien a valeur de frayage, nous verrons dans quelle mesure la posture qui consiste à suppléer de la non-demande de soin renvoie à une composante hospitalière en lien avec la responsabilité du soignant à l'égard d'un adolescent en grande souffrance psychique.

[164] Cette attitude passive fait en particulier écho à l'histoire de Lucas qui répète plusieurs fois qu'il « n'a rien à faire ici » et qu'il « n'a pas demandé à être là ». Au-delà de cette passivité, il s'agit d'accueillir une forme d'ambivalence offrant la possibilité de comprendre la position de non-demande d'un adolescent, nécessaire lors des premières interactions.

[165] Dans le contexte du soin psychique, la sollicitude se fonde sur un souci de l'autre et fait référence à une éthique de l'inquiétude autour de laquelle le soignant se mobilise. S'il adopte une posture relationnelle qui consiste à aller vers le plus fragile, la sollicitude se différencie de la substitution là où le soignant va au-devant d'un adolescent et agit pour lui.

2.2 Un colloque singulier

Un lieu de soin destiné à un public adolescent est toujours pensé autour de la possibilité d'accueillir les bouleversements et les fragilités propres à cette période de vie. Lorsque des phases d'inconstances ou de ruptures se sont succédées dans son histoire, il arrive qu'un adolescent ne soit pas toujours en mesure d'investir la demeure du soin. Il est comme retenu dans sa capacité à penser. La présence soignante se construit alors autour de la possibilité d'expérimenter au sein de l'institution une nouvelle forme de lien, autre que dangereux ou manquant.

Pour que le professionnel incarne réellement cette présence à l'autre et ouvre ainsi à une dimension d'altérité, il devra se situer dans ce qui la détermine : c'est le colloque singulier qui, dans son acceptation première, correspond à la relation entre le soignant et un patient accueilli. Alors qu'il se développe dans l'espace-temps propre à la dynamique institutionnelle, c'est avant tout un lien qui se construit autour d'expériences intersubjectives favorisant l'émergence du désir adolescent. À l'égard de celui pour qui toute forme d'expression semble se réduire à une position de non-demande, il s'agit donc pour le soignant de s'interroger. À partir d'une éthique de sa pratique, c'est considérer le colloque qui l'unit à un adolescent comme un espace de référence là où le lieu de soin est d'abord vécu comme intrusif et menaçant.

S'il se déploie autour d'un registre à la fois réel (un adolescent est toujours accueilli par un soignant dans un cadre institutionnel défini) et symbolique (le lien qui unit un professionnel et un adolescent est toujours singulier et se déploie autour des représentations et du vécu de l'un et de l'autre), ce colloque se conjugue à une temporalité. Fait de temps d'accueils, d'évitements ou de partages, il est d'autant plus essentiel que son objet est celui de permettre à un adolescent de se présenter comme il est et tel qu'il souhaite devenir.

Pour qu'il constitue une forme d'étayage à un adolescent dont la souffrance psychique est si intense qu'habiter le monde renvoie avant tout à une fragilité, ce colloque singulier se déploie d'abord autour d'un désir du soignant à agir de manière éthique. À partir de ce que nous nommerons l'étayage soignant, nous nous proposons d'analyser cette position, en questionnant le sens même de l'acte soignant et la nouvelle alternative sur laquelle il se déploie.

Dans la mesure où les premiers signes liés au vécu adolescent dévoilent toujours la vulnérabilité de celui qui est accueilli pour la première fois dans un lieu de soin, nous verrons en quoi l'étayage du soignant qui passe par une attitude de substitution est essentiel. Au-delà de la limite de l'assujettissement telle que nous avons exploré précédemment, il s'agit désormais de considérer le colloque singulier qui unit le soignant à un adolescent comme un espace essentiel permettant l'émergence d'un désir considéré comme autonome.

Si un adolescent qui se distingue par sa non-demande est susceptible de venir fragiliser l'ordonnance d'un lien qui le rapproche d'un soignant et que sans cesse il tente de mettre à distance, réfléchir à ce colloque singulier apparaît comme d'autant plus important qu'il détermine ensuite tout l'accompagnement thérapeutique.

En s'emparant de ce qui peut constituer un lien entre deux protagonistes, en l'occupant, il s'agit d'incarner la demeure du soin comme la perspective d'un exister. Face à la fragile subjectivation d'un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu, c'est donc faire vivre une éthique soignante au quotidien.

2.2.1 L'étayage soignant

Dans un contexte où aucune demande de soin n'est exprimée de la part d'un adolescent, l'existence même d'un colloque singulier qui renverrait à sa relation avec un soignant représente une difficulté. Pour autant, en tenant compte de la vulnérabilité à laquelle renvoie très fréquemment l'habité adolescent au moment où il est accueilli dans une institution, ce colloque se caractérise d'abord par un étayage soignant qui se déploie au fur et à mesure de l'expérience du soin psychique.

Dans la mesure où la relation thérapeutique se définit dans un premier temps autour du regard que le soignant porte à un adolescent, celui-ci existe dans cette attention : le lien est avant tout celui que le soignant incarne et qui s'adresse à l'autre. En accueillant le patient dans sa singularité, il détermine ainsi la possibilité d'un échange, prémices d'une altérité.

Là où les figures d'Éros et de Thanatos apparaissent comme les leitmotive de l'intrigue adolescente, l'attitude soignante consiste en premier lieu à considérer cette lutte permanente contre la menace de l'informe et du chaos dans laquelle semble pris un adolescent en grande souffrance psychique. En effet, alors qu'il habite successivement plusieurs corps, réels ou symboliques, ce dernier expérimente en quelque sorte une forme de dépersonnalisation au risque de ne plus se reconnaître. Si ce chemin parcouru vise une nouvelle corporéité physique et psychique, cette métamorphose est souvent douloureuse et peut expliquer des attitudes de retrait ou des passages à l'acte qui demeurent inquiétants pour l'entourage de l'adolescent et les professionnels qui gravitent autour de lui. La non-demande de soin de l'adolescent en souffrance psychique peut alors venir signifier cette crispation. L'altérité sous-jacente à la rencontre d'un autre Soi a valeur d'effroi. L'adolescent se soustrait à autrui comme à lui-même à tel point que le spectre de la destruction plane, chaque jour un peu plus.

Alors qu'un adolescent est pris par des velléités d'autonomisation et d'indépendance, le lien qui est sous-tendu par la présence même du soignant s'avère souvent impensable : en situation de le reconstituer, un adolescent peut alors s'engager dans un mouvement contraire tant cette dynamique propre aux interactions lui rappelle les dépendances qui sont les siennes.

Dans la mesure où la trajectoire de vie d'un adolescent est souvent marquée par une forme de discontinuité psychique et relationnelle, la proposition thérapeutique peut, de façon dichotomique, renvoyer un adolescent fragile à son incapacité à se représenter comme suffisamment construit pour investir la relation de soin. Cette crainte, tantôt visible, tantôt masquée par des agirs destinés à l'éviter, fonde les premiers instants de l'accueil.
À défaut d'exprimer ou d'élaborer une demande de soin, alors que l'angoisse semble être le leitmotiv des premiers échanges, c'est la figure de la béance qui se dresse entre les deux protagonistes : celui qui ne dit rien et s'écarte alors de ce face à face inhérent à la relation de soin se distingue par ce que nous pouvons rapprocher d'une « terreur d'exister[166] ». Cette métaphore de la terreur, souvent employée dans la clinique adolescente, « l'oblige (en effet) pour être tel qu'en lui-même, à se tenir au plus près de ses limites, de ses frontières, mais toujours sur une ligne de fuite blanche[167] », ce qui est susceptible de mettre radicalement à distance toute forme de lien.

Particulièrement sensible à ce vécu de dépréciation qui peut s'instaurer face aux dispositifs symboliques dont le principal risque est celui d'écarter un adolescent déjà fragile de sa capacité à investir une autre forme de lien à l'autre, le soignant est en situation d'accueillir des mouvements psychiques parfois extrêmes. Si, à l'instar de la crise adolescente, il est en phase d'accompagner cette mutation subjective, un adolescent qui flirte avec cette « ligne de fuite blanche[168] » peut se trouver dans une impasse subjective telle que l'attitude soignante viendrait alors entériner une forme d'assujettissement à l'autre. Dans ce contexte, le professionnel aura à se confronter à des éléments en lien avec une difficulté à accueillir un adolescent qui se distingue par sa non-demande.

Si ces éléments transparaissent dès les premiers instants de l'accueil dans l'institution, ils peuvent certes être lus et évalués en rapport avec un processus pathologique, mais, dans la mesure où l'accueil d'un adolescent peut être considéré à travers ce qu'il représente comme nouveauté, cette évaluation se fait plutôt sur la modalité d'un partage avec le soignant. Si, tel que nous l'avons interrogé précédemment, le sens de l'accueil d'un adolescent apparaît d'abord dans ce qui relève du non-sens et rend les enjeux relatifs à ces instants d'autant plus complexes, de nouvelles questions se posent.

[166] Corcos M. *La terreur d'exister. Fonctionnements limites à l'adolescence*. Paris : Dunod; 2009
[167] Ibid. p.145.
[168] Ibid.

Au-delà d'une substitution qui consiste à faire à sa place, quelle posture le soignant peut-il adopter à l'égard d'un adolescent qui n'exprime aucune demande vis-à-vis de lui ?
Quels sont les éléments essentiels à prendre en compte afin de faire du soin psychique non plus seulement le spectre d'une aliénation, mais celui d'une hospitalité ?

À partir de ces interrogations, la façon dont un adolescent se présente, sa manière d'habiter singulièrement son existence et de se constituer comme un être au monde, sont autant d'éléments que le professionnel pourra apprécier et qui guideront sa posture pratique.

À la lumière du lieu de soin qui peut se révéler être la demeure (autrement dit l'abri) du vécu adolescent à travers la façon dont il investit cet espace-temps, le soignant entre inéluctablement dans une dynamique relationnelle toujours singulière, à l'image de chaque adolescent accueilli. Lorsqu'il ne demande rien, nous pouvons nous interroger sur la capacité du soignant à y voir une demande paradoxale et à entendre derrière un silence une parole ou derrière un passage à l'acte la possibilité du passage d'un état à un autre. S'il incarne par sa position la fonction soignante, l'attitude du professionnel renvoie nécessairement à une forme d'hospitalité offrant une lecture nouvelle de la substitution.

2.2.2 Les contours de l'hospitalité

Autour de l'habité fragile d'un adolescent en grande souffrance psychique, faire des rives de l'espace et du temps les conditions de la possibilité d'un soin psychique a mobilisé notre réflexion. Il s'agit désormais de penser l'accueil du soignant en le rapprochant d'un dispositif d'ouverture qui se révèle à partir du colloque singulier destiné à le rapprocher de celui qui est accueilli pour la première fois dans un lieu de soin.

Alors qu'elle incarne une dynamique institutionnelle qui se déploie autour des allées et venues d'un adolescent dans le lieu de soin, la posture soignante qui est celle d'héberger sa souffrance psychique, la ressentir, la porter et la penser renvoie à l'intime du soin psychique. Si sa fonction est de prendre soin d'un adolescent en lui portant une attention particulière, cela ouvre à une pensée éthique qui se déploie nécessairement dans la relation thérapeutique. Au-delà de la fragilité psychique qui caractérise un adolescent se présentant dans un lieu de soin, c'est bien la façon de l'accueillir qui est en jeu dans cette dynamique relationnelle.

Si elle correspond à un étayage dans son processus de maturation psychique et d'une restauration de ses assises narcissiques, la posture soignante se conjugue au quotidien au gré des mouvements d'un adolescent. En mettant « en figurabilité la problématique du sujet et (en offrant) une enveloppe psychique[169] », le soin est, dans la pensée éthique, d'abord porté par le soignant. Pour que son étayage demeure un appui à la réalisation existentielle d'un adolescent d'abord marqué par sa souffrance, ce dernier s'initie à un véritable voyage intérieur où l'humanité du soin apparaît comme un leitmotiv.

---

[169] Andraud J. *Le soin*. Empan. 2008 Jan;(69) :161-162.
En héritage à l'approche psychodynamique freudienne, Anzieu développe la notion de Moi-peau qui assure différentes fonctions dans l'appareil psychique dont celles de pare-excitation, d'individuation, de contenance et de maintenance psychique là où la force de l'inconscient se heurte au préconscient-conscient. S'il considère que le Moi-peau se compose d'un Moi-noyau et d'un Moi-enveloppe, il développe plus particulièrement la notion d'enveloppe psychique en lien avec la pratique clinique.
L'enveloppe psychique, qui se compose d'une couche externe (c'est l'enveloppe d'excitation qui pare aux stimulations extérieures) et interne (c'est l'enveloppe de communication destinée à mettre en lien ces stimulations avec le fonctionnement intrapsychique du sujet) assure différentes fonctions dont celle de l'enveloppe de soin que nous soulignons ici.
L'enveloppe de soin fait référence à la façon dont la mère enveloppe son bébé en répondant à ses besoins. Elle lui prête alors sa propre enveloppe psychique pour qu'ensuite puisse se constituer celle de son enfant.
Dans le contexte du soin psychique, la manière dont le soignant enveloppe un adolescent en faisant preuve d'une préoccupation pleine et entière à son égard renvoie à cette enveloppe psychique dont une des perspectives est celle de la contenance et de la maintenance de l'enveloppe psychique de l'adolescent jusqu'ici fragilisée.

En écho à nos interrogations relatives à la posture à adopter et les éléments essentiels à observer, valoriser la présence soignante et la perspective d'un accueil qu'elle vient personnifier, correspond bien à une attitude qu'il convient d'explorer. Dans la mesure où elle est susceptible d'humaniser un soin (qui, comme nous l'avons analysé précédemment, pourrait s'avérer aliénant à l'égard d'un adolescent qui n'en fait pas la demande et, de surcroît, met le soignant à distance), cette attitude s'entrouvre sur le vécu du soignant qui se déploie autour d'une forme de proximité avec un adolescent. Alors qu'elle peut s'initier dans un silence ou une attitude de retrait en lien avec la non-demande, ce vécu est irréductible à l'accueil d'un adolescent et à l'expérience clinique du professionnel.

À l'égard de celui qui se distingue par sa non-demande, ce n'est pas tant l'interaction qui prévaut dans un premier temps, mais bien la manière d'être présent pour l'autre qui confère à la relation thérapeutique sa portée à la fois existentielle (le soin ouvrant à une nouvelle perspective d'existence dans la manière d'exister dans un lieu de soin), symbolique (le soin renvoyant à une autre manière d'associer les évènements vécus autour de l'espace-temps que représente le lieu de soin), imaginaire (le soin permettant à un adolescent de se représenter autrement dans son environnement) et réelle (le soin se déployant dans un fonctionnement institutionnel).
En effet, alors que le soignant et l'adolescent sont tous deux en situation d'expérimenter une nouvelle forme de lien, c'est ici la posture soignante qui l'insuffle. Faite de bienveillance et de considération, elle mobilise de façon entière et profonde le professionnel dont l'implication auprès d'un adolescent ne peut alors pas être feinte : du fait de la sincérité de son approche et sa capacité à penser un acte de soin dans un courant institutionnel, le soignant se mobilise pleinement à travers ce qui apparaît comme une éthique relationnelle.

Dans la mesure où cette dimension éthique se déploie autour d'une posture pratique en lien avec l'attitude de substitution du soignant, il s'agit de se demander comment elle se déploie au quotidien.
Si les caractéristiques d'une éthique relationnelle font entrer en résonance l'histoire singulière d'un adolescent et la clinique, elle est avant tout une pratique humaine qui s'étend à tous les aspects du soin psychique. Au sens fort, elle est l'indissociable, l'incontournable de l'acte soignant et engage sa responsabilité dans la mesure où l'éthique est avant tout son éthique, sa manière de la faire vivre auprès du patient pour ensuite la conjuguer ensemble. À l'orée des premiers instants partagés avec lui, le soignant se réfère à une conscience éthique qui, bien

plus qu'une injonction à agir à l'égard de celui qui se présente comme vulnérable, se réfère à des valeurs soignantes (telles que le respect de sa singularité) et se déploie dans la réalité du soin.

Dans un contexte où la demande classiquement adressée au professionnel s'avère non-dite ou en apparence absente, les contours de l'éthique relationnelle se construisent d'autant plus singulièrement qu'ils reposent nécessairement sur le sens qu'en donne le soignant au regard de l'apparent non-sens de la non-demande. D'abord aléatoire, la façon de la valoriser demeure pourtant le socle de l'accueil d'un adolescent en souffrance psychique là où la considération et l'attention du professionnel s'avèrent essentielles.

2.2.3 L'éthique relationnelle

En écho à l'habité fragile d'un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin, l'éthique relationnelle se doit d'être habitée par le soignant et se réclame nécessairement de ce pour quoi elle s'exerce : rythmée par un mode de pensée, elle s'étire au quotidien et éclaire le professionnel confronté à la difficile symbolisation à laquelle renvoie la non-demande de soin.
Si elle correspond à une posture qui « se nourrit de valeurs et s'organise autour de croyances propres à chacun (…) toute éthique est relationnelle parce qu'elle détermine un certain rapport, ou lien, au monde, à Soi, à l'autre[170] ».

En référence à une mobilisation totale de la part du soignant, intensifiée par la grande fragilité d'un adolescent, l'éthique relationnelle porte la trace d'une approche du Soi et de l'autre particulière : tantôt entourée de silence, tantôt d'agitation, elle se forme dans la mouvance du soin et renvoie à une probable altérité d'abord impensable pour un adolescent épris d'hésitations. Par la prévenance qu'il lui porte, par sa disponibilité, le soignant lui assure au contraire que c'est bien de cette altérité qu'il relève.
En déployant une attitude d'ouverture dès les premiers moments de la rencontre, le professionnel incarne en effet cette éthique comme « manière d'assumer positivement l'incertitude inhérente à notre condition humaine, un art de chercher dans la crainte et le tremblement une position juste à l'égard du certain comme de l'incertain[171] ».
Par sa présence, sa disponibilité et son accueil, c'est bien la capacité du soignant à créer un lien d'abord empreint d'évitement (à travers ce qui se joue autour de la non-demande de soin). Du fait de sa manière de poser son regard sur un adolescent, d'y voir une possibilité d'évolution, le soignant s'ouvre sur l'horizon d'une réciprocité : en accueillant un adolescent, son attitude est chaque fois renouvelée.

Dans ce sens, nous considérons que l'éthique relationnelle s'accomplit dans une façon d'être pour l'autre pour ensuite entrer potentiellement dans une relation d'altérité. De manière pratique, cela renvoie à une posture qui consiste à être attentif à ce qui fait le quotidien de la

[170] Kaftel F., « Ethique et déontologie relationnelles », *fkaftel.free.fr* [En ligne], | Consulté le 07 janvier 2020. URL : http://fkaftel.free.fr/
[171] Malherbe JF. *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal : Fides; 2007. p.416.

vie institutionnelle : c'est une attention particulière à la manière dont un adolescent se présente, habite ou fuit l'espace d'une salle d'accueil, manifeste sa présence auprès de l'équipe soignante par un regard ou un évitement, demeure silencieux ou plus bruyant, investit le mobilier ou les objets mis à disposition ou les ignore. C'est aussi une écoute de ce qui est prononcé par un adolescent, de manière discontinue ou logorrhéique. C'est encore une disponibilité vis-à-vis de ce qu'il adresse ou conserve, l'expression d'un point de vue ou la tentative de fuir toute forme d'approche de la part du soignant.

L'éthique relationnelle, qui nécessite de se confronter à la complexité[172] de la situation de soin, convoque le soignant à l'échelle individuelle. Alors qu'il a l'occasion de s'appuyer sur un vécu singulier qui s'alimente dès les premiers instants partagés avec un adolescent, il s'interroge sur la place qu'il occupe vis-à-vis de lui. Ce questionnement est d'autant plus essentiel qu'il peut ressentir la mise à distance d'un adolescent qui, en ne lui adressant aucune demande, guide ses actions et fédère sa pensée du soin psychique. Ainsi, il ressent le fait que le décisif se produit au-delà des savoirs et des dispositifs cliniques : le soignant se mobilise et est mobilisé par ces instants d'accueil qui deviennent les motifs de sa disponibilité.

Consubstantielle au modèle du passage adolescent qui se déploie autour d'un mouvement permanent, l'instantanéité ici évoquée devient une ressource essentielle à la pratique soignante : par ce qu'il nomme des « petits riens », le professionnel est attentif aux modes d'arrivées et de départs du lieu de soin comme étant une forme d'expression.

Alors que les actes sont souvent méconnus voir annulés par l'adolescent dans l'effervescence de cette période de vie, le soignant tente, quant à lui, d'en reconnaître chaque signe, chaque caractéristique pour y voir au fur et à mesure une forme de langage. En proposant un rapport inédit à ces agissements qui peuvent désormais se dire autrement, l'éthique relationnelle se déroule autour de l'accompagnement d'une mutation subjective que le contexte d'altérité rend de plus en plus possible.

Pour ce faire, le professionnel adopte une lecture somme toute nouvelle de sa pratique où l'appréhension et la modélisation autour du symptôme s'ouvrent aux manifestations d'un adolescent. La démarche classique propre à la relation de soin qui s'organise autour d'un rapport symétrique est dès lors amenée à évoluer : au-delà d'une compréhension psychopathologique, c'est en effet une clinique du lien qui s'entrouvre.

[172] La complexité révèle la « propension à », *complexus* étant ce qui est tissé ensemble.

En se proposant et en désirant construire avec un adolescent, le soignant se décentre d'un savoir lié à la posture adolescente et entre dans la richesse du moment vécu auprès de celui qui, de prime abord, reste à distance. Il chemine vers une nouvelle possibilité et arpente des directions plurielles dont le sens n'adviendra qu'ensemble.

Le face à face qui marque les premières semaines d'accueil dans le lieu de soin se lie d'abord à distance. L'espace et le temps tel qu'ils sont vécus intimement par chacun des protagonistes deviennent le réceptacle d'échanges. Sur le fil de ce qui est susceptible de les relier, le moment ainsi engagé est à la fois éphémère et éternel, fragile et puissant. Le rythme saccadé qui marque ces premiers instants invite le soignant à considérer chaque mouvement pour en reconstituer la trace et sa permanence. Il s'éloigne alors de ce qu'il croit connaître d'un adolescent (souvent véhiculé par le discours des partenaires du soin qui font état de son histoire de vie ou d'une préoccupation autour de ses symptômes) pour tenter de percevoir son mode d'être.
Tous ses sens sont alors en éveil, prêt à accueillir le langage corporel d'un adolescent que les filtres de la connaissance du soin mettent à distance. Cela passe par un recueil au quotidien, au détour de la vie institutionnelle : alors qu'un adolescent se présente pour la première fois dans un hôpital de jour ou un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, sa manière d'expérimenter les interstices à défaut de se dévoiler dans les espaces d'accueil ou de médiation a valeur de langage.
En étant présent et attentif, le soignant innove autour de ces interstices pour prendre le temps de les explorer au côté de celui qui semble s'y confondre tant les autres espaces de soin paraissent menaçants pour lui.

S'il entre peu à peu dans l'expérience d'un adolescent, le professionnel s'ouvre à la souffrance psychique qui l'assaille momentanément ou durablement. Il peut être surpris par la solitude qui transparaît, le mal-être ayant souvent pris le pas sur la capacité à explorer l'altérité. Véritablement affecté par un parcours de vie émaillé de ruptures, l'adolescent qui ne demande rien s'isole d'autant plus que chaque geste ou chaque mot paraît lui coûter. S'il se met en position de se laisser toucher par les émotions liées à la solitude manifeste d'un adolescent, le soignant entre alors dans une forme d'intimité de la relation : par l'invisible, l'essentiel apparaît, par l'écoute, le silence devient une parole.

Si cette posture n'est pas souvent explorée dans le référentiel soignant, c'est parce qu'elle relève de la subjectivité du professionnel et du sens qu'il souhaite donner à sa pratique. Dans un contexte où un adolescent ne s'adresse pas à lui de manière classique, le soignant explore autrement sa fonction thérapeutique. Il porte en effet une attention particulière à un adolescent, accepte de se laisser transporter par ce qu'il manifeste pour être véritablement à son écoute et accomplir un mouvement vers lui. Dans ce sens, sa pratique de la clinique adolescente s'inscrit dans la dimension nouvelle d'une éthique qui le mobilise à la fois personnellement et professionnellement.
Du fait de la singularité de chaque situation, le face à face qui s'instaure d'abord entre le soignant et un adolescent est à même d'évoluer dans « l'expression d'un moment unique, qui se vit entre un Je et un Tu (…) prend existence par la rencontre improbable, possible entre deux sujets[173] ». Le rythme de la relation qui s'instaure se conjugue alors au travers de deux vécus différents que le soin psychique accompagne pour qu'ils deviennent communs.
À travers l'attitude du soignant en lien avec une clinique adolescente et le contexte spécifique de la non-demande, l'agir éthique est en marche.

Dans la mesure où les notions d'espace et de temps ont mobilisé notre attention et sont apparues comme des éléments essentiels à la sphère transcendantale du soin psychique, faire apparaître le colloque singulier qui réunit le soignant et un adolescent autour des premières interactions nous a permis de tracer la voie d'une hospitalité, indispensable au fait qu'un adolescent en grande souffrance psychique puisse expérimenter autrement son existence au détour de l'espace institutionnel.

Aussi, si l'attitude du soignant qui consiste à présupposer de la demande de soin est communément associée à sa composante aliénante, la posture pratique du soignant qui renvoie à une éthique relationnelle se révèle dans sa responsabilité vis-à-vis d'un adolescent en grande souffrance psychique. En considérant l'attitude de substitution non plus seulement comme une forme d'assujettissement, mais bien comme un vecteur d'autonomie, il s'agit d'y voir une forme d'hospitalité où le l'un pour l'autre devient un leitmotiv. À l'égard d'un adolescent en apparence figé dans sa souffrance, c'est associer la substitution à une forme de substantialité du sujet, l'attitude soignante oeuvrant pour l'accompagnement d'un adolescent à travers une manière singulière d'habiter le monde.

[173] Vallejo MC. *Une approche philosophique du soin. L'éthique au cœur des petites choses*. Toulouse : Erès; 2014. p.49.

Chapitre 3.
D'une responsabilité à l'appropriation d'un soi

Dans la mesure où la non-demande d'un adolescent est susceptible de renvoyer le soignant à sa propre vulnérabilité et à ses incomplétudes, il se confronte nécessairement à la pluralité de la dimension relationnelle. Si, dans le contexte de la non-demande, le vide d'altérité semble être un prémices, tout est à construire autour de la distance signifiée par l'attitude adolescente telle qu'elle est exprimée dès les premiers instants de la rencontre.

En prenant peu à peu la mesure de cette position, le professionnel s'appuie sur la sensibilité qu'il a de la situation de soin pour faire émerger celle de l'autre. Alors que tout semble en suspens, la richesse de ses perceptions le guide vers l'opportunité de ce qu'elles représentent : en ouvrant le champ de la pensée, elles s'organisent autour des observations cliniques comme ouverture au mode d'être d'un adolescent. À partir de l'attention qu'il lui porte, l'incertitude qui caractérise les premiers instants de la relation revêt une nouvelle tournure. Elle se conjugue à l'intention du soignant qui s'engage à être présent pour l'autre.

Si cette présence renvoie nécessairement à la responsabilité du soignant à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa position de vulnérabilité, nous mettrons en valeur ses caractéristiques dans le contexte spécifique du soin psychique. En effet, à partir d'une conception de la responsabilité comme substitution du sujet telle qu'elle est mise en valeur par la pensée lévinassienne, il s'agit d'associer à cette attitude de nouvelles perspectives et se demander dans quelle mesure la substitution peut s'avérer, en soi, thérapeutique.

Par ces propos, nous considérerons la relation de soin comme une opportunité. Dans la mesure où le partage d'un vécu autour de l'espace et du temps que représente le lieu de soin se révèle être une condition à l'avènement d'un soin psychique, ce cheminement renvoie en effet à une nouvelle forme de proximité entre le soignant et un adolescent. Si un lien peut se

tisser entre eux, il demeure toujours fragile. Pour autant, la puissance de ce qu'il représente ouvre à la promesse d'un possible là où la voie de l'altérité devient une perspective.

En valorisant le regard d'un adolescent et l'expression de son visage, nous verrons en quoi les premiers instants de son accueil sont essentiels en venant révéler un cheminement pour l'autre. D'une substitution aliénante, nous nous demanderons comment elle peut s'avérer responsable et devenir un vecteur d'autonomie pour un adolescent en grande souffrance psychique.

3.1 Un cheminement pour l'autre

Dans le contexte du soin psychique, l'insignifiance de certains signes n'est jamais annulée, bien au contraire. Les attitudes d'un adolescent telles qu'elles apparaissent à travers un langage corporel deviennent alors une forme d'expression que le soignant peut mettre en mots avec un adolescent dont la souffrance psychique était telle qu'elle ne le permettait pas jusqu'ici.

En le portant à nouveau dans sa capacité à exprimer une manière singulière d'habiter le monde, de l'explorer et de l'interroger, la présence soignante est l'une des caractéristiques essentielles propres à l'accueil de la spécificité que représente le moment adolescent. L'impensable lié à la crise qu'il traverse se noue autour de ses opportunités que le soignant peut lire et transmettre à partir de ce qu'il perçoit et de ce qu'il ressent. Si le visage d'un adolescent qui se distingue par son extrême vulnérabilité est ce qui lui apparaît en premier lieu, l'éthique relationnelle comme proximité à l'autre se fonde dans le regard. Déployé dans le réel, il se conjugue à l'imaginaire et au symbolique comme rives possibles à l'expérience du soin psychique. Les opportunités qu'offre le regard d'un adolescent sont infinies et renvoient inéluctablement au regard que le soignant porte sur lui.

À ce propos, l'histoire de Kevin figure comme une illustration destinée à nous interpeller sur la position que peut incarner un soignant. Alors que les manifestations de sa souffrance demeurent conséquentes durant les premières semaines de son accueil, il s'agit de s'interroger sur la manière dont elles sont susceptibles d'inscrire cet adolescent dans l'emblème de sa présence en venant faire appel à l'autre et placer le soignant en situation de responsabilité pour se substituer à lui.

Kevin est un adolescent de quinze ans. Sa mère contacte l'équipe soignante du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel pour adolescents suite à la récente hospitalisation

de son fils en service de pédiatrie. Présentant des troubles du sommeil et une fatigabilité inquiétante, Kevin ne parvenait alors plus à manger. Les périodes passées dans sa chambre, l'isolant et le « coupant du monde » (selon les propos de Madame) devenant de plus en plus fréquentes, marquent aujourd'hui un repli psychique alertant son entourage familial.

Accompagné de sa mère à la première consultation, Kevin se présente alors comme très dégradé. Son état physique déconcerte les professionnels qui constatent un état d'incurie très important. Ses mouvements ralentis et une hypersialorrhée surprennent d'autant plus les soignants que sa mère décrit son statut de sportif de haut niveau en judo. Ses performances sportives, entachées ces derniers mois, semblent en totale inadéquation avec ses attitudes. À l'évocation de son parcours personnel par Madame faisant état d'une enfance sans difficulté associée à ses grandes qualités sportives, le contraste avec son état actuel est saisissant. Kevin semble aux antipodes de ce « petit garçon » décrit par sa mère, tant physiquement que psychiquement. Il mesure aujourd'hui plus d'un mètre quatre-vingt-dix et se réfugie dans une posture de recroquevillement extrême, son corps adolescent semblant désormais comme inhabité, en position quasi « fœtale » sur le fauteuil. Aucune interaction ne semble possible avec lui. Kevin maintient sa tête baissée de telle sorte qu'aucun échange de regards ne peut se faire.

Au fur et à mesure des semaines qui suivent cette première rencontre, Kevin semble de plus en plus captif de son silence. Il est marqué par sa souffrance : il se présente toujours accompagné de sa mère, aussi distant qu'elle, au contraire, se montre logorrhéique dans son discours relatant ses inquiétudes au sujet de son fils. L'adolescent alterne entre tremblements et transpiration excessive. Aucune parole ne sera prononcée durant les consultations qui se suivent, si ce n'est des gémissements ou des essoufflements qui marquent les temps d'échanges entre les soignants et Madame.

Des éléments anamnestiques renseignent l'équipe soignante sur un parcours de vie marqué par une séparation parentale précoce associée à une relation fusionnelle entre Kevin et sa mère. L'arrivée en internat dans le cadre d'une scolarité en sport-études il y a deux ans de cela semble avoir fragilisé cet équilibre relationnel, Kevin supportant difficilement ces moments d'éloignement par ailleurs de plus en plus fréquents ces derniers mois.

Les manifestations de souffrance de cet adolescent qui révèlent une posture somme toute archaïque avec un corps qui se mobilise uniquement autour de la parole maternelle sont inquiétantes. Elles révèlent son extrême vulnérabilité à travers une temporalité qui semble s'être interrompue peu avant son hospitalisation, alors qu'il ne se nourrissait plus et ne dormait que quelques heures par jour.

En partageant des moments avec Kevin, en se montrant disponibles, attentifs et à l'écoute de ce qu'il accepte de donner à voir lorsqu'il se présente dans le lieu de soin (alors qu'il n'en dit rien), les soignants se mettent peu à peu dans la position d'accueillir son visage et ce qu'il vient témoigner de sa souffrance. En lui portant attention, les professionnels interrogent ses difficultés en lien avec son vécu corporel et psychique pour faire de sa présence un mode singulier d'être au monde et donc une perspective (là où sa posture était jusqu'ici associée à une forme de régression, en apparence indispensable à sa survie psychique dans un contexte de séparation avec sa mère dont il semble en être le prolongement).

À l'égard de la position qu'il adopte en ne faisant pas de demande de soin, c'est tout le registre lié à son mode d'existence qui peut pourtant être entendu. À travers le bruissement des souffles de Kevin, sa voix qui se brise au moindre mot ou son regard fixe, des questions essentielles relatives à son histoire, sa naissance et à une nouvelle forme d'existence (liée à la période adolescente) émergent. Ce qu'il n'exprime pas par ses mots existe pourtant à travers ses postures et ses gestes peu assurés et fragiles.
En laissant résonner en soi les silences de cet adolescent, chacun des professionnels est immédiatement interpellé par sa présence à l'image d'un corps affaibli qui interroge sa capacité même à pouvoir exister singulièrement dans un contexte où la séparation d'avec sa mère semble le plonger dans une extrême fragilité.

Parallèlement aux consultations, l'équipe soignante propose à Kevin des temps d'accueil en groupe autour d'une médiation thérapeutique. En véritable contraste avec un vécu d'isolement et de repli extrême, il s'agit de lui proposer une nouvelle forme d'expérimentation du monde environnant. Du corps à corps qui semble se rejouer au moyen d'une position archaïque qui le caractérise ces derniers mois, l'enjeu de cet accueil est d'introduire à nouveau la perspective d'une altérité. C'est proposer à cet adolescent un autre espace-temps à même d'introduire une différence entre l'expression de sa propre subjectivité et celle de sa mère dont le discours le fait exister par ses seuls propos.

Cette situation met en lumière la singularité d'un adolescent et la volonté d'une équipe soignante de l'accueillir. Si son attitude illustre sa fragilité, il s'agit non pas seulement de reconnaître la souffrance psychique d'un adolescent, mais de le soutenir dans l'expression de son vécu autour de celle-ci. C'est, dans la posture soignante, lui porter un authentique regard pour faire de l'interaction propre au soin psychique le vecteur d'un lien. Attentif et disponible face aux signes ou aux expressions telles qu'ils apparaissent dans le visage d'un adolescent, le soignant pourra s'appuyer sur la force des premiers instants pour déployer une responsabilité à agir à l'égard de celui qui se distingue par sa souffrance. Dans la mesure où cette responsabilité se constitue autour d'une attitude de substitution comme substantialité du sujet, il s'agit désormais de s'y intéresser en refondant les caractéristiques mêmes de l'hospitalité soignante et ce qu'elle peut signifier à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande.

3.1.1 L'authentique regard

En pensant l'éthique relationnelle comme les prémices du soin psychique, la proximité qui en est son corollaire mérite une attention particulière. En effet, en accueillant les maux d'un adolescent qui se distingue d'abord par une attitude de retrait accolée à un silence ou un agir bruyant, le professionnel s'en approche. Position singulière vis-à-vis d'un visage lui aussi singulier, la démarche soignante ouvre à de nouvelles interrogations quant au sens de son action dans un contexte où un adolescent ne demande rien.
En « regardant l'autre en face c'est-à-dire en soutenant l'épreuve de son visage[174] », la sensibilité soignante en lien avec la position de vulnérabilité d'un adolescent est au cœur de la démarche thérapeutique. S'arrêter sur le regard qu'un soignant est susceptible de porter à un adolescent invite à explorer la finesse de cet instant jusqu'au terme de ce geste soignant. Le regard, s'il est un soin, s'associe nécessairement à d'autres gestes qui deviennent les chapitres d'une histoire écrite ensemble telle qu'elle est pensée dans une lecture éthique de la situation de soin.

Alors que le visage d'un adolescent est ce qu'il offre en tout premier lieu, l'attention du soignant à cette figure d'altérité se déroule autour d'une présence bienveillante et constante. Face aux saccades auxquelles peut correspondre le mouvement adolescent marqué par une souffrance psychique momentanément ou durablement ancrée dans son histoire de vie, le soignant s'engage à accueillir ce visage comme la marque d'une individualité. Dans l'expérience du soin, celle-ci peut être lue comme une singularité constituante. Alors que la crise qu'un adolescent traverse est susceptible d'introduire une forme de morcellement dans son vécu psychique (la clinique adolescente développe dans ce sens une psychopathologie des adolescents limites), l'enjeu autour du regard soignant est essentiel dans la mesure où il introduit une forme de réciprocité où le visage de l'un se découvre dans le regard de l'autre et inversement.

Dans ce contexte, comment le regard d'un soignant contribue-t-il à découvrir la singularité d'un adolescent ?
En quoi le regard posé sur un adolescent ouvre-t-il à l'avènement d'un lien thérapeutique ?

[174] Le Breton D. « Ethique des soins en situation interculturelle à l'hôpital ». In : Hirsch M, Dir. *Traité de Bioéthique. Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques*. Toulouse : Erès; 2010. p.83.

Si l'approche phénoménologique constitue un paradigme dans notre analyse, elle a l'intérêt de mettre en évidence une idée du soin qui mêle l'expérience du soignant à celle d'un adolescent. À partir d'un vécu singulier, c'est bien l'avènement d'une proximité qui se profile en mettant en évidence une interrelation possible.
Dans ce contexte, au profil de l'ego et de son alter, la donnée analogique se déploie d'abord autour de la voie charnelle : le corps de l'autre est ce qui le révèle. Dans le prolongement d'une lecture husserlienne qui considère que si « autrui m'est ainsi donné dans sa chair en tant qu'unité de corps et de vécus au même moment je lui suis donné dans la mienne[175] », c'est considérer l'importance de l'apparition de l'autre à soi et l'épreuve interperceptive qu'elle constitue.

Dans la mesure où un adolescent peut se distinguer par sa position d'extrême vulnérabilité, le soignant reçoit de lui des signes. Souvent éparses, discontinus, ces modes d'être l'engagent à être au plus près de celui qui le renvoie d'abord à une expérience d'étrangeté tant un adolescent peut mettre à distance toute forme de proximité. La voie corporelle devient alors le fondement de l'expérience du soin psychique dans la mesure où le corps peut être le premier signe d'une présence de l'autre. Attentif aux traits d'un adolescent, la puissance sous-jacente aux premiers instants de la rencontre se dessine autour de ce que le visage constitue : c'est à la fois un aspect charnel et une enveloppe psychique qui s'exposent aux confins de la relation thérapeutique.

Le percevoir c'est avant tout en distinguer les traits, mais c'est aussi l'accueillir. En se laissant porter par le rayonnement du visage (en écho à l'histoire de Kevin dont le visage caché agit comme le révélateur de sa souffrance) le soignant peut dès lors aller au-delà du non-à-dire et du non-à-savoir auxquels pourrait renvoyer une première lecture de l'attitude adolescente (laquelle s'inscrit d'abord sous l'égide de la non-demande pour les plus fragiles d'entre eux).
En estimant toute la richesse inhérente aux expressions de ce visage, le professionnel est en situation d'aller au-devant de ce qui pourrait le maintenir durablement à distance. Au plus profond de lui-même, le visage d'un adolescent en appelle à déconstruire le savoir soignant. Initialement fondée sur la connaissance de l'autre, l'étrangeté liée à cette expérience sous-tend un total démantèlement des certitudes sur lesquelles un professionnel a pu se construire

[175] Depraz N., *Husserl*. Paris : Armand Collin; 1999. p.62.

jusqu'ici. Il est alors sommé d'aller au-delà de ce qu'il croit maîtriser, ses observations cliniques s'avérant des appuis comme des limites à l'élaboration d'une pensée fertile et opportune.

Pour que le regard soignant contribue à découvrir une forme de présence autrement qu'absente, alors qu'une déferlante d'émotions assaille le soignant face aux signes émis par un adolescent, il s'agit de les reconnaître et d'en mesurer la portée. Cette posture soignante convoque le professionnel dans sa capacité à construire sa pratique d'une manière somme toute nouvelle, faisant du l'un pour l'autre un leitmotiv autour des potentialités qu'offre ce colloque singulier qui le rapproche d'un adolescent. Si la posture soignante consiste d'abord à le regarder, c'est d'abord un visage empli de souffrance qui l'interpelle.

3.1.2. Le visage et ses expressions

Le visage d'un adolescent, dans ce qu'il représente et par ce qu'il diffuse, place le soignant dans une posture très particulière. Alors qu'une lecture fondée sur l'appréhension psychopathologique des manifestations adolescentes demeure la plus partagée dans la pratique soignante, les traits du visage adolescent sont autant de signes à percevoir.

En le confrontant à sa capacité à les accueillir et à les interpréter, l'exposition du visage et ce qu'il exprime de la vulnérabilité d'un adolescent renvoie au soignant sa propre vulnérabilité.
Cette position, difficilement acceptable dans les prémices de la relation thérapeutique est pourtant essentielle à son déploiement. Par cette fragilité, le soignant peut seulement entrer dans l'horizon d'un adolescent et lui signifier cette « altérité qui (le) traverse originairement[176] ». Au-delà d'une appréhension clinique, les éléments implicites prennent tout leur sens et fondent la relation de soin.

Dans la mesure où les expressions d'un adolescent peuvent être figées en rappelant une histoire qui l'a fragilisé, les traits de son visage ouvrent à la nécessité de les considérer comme tels. Toujours singuliers, ils sont pourtant en écho à la souffrance de celui qui se présente comme particulièrement vulnérable lors de son premier accueil dans un lieu de soin. S'ils représentent sa présence, ils peuvent être entendus comme un langage ne pouvant jusqu'ici être déployé autrement qu'à travers des agirs.
Dans cette perspective, bien plus qu'une mention corporelle, le visage devient une totalité qui renvoie à la présence d'un adolescent et à son mode d'être. Par ce qui est apporté à cet instant précis, le visage « donne à penser[177] » par la richesse de ce qu'il adresse à l'autre qui le regarde.

Comment le visage peut-il incarner une forme de présence autrement qu'absente chez un adolescent qui se met à distance ?
Quels sont les signes sur lesquels le soignant pourra s'appuyer pour valoriser la présence d'un adolescent qui se distingue par une non-demande ?

[176] Depraz N. Op.cit. p.65.
[177] Ricoeur P. *Le symbole donne à penser*. Esprit. 1959 Jui;(7-8) :60-76.
Pour reprendre l'expression de Ricoeur qui considère que « le symbole donne à penser ».

En quoi cela met-il le soignant en position de responsabilité vis-à-vis d'un adolescent pour qui il agit ?

Ces interrogations nous invitent avant tout à mettre en valeur ce qui caractérise le visage. C'est en effet un signe en tant que tel que donne à voir et à entendre un adolescent dont la posture silencieuse ou plus bruyante pourrait le réduire à une forme d'assujettissement alors même que son visage est une forme de présence au monde.
Là où il exprime la souffrance de celui qui l'accable, le visage d'un adolescent accueilli pour la première fois dans un lieu de soin est souvent marqué par sa douleur et son mal-être. Il est alors affublé de mouvements crispés ou figés qui sont autant d'éléments de souffrance qu'ils semblent le sidérer.

Pensons notamment à celui de Kevin dont le visage est traversé par des saccades incessantes, des mouvements continuels ouvrant à la béance de sa souffrance. Rappelons-nous autrement un sourire constant et incessant chez un autre adolescent qui masque toute forme d'émotions et les met ainsi à distance comme si elles avaient le pouvoir d'effacer une manière singulière d'exister. Observons les situations où c'est au contraire l'agitation ou l'excès de paroles qui prédominent.
Tous ces traits du visage ouvrent ainsi à des chapitres parfois insoupçonnés de l'histoire d'un adolescent dans laquelle les ruptures prennent corps dans ces expressions, l'impliquant au plus profond de son être. Ainsi traversé par ces signes épars, celui qui est accueilli pour la première fois dans un lieu de soin se présente dans sa qualité de sujet et en appelle à être considéré de la sorte.

Si le champ corporel demeure la première manifestation d'une relation qui peut ensuite se construire ensemble, il est en effet constitutif d'une forme d'altérité et se développe ensuite dans le champ relationnel, chaque signe ouvrant à un symbole et donc à une forme de langage.

Sans pour autant adopter un principe axiologique dans lequel la parole d'un adolescent serait la seule visée, percevoir ces modes d'expression constitue ainsi une manière d'entrer en lien avec un adolescent en faisant du rapport d'altérité une forme de proximité le liant au soignant. En se montrant attentif aux signes émis ainsi qu'aux expressions d'un adolescent alors qu'il est accueilli pour la première fois dans un lieu de soin, le professionnel soutient ainsi sa

capacité à conjuguer les premiers instants de son accueil pour en faire les fondements d'un lien thérapeutique.

3.1.3 La force des premiers instants

Le visage, au-delà d'une donnée corporelle, fait référence à l'être-soi d'un adolescent qui se déploie ensuite dans une manière singulière d'exister. Bien plus que ce qui le constitue, il est un horizon relationnel dont l'émergence dépend en outre de la manière dont le soignant le considère et s'en approche. En effet, dans un questionnement éthique, le visage en appelle à l'autre, il figure comme la forme inaugurale de l'altérité entre le soignant et un adolescent. Il est l'expérience même de la relation de soin dans la mesure où il atteste de la présence de deux subjectivités soumises à une forme de proximité nouvelle dont l'enjeu sera celui d'une intersubjectivité telle qu'elle se déploie dans la rencontre[178].

Fondé sur la reconnaissance mutuelle de l'altérité présente en chacun de nous, le visage en devient la métaphore là où il représente cette part d'humanité existante en chacun de nous. Si les traits qui le constituent sont perceptibles, le danger est de réduire un adolescent à ces marques d'expression, les présupposer et ignorer ainsi sa singularité. C'est, pour ainsi dire, évincer toute forme de proximité qui serait pourtant le socle des premiers instants de l'interaction. En considérant le visage d'un adolescent comme un horizon, nous entrons dans la perspective d'une relation interhumaine où les yeux, la bouche, et toutes les autres parties du visage apparaissent non pas seulement comme des particularités physiques, mais bien comme autant de façons de regarder le monde et d'en dire quelque chose.

Là où le leitmotiv de la « bonne distance » fonctionne autour d'un être-su objet de connaissance et de savoir, la notion de proximité s'initie quant à elle autour d'une altérité qui se révèle à travers la responsabilité de l'un pour l'autre : en effet, le visage de l'un apparaît dans le visage de l'autre, non pas dans sa similitude, mais bien dans sa différence. Ainsi, celui d'un adolescent est-il toujours singulier et en appelle à soutenir cette singularité. Sa fragilité n'a d'égale que la force de la question à laquelle il renvoie, à savoir celle liée à l'accueil du visage d'autrui.

[178] Cette notion d'intersubjectivité qui fonde la rencontre thérapeutique nous mobilisera tout au long de la troisième partie de cette analyse dans la mesure où elle devient l'enjeu essentiel d'un agir non plus seulement réciproque mais bien mutuel, l'un se révélant avec l'autre dans un mouvement de co-créativité.

La pensée de Levinas, qui fait de l'éthique la philosophie première, consacre à l'advenue de ce visage une grande part de son œuvre. Source inépuisable de questionnement, il s'agit désormais de considérer le visage à travers sa figure d'altérité. Première adresse du soignant à qui il dit « Bonjour » lorsqu'un adolescent se présente dans le lieu de soin, son visage ouvre à un face à face qui implique instantanément la responsabilité du soignant en le sommant d'être disponible, authentiquement sensible et à l'écoute de celui qui se distingue par une grande fragilité.

Au-delà d'une seule facette de l'adolescent, c'est l'envisager à travers sa nudité et sa position de vulnérabilité. En dehors de tout phénomène, il est ce qui vient faire appel à l'autre et assigner à la responsabilité pour autrui. Ainsi pensé, le visage d'un adolescent va jusqu'à saisir le soignant en le renvoyant à l'injonction d'agir pour lui. En considérant que l'un et l'autre partagent un même champ d'humanité, la proximité vouée à réunir nos deux protagonistes se déploie alors autour de l'accueil et de la bienveillance vis-à-vis d'autrui. Elle est ce qui implique le sujet et fait dire que « l'autre est altérité[179] ». Dans cette perspective, accueillir le visage d'un adolescent est pour le soignant le tout premier geste fait en sa direction.

Si, comme l'affirme Levinas, nous considérons que « la meilleure façon de rencontrer autrui, c'est de ne pas remarquer la couleur de ses yeux[180] », ce qui apparaît à travers le visage d'un adolescent ne sont pas seulement ses traits (qui, en outre, le réduirait potentiellement à un être à dévisager), mais bien sa vulnérabilité qui se manifeste notamment à travers une difficulté à habiter la demeure du soin de façon sécure.
Dans ce contexte, l'espace-temps classiquement évoqué dans le discours soignant se doit de devenir un lieu d'hospitalité. Il est ce qui prévaut à l'accueil d'un adolescent dans la proximité avec le soignant. Le soin psychique qui se déploie spécifiquement dans un lieu et à un moment précis du parcours du patient ne peut alors se réaliser qu'à partir de l'accueil de son altérité qui s'annonce comme une manière d'envisager sa présence autrement qu'absente, ce à travers toute sa singularité.

[179] Levinas E. *Altérité et transcendance*. Saint Clément de rivière : Fata Morgana; 1995. p.113.
[180] Levinas E. (1982). *Ethique et infini*. Paris : Fayard; éd. 2012. p.79.

3.2 Une proximité à saisir

L'accueil du visage d'un adolescent qui semble transpercé par la souffrance, et donc ainsi totalement dénudé, renvoie nécessairement à une spatialité et à une temporalité dans lesquelles se déploient les prémices d'un lien thérapeutique. Face au risque de réduire son champ de perception et de compréhension aux seuls traits du visage, le soignant est porté par la responsabilité qui est la sienne à l'égard de celui qui se distingue par une extrême vulnérabilité. Dans ce contexte, la constitution d'une forme de réciprocité entre le soignant et un adolescent devient un enjeu essentiel qui se déploie dès les premiers instants de l'accueil dans un lieu de soin tel qu'un hôpital de jour ou un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Pour que le tumulte adolescent tel qu'il apparaît dès les premiers instants de l'accueil ne demeure pas irréversible, le soin convoque l'engagement du professionnel. D'abord marquée par le silence d'un adolescent, la proximité des corps laisse alors entendre sa souffrance. De façon insidieuse, si son être tout entier semble pénétré par cette affliction, celle-ci peut être considérée comme une « impasse de la vie et de l'être[181] ». En effet, alors qu'elle inhibe et souligne la vulnérabilité de celui qu'elle afflige, la souffrance révèle et, de manière concomitante, interpelle. En considérant sa dimension relationnelle et le fait qu'elle « cherche dans la relation à l'autre à se dépasser, à se symboliser[182] », elle peut signifier à la fois « mon être-là (et) ma demande d'être-avec[183] ».

En se mettant en position d'accueillir cette souffrance, le soignant doit la laisser se dire. Au-delà d'une disponibilité essentielle aux premiers instants, c'est bien la perspective d'en accueillir le sens qui se révèle. Ainsi, de ce qui résonne comme un creux naît un rapprochement. Dans l'écoute de ce qui ne se dit pas de la part d'un adolescent alors marqué

[181] Levinas E. (1982). *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*. Paris : Le livre de Poche; éd.1993. p.101.
[182] Dugravier-Guérin N. *La relation de soin. Approches éthiques et philosophiques*. Paris : Seli Arslan; 2010. p.99.
[183] Ibid. p.100.

par sa souffrance, il s'agit d'entrevoir un signifiant en se substituant à lui pour qu'advienne sa propre substantialité.

Dans le contact même, en portant son regard sur le visage de celui qui souffre et en l'accueillant ainsi dans toute la dimension de son humanité, le soin psychique se fonde sur la profondeur d'un lien entre le soignant et un adolescent. Forme de proximité à expérimenter ensemble, l'accueil de l'autre prend alors toute sa dimension et introduit le principe de substitution tel qu'il a été considéré par le philosophe Levinas. En mettant en évidence sa pensée, il s'agit désormais de promouvoir une attitude qui ne serait plus seulement liée à une composante aliénante, mais bien responsable, le soignant se mettant en position d'agir pour un adolescent.

Dans ce sens, en considérant la substitution comme substantialité, nous verrons comment l'agir du soignant peut devenir le vecteur d'une autonomie, un adolescent s'ouvrant ainsi à une nouvelle capacité relationnelle, sa non-demande n'étant plus la seule prérogative du lien thérapeutique.

3.2.1 La substitution comme substantialité

Si une pensée de l'autre fonde sa réflexion, Levinas propose le concept d'autrement qu'être et initie une vision nouvelle de la subjectivité. En considérant que c'est dans le lien que l'être de l'étant se fonde, l'autrement qu'être trouve un sens dans l'altérité qui révèle le sujet à lui-même.
Forme d'allégeance à autrui, le Soi est en effet décrit à partir d'un mouvement du sujet vers autrui afin que celui-ci puisse persévérer dans son être. Dans l'attitude de substitution, le souffrir pour l'autre[184] caractérise la responsabilité qui incombe au sujet qui sort de son insomnie, entend cet appel et est sommé d'y répondre.

Construite à partir du leitmotiv d'un autrement qu'être, Levinas s'inspire d'une analyse ontologique de l'être pour ensuite penser l'être dans la perspective de l'étant lequel se défini « en ce qu'il est d'abord et le plus souvent, en sa quotidienneté moyenne[185] ».
Dans la mesure où la manière d'être est toujours singulière et fait référence à l'être au monde en tant qu'être soi, elle se déploie néanmoins autour d'un monde commun, l'être au monde étant le corollaire d'un être-avec, tel que le conçoit l'héritage d'Heidegger. L'être-là (autrement dit le Dasein) se déploie autour de l'être-avec dans l'éthique levinassienne. En effet, au-delà du fait qu'il « y a coexistence des autres (…) chaque fois déjà là avec[186] », la dimension existentielle est chaque fois de manière intrinsèque et concomitante, conjuguée à l'Autre (l'être-avec) : celui destiné à habiter le monde (tel que nous l'avons développé initialement à travers la question de l'habiter) l'est toujours dans une coexistence, « l'être-au est être-avec en commun avec d'autres[187] ».

Dans la mesure où l'être-avec est exploré à partir d'une rencontre où le Dasein de l'un se rapporte nécessairement à celui de l'autre, la substitution (dont le terme est initialement employé par Heidegger) est décrite comme la forme la plus extrême de la sollicitude : mouvement qui consiste à « décharger l'autre du souci[188] » en prenant sa place, en agissant pour lui, il s'agit plutôt de s'interroger sur la manière « de le lui restituer (…) dans ce qu'il a

[184] Levinas E. *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*. Op.cit.
[185] Ibid. p.42.
[186] Heidegger M. (1927). *Etre et Temps*. Paris : Gallimard; éd. 1986. p.158.
[187] Ibid. p.161.
[188] Ibid. p.164.

de propre[189] ». C'est, dans le contexte spécifique du soin psychique, l'associer à un soin pour autrui (*Sorge für*) au-delà d'une sollicitude (*fürsorge*).
Cette conception, faisant de la sollicitude une manière de prendre soin d'autrui de façon à ce qu'il puisse se déterminer, sous-tend pourtant une limite essentielle qu'une analyse non exhaustive de l'être-avec met en lumière : en écho à Levinas, c'est en effet se questionner sur la dissolution de tout rapport avec autrui dans l'avènement du Dasein, sa caractéristique essentielle étant celle d'avoir à être et non pas celle d'être-avec.

Comment se déploie-t-elle dans le contexte spécifique du soin psychique et à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande ?

En nous appuyant sur une lecture nouvelle de la substitution telle qu'elle est développée dans l'œuvre levinassienne, notre intérêt est de considérer ce l'un pour l'autre comme emblème et d'interroger la manière dont elle se déploie dans la relation de soin autour d'un être-avec qui lie l'un et l'autre dans une relation de proximité.
Au-delà d'une dimension ontologique où le sujet se constitue à travers ses pensées et ses actes, c'est bien une pensée éthique où le sujet est constitué par autrui qui nous mobilise désormais.

À partir du concept « d'autrement qu'être[190] », il s'agit de dépasser la seule conception ontologique de l'être et de ses modalités pour la rattacher à un être autrement à comprendre comme un autrement que selon le mode d'être.

---

[189] Heidegger M. *Etre et Temps*. Op.cit. p.164.
[190] Levinas E. (1974). *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Paris : Livre de Poche; éd. 1991. p.80.
Narbonne JM. *De l'au-delà de l'être à l'autrement qu'être : le tournant lévinassien*. Cités, n°25, p.69-75 ; 2006
L'ouvrage *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence* demeure une œuvre capitale dans la mesure où elle se construit autour des principales notions levinassiennes : en proposant le concept d' « autrement qu'être », le philosophe tente de dépasser une conception ontologique de l'être et de ses modalités pour la rattacher à un être autrement et plus généralement à ce que nous pourrions comprendre comme un autrement que selon le mode d'être. Il se distingue ainsi de la pensée d'Heidegger qui, dans *Etre et Temps* s'est interrogé sur l'être à travers l'activité des étants singuliers.
Lorsqu'il juxtapose ce concept d'autrement qu'être à celui d'au-delà de l'essence, Levinas soumet une vision tout à fait nouvelle relative à la conception philosophique antique et classique. Pour accéder à l'infini (en référence à sa thèse *Totalité en Infini*) que le philosophe rapproche au divin, il faut dès lors « se détourner de l'être et se tourner vers autrui » (Narbonne JM). Ce geste (qui consiste à une remise en cause de la subjectivité telle qu'elle a été décrite jusqu'alors) est nommé éthique dans la mesure où la présence d'autrui remet en question la spontanéité du moi et son mode d'être décrit jusqu'alors.
Parce que tout « esse est interesse » (p.15.), parce que l'être est à la fois une forme déterminée et déterminante, l'autrement qu'être trouve un sens dans l'altérité là où autrui est source de toute signification pour moi : dans la mesure où autrui n'est pas un connu ou un connaissable mais bien une expérience, l'altérité révèle le sujet à lui-même, le fait sortir de son insomnie et rend impossible le fait de ne pas être attentif à l'autre. …/…

En estimant qu'il faut « se détourner de l'être et se tourner vers autrui[191] », Levinas souligne le fait que la présence d'autrui remet nécessairement en question la spontanéité du moi et son mode d'être. Parce que l'être est à la fois une forme déterminée et déterminante, l'autrement qu'être trouve un sens dans l'altérité là où autrui est source de toute signification pour soi : dans la mesure où autrui n'est pas un connu ou un connaissable, mais bien une expérience, l'altérité révèle le sujet à lui-même, le fait sortir de son insomnie et introduit une forme d'injonction à être responsable pour l'autre.

Le l'un-pour-l'autre apparaît alors comme l'argument récurrent de l'œuvre du philosophe. Décrit sous la forme d'une injonction à se sentir responsable de la vulnérabilité d'autrui, cette responsabilité fonde la corporéité du sujet. Sous la forme d'une substitution (que le philosophe rapproche d'un souffrir pour l'autre), notre responsabilité est primordiale et se caractérise par le fait de « répondre d'autrui[192] ». En effet, face à la vulnérabilité d'autrui, à sa nudité, « le visage du prochain me signifie une responsabilité irrécusable, précédent tout consentement libre[193] ». En juxtaposant le dit au dire, ce qui est dit et ce qui est signifié avant même d'être dit, la responsabilité apparaît comme première. Elle est celle qui incombe à l'être : dans le l'un-pour-l'autre, l'être trouve en effet une manière inédite de se constituer. Dans le commandement que constitue l'appel de l'autre vulnérable, le sujet n'est alors plus centré sur lui-même et entre dans la sphère de la sensibilité comme attention à l'autre.

Si le soi est rapproché d'une intentionnalité comme désir, mouvement du sujet vers autrui afin que celui-ci puisse persévérer dans son être, ce geste envers l'autre est décrit sous la forme d'une substitution : c'est le souffrir pour l'autre permettant un dépassement du sujet au travers de sa responsabilité au « l'un-pour-l'autre, par la substitution de l'un à l'autre[194] ». Ainsi, alors qu'il répond à un appel, le sujet donne de son soi et prend ainsi la place d'un autre en étant le soi de l'autre. Cette responsabilité qui incombe au soi est décrite à partir du

---

Le l'un-pour-l'autre apparaît alors comme l'argument récurrent de l'œuvre du philosophe. Décrit sous la forme d'une injonction à se sentir responsable de la vulnérabilité d'autrui, cette responsabilité fonde la corporeité du sujet. Sous la forme d'une substitution (souffrir à la place de l'autre), la responsabilité marque le Dire évoqué par Lévinas comme « dire, c'est répondre d'autrui » (p.80.). Face à la vulnérabilité d'autrui, à sa nudité, « le visage du prochain me signifie une responsabilité irrécusable, précédent tout consentement libre » (p.141.).
A travers la capacité du sujet non plus seulement constituant mais constitué par la présence d'autrui, l'enjeu majeur de cet ouvrage est de faire coïncider une forme d'éthique de la responsabilité avec une réflexion sur l'Etre. En juxtaposant le dit au dire, ce qui est dit et ce qui est signifié avant même d'être dit, la responsabilité apparaît comme première.

[191] Narbonne JM. Op.cit.
[192] Levinas E. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Op.cit. p.80.
[193] Ibid. p.141.
[194] Ibid. p.213.

terme « d'otage[195] » pour l'évoquer comme une forme de « récurrence à soi à partir d'une exigence irrécusable de l'autre, devoir débordant mon être, devoir se faisant dette et passivité extrême en deçà de la tranquillité[196] ». Cette condition d'otage qui caractérise le soi signifie donc la responsabilité pour l'autre, vecteur d'un « devenir éthique[197] ».

Par un jeu de juxtaposition entre la « passivité de soi et (…) une prise de soi[198] », Levinas propose alors le concept de substitution. Malgré l'apparente passivité qui définit le sujet comme otage de la responsabilité qui lui incombe et qu'il n'a pas choisit, dans cette substitution, le soi se libère du soi pour apparaître autrement. En se substituant, il acquiert ainsi une forme de liberté. La substitution à autrui comme « substantialité du sujet[199] » apparaît comme l'argument déterminant la pensée de Levinas et sur lequel nous nous appuyons dans cette analyse : la substitution désigne en effet la naissance du Moi dans la responsabilité pour l'autre, celui dont le visage représente un appel. En apparaissant et, de surcroît en m'apparaissant, il interpelle le Soi devenu le voici.

Si, à travers ces propos, la subjectivité ne s'élabore pas uniquement par elle-même, mais depuis l'autre, la responsabilité pour autrui figure dans la préhistoire du moi, précède toute chose et sous-tend une dimension résolument éthique dans la mesure où elle est « la fraternité humaine elle-même, antérieure à la liberté[200] ». Par le fait de répondre devant l'autre de ses souffrances en particulier, le Soi devient sujet.

À travers une attitude de substitution comme « substantialité du sujet[201] », la subjectivité apparaît non pas comme constitutive, mais bien comme constituée par le monde qui l'entoure, elle ne s'alimente pas seule, mais bien avec.
Si la substitution désigne la naissance du Soi dans la responsabilité pour l'autre, elle permet en même temps de se retrouver dans des conditions de possibilité, en situation de devenir éthique : le Soi se libère pour s'épanouir sur un mode nouveau, un autrement qu'être. En se substituant à autrui, par le fait de répondre devant l'autre de ses souffrances, le sujet se constitue. Décrite à travers la capacité du Soi à souffrir pour l'autre, la substitution consiste

[195] Levinas E. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Op.cit. p.177.
[196] Ibid., p.173.
[197]Marion JL. *La substitution et la sollicitude. Comment Levinas reprit Heidegger*. Pardès. 2007 Jan;(42) :123-141.
[198] Levinas E. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Ibid. p.179.
[199] Ibid. p.11.
[200] Ibid. p.184.
[201] Ibid. p.7.

avant tout à entrevoir un appel. En se substituant, le Soi se donne en étant le Soi d'un autre et, corollairement, il se dépasse et devient. C'est une forme de suppléance et de re-présentation de l'autre. Ainsi, en considérant que le Soi ne peut atteindre son ipséité qu'en se substituant à autrui ou en laissant autrui se substituer à Soi, ce l'un-pour-l'autre qui fonde la relation résonne par sa consonance éthique.

Dans la mesure où la vulnérabilité d'un adolescent est ce qui apparaît en tout premier lieu et invite « à la rencontre, à un mouvement continu et continué d'approche[202] », l'avènement d'un lien à partir d'une attitude de substitution soulève de nombreuses interrogations.
Dans un contexte où aucune demande n'est exprimée, aucune parole n'est émise, le visage d'un adolescent invective d'autant plus qu'il peut constituer un dire qu'aucun mot ne saurait remplacer. Si, en quelque sorte, il signifie sa présence, il incarne la position d'extrême fragilité d'un adolescent et met alors le soignant en situation de l'écouter.
Dans une perspective éthique, cette écoute s'avère particulière et relève avant tout d'un mode de pensée fondé sur cet agir pour l'autre. Par sa non-demande, un adolescent enjoint en effet le professionnel à écouter le moindre signe de sa présence et à y voir la perspective d'une proximité associée à une disponibilité permanente et immuable du soignant à son égard.
Si, dans la pensée lévinassienne, elle désigne « la présence obsédante de l'autre qui, avant même son apparaître, assigne le Moi à une responsabilité envers lui[203] », le face-à-face qui définit les premiers instants de la rencontre entre le soignant et un adolescent s'organise autour et pour cette proximité.

Non réductible à une forme de promiscuité physique n'évoluant que dans la quotidienneté de l'institution, cette proximité à laquelle renvoie l'attitude de substitution a l'intérêt d'amener une conception tout à fait nouvelle du soin psychique. Si elle s'ordonne à partir du soignant dont la responsabilité est première à l'égard d'un adolescent dont la souffrance est telle qu'elle inhibe toute forme de lien, ses postures, ses regards, ses silences comme ses paroles pourront être valorisés comme les signes d'un langage.

D'abord décontenancé par la non-demande d'un adolescent, le soignant peut alors y voir une véritable ouverture et ainsi expérimenter véritablement la situation d'altérité avec un adolescent qui, pour autant, semble toujours dans l'évitement.

[202] Depenne D. (2012). *Ethique et accompagnement en travail social*. Montrouge : ESF Editeur; éd. 2019. p.94.
[203] Depenne D. (2013). *Distance et proximité dans le travail social*. Montrouge : ESF Editeur; éd. 2019. p.43.

Régulièrement confronté à son silence ou, au contraire, à une agitation bruyante de sa part, le soignant est d'autant plus interpellé par ses manifestations qu'il y pressent une forme d'assignation. En représentant « une continue impulsion vers l'autre[204] », celle-ci enjoint le soignant à entrer dans la dimension du pour-l'autre marquée par sa responsabilité à l'égard d'un adolescent en souffrance psychique.

Cette approche, qui se fonde sur un mouvement de l'un pour l'autre se propose d'aller au-delà d'une attitude le ramenant au même, laquelle, nous l'avons vu précédemment, est susceptible de l'aliéner. Elle est celle de la substitution comme implication de l'un pour l'autre, fondée sur la prise en compte de la singularité de celui qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin.

[204] Depenne D. *Distance et proximité dans le travail social*. Op.cit. p55.

3.2.2 Le pour l'autre

À partir de la graine d'humanité que ce face-à-face est susceptible de faire éclore, il s'agit de se demander en quoi la substitution peut permettre à chacun de se dire, l'un se révélant par sa responsabilité et l'autre par sa substantialité.
Dans ce sens, c'est interroger la manière dont le soignant peut se substituer à un adolescent qui se distingue par sa non-demande alors même que nous avons préalablement mis en évidence les limites d'une telle posture. En la rapprochant du contexte spécifique au soin psychique, notre souci est de rapprocher cette pratique d'un acte thérapeutique pouvant être pensée et utilisée de manière opportune.

Si la non-demande invite le professionnel et plus largement l'équipe soignante à s'ouvrir à ce qu'un adolescent donne à voir (en particulier par son visage qui témoigne de sa présence singulière), l'attitude de substitution comporte une dimension particulière où l'un agit pour l'autre et tente ainsi de l'accompagner dans l'avènement d'une subjectivité.
L'éthique relationnelle qui nous a mobilisés auparavant se conjugue ainsi à celle de la substitution comme disponibilité et responsabilité du soignant à soutenir un adolescent.

Alors même qu'aucune demande n'est exprimée, dans quelle mesure l'attitude de substitution du soignant vient-elle révéler la substantialité (comme subjectivité) d'un adolescent en grande souffrance psychique ?

En se substituant à lui, c'est se demander comment la considération du professionnel peut participer à soutenir un adolescent en l'accompagnant dans sa capacité à se reconnaître d'une même humanité. Là où la souffrance psychique peut le réduire à une position de vulnérabilité extrême (visible à travers la figure adolescente comme moment de crise), la substitution peut dès lors être considérée sous l'angle de sa potentialité libératrice, l'attitude du soignant participant à un « autrement qu'être[205] » comme l'affirme Lévinas.
Comme nous l'avons mis en évidence, le face-à-face qui marque les premiers instants de la rencontre entre le soignant et un adolescent est d'abord mis en question par son visage qui révèle une position de grande vulnérabilité là où la souffrance psychique semble

[205] Tel qu'il est déployé dans l'ouvrage *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*.

omniprésente. En considérant la non-demande comme une posture supposant une manière toujours singulière d'habiter son existence, le professionnel s'ouvre au monde de l'adolescent pour agir non pas à sa place, mais bien pour lui.

D'abord décontenancé par le fait qu'aucune demande de soin ne soit exprimée, le soignant peut ensuite y voir la perspective d'un lien à construire. En signifiant l'altérité même, le visage d'un adolescent peut être considéré à travers l'expression à laquelle il renvoie. Dans ce sens, le soin psychique, s'il s'adresse avant tout à la figure de vulnérabilité que révèle un adolescent en souffrance, vise alors à le mobiliser dans sa possibilité d'être et faire de la crise qu'il traverse une véritable force.

Avant tout étranger l'un à l'autre, la crise que chacun traverse peut dès lors apparaître comme une opportunité dans la mesure où elle initie un mouvement que l'espace et le temps du soin viendront symboliser. Proches dans ces interstices, le soignant et l'adolescent auront à expérimenter ensemble une nouvelle forme de proximité. Là où un adolescent peut y voir la résurgence de ruptures passées, le soignant s'adonne entièrement dans ce qui peut constituer les prémices d'une relation de soin : son écoute et sa disponibilité donnent à la présence de celui qui souffre toute sa valeur. En adoptant une démarche éthique qui s'ordonne autour de cette même humanité que l'un et l'autre peuvent partager, le soignant adopte une position qui consiste à porter un adolescent à travers sa capacité à expérimenter à nouveau un rapport d'altérité autre que menaçant. En le recevant comme existant et agissant singulièrement, le soignant lui porte un regard radicalement nouveau faisant de l'attitude de substitution la substantialité même d'un adolescent[206].

Dans cette perspective, si le soin psychique qui s'ordonne autour d'une éthique relationnelle fonctionne autour du pour l'autre, comment en explorer les contours ?

[206] Dans ce sens, en écho à l'histoire de Kevin, l'équipe soignante se mobilisera autour d'un accueil spécifique, couplant des visites à domicile et des consultations au Centre d'Accueil thérapeutique à temps partiel pour ne pas prendre le risque de reproduire à nouveau ce que l'adolescent a vécu comme une rupture autour d'une séparation d'avec sa mère. Après plus d'une année à ce rythme (durant laquelle l'adolescent se présentera seulement à quelques consultations), Kevin parviendra à rejoindre un groupe accueil dans lequel il pourra peu à peu expérimenter une dynamique relationnelle de façon sécure. En se substituant à sa non-demande qui agissait comme un leitmotiv dès les premiers instants de son accueil dans le lieu de soin, l'équipe soignante a ainsi agit pour lui dans la perspective qu'il expérimente à nouveau un rapport d'altérité et qu'il puisse investir subjectivement le lien à l'autre sans que cela ne représente un risque perpétuel.

Alors qu'un face-à-face renvoie aux premiers moments de la rencontre entre le soignant et un adolescent, nous pouvons en effet nous interroger sur la posture soignante de la substitution en questionnant d'une part ses caractéristiques en terme éthique et la manière dont elle peut se déployer dans le quotidien du soin psychique. Dans la mesure où elle est le corollaire d'une forme de proximité qui se conjugue au rapprochement de deux visages, la substitution se déploie autour de l'avènement d'une relation de soin comme figure d'humanité.
À partir d'une conception lévinassienne qui considère la substitution comme le corollaire de la responsabilité de l'un pour l'autre, il s'agit de faire un parallèle et la soumettre au contexte spécifique du soin psychique. Si, comme nous l'avons exploré jusqu'ici, sa composante aliénante apparaît comme un leitmotiv dans le discours des professionnels accompagnant des adolescents au quotidien, la substitution peut aussi correspondre à une nouvelle manière de prendre soin de celui qui souffre. En recevant ses expressions comme autant de signes, le soignant peut se sentir concerné au plus profond de lui-même. Alors que le visage d'un adolescent est parfois la seule manifestation de sa présence (le visage étant ici compris comme le vecteur d'une relation éthique), l'attitude du professionnel à son égard renvoie à une inquiétude véritable.

De la même manière qu'elle peut associer à la crise la perspective d'un mouvement psychique, l'intention thérapeutique offre une lecture somme toute nouvelle de la souffrance. Jamais réduite à la seule expérience de passivité sous-tendue par le symptôme, elle peut aussi révéler une capacité à la dépasser pour se mettre au rythme d'une nouvelle expérience, celle d'une relation à l'autre qui s'ouvre non plus seulement sur la menace ou le risque qu'elle représente. Si la souffrance met en évidence une forme de clivage entre la solitude et l'altérité, elle est ce qui interpelle le soignant en tout premier lieu. Marque d'une grande vulnérabilité qui, en outre, s'incarne à travers le visage d'un adolescent, sa souffrance est d'abord présupposée là où il ne dit rien et ne fait pas de demande à l'équipe soignante. Elle est, avec la figure fragilisée d'un adolescent, ce qui signifie et ordonne au soignant d'agir pour lui.

En reconnaissant la plainte d'abord sourde émise par un adolescent, le soignant vient présupposer de son altérité et donne ainsi à ce silence une considération en y voyant l'expression d'un existant. Cette démarche, qui se rapproche de la substitution telle qu'elle viendrait suppléer celui qui souffre, renvoie à beaucoup d'interrogations relatives à l'acte de soin. En effet, dans la mesure où la souffrance psychique d'un adolescent est perceptible par

sa position, ses attitudes, ses gestes, ses silences comme ses cris, le soignant aura à chercher dans la déchirure qu'expriment les traits de son visage une forme d'appel. S'il se heurte dans cette démarche à l'infiniment autre (autrement dit l'autre comme irréductible et non thématisable), le professionnel paraît pourtant sommé de réagir. En se substituant à la demande de soin d'un adolescent accueilli pour la première fois dans un lieu de soin, il manifeste sa présence pour, en quelque sorte, faire émerger à nouveau celle pour qui la souffrance était telle qu'elle paraissait absente.

Alors qu'elle prend son essor dans le face-à-face qui marque les premiers instants de l'accueil, la substitution se déploie dans la proximité dont l'enjeu essentiel sera celui d'une rencontre véritable. À l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande, la fonction soignante est celle qui révèle sa parole, quelle qu'elle soit. Tandis que le moment adolescent se caractérise par l'aménagement d'une nouvelle distance relationnelle, ses enjeux sont d'autant plus importants qu'ils renvoient aux caractéristiques même de la substitution comme espace de liberté et d'autonomie pour un adolescent en souffrance psychique.
Si la qualité du rapport au monde s'avère fragilisée lorsqu'il est accueilli pour la première fois dans un lieu de soin, l'attitude du soignant peut représenter une opportunité pour lui dans la résolution de questions essentielles relatives au « sens et à la valeur de son existence[207] » et la manière de se l'approprier.

La substitution telle qu'elle peut être caractérisée comme posture soignante ouvre à la perspective d'une authentique altérité liant le professionnel à un adolescent. Dans la mesure où une lecture psychopathologique se déploie principalement autour du symptôme, il s'agit désormais d'adopter une position différente faisant de l'angle philosophique un véritable appui : en interrogeant l'attitude soignante à travers la substitution, c'est la manière d'habiter ensemble le lieu de soin qui est mis en exergue, mais surtout celle d'exister l'un pour l'autre. Dans cette perspective, l'étape faisant de la substitution une substantialité du soi s'ouvre dès lors à une manière d'être ensemble.

Dans la mesure où un adolescent se distingue par une souffrance psychique telle que toute forme d'interaction devient menaçante, l'attitude du soignant qui consiste à présupposer d'une demande de soin et à voir dans la position d'évitement de l'adolescent une forme d'appel

[207] Le Breton D. « Le passage adolescent entre métamorphose et enchantement ». In : Matot JP, Dir. *L'enjeu adolescent. Déconstruction, enchantement et appropriation d'un monde à soi*. Paris : PUF; 2012. pXI.

souligne la nécessité de l'accompagner dans un travail de restauration psychique. Par sa disponibilité et sa considération du patient, il s'agit de proposer une direction de sens en se représentant en particulier l'événement qu'est le soin psychique et ce qu'il peut venir signifier dans le moment adolescent. D'abord témoin de sa souffrance, le soignant s'expose alors à des failles incompressibles remettant en cause sa pratique et l'invitant à interroger autrement la dimension éthique de la relation de soin.

Alors que la clinique adolescente se fonde avant tout sur l'accompagnement d'une subjectivité, l'impasse dans laquelle elle se trouve alors qu'un adolescent peut se maintenir à distance somme le professionnel de réagir en faisant de sa présence pour l'autre une priorité. Si l'histoire de vie d'un adolescent et ses expressions demeurent de riches indices pour le soignant, elles renvoient pour autant à la fragilité des premières fondations psychiques, lesquelles seront au cœur du lien thérapeutique. En se substituant à lui, le professionnel s'engage entièrement : en prêtant sa propre sécurité psychique intérieure, sa responsabilité pour l'autre s'avère alors incontournable. En écho à l'ampleur de la souffrance de celui qui se distingue par son silence ou l'éclat de ses agirs, la substitution s'organise autour de l'expérience d'une altérité qu'ordonne le mal-être d'un adolescent.

Si sa souffrance paraît insubstituable, elle renvoie cependant une forme d'appel là où un adolescent peut se distinguer par une solitude et un évitement de plus en plus inquiétant. En position d'extrême vulnérabilité lorsqu'il est accueilli pour la première fois dans un lieu de soin, l'enjeu essentiel relatif à l'attitude substitutive du soignant est celui de devenir le vecteur d'une autonomie, lui permettant d'expérimenter une manière singulière d'habiter le monde.

3.2.3 La capacité d'autonomie

Si le risque d'une forme d'aliénation semble être un leitmotiv dans le discours des professionnels traitant de la substitution, l'attitude du soignant incite au contraire à revaloriser les caractéristiques d'une liberté et son déploiement à travers ce qui est à même de développer la capacité d'autonomie d'un adolescent. Alors qu'il habite toujours singulièrement le monde, la position soignante qui consiste à aller au-devant de lui pour suppléer sa demande est susceptible d'introduire à la fois une négativité (liée à une expérimentation de sa liberté qui serait alors contrainte et aliénante) et une positivité (sous-tendue par les perspectives qu'offre cette nouvelle forme d'altérité proposée par le soignant).

Comment, dans le contexte du soin psychique, cette capacité d'autonomie d'un adolescent peut-elle être valorisée par le soignant qui, en adoptant une attitude substitutive, agit pour lui ?

Là où, dans le quotidien inhérent à la vie institutionnelle, cette question se pose de manière récurrente, l'attitude du professionnel devient une source majeure de réflexion. Lorsqu'un soignant devance un adolescent dans l'élaboration et l'expression d'une demande de soin, il s'agit de s'interroger sur cet agir pour l'autre et ce qu'il constitue comme événement. En effet, si nous considérons la substitution à travers la responsabilité qui incombe au soignant désormais appelé à sortir de son sommeil, la composante aliénante initialement développée s'inverse : sommée d'accueillir le visage d'un adolescent marqué par une extrême fragilité, la mobilisation du soignant en deviendrait à l'opposé sa condition. En agissant en fonction de la particularité de chaque adolescent et en privilégiant son accueil, la position soignante de substitution ouvre à une nouvelle dimension destinée à faire advenir la substantialité d'un sujet. L'aliénation qui plane autour d'une attitude soignante réduisant un adolescent à sa seule capacité à élaborer une demande de soin évolue vers une reconsidération de cette fonction qui serait celle de le soutenir dans l'avènement de lui-même.

Alors que la souffrance psychique de celui qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin semble le réduire dans sa capacité à être à l'origine de ses pensées et de ses actes (tant ceux-ci sont marqués par un parcours de vie émaillé de ruptures ayant fragilisé la construction de sa subjectivité), l'attitude soignante ouvre à la possibilité d'accompagner autrement un adolescent en considérant sa capacité d'autonomie.

Ainsi, si nous nous appuyons sur une lecture de la substitution faisant d'elle une disposition avant tout éthique, la relation intersubjective inhérente au déploiement d'un soin psychique place le sujet dans « l'ouverture à ce qui n'est pas lui[208] » au-delà de la « clôture de la saisie de soi[209] » faisant de la notion d'autonomie une donnée à expérimenter ensemble. Ce vécu d'altérité susceptible de se déployer autour d'un lien thérapeutique dépasse la scène ontologique faisant de la conscience de soi l'élément fondamental de l'existence. En se projetant autrement qu'être, le fait d'exister l'un pour l'autre valorise un existant qui se profile dans le lien à travers un vécu commun. L'autonomie se déploie désormais non plus seulement dans la seule capacité du sujet à pouvoir l'expérimenter seul, mais bien avec l'autre qui devient alors l'écho de cette autonomie et la valorise. Là où une première lecture ferait de la subjectivité une constitution de Soi en moi uniquement, il s'agit désormais d'associer l'autonomie à un mouvement apporté par l'autre « qui me constitue en sujet[210] ». En introduisant un remaniement à la définition classique relative à la constitution subjective, la substitution comme position soignante et manière singulière de faire émerger une autre forme de lien situe l'altérité comme une ouverture. Alors qu'il est enclin à dépasser une forme d'autocentrisme où le sujet en serait le leitmotiv, le soin psychique révèle l'importance d'une rencontre entre un soignant et un adolescent.

En considérant l'éthique comme première, notre intérêt n'est pas seulement de penser le lien thérapeutique à partir de valeurs soignantes telles que le respect de la singularité de chaque adolescent et la reconnaissance de sa vulnérabilité. En effet, il s'agit aussi de faire valoir l'aventure qu'il représente, tant pour le soignant que pour l'adolescent, tous deux valorisés dans leur constitution éthique. Celle-ci, si elle se fonde dans un agir de l'un pour l'autre qui renvoie à la substitution, nous engage à redécouvrir le concept d'autonomie et sa particularité dans le contexte du soin psychique. Alors qu'une vision de l'être adolescent pourrait le réduire à cette période d'existence, nous considérons au contraire le moment adolescent comme primordial faisant de la crise qu'il traverse une possibilité pour que l'autre advienne et introduise ainsi de nouvelles perspectives.

S'il expérimente peu à peu à travers la relation thérapeutique ce qui lui est propre et ce qui est commun avec le soignant, un adolescent peut dès lors avoir l'occasion d'entrer dans un mouvement différent où sa fragilité (d'abord signe d'appel à l'autre) devient une forme de

[208] Zielinski A. *Levinas. La responsabilité est sans pourquoi*. Paris : PUF; 2004. p.8.
[209] Ibid.
[210] Ibid. p.23.

langage le mettant en situation d'exprimer quelque chose pour lui-même. Accueillir et accompagner un adolescent engagera donc nécessairement le soignant dans sa responsabilité à penser la manière dont il peut éprouver cette autonomie comme capacité à en faire l'expérience lui-même au-delà d'une souffrance psychique qui apparaît comme particulière menaçante. Cette pensée qui n'a d'effet qu'en la partageant avec un adolescent commence d'abord par une disposition soignante à accueillir et à valoriser sa capacité à l'exercer.

En sortant ainsi d'une vision solipsiste attribuant une pensée ou un acte autonome à la seule capacité du sujet, il s'agit d'y voir au contraire la possibilité pour un adolescent d'affirmer sa singularité en l'aidant à investir la voie de l'altérité. C'est, dans une perspective éthique, lui redonner sa valeur incommensurable et inaliénable que l'attitude de substitution participerait à faire entendre. La corrélation entre la responsabilité du soignant et l'autonomie d'un adolescent n'est, sur ce point, en rien artificielle dans la mesure où l'une et l'autre existent dans leur réciprocité : dans la responsabilité qui incombe au soignant, se joue la possibilité pour un adolescent de s'orienter lui-même dans une pensée et un vécu assurés par la présence du professionnel et les valeurs soignantes qu'il incarne. Le rapport d'asymétrie qui est sous-tendu par la substitution comme un agir de l'un pour l'autre a l'intérêt de refonder diamétralement les valeurs essentiellement humanistes de la fonction soignante en faisant de l'émergence du propre adolescent un avènement qui se constitue dans l'interaction.

Engagé dans sa responsabilité à faire du lien thérapeutique une expérience de découvertes et d'échanges susceptibles de soutenir un adolescent dans sa construction subjective, le soignant peut alors participer à l'élaboration d'une pensée nouvelle relative à la substitution. Dans la mesure où son attitude fait référence à un état de vigilance permanent (que le langage lévinassien associe à l'insomnie de celui qui, dans l'accueil du visage de l'autre, est sommé d'être présent, dans une permanente et infinie vigilance) qui a réduit toute forme de liberté « à l'égard de l'engagement[211] » qu'il prend dès lors qu'il est en position d'accueillir et d'accompagner un adolescent, se dessine en contraste celle de l'adolescent : alors qu'il lui porte un regard, qu'il l'accueille dans sa singularité, le soignant participe en quelque sorte au fait de l'accompagner dans l'appropriation d'un Soi alors qu'il agit pour lui.

Cette dynamique se traduit dans le quotidien du lien thérapeutique par une disponibilité entière du professionnel et de l'équipe soignante vis-à-vis de celui qui semble enferrer en lui-même. En se questionnant sur la singulière position d'un adolescent dans l'existence alors

[211] Levinas E. (1947). *De l'existence à l'existant*. Paris : Librairie philosophique Vrin; éd. 1998. p.152.

qu'il se distingue par sa non-demande, en se montrant sensible aux mouvements d'un adolescent face à l'hospitalité qu'il incarne, le soignant peut devenir le témoin de son trajet vers l'autonomie.

Alors que les premiers échanges sont généralement marqués par une mise à distance de l'adolescent, sa difficulté à trouver jusqu'ici un refuge pour Soi[212] peut nécessairement évoluer dans le contexte du soin psychique. À l'approche d'un autre qui agit d'abord pour un adolescent en le suppléant dans sa demande de soin, la consistance du lien thérapeutique est en effet dévolue à cette ouverture vers le nouveau que la rencontre initiale rend probable. À l'inverse d'un univers impersonnel où l'individualité d'un adolescent serait diluée parmi d'autres, le soignant incarne le souci intangible de le considérer à travers l'affirmation de son existence qui se fonde sur une relation dialogique où l'un est assigné à répondre à l'autre pour qu'il puisse répondre à son tour de manière autonome (nous soulignons ici la référence à l'impératif kantien tel qu'il prédispose toujours d'agir pour l'autre jamais seulement comme un moyen, mais aussi comme une fin).

À la lumière de la relation éthique qui se fonde sur les thèmes de l'altérité et de la responsabilité, la substitution comme vecteur d'autonomie se doit d'être explorée autour d'un vécu concret, au cœur de la vie institutionnelle, lequel organise les rapports entre l'équipe soignante et l'adolescent accueilli. Dans la mesure où le lieu de soin représente un espace-temps accueillant les premiers mouvements et réactions d'un adolescent, l'attention du soignant portée à son égard apparaît comme essentielle. En révélant peu à peu des difficultés qui jusqu'ici faisaient loi, le rapport éthique s'ouvre alors vers les possibilités qui sont celles d'un adolescent.

Alors qu'il ne parle pas et se distingue par sa non-demande, le langage propre à sa présence indique des capacités à explorer ensemble pouvant faire sens dans ce qui est partagé avec le soignant. Malgré le silence, au-delà d'une mise en retrait et d'une distance qu'un adolescent cherche à maintenir vis-à-vis des professionnels, les signes qu'il délivre au fil des moments partagés révèlent en effet une manière de s'emparer du lieu de soin et de l'habiter de façon autonome. Dans cette perspective, sans nécessairement qu'une parole survienne, un adolescent peut attester de sa position singulière à travers ce qu'il distille au quotidien.

[212] Avant d'atteindre « l'auprès de soi » tel que nous l'avons mis en évidence à travers la dialectique hégélienne.

Dans quelle mesure l'attitude de substitution du soignant peut-elle devenir le vecteur d'une autonomie chez un adolescent en grande souffrance psychique ?
Alors qu'il se distingue par sa non-demande, comment advient cette autonomie et quelles sont ses caractéristiques ?

Si une définition classique associe l'autonomie au moment où un être n'est plus en situation de dépendre de l'autre, le contexte du soin psychique et l'attitude de substitution qu'incarne le soignant vis-à-vis d'un adolescent offrent une toute autre lecture. L'accès et l'expérimentation de gestes et de pensées autonomes seraient au contraire sous-tendus par cet agir de l'un pour l'autre. Dans la culture contemporaine qui fait de l'affirmation de Soi un leitmotiv, associer le vecteur de l'autonomie comme le propre de la substitution invite à reconsidérer le rapport d'altérité susceptible d'unir le soignant et un adolescent. En effet, alors que sa souffrance psychique révèle l'ampleur de sa fragilité, l'acte soignant qui consiste à le désigner et s'adresser à lui constituerait le premier palier de l'autonomie pour celui qui se distingue par son extrême vulnérabilité. Là où le langage adolescent se réfère à un silence persistant ou, au contraire, à des agirs bruyants, sa désignation par le soignant sonnera comme l'une des premières paroles propres à ce colloque singulier entre le professionnel et un adolescent.

Sans la réduire à des caractéristiques prédéfinies par un protocole de soin, cette même désignation se déroule sous l'égide de la responsabilité qui mobilise chaque professionnel dès les premiers instants de l'accueil. Dans « l'il y a » de l'arrivée d'un adolescent, c'est (en écho à la pensée de Lévinas) un « me voici ». Tout l'enjeu sera alors d'accueillir cette singularité : c'est l'allégeance du Soi adolescent que le soignant accompagne à travers le lien thérapeutique.

Si le passage du « Tu » désigné par le professionnel au « Je » incarné par l'adolescent est l'une des caractéristiques essentielles de la substitution comme agir pour l'autre, ceci passe par une attention à son égard. Bien qu'il ne semble pas l'avoir choisi, l'interaction qui se déroule avec le soignant dès les premiers moments de son accueil constitue un fondement au développement de l'autonomie de l'adolescent en venant en soutien à l'événement d'un soi singulier. Alors que sa fragilité psychique caractérise sa manière de s'exposer à l'autre, le considérer comme capable de se l'approprier pour ensuite dessiner sa propre voie d'existence constitue un leitmotiv dans l'accompagnement thérapeutique.

Dans cette perspective, si la désignation par le soignant d'un adolescent correspond au

premier palier de son autonomie, le considérer à travers sa puissance à prendre part au lien thérapeutique en expérimentant une nouvelle forme d'altérité représente le second palier. Au-delà d'un soutien de sa capacité à s'assigner des actes et des pensées de manière autonome (en écho à la réalisation d'une liberté individuelle), il s'agit désormais d'envisager une autonomie éthique pouvant se réaliser au sein même de la relation thérapeutique. Alors que le principe d'autonomie demeure un leitmotiv dans les pratiques soignantes, cette forme d'autonomie dépasse le seul fait de considérer un adolescent comme potentiellement autonome à travers la réalisation de projets qui lui sont propres. C'est croire en sa réalisation eu égard à sa manière singulière d'habiter le monde et sa déclinaison dans le lieu de soin qui l'accueille instamment.

Alors que la morale déontologique reste très ancrée dans le discours soignant, l'autonomie éthique que la substitution met en relief offre une autre vision « centrée sur la relation, sur la réciprocité entre l'autre et moi[213] ». En s'inscrivant dans la réalité du lien thérapeutique qui, au départ, ne s'exerce pas autour de la demande d'un adolescent, mais à partir de ce que l'équipe soignante perçoit de sa responsabilité à agir envers lui, cette forme d'autonomie a l'intérêt de mêler ce qui le désigne en puissance, la singularité de ses valeurs et la façon dont il est capable d'être autonome concrètement dans son environnement familial et social.

Dans la mesure où sa vulnérabilité est extrême à son arrivée dans le lieu de soin, sa capacité à s'exprimer autour de ses désirs paraît d'autant plus fragilisée qu'elle assigne le soignant à envisager son lien avec lui comme un vecteur indispensable à une nouvelle forme d'expérimentation. Fondée sur un déterminant qui fait du rapport entre le soignant et un adolescent l'un des principes essentiels de la relation thérapeutique, la valorisation de l'autonomie éthique se déploie au quotidien à travers une approche profondément humaniste : si elle est toujours une visée, elle est nécessairement en rapport avec la fragilité d'un adolescent et se décline ainsi en degré d'autonomie. L'accueil et l'accompagnement d'un adolescent s'organisent autour de ces différentes étapes durant lesquelles s'ouvre à lui la possibilité de s'approprier la dimension relationnelle du soin psychique.

Alors que le soignant le désigne, le regard qu'il porte à un adolescent marque sa présence dans le cercle de l'altérité. S'il se distingue par sa non-demande et ne semble d'abord pas en mesure de s'appuyer sur une parole qu'il adresserait au soignant, c'est bien la parole du professionnel qui résonne dès les premiers instants de la rencontre. Par un « Bonjour » (si emblématique dans le discours de Lévinas sur l'hospitalité), s'ordonne en effet la première

[213] Malherbe JF. *Les cinq paliers de l'autonomie*. Médecine de l'homme. 1998 Jui-Aou;(236) :4-11.

marque d'attention soulignant la valeur singulière d'un adolescent. En écho, en recevant cette forme d'apostrophe, ce dernier s'ouvre à la possibilité d'incarner cette désignation faite par le soignant. L'expérimentation d'une nouvelle forme d'altérité passe alors par cette nomination : celle-ci permet en effet de le mettre en situation de s'en emparer puis de se déployer autrement. Alors que sa parole se déploie d'abord dans un silence ou un agir bruyant, les premiers instants qui le réunit au professionnel et plus généralement à l'équipe soignante sont ceux d'une affirmation de soi. Dans le contexte du soin psychique, un adolescent est avant tout considéré pour ce qu'il est et souhaite devenir pour lui-même, et c'est de lui que dépend ensuite l'émergence des « conditions de possibilité de la parole[214] ».

Le degré qui consiste à faire sienne la parole est essentiel et fonde l'autonomie éthique. En déterminant les conditions propres à l'émergence d'une parole, la sienne, un adolescent prend part à celle du soignant qui le désigne. Il entame alors un mouvement en commun avec lui et peut ainsi déterminer de manière autonome les contours d'une relation, jusqu'ici souvent synonyme de fragilisation voire d'annulation de sa particularité. Dans cette perspective, si l'attitude de substitution du soignant consiste d'abord à suppléer un adolescent, le considérer à travers sa capacité à ouvrir une voie nouvelle à la relation de soin devient une préoccupation essentielle. Convoqué dans sa responsabilité pleine et entière, le professionnel incarne cette ouverture à autrui. En s'ouvrant ensuite à la possibilité de s'emparer à sa manière du lien thérapeutique proposé, un adolescent[215] s'ouvre lui aussi à l'autre, s'en distingue et s'en rapproche, corrélativement.

La parole avant tout incarnée par le soignant qui désigne un adolescent en s'adressant à lui à travers un acte thérapeutique n'est donc pas son seul gageur. Dans le quotidien, au gré des allées et venues d'un adolescent dans le lieu de soin, cette parole qui l'accompagne sera valorisée dès lors qu'elle résonne en lui.

Dans un contexte où un adolescent n'a pas de demande de soin à l'égard de l'équipe soignante, l'accès à une forme d'autonomie éthique passera par une manière différente

[214] Malherbe JF. *Les cinq paliers de l'autonomie*. Op.cit.

[215] Dans ce sens, en écho à l'histoire de Lucas, si le jeune adolescent met d'abord à distance toute tentative d'approche de la part du soignant, l'émergence d'un lien tel qu'il apparaît malgré tout au fur et à mesure des mois font de cette attitude de retrait avant tout une nécessité que l'équipe soignante prend en compte.
En mettant l'adolescent en situation d'expérimenter autrement le lien à l'autre de manière sécure, la situation de soin lui a donner la possibilité d'investir autrement la dynamique relationnelle en lui laissant l'opportunité de se l'approprier selon ses valeurs, révélant ainsi un rapport singulier à Soi, à l'autre et au monde.

d'employer ce silence, le faire entendre, le dire, alors même que rien ne semble pouvoir être dit dans les premiers moments de la rencontre.

À ces instants, si l'attitude de substitution du soignant peut correspondre à une position thérapeutique, sa capacité à accueillir un adolescent en le laissant évoluer dans l'espace-temps du soin est essentielle. En le suppléant, il accompagne ainsi le moment adolescent rendant nécessaire le fait d'expérimenter le lien thérapeutique. En apparence paradoxale avec la position de passivité à laquelle renvoie d'abord la substitution, l'autonomie éthique comme capacité à s'emparer de la relation et à l'habiter devient au contraire une perspective à cette passivité : un adolescent a alors l'opportunité d'en faire ou d'en dire quelque chose. De manière concrète, du fait de ses attitudes ou de ses agirs, un adolescent donne à voir là où son visage a valeur d'appel. La valorisation de son autonomie n'a donc du sens que dans l'altérité. En reconnaissant la singularité de chacun et en tenant compte de ses difficultés tout en allant au-delà, la position soignante est celle d'un soutien à cette prise d'autonomie qui se révèle nécessairement dans le partage[216].

[216] Le suffixe *nemô* étant à considérer comme tel là où l'autonomie (*auto-nomos*) renvoie au partage.

Dans cette seconde partie de notre analyse, nous nous sommes intéressés à une déclinaison de la substitution responsable décrite à travers sa composante hospitalière. Depuis le visage d'un adolescent en souffrance psychique, c'est bien une des prérogatives du langage éthique de la responsabilité vis-à-vis du plus vulnérable qui nous a mobilisés. Si l'apparition du visage d'un adolescent se présentant pour la première fois dans un lieu de soin constitue en effet un événement qui se phénoménalise à travers sa désignation et sa considération par le soignant, il ouvre dès lors à la possibilité d'un lien thérapeutique, la mobilisation de l'un pour l'autre en étant le leitmotiv.

Afin de mettre en valeur toute la dimension de cet agir pour l'autre, nous nous sommes d'abord interrogés sur la spécificité du moment adolescent dans un contexte où la souffrance est telle qu'elle semble avoir figé toute perspective d'existence. Là où l'habiter révèle en effet une difficulté à faire de l'espace et du temps le vecteur d'un être-soi, nous avons été saisis par les méandres que représente le chemin d'un habité adolescent fragile, toute forme d'interaction représentant une menace ou un risque pour lui. À partir de l'histoire de Lucas, mais aussi de Kevin, nous avons illustré nos propos, l'un comme l'autre se retrouvant confronté à l'abîme d'une existence dont les évènements passés se conjuguent difficilement en une dimension future. En considérant leurs visages, toujours singuliers comme le sont ceux des autres adolescents se présentant pour la première fois dans un lieu de soin, nous avons questionné la manière dont un soignant peut se mettre en position de les accueillir véritablement et authentiquement en adoptant une attitude de substitution qui aille bien au-delà de sa seule composante aliénatrice. En développant de manière plus précise les liens qui existent entre la clinique adolescente et la phénoménologie, nous avons mis en évidence une pensée éthique de la substitution faisant de l'éthique relationnelle le gage d'une hospitalité soignante.

Dans le contexte spécifique du soin psychique, cette conception relative à la substitution nous a ainsi permis de considérer l'adolescent comme le sujet premier de la responsabilité du soignant. En le pensant capable de penser, le soignant le considère comme prompt à se réengager dans une dynamique de possibles. Si le professionnel pré-occupe d'abord le lien qui est susceptible de se construire à travers la relation de soin, c'est parce que, très probablement, il sait reconnaître l'étoffe de l'adolescent à l'occuper à son tour. L'attitude de substitution ouvre donc à la perspective d'une altérité guidée par la responsabilité de l'un pour l'autre. En proposant une présence et une disponibilité, le soignant incarne une fonction qui permet l'avènement d'une rencontre avec celui qui l'a mettait jusqu'ici à distance.

Dans cette perspective, alors que l'existence d'un soin psychique se révèle dans la voie de l'altérité inhérente à une substitution responsable, l'essentiel demeure dans la manière de faire exister un lien entre le soignant et un adolescent.

Alors qu'il n'est jamais acquis, mais bien au contraire à construire et à développer, les enjeux qui fondent ce qui pourrait devenir une relation intersubjective sont considérables et interrogent la possibilité d'une mutualité. En effet, si l'un agit pour l'autre, autour du soutien dans l'élaboration et l'expression d'une position singulière, il partage nécessairement avec lui cette expérience. Dans ce sens, la substitution n'est plus seulement le gage d'une responsabilité soignante, mais s'ouvre sur l'agir de l'un avec l'autre, de manière mutuelle. Source d'interrogations, cette mutualité qui ferait de la substitution non plus seulement un acte responsable, mais la source d'une œuvre commune nous mobilisera autour de ce qui constitue une nouvelle partie de notre recherche s'intéressant à la composante co-créative d'une substitution transformatrice.

TROISIÈME PARTIE

POUR UNE SUBSTITUTION TRANSFORMATRICE

DE LA RENCONTRE A UNE COMPOSANTE CO-CREATIVE DE L'ATTITUDE SUBSTITUTIVE

Chapitre 1. D'une proximité à ses insuffisances

Chapitre 2. D'un cheminement commun

Chapitre 3. D'une mutualité à la réalisation d'un soi avec l'autre

La composante hospitalière de la substitution telle que nous l'avons développée dans la seconde partie de cette recherche apparaît comme une forme de suppléance et de re-présentation de l'autre pour qu'à son tour il puisse exprimer sa singularité, sa manière d'être-au-monde. En considérant que le Soi ne peut atteindre son ipséité qu'en se substituant à autrui, ce l'un pour l'autre met en valeur une dimension éthique de la relation de soin là où un adolescent se révèle être le sujet premier de la responsabilité du soignant.
Face à l'épreuve que représente sa souffrance psychique, celle-ci renvoie nécessairement à la capacité du soignant à l'accueillir et à l'accompagner. En le soutenant dans sa possibilité à se déterminer soi-même et ainsi à revaloriser ce qu'il est en train de vivre de manière autonome, le professionnel devient le témoin d'une forme d'avènement de soi chez un adolescent. Dans ce contexte, l'enjeu essentiel est alors celui d'une appropriation de soi telle qu'elle se déploie dans le mouvement de l'un pour l'autre, en lien avec une substitution responsable.

Cette perspective, bien qu'elle s'appuie sur la singularité de chaque patient accueilli dans un lieu de soin, se heurte parfois à une réalité qui met à mal le lien que le soignant tente de fonder en se substituant à un adolescent qui se distingue alors par sa non-demande.
Dans cette configuration, en renvoyant à une force abyssale à même de faire tanguer les modalités mêmes du soin psychique, le professionnel se trouve aux confins de ce qu'il est et de ce qu'il représente. S'il pense agir pour un adolescent, la composante hospitalière de la substitution renvoie à sa propre limite et se révèle ainsi totalement infructueuse. En effet, un adolescent peut, malgré l'hospitalité soignante, continuer à habiter une position qui consiste à se maintenir à distance de toutes formes de lien. Le rapport d'altérité demeure alors totalement asymétrique, le professionnel étant en situation d'agir pour lui sans une quelconque réciprocité.

Comprendre le vécu d'un adolescent dans cette situation, tenter d'expérimenter avec lui ce chemin, refonde ainsi le sens du soin psychique. Là où le rapport à soi renvoie à la fragilité psychique d'un adolescent et inhibe le rapport à l'autre, l'enjeu essentiel sera celui de partager l'expérience qu'est la situation de soin de manière mutuelle. Si la composante hospitalière de la substitution s'organise autour de la capacité de l'un à exister pour l'autre à partir de la responsabilité soignante, il s'agit désormais d'interroger la possibilité qu'un soignant et un adolescent puissent exister ensemble, l'un avec l'autre.
Si chacun est engagé dans un rapport au monde et à lui-même toujours singulier, cette perspective d'être-ensemble suppose de dépasser l'épreuve du lien pour saisir la richesse

d'une dimension où l'un s'engage avec l'autre. En s'ouvrant à cette perspective, il s'agit de se demander dans quelle mesure la substitution peut aussi se révéler dans une co-construction, le lieu de soin devenant alors un espace transubjectif de rencontre où l'enjeu n'est plus seulement celui d'une appropriation, mais bien d'une réalisation de soi avec l'autre.

Prompte à valoriser autrement le lien entre un soignant et un adolescent, la substitution constitue dès lors une nouvelle perspective. Si le soignant va vers celui qui se distingue par sa souffrance psychique, la possibilité d'introduire un mouvement qui s'inscrit dans une temporalité comme vecteur d'une symbolisation nouvelle est en marche. Le moment de crise que traverse un adolescent devient une perspective, brèche d'une humanité à saisir. Au-delà d'instants épars et douloureux, il représente en effet un appel à conjuguer le temps de l'existence en moments de rencontre et ouvre à une transformation : entamant ensemble une série de pas dont la fonction serait celle de creuser la voie de l'altérité, le soignant et l'adolescent empruntent un chemin où des possibles pourront s'esquisser à partir de leur rencontre.
Au-delà d'un lien, en introduisant une nouvelle forme de temporalité, la rencontre thérapeutique serait, dans ce sens, une tentative de reliance entre un passé et un présent possiblement unis autour de l'événement qu'elle est susceptible de représenter et qui se caractérise à la fois par une imprévisibilité et une potentialité. Là où tout semble figé à la seule expression d'une non-demande, surgit en effet du nouveau. L'un et l'autre se surprennent alors dans leur capacité à habiter ensemble une autre forme de lien mettant en valeur cette rencontre comme une nouvelle manière de s'engager dans l'altérité et ainsi d'habiter son existence.

À partir de l'attitude de substitution du soignant, il s'agit désormais de se demander comment il peut, en s'appuyant sur une créativité institutionnelle, faire lui aussi preuve de créativité pour inventer un espace de rencontre là où il n'y a pas de demande de soin. Dans la dernière dimension de notre analyse, c'est, à partir de cette propension à la créativité, se demander comment, conjuguée à l'événement de la rencontre, elle ouvre à une co-créativité comme nouvel horizon d'existence.
En lien avec les médiations thérapeutiques comme support à la relation, nous nous interrogerons sur cette mise en lien. Au-delà d'une forme d'aliénation ou de dépendance à l'agir d'un professionnel responsable, il s'agit d'entrevoir une nouvelle composante de la substitution.

En considérant plus précisément la manière dont peut évoluer la relation entre le soignant et un adolescent, c'est dépasser une altérité pour envisager la rencontre comme un espace d'intersubjectivité où l'un en appelle à l'autre pour se transformer mutuellement. Associé au soin psychique, c'est se confronter à cette perspective qui ouvre à de nombreux questionnements.

Face à l'épreuve du lien, comment un adolescent et un soignant parviennent-ils à se rencontrer de manière authentique ?
Dans la mesure où le soignant et un adolescent sont susceptibles de l'expérimenter ensemble, en quoi la rencontre participe-t-elle à une transformation de leur existence ?

Pour répondre à ces interrogations, nous cheminerons d'une rive à l'autre pour prendre d'abord la mesure d'une vision aporétique relative à une substitution responsable, la substantialité[217] du sujet réduisant possiblement un adolescent à sa seule non-demande comme un appel.
Si l'épreuve du lien caractérise les premiers instants de la situation de soin, il s'agira de mettre en valeur la dimension créative d'une institution et la manière dont elle peut être incarnée par le soignant. Aire de potentialités, nous verrons comment à partir d'un espace de rencontre d'abord créé par le professionnel, celui-ci peut devenir le lieu d'un mouvement mutuel, le soignant et un adolescent étant susceptibles de créer l'un avec l'autre.

À partir de l'offre de soin qu'est la médiation thérapeutique, nous valoriserons une pensée éthique du partage faisant de la considération du potentiel créatif d'un adolescent le gage d'un soin psychique. En accompagnant l'émergence de cette créativité adolescente, nous analyserons en quoi la substitution participe à son avènement pour mettre en valeur une composante co-créative de la substitution. Au rythme des moments de rencontre qui se déploient autour d'une médiation thérapeutique, nous verrons comment cette situation de soin est susceptible de les rapprocher autour d'un ici et maintenant pour entrevoir ensemble un là-bas.

[217] Se rapporter au Chapitre « La substitution comme substantialité » dans lequel nous interrogeons l'agir soignant et la manière dont il ouvre à l'appropriation d'un soi chez un adolescent en grande souffrance psychique.

Si les premiers instants sont d'abord marqués par une mise à distance nécessaire chez un adolescent qui se distingue par sa non-demande, nous verrons comment il peut, avec le soignant, venir incarner le mouvement d'une transformation et d'une transfiguration faisant de l'existence un au-devant de soi avec l'autre.

Chapitre 1.
D'une proximité à ses insuffisances

Si, dans la clinique adolescente, la mise en œuvre d'un lien thérapeutique demeure un enjeu essentiel, la proximité et la réciprocité entre le soignant et l'adolescent accueilli constituent un leitmotiv dans la situation de soin. Leurs caractéristiques, bien qu'équivoques, renvoient nécessairement à l'une des questions les plus emblématiques du soin psychique, à savoir celle de la relation à l'autre.
L'altérité, dont il est si souvent fait mention dans le discours des professionnels accompagnant des adolescents au quotidien, constitue une préoccupation majeure. Là où les interactions vécues par certains adolescents ont jusqu'ici pu les fragiliser, l'enjeu est désormais d'y associer une dimension nouvelle avec la possibilité d'investir autrement le lien avec l'autre.

Alors que le contexte spécifique de la non-demande rend parfois difficile la possibilité d'interagir ensemble, la situation de soin vient pourtant la convoquer. Le professionnel, par son attitude et les valeurs soignantes qu'il défend, a alors une fonction essentielle. Sa présence au plus près d'un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin participe à l'émergence d'un lien comme prémisse d'une relation thérapeutique.

Dans la mesure où l'attitude soignante peut se rapprocher d'une forme de substitution, c'est d'abord sa composante aliénante qui est apparue dans nos propos, le soignant agissant, en quelque sorte, à la place d'un adolescent dans un contexte où celui-ci n'exprime aucune demande. L'hospitalité propre à une substitution responsable a ensuite ouvert à de nouvelles interrogations en lien avec la nature même des interactions et l'expérience réciproque qu'elles constituent. Face à l'appel auquel renvoie nécessairement la non-demande, l'agir soignant est apparu comme un leitmotiv. Pourtant, cette position qu'incarne le professionnel à l'égard d'un adolescent en grande souffrance psychique laisse entrevoir sa propre limite : là où le soignant

agit pour l'autre, son attitude peut en effet comporter une dynamique inverse, au risque de réduire un adolescent à sa seule position de vulnérabilité vis-à-vis de laquelle l'équipe soignante est alors sommée d'y répondre.

En considérant l'agir soignant, nous nous confronterons à une aporie faisant de l'unilatéralité la principale limite d'une substitution responsable. Là où la substitution responsable se caractérise à travers la démarche de l'un pour l'autre, nous verrons en effet qu'elle peut aussi devenir le spectre d'un enfermement qui se rapproche parfois dangereusement d'une substitution aliénante.

Pour dépasser cette dimension réductrice, l'intersubjectivité telle qu'elle se déploie dans la relation de soin peut devenir une perspective là où le soignant n'agit plus seulement seul, mais bien avec un adolescent. En écho à une situation clinique relatant l'histoire de Yu, nous verrons que la dimension intersubjective constitue une ressource inestimable nous amenant à préciser les conditions mêmes de son émergence. Dans un contexte où la non-demande d'un adolescent renvoie aux limites du soin psychique, l'intersubjectivité peut en effet constituer une voie innovante. Pourtant, face à une attitude de retrait ou un agir bruyant, cette mise en lien s'avère difficile voire parfois impossible. La nécessité d'ouvrir à d'autres perspectives que celle d'une dimension intersubjective apparaît alors avec acuité et renvoie à l'importance d'une démarche soignante faisant de la mutualité avec un adolescent un horizon.

1.1 Une limite à la substitution responsable

Face aux éléments disparates inhérents au vécu de rupture d'un adolescent en grande souffrance psychique, le soignant cherche à introduire une linéarité. En écho à une attitude de substitution que nous avons nommé responsable, celle-ci peut prendre la forme d'un cheminement participant à la construction d'une relation de soin. Dans cette configuration, l'attitude substitutive du soignant apparaît comme un vecteur essentiel. Comme nous l'avons mis en exergue précédemment, la position soignante à l'égard de l'adolescent se caractérise par la recherche d'une réciprocité.
Parfois mise en faillite par des comportements de fuite ou de mise à distance, l'attitude de substitution du soignant peut alors se confronter à l'épreuve du lien tel qu'elle apparaît lors des premiers moments de la rencontre entre le soignant et un adolescent. À cet égard, l'agir éthique, tel que nous l'avons rapproché d'une substitution responsable, fait face à ses propres limites. Le dessein de proximité qui mobilise le soignant se confronte à la non-réciprocité inhérente aux attitudes d'un adolescent dont la souffrance est telle qu'elle l'éloigne d'autant plus du professionnel. La difficulté à établir un lien et à le maintenir est susceptible d'atteindre le soignant alors en position de répondre à l'appel d'une vulnérabilité adolescente.

Dans ce contexte, l'intérêt de s'engager dans un rapport d'altérité différent qui tienne compte de l'engagement non pas seulement univoque du soignant apparaît avec encore plus d'acuité. En s'accordant sur le fait que la souffrance psychique d'un adolescent rend son habité particulièrement fragile, cet élément invite à reconsidérer les interactions qui peuvent avoir lieu avec le soignant : c'est, à partir de l'agir éthique, dépasser une vision parfois limitative de la responsabilité soignante pour l'ouvrir à celle de l'intersubjectivité comme potentialité de partage. Au-delà d'une mise en lien qui pourrait se réduire au fait de conjuguer un singulier à un pluriel (autour de la dyade soignant-adolescent), c'est interroger la manière dont l'un et l'autre se révèlent dans la rencontre thérapeutique. D'une substitution responsable, nous questionnerons la prévalence d'un agir éthique pour l'autre.

S’il peut renvoyer à un rapport asymétrique susceptible de se réduire au seul appel d’un adolescent, comment, à partir de ce mouvement soignant pour l’autre, l’avènement d’une intersubjectivité est-il possible ?
De quelle manière l’un pourrait interagir avec l’autre, au-delà d’une forme d’unilatéralité de l’agir soignant ?

En réponse à ces questions, par le biais de la substitution responsable qui met le soignant en position d’hospitalité vis-à-vis d’un adolescent, nous verrons d’abord comment elle renvoie à ses propres limites et ouvre en même temps à la question de l’intersubjectivité. En écho à l’histoire de Yu qui se distingue par sa non-demande, nous verrons quelles sont les caractéristiques d’une dimension intersubjective du soin psychique et ses limites.

1.1.1 L'unilatéralité de l'agir soignant

Le soin psychique a comme particularité de se déployer autour de la construction d'une altérité. À côté de l'autre, avec l'autre, contre l'autre, le soi s'en approche, s'y retrouve et s'en éloigne. Ces mouvements psychiques qui caractérisent le lien thérapeutique agissent comme des indicateurs en dévoilant la capacité d'un adolescent à s'en saisir pour poursuivre sa construction psychique.
Pourtant, alors qu'il est en situation de fragilité, ces mouvements apparaissent comme figés durant les premiers instants de la rencontre. Comme nous l'avons souligné précédemment, l'interaction avec le soignant est alors réduite, le silence ou un agir bruyant ayant valeur de leitmotiv. La responsabilité du soignant à l'égard d'un adolescent que la souffrance isole est alors considérée comme première.

Dans ce contexte, si l'agir soignant se rapproche d'une substitution dont la consonance est avant tout hospitalière, sa visée éthique fait écho aux discours des professionnels qui accompagnent au quotidien des adolescents. Pour autant, là où l'évidence est celle de sortir de notre insomnie, alors qu'« autrui (…) empêche mon sommeil[218] », la responsabilité soignante renvoie à sa propre limite : à l'égard d'un adolescent dont la position d'extrême vulnérabilité constitue un appel, l'agir responsable peut aussi le destituer de sa propre signification en le réduisant à sa seule manifestation.
Dans cette perspective, la substitution responsable qui se décline sous sa composante hospitalière peut se révéler essentiellement unilatérale. Par le caractère hyperbolique de son dévouement pour l'autre, l'agir soignant renvoie alors à son aporie, celle d'effacer toute singularité, l'un étant constitué par l'autre.
Si nous avons auparavant mis en exergue une pensée de la substitution responsable comme une nouvelle perspective à sa classique dimension d'aliénation, la possible dépossession d'une singularité adolescente par l'agir soignant s'en rapproche et nous interroge.

Quelles peuvent être les limites d'une substitution responsable ?
En quoi la substitution responsable révèle-t-elle sa propre limite laquelle ouvre dès lors à une nouvelle dimension ?

[218] Zielinski A. Op.cit. p.18.

En réponse à ces questions, il s'agit d'abord de nous confronter à une aporie en adoptant une démarche qui consiste à dépasser l'enjeu d'une unilatéralité tel qu'il apparaît dans le caractère hyperbolique de l'agir pour l'autre. En effet, si cela constitue une impasse, la pensée derridienne[219] qui analyse le rapport entre le concept d'hospitalité et d'aporie révèle sa complexité.

Là où l'hospitalité lévinassienne est avant tout un geste éthique, elle apparaît comme irrévocable, indispensable façon de constituer un sujet par un autre que soi. À l'égard de celui dont le visage est marqué par une incommensurable souffrance, le geste soignant se caractérise alors de manière concomitante par une infinie responsabilité. Si ses limites n'existent pas dans un discours lévinassien où l'éthique est première, elle renvoie pourtant à une réalité dans laquelle elle peut s'exercer.
Ainsi, dans le contexte du soin psychique, l'hospitalité soignante se rappelle à une réalité dans laquelle l'agir éthique peut se heurter à la position de non-demande d'un adolescent. Habiter cette hospitalité avec lui se révèle alors d'autant plus complexe qu'un adolescent se distingue par une manière toujours singulière d'habiter son existence.

Dans cette perspective, afin de rendre cette hospitalité soignante thérapeutique, il faut nous figurer comment ce l'un pour l'autre s'étaye nécessairement autour d'une altérité, le soignant interagissant avec un adolescent.
Dans un environnement où l'injonction éthique est celle de répondre à l'appel d'un adolescent en grande souffrance psychique, la substitution responsable se confronte à l'aporie de la destitution.

Ainsi, il s'agit de se demander comment l'un peut nécessairement habiter son existence avec l'autre là où ce dernier précède jusqu'à ses pensées en se substituant à son extrême vulnérabilité parce que, d'avis commun, sa « responsabilité est sans pourquoi[220] ».

---

[219] Derrida J. *Psyché, Inventions de l'autre*. Tome 1. Paris : Galilée; 1987. pp.159-202.
Dans le texte « En ce moment même de cet ouvrage me voici », Derrida propose une lecture déconstructive de la pensée de Lévinas. Le philosophe y interroge « La signification - l'un pour l'autre – la relation avec l'altérité (…) la proximité comme responsabilité pour autrui, et la responsabilité pour autrui comme substitution » et y soumet une pensée éthique de l'im-possible qui, « si elle existe » doit faire l'épreuve d'une aporie.
[220] Zielinski A. Op.cit.
Dans le contexte du soin psychique, cette « responsabilité sans pourquoi » peut renvoyer au fait de ne pas seulement chercher une raison à l'agir soignant mais bien d'envisager son sens. En effet, si le soignant est en mesure de savoir pourquoi il est responsable vis-à-vis de celui qui se distingue par une extrême vulnérabilité, cette responsabilité reste cependant à interroger.

Si un adolescent demeure au commencement et au centre de l'agir soignant, il figure comme le leitmotiv de l'accompagnement thérapeutique : sa fragilité est telle qu'elle lui accorde la place de celui à qui il faut répondre, mais, en même temps, elle comporte la limite inéluctable de l'y enfermer. En effet, sa manière de se porter au-devant de l'autre comporte en soi le risque d'un assujettissement à l'agir soignant. L'hospitalité comme façon d'accueillir l'entièreté du sujet adolescent se rapproche alors d'une possible emprise de l'autre, la non-demande soulignant encore plus cette probabilité. Si dans la substitution responsable telle que nous l'avons développé précédemment, le fait de prendre part à la souffrance de l'autre confère au soignant une telle responsabilité, nous pouvons nous interroger sur la manière dont il l'expérimente avec un adolescent dans la situation de soin. En effet, dans la mesure où il agit pour l'autre, ce partage dans l'hospitalité se confronte à son aporie même liée à l'attitude d'un adolescent pour qui le maintien à distance peut être compris comme une tentative d'autant plus nécessaire que se protéger « face à la menace d'une exposition sans limites à autrui[221] » paraît essentiel pour lui.

Face à la responsabilité soignante dont la portée du geste est quasi liturgique (à ce propos, l'expression lévinassienne du « mourir pour l'autre » est significative et renvoie à une forme de sacrifice de l'un pour l'autre), sa dimension dans l'infini se heurte à celle de l'autre pour se réaliser Soi. Cette unilatéralité, à défaut de se conjuguer à une forme de proximité et de réciprocité telles que nous les avons jusqu'ici rapprochées d'une substitution responsable, renvoie à une prérogative qui nous semble essentielle dans le contexte du soin psychique : là où l'éthique est considérée comme première, l'agir de l'un pour l'autre sous-tend la nécessité que l'éthique puisse s'éprouver dans le lien même, au-delà d'une seule responsabilité.

Alors qu'un adolescent continue à se distinguer par sa non-demande, ce qui peut être considéré comme un geste éthique invite, comme Derrida le préconise, à « être l'épreuve, l'expérience et la traversée d'une aporie, d'un certain impossible[222] ». Ainsi, au-delà de ce qu'un soignant incarne, il s'agit de voir comment ce mouvement ouvre potentiellement à la voie d'une altérité. Si jusqu'ici le premier agissait pour l'autre en réponse à l'appel de sa souffrance, cet agir responsable invite à emprunter un parcours aporétique dans lequel le geste éthique ne se déploie plus seulement à travers la responsabilité, mais bien dans l'événement que représente la situation de soin.

[221] Brezis D. *Lévinas et le tournant sacrificiel*. Paris : Hermann; 2013. p.376.
[222] Raffoul F. *Derrida et l'éthique de l'im-possible*. Revue de métaphysique et de morale. 2007 Jan;(53) :73-88.

Ainsi amenée, en réponse à notre questionnement initial, l'aporie de la destitution à laquelle peut renvoyer une substitution responsable peut dès lors s'ouvrir à de nouvelles possibilités éthiques. Si la non-demande d'un adolescent renvoie plutôt à ses limites, la démarche qui est celle d'envisager la substitution au-delà d'un agir pour l'autre interroge la façon dont il peut être présent dans l'altérité. Alors que le caractère unilatéral de la substitution responsable peut nous empêcher de penser l'autre en dehors de soi (nous rappelons que la substitution est définie comme la substantialité même dans la pensée lévinassienne), nous nous questionnons sur sa part d'indéterminée.

Là où l'agir soignant est déterminé par sa responsabilité à l'égard de celui qui se distingue par son extrême vulnérabilité, n'y a-t-il pas, au contraire, une forme d'indétermination propre à l'avènement d'une altérité ?
Comment cette même indétermination peut-elle être celle d'une intersubjectivité mettant l'un en position d'aller à la rencontre de l'autre pour agir ensemble ?

En considérant ce questionnement, une lecture nouvelle de la substitution responsable apparaît. Là où l'autre peut être compris dans son ouverture (et pas seulement à travers le fait de le réduire à sa seule position de vulnérabilité vis-à-vis de laquelle le soignant est sommé de répondre) s'ouvre une page tout à fait différente faisant de l'altérité non plus seulement le propre de l'agir soignant, mais bien le vecteur d'une possible intersubjectivité. Si, dans la substitution responsable, la subjectivité se déploie autour de la nécessité de répondre à l'appel de l'autre, une telle vision introduit en effet une nouvelle perspective à nos propos.

Alors qu'une substitution responsable accorde une importance à l'expérience de l'altérité (et fait de la relation à autrui une manière de sortir de soi), le cheminement possible du soignant avec un adolescent représente une opportunité. Dans la mesure où un discours unanime place la responsabilité en leitmotiv et fait du devoir d'agir pour l'autre une nécessité, il s'agit dès lors d'être attentif à une forme d'intersubjectivité pouvant émaner de la situation de soin et analyser ses conditions de possibilité. Ainsi, à partir d'une substitution responsable qui, dans sa dimension unilatérale, se rapproche d'une forme d'asymétrie de la relation éthique, apparaît désormais l'importance d'entrevoir la possibilité de considérer différemment le lien entre le soignant et un adolescent, autour d'une présence de l'un avec l'autre.

1.1.2 La perspective de l'intersubjectivité

Au-delà d'un face à face qui s'avère inévitable, dans un contexte où un adolescent n'exprime pas de demande à l'égard d'un soignant, il s'agit d'entrevoir la possibilité que se croisent deux subjectivités. En y voyant le potentiel d'une intersubjectivité, c'est y voir un possible lien qui s'expérimente ensemble.
Dans le contexte du soin psychique, si un adolescent représente d'abord celui dont le soignant est responsable, il est, en outre, ce qui initie à un autre rapport. Autrement que vulnérable, il est l'ouvert là où la dimension de fermeture est prégnante. Même s'il se distingue par sa non-demande, la position adolescente ouvre à une nouvelle dialectique : il renvoie à un lien potentiel là où le soignant y est ouvert. Autrement qu'une hospitalité classiquement allouée à la fonction soignante, il s'agit d'habiter cette fonction hospitalière en accueillant l'altérité d'un adolescent dont le propre est de renvoyer à celle du soignant et réciproquement.
En dépassant la position asymétrique selon laquelle un professionnel donne/se donne nécessairement en référence à l'appel d'un adolescent en situation d'extrême vulnérabilité (et fait ainsi de l'attitude de substitution un seul agir responsable), c'est plutôt considérer que ce dernier a l'initiative du lien thérapeutique. Ainsi amené, le rapport d'altérité évolue vers une intersubjectivité dans laquelle nous considérons que l'un et l'autre expérimentent ensemble un lien pour potentiellement interagir l'un avec l'autre.

Ainsi donc, cette dimension de l'intersubjectivité, susceptible de donner un sens nouveau à la subjectivité, nous interroge. Dans la mesure où une substitution responsable peut être considérée comme unilatérale, il s'agit de s'ouvrir à une nouvelle dimension.

Comment l'attitude de substitution du soignant peut-elle se déployer autour d'une forme d'intersubjectivité à même d'être révélée dans une situation de soin ?
En quoi peut-elle être associée à un geste éthique de l'un envers l'autre propre à les rassembler autour de l'expérience du soin psychique ?

Si jusqu'à présent nos propos mettaient en valeur un sens de l'humanité associé à un mouvement de l'un pour l'autre à travers une responsabilité inaliénable, l'avènement d'une subjectivité révèle ses propres limites. Dans un contexte où un adolescent se distingue par sa non-demande et par une difficulté à investir le lien, l'intersubjectivité inhérente au processus

thérapeutique peut en effet se révéler être un point d'appui, ouvrant ainsi une nouvelle caractéristique de la substitution.
Dans la manière de découvrir deux individualités en présence, celle du soignant et d'un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin, cette dimension intersubjective ouvre non plus seulement à un réseau de détermination (dans lequel l'un et l'autre sont dévolus à occuper une place, celle d'appelant et celle de répondant), mais au contraire à un faisceau d'indéterminé laissant la place à l'innovation et à une substitution qui s'instaure nécessairement dans le lien entre le soignant et un adolescent.

En écho à la situation de Yu, nous verrons de quelle manière cette dimension intersubjective est à même de renouveler une pensée du soin faisant de l'agir soignant un leitmotiv. Là où l'attitude de substitution du soignant peut aller au-delà d'une seule responsabilité et se conjuguer à une propension à faire de la situation de soin une expérience mutuelle, nous verrons de quelle manière et quels peuvent en être les enjeux.

1.1.3 L'histoire de Yu

Un médecin généraliste interpelle l'équipe soignante du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel pour Adolescents au sujet de la situation de Yu. Âgé de 15 ans, il présente depuis plusieurs semaines un état d'agitation au domicile. Celui-ci s'exprime sous la forme de rituels de plus en plus envahissants associés à des propos confus en lien avec la scolarité qui, jusqu'ici, était très investie par l'adolescent.
Les parents de Yu ont consulté une première fois le médecin généraliste en présence de leur fils. L'examen somatique se révèle normal. Yu demeure silencieux et « semble ailleurs » aux dires du professionnel de santé. De brefs échanges avec le père de l'adolescent mettent en évidence « le stress » de Yu et « son énervement » alors qu'il est d'habitude « calme ».
Quelques semaines après ce premier rendez-vous, les parents de l'adolescent sollicitent à nouveau le médecin généraliste. La situation n'a pas évolué, les rituels demeurent inquiétants pour eux. Ils ne comprennent pas que Yu exige une réorganisation familiale autour d'un autel bouddhiste qu'il faut veiller au quotidien. La question scolaire fait aussi partie de leurs préoccupations, l'adolescent désinvestissant peu à peu toutes formes d'apprentissage.
Avec leur accord, le médecin généraliste fait part de ces interrogations au pédopsychiatre du CATTP qui propose de recevoir Yu et ses parents dans les plus brefs délais. Une première consultation est alors organisée en présence d'un soignant de l'unité.

Ces éléments mettent en évidence les interrogations du médecin généraliste qui, au-delà d'un examen somatique normal, perçoit les inquiétudes parentales et le brusque changement de comportement de Yu, adolescent qu'il accompagne depuis sa petite enfance dans le cadre des soins généraux. En constatant une forme d'inhibition et une difficulté à communiquer avec lui, le professionnel se questionne sur l'évolution de cette situation, les rapports entre Yu et ses parents étant de plus en plus conflictuels ces dernières semaines.
Si l'adolescent demeure à distance et n'exprime pas de demande, les sollicitations des parents de Yu vis-à-vis du professionnel de santé se multiplient et leur inquiétude est réelle. La demande de soin, à défaut d'être incarnée par Yu, est portée à la fois par le médecin généraliste et la famille de l'adolescent. Sa souffrance psychique semble majorée ces derniers jours, les rituels mis en place et les propos confus de l'adolescent envahissent son quotidien.
Cette configuration met en évidence une forme d'ubiquité de la demande de soin, l'entourage familial et l'environnement de l'adolescent se préoccupant du changement soudain de son

comportement. La non-demande dans laquelle se situe Yu est de nature à interroger la mise en œuvre d'un soin psychique d'autant plus que ses parents se sont d'abord adressés à leur médecin généraliste.

Si nous retrouvons dans cette situation une forme de typologie de la non-demande, nous nous intéresserons à l'espace potentiel que représente le lieu de soin et la possibilité pour un adolescent de l'investir alors même que sa souffrance psychique a valeur d'enfermement. En mettant en évidence ce qui se joue autour des premiers moments partagés avec Yu, nous verrons comment l'offre de soin peut correspondre aux mouvements psychiques qu'il exprime.

Yu se présente accompagné de ses parents. Les soignants constatent que le père de l'adolescent est l'interlocuteur privilégié, Madame s'exprimant difficilement en français. Yu se distingue par une démarche particulière : lente et précautionneuse, elle peut parfois s'accompagner de mouvements saccadés qui disparaissent aussitôt. Grand et fin, l'adolescent est marqué par une peau acnéique. Sa tenue vestimentaire est adaptée à un code adolescent même si Yu l'investit de manière stricte.

Très peu mobilisable dans l'échange, l'adolescent reste en retrait, n'adressant aucun regard aux soignants. Sa présence semble absente, Yu étant « là sans l'être », comme le diront ensuite les professionnels.

Durant cette première consultation, il se maintient dans une forme de rigidité corporelle qui donne peu accès à lui, s'exprimant par des réponses courtes, acquiesçant aux propos des professionnels qui s'adressent à lui la plupart du temps. De manière globale, Yu se distingue par son silence. Les échanges ont lieu entre les soignants et le père de l'adolescent. Si elle est sollicitée par les soignants, sa mère peut parfois ponctuer les propos de son conjoint, mais ne s'exprime pas spontanément.

Monsieur évoque d'emblée leurs inquiétudes quant au brusque changement d'attitude de Yu. Celui-ci « travaille très bien, mais ne travaille plus », il impose à ses parents depuis plusieurs semaines une réorganisation des espaces du domicile, exigeant une attention permanente sur l'autel bouddhiste qui figure dans l'entrée de l'appartement. Monsieur et Madame doivent ainsi relayer Yu qui, quand il n'est pas à proximité, s'isole dans sa chambre. Les contacts entre l'adolescent et ses parents sont irréguliers et portent principalement sur les préoccupations de Yu concernant l'attention à apporter à l'autel.

Monsieur fait part de son incompréhension quant au comportement de son fils : « il a changé » et « n'est plus en famille avec nous et son frère » dit-il. La question scolaire reste

une grande inquiétude pour les parents de Yu qui répètent à plusieurs reprises qu'il « a du travail au lycée » alors même que l'adolescent « dit n'importe quoi sur l'école ». Dans ce sens, les soignants comprennent que Yu a parfois un discours totalement incohérent et parle des enseignants de manière confuse, répétant qu'ils « sont avec lui » plusieurs fois dans la journée alors même qu'il ne parvient plus à se rendre au lycée depuis une quinzaine de jours.
Le récent changement d'attitude de l'adolescent interroge les soignants qui se heurtent au silence de Yu et à l'incompréhension de ses parents qui disent « on sait pas, on sait pas pourquoi, ce qu'il a notre fils ». Spontanément, Monsieur évoque la consultation avec le médecin généraliste qui, semble-t-il, « n'a pas trouvé sa maladie ». Si l'aspect somatique est en effet écarté par le professionnel, cette question autour d'une pathologie demeure importante, les parents de l'adolescent faisant part de leur attente : « on veut savoir ce qu'il a notre fils » demandent-ils à plusieurs reprises.
Au regard de la majoration des rituels portant sur une veille permanente de l'autel ainsi qu'un isolement de plus en plus marqué chez l'adolescent, le pédopsychiatre propose à Yu une prochaine consultation de manière rapprochée. L'adolescent acquiesce, mais ne manifeste pas d'autres réactions à ce sujet. Il se lève et suit ses parents, sans un regard à l'égard des soignants.

Cette première consultation met en évidence une forme d'étrangeté chez l'adolescent. Ses rituels autour d'une question mystique en lien avec l'autel familial ainsi qu'un changement brusque d'attitude marquent une forme d'isolement à la fois social (déscolarisation) et familial (repli quasi permanent dans sa chambre). L'attitude de retrait et le silence de l'adolescent qui persistent tout au long de la consultation inquiètent d'autant plus les professionnels que Yu n'exprime aucune demande de soin et se met en position d'éviter toute forme d'altérité. Si le changement que sous-tend son entrée au lycée le met en position de vulnérabilité en le confrontant à ce qu'il perçoit comme étant une « grande pression scolaire » (aux dires du médecin généraliste), il entre en résonance avec le brusque changement d'attitude de l'adolescent. Alors que le silence demeure son seul mode d'expression et s'accompagne d'une forme de repli à la fois physique et psychique, les éléments anamnestiques obtenus au fil des consultations suivantes (avec le support d'une traductrice qui participe aux échanges à deux reprises) permettent aux soignants de mieux appréhender Yu qui continue de se distinguer par une non-demande.

Yu est né en région parisienne et est issu d'un couple d'origine cambodgienne. Ses parents se sont rencontrés au sein de la communauté il y a une vingtaine d'années. Monsieur est arrivé en France à la fin des années soixante-dix, tout comme Madame qui s'y installe avec ses parents alors qu'elle a cinq ans. Les circonstances qui accompagnent ce départ du Cambodge restent relativement floues dans le discours parental. Madame peut cependant évoquer à la traductrice qu'elle a quittée son pays « toute petite, en bateau » et se souvient que « c'était pour fuir ». À ce sujet, Monsieur reste distant, mais acquiesce aux propos de sa femme. Contrainte de se déplacer à plusieurs reprises sur le territoire français, la mère de Yu est irrégulièrement scolarisée et quitte rapidement le système scolaire avant même son adolescence. Monsieur suit quant à lui une scolarité classique jusqu'à l'obtention d'un diplôme de technicien en informatique. Les éléments qui accompagnent l'histoire familiale mettent ainsi en évidence un parcours traumatique lié à la fuite d'un pays alors en guerre et une succession de ruptures établies dans le contexte migratoire. L'union parentale sous-tend la recherche d'une forme d'acculturation très présente dans le discours de Monsieur qui fait de la scolarité de son fils l'élément essentiel de son éducation.

Décrit comme « calme et très bon élève », Yu est un petit garçon qui évolue normalement. Il semble avoir un réseau amical stable bien que ses parents ne lui connaissent pas d'amis en particulier, Yu préférant s'isoler dans des lectures ou des jeux de construction qui, à l'adolescence, évolue vers un intérêt pour les mangas et les jeux vidéo dont l'usage est fréquent jusqu'à ces dernières semaines où « il a changé » et « n'est pas pareil ». Les professionnels sont interpellés par le discours parental qui continue de décrire Yu comme s'il était encore un enfant tout en évoquant un brusque changement d'attitude. Alors que ses activités sont décrites comme redondantes et peu évolutives au fil des années, l'évolution de l'adolescent ces dernières semaines correspond à une rupture dans le quotidien familial. Sous couvert d'une attention permanente autour de l'autel bouddhiste et les exigences de Yu à cet égard, son comportement inquiète les professionnels. Si ses propos semblent incohérents pour ses parents, ils sont totalement désorganisés lors des consultations suivantes. Yu s'exprime en effet de manière incohérente, la scolarité et l'équipe enseignante devenant un leitmotiv et un motif à se sentir persécuté. Toujours silencieux durant les échanges proposés par les professionnels, Yu peut parfois s'exprimer par quelques brides, évoquant le fait que « les profs sont toujours derrière lui » et « qu'ils lui demandent toujours des choses », arguant son envie « de rester tranquille ». Ses propos restent laconiques, Yu ne semble pas investir l'espace des consultations et s'en saisir personnellement. S'il vient pourtant régulièrement, il

se maintient toujours à distance du lien proposé par les soignants. Sa souffrance psychique en lien avec des rituels encore plus envahissants et un discours d'autant plus désorganisé est prégnante. Les professionnels décident alors d'élargir l'offre de soin au-delà de ce seul espace de parole et proposent à l'adolescent de participer à un groupe thérapeutique dont la spécificité est celle d'être un temps d'accueil proposé deux fois par semaine en présence de cinq autres adolescents. Yu est d'abord opposé à cette proposition thérapeutique sans pour autant l'argumenter. Il se conforte en effet durant plusieurs semaines dans un « non » comme il se distinguait jusqu'ici par sa non-demande de soin. Au vu de la majoration de ses troubles et de l'expression d'une extrême vulnérabilité, les soignants accompagnent l'adolescent dans l'acceptation de cette nouvelle offre de soin et, en quelque sorte, se substituent à sa non-demande.

Les éléments anamnestiques de cette situation mettent en évidence une série de ruptures d'abord présentes dans l'histoire de vie des parents de l'adolescent qu'il semble ensuite rejouer de manière significative à travers une attitude qui inquiète son environnement. Arrivée très précocement en France dans un contexte où le Cambodge était en guerre, la mère de Yu, en particulier, se construit autour de liens discontinus marquant un isolement important jusqu'à sa rencontre avec son conjoint. L'écart à la fois économique et social qui existe entre les deux familles participe à stigmatiser cette union aux yeux de la communauté en l'isolant. La présence d'une traductrice permet à l'équipe soignante d'accéder à des éléments dépressifs liés au vécu maternel que le père tente de suppléer comme il peut. S'il semble privilégier une intégration par la réussite scolaire de ses fils, Monsieur se saisit d'une consultation où il vient seul (Yu est grippé ce jour-là) pour exprimer ses inquiétudes concernant à la fois son épouse qu'il sent « triste depuis toujours » et son fils qui n'est « pas comme son frère, pas comme les autres ».

Alors que l'adolescent s'isole de plus en plus au domicile familial depuis maintenant deux mois, l'équipe soignante s'interroge sur la manière dont il appréhende le monde extérieur qui semble dangereux et menaçant pour lui. Dans la mesure où les éléments relatifs à son vécu sont, pour la plupart, rapportés par ses parents, la souffrance psychique de Yu s'exprime par un sentiment de persécution vis-à-vis des enseignants de plus en plus prégnant. Les professionnels se demandent dans quelle mesure les attentes parentales en lien avec la scolarité ne viennent pas faire effraction dans la construction psychique de l'adolescent en

introduisant un écart trop important entre ses capacités et ce que la scolarité représente comme source d'intégration alors même que la famille de Yu est isolée socialement.

Alors que les consultations sont régulières, elles restent pourtant très peu investies par l'adolescent qui se maintient dans un silence ou l'expression de quelques termes récurrents en lien avec un habité singulier : l'autel « doit être veillé », « ça prend du temps », « le lycée c'est pas possible », « les profs non », « ils sont toujours derrière moi », dira-t-il.

Si la répétition de ces termes indique une souffrance psychique telle que Yu semble être enfermé dans sa capacité à en dire plus, les soignants se questionnent à la fois sur la dimension interculturelle[223] qui imprègne cette situation et sur l'expérience de l'adolescent liée à son espace qui se réduit de plus en plus.

Les allers-retours permis par la fréquentation du lycée sont désormais interrompus, aussi l'expérience de l'adolescent autour d'un monde commun est-il réduit à l'entretien de l'autel familial. Il y a dans cette attitude un événement que les professionnels cherchent à saisir d'autant plus que les propos de Yu expriment une perte de sens. Ils sont attentifs aux éléments cliniques tels qu'un vécu dépressif chez la mère de l'adolescent (probablement en lien avec un passé traumatique), un isolement à la fois social et psychique, une forme d'effraction liée à ce que l'adolescent ressent comme une forte pression scolaire. La trame symbolique semble fragilisée avec un discours empreint d'éléments menaçants propres à sidérer Yu dans sa pensée.

L'équipe soignante tente d'appréhender le brusque changement d'attitude de l'adolescent tel qu'il est décrit par ses parents et se demande s'il faut le rapprocher d'une manifestation d'un processus pathogène (les professionnels font l'hypothèse d'une décompensation psychotique) ou d'une tentative pour y échapper.

Dans la mesure où Yu se maintient dans un silence parfois interrompu par l'expression d'une grande souffrance psychique que les professionnels ne parviennent pas à exploiter dans le cadre des consultations thérapeutiques, il s'agit de lui proposer un autre espace susceptible d'être le lieu d'une expérience différente, accueillant d'autres mouvements psychiques encore potentiellement possibles.

[223] Nous faisons ici référence au fait de tenir compte des origines cambodgiennes de l'adolescent faisant de la prise de parole et de l'expression d'une demande une notion somme toute relative là où la symbolique et l'utilisation de la parole est spécifique à chaque culture.
Si la position de Yu renvoie à l'enjeu de la dimension culturelle d'un vécu psychique, elle sous-tend aussi la relativité de la non-demande par rapport à une tradition culturelle d'expression de la souffrance qui s'exprime ici de manière transgénérationnelle.

Yu se présente pour la première fois au groupe Accueil trois mois après la première consultation au CATTP. En présence de quatre autres adolescents (eux aussi en difficulté vis-à-vis de l'offre classique telle que la consultation thérapeutique), il bénéficie de cet espace de soin à raison d'une demi-journée par semaine. Alors qu'il se distingue jusqu'ici par sa non-demande en se maintenant à distance des professionnels comme pour venir signifier sa difficulté à investir un lien thérapeutique, Yu se présente au groupe de la même manière. Malgré une présence régulière, l'adolescent n'investit pas les échanges avec les deux soignants présents ni avec ses pairs. S'il parvient à donner son nom et son âge lors de la première rencontre avec le groupe thérapeutique, ses propos sont laconiques et souvent inaudibles, Yu « marmonnant » quelques brides insaisissables pour son entourage. L'attitude de l'adolescent évolue peu durant ces premières semaines : en retrait, son regard est fixe et fuyant, sa présence comme absente.

Les soignants constatent que le fait de l'interpeller est vécu comme une forme d'intrusion, la rigidité corporelle de Yu étant alors d'autant plus significative. Au regard des échanges avec l'équipe pluridisciplinaire, les professionnels privilégient un accueil qui respecte la distance imposée par l'adolescent. Alors que Yu se met à l'écart de la dynamique de groupe, comme happé par son silence, les soignants observent sa manière de se dissoudre dans l'espace (il se présente de manière ritualisée en restant d'abord à distance devant la salle de groupe puis en s'installant sur le même fauteuil, reste immobile, le regard fixe), de telle sorte que le risque est de ne plus le considérer comme l'un des protagonistes de cette situation de soin. La position soignante qui vient lui signifier à la fois une forme d'hospitalité et de bienveillance permet aux autres adolescents de l'accueillir comme telle sans que cela ne génère d'insécurité chez eux. Leurs mouvements sont, au contraire, ceux d'une « main tendue » (certains le saluent systématiquement, d'autres le regardent quand ils s'expriment ou s'appuient sur les soignants pour s'adresser à lui) incluant Yu dans la dynamique relationnelle présente au sein du groupe thérapeutique.

Bien que la position de Yu n'évolue pas pendant plusieurs semaines, les soignants sont surpris lorsqu'il s'empare d'une proposition du groupe autour de la photographie. Sans se mettre en situation de réaliser des clichés, il accepte néanmoins de suivre les autres adolescents à cet effet. L'événement que cela constitue tant dans la dynamique de groupe que dans le fait de se mobiliser autour d'une création commune modifie peu à peu la dynamique. Par l'intermédiaire des photos, l'espace de soin devient l'objet d'une narration. Leurs échanges se concentrent alors sur leurs expériences relatives aux espaces communs qui entourent le lieu de soin (parmi les photographies on retrouve l'esplanade qui conduit au

CATTP, les escaliers, le centre commercial, les galeries des immeubles voisins…) et traduisent une construction singulière de l'expérience de soin.
Alors que l'idée d'exposer les clichés mobilise les adolescents qui réfléchissent à un commentaire pour chacune des photographies, Yu s'adresse pour la première fois à l'un des soignants : il demande « une feuille et un stylo » et commence à écrire quelques lignes parallèlement à la mobilisation des autres adolescents. De manière tacite, il accepte de laisser son texte qu'il « n'a pas fini » avec ceux du groupe pour le reprendre d'une semaine à l'autre, jusqu'à ce que l'adolescent décide de le montrer à un soignant (celui qui l'a accueilli lors de la première consultation avec le pédopsychiatre) qui découvre alors la nature de ce texte. Yu l'intitule « Le royaume des morts » et fait état d'un monde qu'il décrit avec minutie. Les personnages sont tantôt « fantômes » tantôt « morts-vivants », vivent en « communauté » et construisent « l'univers » avec « du métal et du feu ». L'écriture est descriptive et extrêmement détaillée, l'adolescent-narrateur se place comme en perspective vue d'en haut en évoquant « un monde d'en bas » où les mouvements sont mécaniques et dénoués de toute caractéristique émotionnelle chez les personnages qui le constitue.

En accueillant ce qui constitue une première adresse, le soignant est attentif à la manière dont l'adolescent séjourne dans l'espace thérapeutique proposé. Si sa souffrance psychique est telle qu'il est d'abord dans l'incapacité d'investir la dynamique relationnelle propre au groupe, la mobilisation de ses pairs lui offre la possibilité de croiser ce qui est de son monde propre avec un monde commun. Ce groupe qui se construit nécessairement autour de la disponibilité psychique de chacun constitue un espace potentiel de créativité permettant à chacun de s'en emparer à son rythme. Yu, d'abord très à distance, s'empare peu à peu des échanges, s'assouplit (en témoigne son acceptation à se mobiliser autour des photographies que ses pairs effectuent pendant deux séances) en investissant une position nouvelle. En écho aux autres adolescents, il écrit comme pour venir signifier que cet espace thérapeutique lui ouvre une aire d'expérimentation. La temporalité propre au groupe qui a lieu de manière continue au fil des semaines participe à la formation d'un espace d'émergence dans lequel l'adolescent fait figurer son habité singulier avec celui de l'autre.

Au fur et à mesure des semaines, Yu se mobilise de plus en plus. À partir de son texte, il se met en situation d'échanger avec le soignant. Sa rigidité à la fois corporelle et psychique s'estompe, la symbolisation semble plus fluide. Alors que « Le royaume des morts » constituait jusqu'ici sa seule prérogative, l'éruption d'un volcan (qui vient potentiellement

symboliser une effraction dans ce monde mécanique et mortifère) aboutit à la création d'un « Royaume des vivants ». Cette narration qui fait désormais coexister la mort et la vie ouvre les bases d'une herméneutique de soi en écho à la propre histoire de l'adolescent.

En adoptant une lecture phénoménologique[224] de son texte, l'équipe soignante considère la manière dont il configure ses propres images internes. L'irruption symbolique du volcan qui représente une dimension externe (en rapport avec sa manière d'investir l'espace thérapeutique qui lui est proposé) offre une nouvelle direction de sens qui a valeur de frayage dans un vécu jusqu'ici d'allure chaotique.

En écho à cette situation, la dimension intersubjective insufflée par l'attitude du soignant qui se met en situation de se substituer à la non-demande de l'adolescent s'avère être un point d'appui. Pour autant, si un lien entre l'équipe soignante et Yu a pu s'instaurer, il renvoie à la possibilité d'une dimension de création commune que nous interrogerons par la suite, autour du support qu'est la médiation thérapeutique. Dans la mesure où son déploiement s'avère parfois difficile (face à la position de rétractation, d'indifférence ou d'apathie qui peut caractériser certains adolescents), il s'agit de se confronter aux limites mêmes de l'intersubjectivité. Là où la souffrance psychique d'un adolescent a valeur d'effroi et fait du lien à l'autre une menace potentielle, c'est entrevoir la possibilité qu'elle s'estompe au profil de l'avènement d'un lien de confiance avec le soignant. S'il existe des situations dans lesquelles la voie de l'altérité propre à une situation de soin ne peut pas s'ouvrir, l'histoire de Yu nous incite à nous confronter au défi que représente l'émergence d'un lien thérapeutique et sa déclinaison autour d'une mutualité entre le soignant et un adolescent.

[224] Ricoeur P. *Du texte à l'action. Essais d'herméneutique*. Tome 2. Paris : Seuil; 1986. p.31.
Ricoeur affirme à ce propos que « Ce qui est à comprendre dans un récit, ce n'est pas d'abord celui qui parle derrière le texte, mais ce dont il est parlé, la chose du texte, à savoir la sorte de monde que l'œuvre déploie en quelque sorte en avant du texte ».

1.2 Une émergence à entrevoir

Le concept d'intersubjectivité, s'il constitue un paradigme dans de nombreuses disciplines, a l'intérêt d'interroger les caractéristiques mêmes d'une relation de soin où l'un et l'autre font ensemble l'expérience de se rencontrer. Dans la mesure où un adolescent se distingue par une attitude de retrait ou un agir bruyant à même de fragiliser ou d'enrayer toute perspective de lien avec le soignant, les limites d'une intersubjectivité telle qu'elle peut se déployer dans une situation de soin apparaissent avec acuité.

En considérant le fait que l'intersubjectivité est un cheminement associant une dimension à la fois intrasubjective et intersubjective, nous nous confronterons à sa propre limite telle qu'elle apparaît dans le contexte spécifique de la non-demande.

Alors que l'habité singulier d'un adolescent en grande souffrance psychique peut dévoiler une extrême vulnérabilité et une difficulté majeure à investir le lien avec l'autre, la construction d'un lien thérapeutique peut se révéler comme un véritable défi dans la mesure où l'enjeu n'est plus seulement que le soignant agisse pour l'adolescent, mais bien avec lui autour d'une situation de soin.

1.2.1 L'accession à une situation de soin

En renvoyant à une progression, la dimension intersubjective du soin psychique renvoie au processus thérapeutique qui se déploie autour de la possibilité qu'un soignant et un adolescent se saisissent de l'événement que représente une situation de soin. Autour d'une temporalité, c'est en effet s'ouvrir à lui dont il est question, se montrer disponible à l'expérience qu'il constitue pour ensuite s'en saisir. Contrairement à un mouvement de dessaisissement (qui apparaît, en outre, comme l'une des apories de la substitution responsable telle que nous l'avons interrogé précédemment), c'est s'engager vers la perspective d'un Soi renouvelé avec l'autre autour d'un être-ensemble.

L'intrasubjectif, que nous considérons comme une étape, est ainsi mise en valeur dans la constitution d'un Nous. Au-delà d'un Je et d'un Tu qui se révèlent dans un dialogue, cette mobilisation du soignant et d'un adolescent autour de la construction d'un lien est d'autant plus essentielle qu'aux prémices des premiers instants c'est un « non » qui s'exprime. Mêlé à un contexte où l'un se présente d'abord à l'autre sous couvert d'une non-demande, l'intrasubjectif évolue alors vers une expérience commune rassemblant le soignant et un adolescent : d'une appropriation d'abord singulière de ce que constitue le soin psychique (autour d'un « Soi-même » comme caractéristique intrasubjective), l'enjeu d'une transformation (autour d'un « Nous sommes » comme dimension intersubjective) apparaît avec acuité dans le processus thérapeutique. Dans la mesure où la situation de soin renvoie à un espace-temps dans lequel se joue la présence au monde toujours singulière d'un adolescent, l'équipe soignante est attentive à la manière dont celle-ci s'établit et se développe. En considérant que le rapport avec un soignant qui incarne le processus thérapeutique représente non pas une forme d'assujettissement, mais bien un levier, la construction d'une relation intersubjective se fonde avant tout sur une mise en présence inhérente à la situation de soin.

Dans un contexte où la non-demande d'un adolescent amène le professionnel à penser autrement sa fonction soignante et sa pratique, la perspective qui est celle de s'appuyer sur la dimension intersubjective pour se figurer de nouveaux possibles se confronte pourtant à une limite propre au contexte spécifique qu'est la non-demande.

S’il apparaît une forme de non-simultanéité entre la perception qu’a le soignant de ces premiers instants et celle d’un adolescent en situation d’extrême vulnérabilité, l’intersubjectivité comme vecteur thérapeutique questionne. Dans la mesure où il est classiquement considéré que l’accession à une situation de soin est commune, celle-ci peut s’avérer toute autre dans la mesure où la mise en lien semble impossible.

Comment entrevoir cette limite ?
Si la manière de conjuguer ensemble l’expérience qu’est la situation de soin semble impossible, comment y voir une perspective ?

Là où une dimension spéculaire du rapport à Soi se définit dans le lien à l’autre, notre intérêt se porte sur cette forme d’expérimentation à deux, le mouvement de l’un initiant ou faisant écho à celui de l’autre.
Alors qu’un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin s’est jusqu’ici construit autour d’interactions précoces souvent chaotiques et l’ayant fragilisé, ce mouvement à entamer avec l’autre constitue une véritable épreuve, la dynamique intersubjective pouvant même jusqu’à être en faillite chez les adolescents les plus fragiles.

En considérant cette réalité à laquelle se heurte parfois une équipe soignante, nous interrogerons cette limite pour tenter ensuite d’y voir une perspective éthique destinée à rassembler un soignant et un adolescent autour d’une même capacité à habiter ensemble une relation de partage.

1.2.2 Le défi du lien thérapeutique

Dans la mesure où un adolescent en grande souffrance psychique s'est construit sur la base d'un modèle d'attachement insécure, il apparaît que celui-ci influence ses « capacités de relation interpersonnelle et intersubjective[225] » à tel point que la clinique adolescente met en évidence une psychopathologie de l'intersubjectivité : si celle-ci ne se réduit pas à des troubles prototypiques, les professionnels observent dans ce sens des attitudes d'évitement, de retrait ou, au contraire d'agressivité et de violence.

En lien avec une construction psychique marquée par une difficulté à mettre en œuvre une « expérience subjective et organisatrice de tout ce qui sera ultérieurement nommé le Soi[226] », la possibilité de le coupler avec « les expériences d'union avec l'autre[227] » s'expose à travers toute sa reviviscence dès les premiers instants de l'accueil d'un adolescent.
Dans ce contexte, c'est la prédisposition même d'un adolescent à être en situation d'intersubjectivité qui interroge. L'établissement d'un lien thérapeutique fondé sur le partage d'un vécu psychique autour de la situation de soin semble alors particulièrement difficile. La capacité intersubjective du bébé qu'il a été ne semble plus faire écho avec cette réalité clinique dans laquelle un adolescent se distingue par un mode de relations de nature à inquiéter les professionnels.

La constitution de liens préverbaux demeure dès lors une perspective, le soignant et un adolescent partageant d'abord une même proximité physique faisant de l'intersubjectivité une façon de se rapprocher de l'autre pour s'en distancier tout en demeurant en relation avec lui. Dans la possibilité qu'ils offrent, ce que nous rapprochons de processus infralangagiers constitue un fondement au processus thérapeutique qui se déploie avant tout sur une approche de la relation comme étant co-construite. Ces premiers liens représentent un enjeu essentiel en constituant l'amorce d'une rencontre dans laquelle l'un et l'autre pourront résonner et entamer ensemble l'œuvre d'une voie nouvelle. Malgré le paradoxe qui est celui de se baser sur les potentialités de l'intersubjectivité alors même qu'elle s'avère « en panne » chez un adolescent, ce vecteur relationnel s'ouvre sur l'idée que « le prêt par le (soignant) de sa

[225] Georgieff N, Speranza M. *Psychopathologie de l'intersubjectivité*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2013. p.66.
[226] Stern D. Op.cit. p.18.
[227] Ibid. p.21.

capacité à inférer à l'autre, à le concevoir, en deçà du langage, parfois non partageable, est un défi[228] ».

De nature à dévoiler un processus dans lequel la co-construction en serait le point d'orgue, il s'agit désormais de souligner la nécessité d'une thérapeutique intersubjective faisant des impossibilités que donne à voir un adolescent en grande souffrance psychique une dimension à soutenir et à accompagner tout au long de son accueil dans une unité de soin. Au-delà du constat d'un « trouble dans l'instauration précoce du partage[229] », nous nous questionnons en effet sur la possibilité d'en redéfinir les contours.

Comment constituer à nouveau la possibilité d'un lien qui se déploie autour d'un être-avec ? Dans quelle mesure cette visée intersubjective fait référence à des moments de rencontre propre à l'avènement d'un soin psychique ?

Autant de questions qui mettent en évidence une forme d'insuffisance de la seule dimension intersubjective rapprochant le soignant d'un adolescent. En effet, si l'être-avec qui fonde la dimension intersubjective relève du passage d'une réciprocité à une présence mutuelle, elle s'ordonne d'abord sur le non auquel renvoie la non-demande d'un adolescent, ce qui atteste de la nécessité de faire de la rencontre une nouvelle perspective.

[228] Georgieff N, Speranza M. Op.cit. p.172.
[229] Ibid. p.173.

1.2.3 L'un avec l'autre

Dans la mesure où nous avons auparavant analysé l'espace et le temps d'un lieu de soin comme étant des conditions essentielles à l'avènement d'un soin psychique, nous avons mis en évidence l'existence d'un habité adolescent toujours singulier.
Alors que la responsabilité du soignant à l'égard d'un adolescent apparaissait comme infinie, nous avons révélé ses limites dans un contexte où l'idéal de substantialité du sujet par un autre se heurte à une vulnérabilité telle qu'un adolescent se distingue par une mise à distance de toute forme de proximité. Ainsi, là où cette approche unilatérale du soin psychique peut être justifiée pendant un temps (autour d'une dimension laissant à un adolescent la possibilité de trouver ses repères et de faire valoir sa propre subjectivité), apparaît un risque : la dimension unilatérale d'une substitution responsable peut en effet complètement « manquer » la rencontre en réduisant alors toute possibilité que le Soi se donne son propre agir dans la mesure où il serait toujours pris dans le Soi de l'autre.
De nature à creuser encore plus la situation d'incertitude dans laquelle se trouve un soignant face à ce mode d'existence, elle représente pourtant la gageure de faire évoluer sa pratique en incitant à créer un espace propre à une rencontre entre le soignant et un adolescent.

Si notre réflexion relative à la dimension intersubjective a fait apparaître ce qui semble être l'impossibilité d'une mise en présence commune (en lien avec le fait qu'un adolescent puisse se maintenir dans une position de retrait associée à un silence ou à un agir bruyant), il nous faut aller au-delà en considérant plutôt ce qui advient de cette dimension où l'un se retrouve en position d'être avec l'autre.
Là où, d'évidence, cette perspective s'avère complexe dans le contexte de la non-demande, elle demeure pourtant un élément essentiel à notre réflexion dans la mesure où elle incite à dépasser cette limite pour en faire au contraire un vecteur à la rencontre. En apportant un nouveau souffle à la manière jusqu'ici singulière de l'un et de l'autre d'habiter son existence, il s'agit ici d'y trouver une forme d'émergence ouvrant à la possibilité d'investir un lien avec l'autre.

Alors que le soignant et un adolescent se présentent d'abord l'un en face de l'autre, il s'agit dès lors de mettre en exergue ce qui est susceptible de faire rencontre entre eux : d'une situation de soin, c'est s'intéresser à la manière dont elle peut représenter un évènement là où

un lien est susceptible de se conjuguer dans le moment thérapeutique et l'à-venir qu'il met en valeur.

Si, comme nous l'avons analysé précédemment, la dimension intersubjective mobilise une équipe soignante dont les valeurs et les pratiques concourent toutes vers la promotion d'une altérité comme expérience commune, c'est donc aller au-delà d'une disposition à répondre pour l'autre. Dans la mesure où un adolescent en grande souffrance psychique peut se mettre en position d'éviter ou de fuir le lien sous-tendu par une prévalence de l'intersubjectivité, notre intérêt est désormais d'entrevoir la possibilité qu'il puisse investir avec le soignant une position qui les relie ensemble.

Alors qu'une approche classique du soin psychique doit nécessairement être couplée à la dimension de l'autre dans le contexte spécifique de la non-demande, la voie de l'intersubjectivité pourrait être rapprochée de ce que nous nommons une condition à créer ensemble, là où un adolescent demeure en difficulté pour investir le lien à l'autre. En associant des dynamiques à la fois individuelles et collectives présentes dans une institution soignante, il s'agit de considérer la possibilité qu'un soignant et un adolescent puissent se rencontrer là où, au départ, il n'y a pas de demande.

Dans la mesure où une substitution responsable a fait apparaître le spectre d'un agir soignant dont la consonance peut se réduire à une forme d'unilatéralité, nous nous proposons désormais de suivre une autre voie de la substitution dont les principaux traits seraient, au contraire, ceux d'un partage et d'une mutualité.
Cette démarche, qui s'appuie sur la considération d'une présence autrement qu'absente est celle qui consiste à valoriser sa capacité à créer avec le soignant autour de l'événement que représente la situation de soin. Là où l'institution soignante est susceptible de matérialiser les conditions propres à une rencontre entre le soignant et un adolescent, nous nous demanderons dans quelle mesure une institution peut s'avérer créative et être incarnée par l'attitude du soignant. En se mettant en position de se substituer à la non-demande d'un adolescent en grande souffrance psychique, nous verrons en quoi il est à même de créer un espace de rencontre qui peut ensuite devenir le lieu d'une expérience commune autour de la co-créativité.

Si, à partir de ce qu'offre l'institution de soin, la création d'un espace potentiel à la rencontre constitue un défi, l'implication du soignant est dès lors essentielle : à partir de son attitude de substitution qui se conjugue dans la pratique d'une médiation thérapeutique, c'est se questionner sur la dynamique créative qu'elle constitue et son exploration dans un lieu de soin. De manière conjuguée, c'est considérer qu'une rencontre qui se déploie autour de la relation thérapeutique n'a de sens que si, en prenant appui sur une médiation thérapeutique, elle est « inventée et créée par l'un et par l'autre dans cet accompagnement mutuel[230] ».

[230] Kaes R. « Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires ». In Chouvier B et al. *Les processus psychiques de la médiation*. Paris : Dunod; 2002. p.37.

Chapitre 2.
D'un cheminement commun

L'accueil d'un adolescent en grande souffrance psychique ouvre à la nécessité d'envisager des conditions particulières à l'expérience du soin. Ainsi, confronter la pratique soignante à la non-demande révèle un contexte spécifique qui nécessite de valoriser autrement une pensée du soin psychique. Si le lien thérapeutique est d'abord marqué par le refus ou la mise à distance d'un adolescent, l'entrevoir comme une perspective mobilise l'équipe soignante dès l'arrivée d'un adolescent dans le lieu de soin : dans la mesure où le sens donné au soin se heurte à une attitude d'évitement ou de fuite, se projeter autour d'une herméneutique qui fait du soin du sens une prérogative apparaît comme une nécessité là où la souffrance psychique a valeur d'effroi.

Difficilement perceptible dans un contexte où la non-demande est le corollaire d'une grande incertitude quant à l'instauration d'un lien entre le soignant et un adolescent, veiller à cette quête de sens sans pour autant prétendre le recueillir de manière unilatérale se rapproche d'une évidence dans notre argumentaire. Une dimension éthique du geste soignant s'éveille dès lors autour de la nécessité de donner ensemble du sens à l'expérience qu'est celle du soin psychique.

Approche indéterminée qui ouvre au tout possible, cette mise en sens est équivoque et dépend de la nature de la relation de soin que partagent potentiellement un soignant et un adolescent. En se déployant dans le quotidien d'une institution soignante à travers une offre de soin diversifiée, elle a lieu dans un lien interpersonnel associant la rencontre entre le soignant et un adolescent en moments de rencontre.

En considérant cette mise en lien comme un cheminement (d'autant plus visible qu'un adolescent peut parfois longtemps se maintenir dans une attitude de retrait), elle se construit nécessairement à travers l'avancée de l'un avec l'autre. Caractérisée par une séquence

d'évènements qui forme un tout signifiant, la rencontre s'ordonne autour de rapprochements entre le soignant et un adolescent, lesquels se forment et se déforment, se rapprochent et se séparent, se veulent et se refusent. En tenant compte de l'ambivalence d'un adolescent pour qui la voie de l'altérité représente une probable menace, nous souhaitons désormais interroger la possibilité qu'il entame avec le soignant un mouvement mutuel.
Tout en tenant compte du fait qu'il existe des situations où un adolescent peut se maintenir dans une position de rétractation, de rejet ou d'apathie, nous verrons comment des facteurs tels que la posture soignante et la temporalité sur laquelle le professionnel peut s'appuyer peuvent devenir les vecteurs d'une démarche de pensée qui s'articule autour d'une dimension à la fois institutionnelle, soignante et adolescente. En effet, dans la mesure où l'institution de soin peut représenter le lieu d'un espace potentiel qui correspond au surgissement d'autres possibilités, de nouvelles interrogations émergent.

Si une institution s'organise autour d'un espace-temps propre au soin psychique, comment peut-elle être considérée comme créative ?
À l'égard d'un adolescent en grande souffrance psychique, en quoi la dimension créative d'une institution apparaît-elle comme essentielle ?
Dans quelle mesure favorise-t-elle l'émergence d'une rencontre ?

À partir de ce questionnement, l'importance de déployer un lieu de soin de manière créative apparaît avec acuité. En le considérant comme une aire potentielle au développement de capacités qui semblent momentanément ou durablement mises en suspens chez un adolescent en grande souffrance psychique, c'est l'associer à la possibilité d'une réalisation de soi avec l'autre.
Autour d'une lecture mêlant la richesse d'une clinique adolescente à une approche philosophique, nous mettrons donc en évidence les caractéristiques d'une institution créative et son importance dans le contexte spécifique de la non-demande. À partir du concept de créativité de la praxis tel qu'il est proposé par Castoriadis, nous associerons cette créativité à celle du soignant dont l'attitude de substitution consiste, en quelque sorte, à inventer un espace de rencontre alors qu'aucune demande n'est exprimée de la part d'un adolescent.
Dans la mesure où la créativité d'une institution se déploie autour d'une créativité soignante, nous verrons que ce cheminement se révèle nécessairement autour d'une pensée éthique faisant du partage l'essentiel d'une rencontre.

2.1 L'institué et l'instituant

Si une substitution responsable peut se rapprocher d'un agir unilatéral de la part du soignant, s'interroger au-delà, et en particulier autour d'une expérience mutuelle telle qu'elle peut s'instaurer autour de la situation de soin, apparaît avec acuité.
Alors qu'un adolescent est accueilli pour la première fois dans un lieu de soin, la fonction soignante consiste d'abord à valoriser sa perception : en tentant de comprendre ce qu'il comprend (nous faisons ici référence à une compréhension phénoménologique de la clinique), le professionnel envisage son mode d'existence et sa manière de l'habiter pour révéler une dimension où le monde de l'adolescent fait signe vers lui et réciproquement.

Alors que la perspective de figurer dans le monde de l'autre demeure un enjeu essentiel de la situation de soin, il s'agit d'en rendre compte, à mesure que le lien peut potentiellement s'instaurer. La position active du soignant qui caractérise les premiers moments de l'accueil d'un patient se conjugue dans l'espace-temps de l'institution de soin qui en définit les contours. Là où le soignant incarne un élan vers l'autre dans le but d'insuffler un cheminement commun, le lieu de soin devient un espace potentiel où se croisent à la fois une spatialité (celle liée à la dynamique intersubjective) et une temporalité (celle liée à l'intérêt et à l'opportunité d'une intersubjectivité), l'institution représente la condition essentielle à leur déploiement.

2.1.1 L'aire potentielle

Dans la mesure où une approche soignante est destinée à favoriser la compréhension du vécu adolescent dans une situation de soin, elle s'ouvre à sa manière de l'investir, ce qui participe au sens du soin. En étant le lieu même où se confrontent l'expérience vécue du soignant et celle d'un adolescent, l'institution se révèle alors comme un possible foyer de croisements : s'il reste à distance d'un lien sous-tendu par la situation de soin, un adolescent croise nécessairement le soignant. Lorsqu'ils se rencontrent pour la première fois, s'opère une forme d'assertion de soi où un adolescent se révèle aux yeux du soignant. L'organisation autour d'un espace et d'un temps propre au soin psychique est alors vectrice d'une ouverture possible dans laquelle l'un et l'autre s'apparaissent et s'ouvrent à une vision alors élargie de leur monde.
En accueillant d'abord l'expression de deux subjectivités qui, dans le quotidien de l'institution, sont amenées à converger autour de la mise en œuvre d'un dialogue entre le soignant et un adolescent, le lieu de soin représente alors un espace potentiel : l'éprouvé de l'un peut faire résonnance avec celui de l'autre pour possiblement s'éprouver rassemblé.

Situer l'origine de cette construction dont la perspective serait celle d'un éprouvé commun au sein même de l'institution soignante relève d'un défi dont les enjeux demeurent équivoques. Le soin psychique, s'il se fonde et s'organise autour d'une dynamique institutionnelle et se conjugue à des valeurs et des pratiques soignantes, renvoie à une offre thérapeutique qui se pense et se réajuste en fonction de chaque adolescent accueilli. Le lieu de soin fonctionne alors comme un espace à la fois institué/constitué (autrement dit qui s'organise autour d'un fonctionnement propre) et instituant/constituant (autrement dit qui s'envisage à partir de la singularité de chacun des patients accueillis) dont la particularité est celle d'être dans la continuité. Malgré l'existence d'espaces et de lieux différents au sein d'une même institution, celle-ci fonctionne autour d'un lien continu propre à l'émergence de différences qui pourront ensuite s'assembler : l'éprouvé du soignant et celui d'un adolescent sont toujours distincts, mais peuvent potentiellement évoluer vers le fait de s'éprouver ensemble autour d'un lien thérapeutique qui correspondrait à un espace psychique partagé.

D'un point de vue qui mêle une approche clinique (autour des éprouvés) et un mode de compréhension phénoménologique (autour de l'expérience qu'ils constituent), il s'agit de

valoriser l'institution soignante comme un lieu d'inspiration créative. Défi relevant d'une thérapeutique que nous qualifierons d'engagée (en tant qu'elle engage à la fois la fonction soignante et sa volonté d'investir la relation de soin comme le corollaire d'une co-construction avec un adolescent), c'est estimer en quoi la dynamique institutionnelle ouvre à la dimension relationnelle, le soignant et un adolescent expérimentant ensemble une situation de soin.
En considérant qu'une institution soignante incarne un lieu de réunification autour d'un éprouvé commun, il s'agit d'estimer de quelle manière cela est possible. C'est se demander comment un lieu de soin peut participer à l'établissement d'une rencontre rapprochant le soignant d'un adolescent qui, jusqu'ici, se maintenait à distance.

Si le lien susceptible de les rapprocher ne peut prétendre à être décrit de manière univoque, la force sous-jacente à cette construction encore indéterminée se rapproche d'une œuvre créée l'un avec l'autre autour d'une « présence partagée » (selon une expression derridienne) et qui se qualifie au sein même d'une institution de soin.
Alors même que nous l'avons rapproché d'un espace potentiel, il s'agit désormais d'associer la dynamique institutionnelle à un espace partagé avec le soignant : un Hôpital de Jour ou un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel pour adolescents, s'ils opèrent la fonction d'aire intermédiaire, sont susceptibles de représenter un renouveau dans une histoire de vie jusqu'ici émaillée de ruptures. Pour cela, investir un lieu comme constitué autour d'un espace-temps et constituant ainsi un seuil d'hospitalité, demeure une prérogative. Au-delà d'être suffisamment ouvert et adapté à la singularité de chaque adolescent accueilli, celui-ci s'ordonne nécessairement sur une manière d'être investie. Autour du lien thérapeutique que sous-tend la situation de soin, c'est s'interroger sur la possibilité qu'un soignant et un adolescent puissent s'approprier ensemble cet espace-temps.

D'un entre-deux que représente l'institution, comment celle-ci inaugure-t-elle la possibilité d'un entre-Soi ?
À partir d'un habité toujours singulier de l'existence, en quoi la dynamique institutionnelle s'ouvre-t-elle sur la possibilité qu'émerge un habité commun[231] ?

[231] Pour rappel, dans la seconde partie de notre recherche, le chapitre consacré à « La question de l'habiter » interrogeait l'habité adolescent. Autour d'une substitution responsable, il s'agissait de mettre en valeur sa singularité et la nécessité que le soignant agisse pour un adolescent dont l'habité demeure fragile.
Dans cette présente partie, c'est dépasser une forme d'unilatéralité de l'agir soignant en interrogeant la possibilité qu'émerge un habité commun autour d'une substitution co-créative.

Ces interrogations soulignent les différents reliefs d'une institution soignante : d'un support thérapeutique, elle peut devenir un vecteur relationnel faisant alors du lieu de soin un espace créatif. À partir de cette réflexion, il s'agit de valoriser d'une tout autre manière les modalités propres à une dynamique institutionnelle pour en faire une demeure créative. En mettant en évidence certains processus à l'œuvre dans une institution de soin, nous confronterons ce point de vue au contexte spécifique de la non-demande dans laquelle se distingue un adolescent en situation d'extrême vulnérabilité. Nous découvrirons alors que cette dimension créative inhérente à la dynamique institutionnelle peut être incarnée par le soignant à travers une attitude de substitution dont l'enjeu essentiel sera celui de créer un espace de rencontre là où tout semble figé dans la non-demande.

De nature à mettre en défi une institution autour de sa propension à déployer une nouvelle forme de soin psychique, cette dimension créative serait celle déployant une forme de co-existence là où le soignant et un adolescent se distinguent par un habité singulier. À partir d'une situation de crise (relative à la fois au moment adolescent, à l'ampleur de sa souffrance psychique et à la déstabilisation que la non-demande représente dans le contexte du soin), il s'agit, en quelque sorte, de se défaire d'un dispositif institutionnel pour en faire peu à peu émerger une disposition commune à investir un lieu de soin.
En conjuguant un dispositif à une disposition, c'est valoriser l'aire de potentialité que représente un lieu de soin alors même que la subjectivité de l'adolescent accueilli et sa capacité à la conjuguer avec l'autre apparaissent comme extrêmement fragilisées.

Malgré la menace que représente le fait d'agir à la place d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande, il s'agit dans cette analyse de se rattacher à la perspective qu'offre une dynamique institutionnelle en y associant la substitution comme une disposition à s'engager avec lui dans un champ des possibles. Propre à ouvrir un nouveau questionnement en lien avec l'émergence d'un soi relationnel, notre propos est de mettre en valeur cette construction qui se fait dans le lien avec l'autre.
Si nous nous sommes auparavant interrogés sur les conditions propres à l'avènement d'un soin psychique, il s'agit désormais de s'ouvrir à la dimension créative d'une institution. En renvoyant à une manière d'accompagner et de soutenir l'exploration d'un Soi pour qu'il se réalise dans la dimension intersubjective propre au soin psychique, il nous faut tenir compte de la non-demande susceptible de mettre en échec le lien à l'autre : d'un être-Soi qui mobilise

la fonction thérapeutique, c'est ainsi s'ouvrir à la possibilité d'un être-mutuel[232] que la fonction soignante viendrait appuyer.

Alors que l'institution renvoie d'abord à un dispositif exercé autour de normes et de règles de fonctionnement, l'appréhender à travers la spécificité d'une clinique adolescente s'avère indispensable. Le professionnel peut dès lors se mettre en situation de comprendre que l'extrême vulnérabilité d'un adolescent est de nature à perturber voir empêcher son investissement. Dans cette perspective, ce qu'offre l'institution comme espace potentiel devient un véritable appui pour lui et l'équipe soignante : c'est désormais à partir de la fragilité d'un adolescent que nous pourrons valoriser la dimension créative de l'institution et son importance à l'égard de celui qui se distingue par sa position de non-demande.

[232] Nancy JL. *Etre singulier pluriel*. Paris : Galilée; 1996.
Dans la présentation de son ouvrage, le philosophe se questionne sur l'« Etre singulier pluriel » que nous rapprochons d'un être-mutuel. Ainsi, affirme-t-il : « Les uns avec les autres. Ni les uns, ni les autres ne sont premiers mais seulement l'avec par lequel il y a des uns et des autres. L'avec est une dimension fondamentale de l'être ».

2.1.2 L'institution créative

À l'égard d'un adolescent qui n'exprime pas de demande de soin, l'intérêt de considérer autrement l'institution apparaît avec acuité. Dans la mesure où sa souffrance psychique fait figure d'enfermement et fragilise le rapport à l'autre, le lieu de soin représente une manière différente de le mobiliser dans la relation avec l'autre. À travers sa temporalité et les différents espaces qu'il recouvre, c'est l'esquisse d'un partage qui se dessine peu à peu dans les rapports entre le soignant et l'adolescent.

Malgré la béance que peut constituer la non-demande et la tendance à la normalisation qui serait celle qu'un adolescent puisse s'adresser au soignant, se représenter l'institution et s'interroger sur la façon dont elle est investit est grandissante. Ainsi, alors que les professionnels se mobilisent toujours plus pour accueillir la singularité de chacun des patients accueillis, la menace qui serait celle de réduire le soin psychique à un protocole est importante, la singularité d'un adolescent et ce qu'elle offre comme possible pourrait être affaiblie, la dynamique institutionnelle n'agissant alors plus comme un lieu d'altérité.
Face à cette propension à figer un adolescent à travers sa seule symptomatologie, nous pouvons nous questionner.

Comment la dynamique institutionnelle peut-elle participer à l'émergence d'une altérité alors même qu'un adolescent se distingue par sa non-demande ?
Au-delà d'une organisation basée sur une offre de soin spécifique à la clinique adolescente, en quoi l'institution constitue-t-elle un espace de renouveau ?

Si la position de retrait ou de mise à distance d'un adolescent peut, en quelque sorte, venir fragiliser la fonction soignante qui répond initialement à une demande, s'appuyer sur une autre considération du lieu de soin en le considérant à travers son potentiel de création nous offre une nouvelle perspective. Dans ce sens, la pensée philosophique de Castoriadis constitue une ressource indispensable que nous nous proposons désormais d'explorer.

Majoritairement centrée sur une réflexion portant sur la création humaine, l'œuvre de Castoriadis s'appuie sur différents courants de pensée (qu'ils soient politiques, psychanalytiques, économiques ou historiques) pour valoriser une nouvelle conception : en

rapprochant la société d'une institution imaginaire, le philosophe nous engage à saisir l'histoire des évènements sur un mode créatif, chacun étant à même de lui donner du sens, partager ainsi une même possibilité, pour finalement aboutir à une forme d'unité de la société. En considérant l'humanité à la fois comme l'œuvre d'une imagination et d'une création, l'analyse de Castoriadis porte sur ce qui fait société. L'usage d'un langage métaphorique se veut critique et comporte une visée politique. Alors que le philosophe souligne notre potentiel de transformation à travers un devenir autonome, ses propos exhortent la société à se déployer autour d'institutions non pas seulement instituées, mais instituantes, faisant du potentiel de chacun un fondement. En mouvement perpétuel, à même de se confronter aux limites de ce qu'il nomme « la clôture », l'institution se doit de représenter une forme d'ouverture participant à l'amorce d'une démocratie véritable.

Si, pour Castoriadis, la société comporte nécessairement une composante imaginaire et une composante créative, le système n'est pas seulement institué par ceux qui la composent : nous sommes en effet tous à l'œuvre dans ce réseau de significations en l'instituant et en créant ainsi ensemble les contours d'une société humaine et démocratique. La visée politique du projet philosophique de Castoriadis apparaît ici comme novatrice dans la mesure où il conjugue à la fois « une activité individuelle et collective en vue d'instaurer un nouveau rapport de la société à elle-même, en l'occurrence la possibilité permanente de s'interroger sur la validité de ses propres institutions[233] ».

En écho à une pensée du soin faisant de la dimension subjective le vecteur d'une intersubjectivité, là où nous avons précédemment analysé ses limites, la pensée de Castoriadis offre un souffle nouveau à des questions essentielles telles que l'agir autonome et le potentiel créatif de chacun des adolescents accueillis dans un lieu de soin. En ouvrant à la possibilité de repenser une institution soignante à travers toute sa puissance créative, l'œuvre de Castoriadis représente une véritable ressource à la fonction soignante, au regard de sa théorie de la praxis. S'il souligne l'importance du « faire humain » et donne l'exemple de la fonction thérapeutique qui « correspond au rapport même qui va s'établir entre le patient et le médecin (…) et à l'évolution de ce rapport, qui dépend de ce que l'un et l'autre feront[234] », ces propos entrent en résonance avec l'expérience du soin psychique. À l'égard d'un adolescent qui se

[233] David G. *Cornelius Castoriadis. Le projet d'autonomie*. Paris : Michalon; 2000. p.64.
[234] Castoriadis C. *L'institution imaginaire de la société*. Paris : Seuil; 1975. p.109.
Le philosophe interroge les présupposés de la praxis et se distingue par sa réflexion sur la pratique psychanalytique qui, si elle est se déploie d'abord dans le champ individuel, peut se rapprocher d'une visée destinée à favoriser le développement de la propre activité du patient comme agent autonome dans la société.

présente sous le signe d'une extrême vulnérabilité, ce « faire humain » s'avère essentiel et s'appuie sur le lien construit dans le quotidien de l'institution avec le soignant.
Dans la mesure où, pour le philosophe, ce mode spécifique du faire est la praxis, « ce faire dans lequel l'autre ou les autres sont visés comme êtres autonomes et considérés comme l'agent essentiel du développement de leur propre autonomie[235] », elle se détermine dans l'a « à faire » qui correspond au « développement de l'autonomie de l'autre ou des autres (qui) n'est pas une fin, elle est, sans jeu de mots, un commencement, tout ce qu'on veut sauf une fin[236] ».

À partir d'une métaphore de la société humaine, Castoriadis interroge donc l'existence d'une institution symbolique qui en est le corollaire. Dans un contexte où celle-ci apparaît comme d'autant plus fragilisée, le philosophe s'arrête précisément sur cette expérience du chaos à laquelle renvoie une forme de vulnérabilité institutionnelle.
En considérant que nous sommes chacun les agents du développement de notre propre autonomie, il s'agit pour Castoriadis d'associer cette confusion à un renouveau. Si son œuvre est de nature à associer la philosophie (qu'il définit comme « la mise en question de la représentation instituée du monde (…) dans l'horizon d'une interrogation illimitée[237] ») et la politique (qu'il associe à « la mise en question de l'institution effective de la société, l'activité qui essaie de viser lucidement l'institution sociale comme telle[238] »), Castoriadis s'intéresse à l'activité autonome et créatrice par laquelle nous nous constituons. En adoptant un mode d'interrogation illimitée, il met en exergue l'importance de penser avec les autres, s'abolissant ainsi d'une seule vision solipsiste et d'une liberté autarcique. Alors que pour le philosophe, l'autonomie se déploie nécessairement dans l'altérité, elle s'organise dans l'institution. Sous l'hégémonie d'une dimension sociale, Castoriadis considère le projet d'autonomie en lien avec un faire démocratique.
Dans la mesure où les propos du philosophe conjuguent la notion d'autonomie à un projet politique, nous pouvons aussi y discerner une autre dimension faisant de la société autonome le tremplin d'une autonomie du sujet. Ainsi, selon Castoriadis, devenir autonome s'éclaire autant par sa dimension sociale que psychique dans la mesure où ce projet s'associe à un sentiment d'appartenance à une institution. Rapproché d'une activité du sujet, le projet d'autonomie se déploie nécessairement à travers une praxis.

[235] Castoriadis C. *L'institution imaginaire de la société*. Op.cit. p.112.
[236] Ibid.
[237] Castoriadis C. *Les carrefours du labyrinthe*. Tome 2. Paris : Seuil; 1986. p.384.
[238] Ibid.

Dans un contexte où le soin psychique repose sur une dialectique faisant de la vulnérabilité individuelle une limite dans l'offre de soin, l'enjeu qui consiste à se représenter l'institution soignante comme une ressource créative apparaît donc avec acuité. Outre la dimension de l'institué et de l'instituant à laquelle elle renvoie, c'est se demander comment la dimension créative de l'institution valorisée par cette approche philosophique est susceptible d'interagir avec une créativité singulière du soignant et d'un adolescent.
Si l'œuvre du philosophe met en valeur un questionnement relatif à l'institution imaginaire de la société, les parallèles possibles avec la situation de soin s'avèrent nombreux. Propice à l'avènement d'une altérité dans laquelle le faire ensemble relèverait d'une activité créatrice commune, le soin psychique renvoie à la possibilité d'une co-construction qui, nous le verrons, peut s'appuyer sur l'attitude de substitution du soignant, au-delà de sa seule responsabilité à l'égard d'un adolescent.

En réponse à nos interrogations, l'institution soignante représente un espace de renouveau dans la mesure où elle se déploie au quotidien et laisse la possibilité d'être investi comme tel par le soignant et un adolescent.
Si le concept d'autonomie apparaissait jusqu'ici comme l'un des enjeux essentiels d'une substitution responsable telle que nous l'avons analysé précédemment, le soumettre à la dimension créative de l'institution offre une nouvelle perspective.

2.1.3 Le devenir autonome

La dimension praxique de l'autonomie demeure, dans le contexte du soin psychique, un élément essentiel dans la mesure où elle une visée thérapeutique. En effet, si Castoriadis considère que la médecine appartient à la praxis, son déploiement dans une institution demeure essentiel.

En offrant une perspective à la situation de soin, au-delà des conditions qui demeurent essentielles à l'avènement d'un soin psychique (telles que nous les avons mis en évidence précédemment), il s'agit de se représenter l'institution créative comme sa condition essentielle faisant du projet d'autonomie une source de mobilisation commune entre le soignant et un adolescent.

Pour suivre la démarche du philosophe, en se représentant ce qui n'est pas, autrement dit en imaginant ce que serait un lieu de soin, c'est le faire être. Ainsi, en mêlant cet acte d'imaginaire instituant avec une organisation instituée du lieu de soin, l'enjeu est bien de faire exister une situation de soin. Les rapports entre le soignant et un adolescent, s'ils s'inscrivent dans une dimension à la fois symbolique et réelle deviennent alors un appui indispensable à l'institution dont la fonction essentielle est de les révéler.

Au regard des différents dispositifs institutionnels qui existent dans un lieu de soin, il s'agit désormais de s'intéresser plus précisément à ce qui peut être à l'œuvre dans une institution soignante. En considérant qu'elle est susceptible de renvoyer à une dynamique créative, c'est donc réfléchir à ce qui participe au caractère d'auto-transformation de l'institution en tant que lieu dont les caractéristiques et le fonctionnement seraient en soi thérapeutiques.

Dans la mesure où un Hôpital de Jour ou un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel accueillent des adolescents pour qui une offre de soin classique est d'abord mise en échec, le recours à un soin institutionnel destiné à leur redonner une place dans l'organisation du dispositif soignant participe à cette approche créative de l'institution.

Si ces dispositifs sont nombreux, ils participent activement à l'avènement d'un cadre thérapeutique spécifique dont les contours s'ajustent nécessairement à la singularité de chacun des adolescents accueillis. Ainsi, l'exemple des temps de réunions hebdomadaires, réunissant une équipe pluridisciplinaire, apparaît comme l'un des vecteurs essentiels à la posture créative d'une institution. À la fois attentive à une réalité externe et à une réalité interne, l'équipe soignante tente en effet d'associer les formes d'expression d'un vécu psychique singulier aux

évènements réels dont elle est le témoin, au quotidien. En tentant de comprendre ce qu'un adolescent exprime par le biais d'un langage à la fois corporel, non verbal ou verbal, ces temps d'échanges et de confrontation de points de vue favorisent l'émergence d'une attention spécifique, que les uns et les autres créent au fur et à mesure de l'accompagnement d'un adolescent. Alors que les soignants cherchent à soutenir chez lui une instauration progressive d'un sentiment d'appartenance à un lieu, la valorisation de l'espace et du temps tels qu'ils existent dans la dynamique institutionnelle se conjugue à une organisation des soins destinée à évoluer. Au regard d'une praxis soignante, ces temps de réunions peuvent devenir une ressource indispensable là où une position adolescente d'évitement, de rejet ou d'apathie renvoie les professionnels à leurs propres limites.

À partir des échanges qui ont lieu lors de ces temps institutionnels et qui se déploient autour de mouvements transférentiels ou contre-transférentiels propres à la pratique soignante, la posture créative de chacun est susceptible de se conjuguer à d'autres moments d'échanges tels que les temps de synthèses avec les partenaires du soin. Là encore, la possibilité d'évoquer les attitudes ou les comportements d'un adolescent comme dotés de sens participe à cette posture créative de l'institution incarnée par l'équipe soignante et destinée à faire émerger celle d'un adolescent. En favorisant l'apparition d'une attitude d'anticipation qui consiste à mettre en évidence non pas seulement la position de vulnérabilité d'un adolescent, mais aussi ses potentialités, ces temps d'échanges participent à rendre l'institution innovante dans la mesure où il s'agit de créer un juste équilibre entre une attention indispensable à la symptomatologie perçue et la propension d'un adolescent à se réaliser en dehors des difficultés qu'il présente à son arrivée dans le lieu de soin.

Dans la mesure où les réunions d'équipe et les synthèses figurent comme des exemples de dispositifs institutionnels, la manière dont ils sont investis laisse entrevoir une volonté d'en faire des espaces de pensées.
Là où cette conception d'une pratique institutionnelle créative se heurte de plus en plus à une protocolisation du soin psychique, cette posture en appelle à une mobilisation soignante quotidienne destinée à faire de ces dispositifs des outils thérapeutiques essentiels. Conjugués à des dispositifs thérapeutiques tels que les groupes à médiations ou les consultations familiales, il s'agit en effet de penser à un aménagement de l'institution qui permette l'avènement d'une relation thérapeutique liant l'équipe soignante, un adolescent, sa famille et les partenaires du soin. Dynamique et modulable, la posture institutionnelle à laquelle cet

aménagement renvoie sous-tend l'implication de chacun dans ce mécanisme[239] et fait écho à la pensée de Castoriadis. En effet, si la pensée du philosophe est orientée sur les conditions de possibilité du projet d'autonomie et ce qu'il implique au sein d'une institution sociale, celui-ci met chacun de nous en situation d'être l'agent principal d'un devenir autonome. La force des propos du philosophe apparaît avec d'autant plus d'acuité que la dimension véritable de l'institution se caractérise par cette posture créative qui, dans le contexte du soin, est susceptible de rassembler le soignant et un adolescent autour d'un habité commun.

Dans la mesure où la souffrance psychique peut agir comme un enfermement et rendre d'autant plus difficile le rapport à l'autre, s'interroger sur les conditions relatives au projet d'autonomie s'avère indispensable là où la substitution responsable faisait de l'autonomie une composante essentielle. En effet, si la première condition peut se rapprocher de la capacité d'un adolescent à exister singulièrement (et non seulement à travers le discours de l'autre), il arrive que certains soient en difficulté dans ce sens. Le devenir autonome comme perspective d'une dimension créative de l'institution renvoie à la nécessité d'interroger la fonction soignante comme soutien à cette capacité de création. En parallèle, face à une forme de vide éthique, la seconde condition tient plus au déploiement de ce devenir autonome, pour, au contraire, penser la possibilité d'une rencontre avec ce qui est et ce qui peut advenir entre le soignant et un adolescent.

Ces conditions, telles qu'elles sont pensées dans l'œuvre de Castoriadis, participent à une nouvelle élaboration du soin psychique : en engageant à la fois la fonction institutionnelle et la fonction soignante dans l'accueil et l'accompagnement d'un adolescent, il s'agit de se confronter à la menace d'un vide éthique pour en imaginer d'autres esquisses. C'est considérer que l'œuvre d'une institution soignante est celle d'établir un nouveau rapport

[239] Racamier PC. (1970). *Le psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. Paris : Payot. éd. 1973. p. 165.
En s'interrogeant sur les propositions psychothérapiques pour les organismes de soins, Racamier propose « quelques recommandations à l'intention des réparateurs d'institutions psychiatriques usées » telles que : « N'engagez pas de traitement individuels complexes avant d'avoir entrepris le traitement de l'institution elle-même(…) Ne prenez aucun risque avec vos malades tant que vous n'êtes pas pleinement confiant dans l'institution(…) Ne soyez pas surpris de rencontrer des obstacles, des oppositions, des résistances (…) Attendez-vous à des crises. Elles précèderont dans les cas favorables, et suivront dans les mauvais cas, les progrès effectués. Sachez vous demander à qui la réussite ou l'amélioration institutionnelle peut déplaire ».
Ces recommandations, d'allure provocatrices, sont encore très actuelles dans la mesure où Racamier fait état d'une dynamique institutionnelle faite d'avancées comme de reculs, au gré des accompagnements comme des mouvements de l'équipe soignante. Aujourd'hui, dans un contexte où guette une tendance à la normalisation, ces recommandations invitent à se mobiliser autour d'une praxis faisant de la fonction soignante un véritable engagement marqué par une volonté de penser l'institution comme un lieu de rassemblement constitué à la fois par les rapports internes et externes qui traversent un lieu de soin.

d'altérité que le soignant et un adolescent pourront possiblement investir ensemble de manière créative.

Dans ce sens, si l'approche de Castoriadis représente une perspective, sa conception faisant de la praxis un faire dans lequel se déploie l'autonomie comporte une limite qu'il nous faut désormais dépasser : s'il considère la possibilité que chacun s'autonomise avec et par les autres, il s'agit de présupposer de la capacité de l'autre à devenir autonome dans la praxis. Dans la mesure où l'agir soignant qui se caractérise par une substitution responsable vise cette autonomie, le risque est bien de considérer un adolescent comme celui qui n'est pas en capacité de devenir autonome. L'attitude de substitution se heurte dès lors à une forme d'aporie faisant de l'autonomie un idéal que certaines situations d'adolescents se maintenant à distance (par un silence ou un agir bruyant) viendraient souligner.
Dans cette perspective, penser que l'autonomie d'un adolescent peut se réaliser au travers de l'expression de ses potentialités représente une voie nouvelle mêlant la posture créative de l'institution, du soignant et d'un adolescent.

Cette approche, dans la manière de révéler le projet d'autonomie comme un devenir autonome offre une perspective somme toute différente à la situation de soin. En effet, là où l'attitude de substitution responsable renvoie à une composante hospitalière et considère l'autonomie éthique comme une valeur essentielle, l'intérêt d'ouvrir à une composante créative de la substitution apparaît avec acuité.
Au-delà d'une constitution éthique, nous nous interrogeons en effet sur sa dimension pratique : si la substitution peut aussi se déployer au quotidien à travers une offre de soin telle qu'une médiation thérapeutique, elle peut s'ouvrir à une dimension co-créative susceptible de rassembler le soignant et un adolescent autour d'une œuvre commune. Autour de ce que nous nommerons un faire d'humanité, nous nous demanderons si la substitution peut ouvrir à la perspective d'une transformation, le soignant comme un adolescent pouvant dès lors être transformé à partir d'une situation de soin dans laquelle l'un est engagé avec l'autre.
En considérant que la fonction soignante relève aussi d'un engagement à penser le lieu de soin comme un espace de potentialité et de transformation du réel (que la souffrance psychique d'un adolescent peut rendre particulièrement douloureux), il s'agit de sublimer une situation de soin.

Comment, à partir d'une institution créative, l'attitude de substitution du soignant participe-t-elle au fait de créer un espace de soin propice à la rencontre avec un adolescent ?
Comment peut-elle se déployer dans une œuvre commune avec un adolescent ?
Dans quelle mesure l'aire d'expérimentation que représente un lieu de soin peut aussi révéler la potentialité créatrice du soignant et de l'adolescent ?

Autant de questions qui sont de nature à offrir une perspective encore différente à la substitution. En écho à la situation de Yu, là où la dimension intersubjective représentait pour lui une menace, le déploiement d'une offre de soin créative fondée sur différents espaces-temps lui a permis peu à peu d'investir autrement le lien avec le soignant. En commençant par se substituer à sa non-demande pour aller au-devant de lui, le professionnel a ensuite mobilisé sa créativité pour accompagner l'émergence de celle de l'adolescent et dessiner ainsi les contours d'une relation laissant toute l'opportunité à la rencontre.

En nous confrontant aux limites de l'intersubjectivité qui demeure pourtant un leitmotiv dans la relation thérapeutique, nous avons tenu compte de la position de certains adolescents pour qui toute forme d'altérité représente une possible menace. À partir d'une conception créative de l'institution, nous avons mis en évidence l'importance de cette posture incarnée au quotidien par une équipe soignante dont l'une des fonctions essentielles est celle d'entrevoir le potentiel créatif d'un adolescent alors marqué par un parcours traumatique dont le spectre peut être celui d'un enlisement dans une symptomatologie bruyante.
En pensant des dispositifs institutionnels variés et une offre de soin adaptée à chaque adolescent accueilli, nous sommes allés au-delà d'une forme d'unilatéralité de l'agir soignant dont la limite serait celle de considérer l'autonomie comme une visée idéale, dénouée de toute forme d'expression singulière.

En nous interrogeant sur une composante créative de l'attitude de substitution, nous verrons en quoi elle ouvre à une refonte de la pratique soignante, le professionnel n'étant plus seulement guidé par la défense d'une subjectivité adolescente ou la nécessaire hospitalité à son égard.

2.2 Une offre de soin singulière

En interrogeant les limites d'une substitution responsable, nous avons considéré qu'agir pour l'autre peut se révéler unilatéral dans le contexte du soin psychique, la substantialité du sujet étant alors réduite à la seule responsabilité du soignant envers un adolescent qui se distingue par une extrême vulnérabilité.
Alors qu'il n'exprime pas de demande et se met à distance de toute forme de lien que la situation de soin pourrait induire, la position soignante interroge. Si une posture institutionnelle telle que nous l'avons considérée en appelle à être créative à l'égard d'un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin, le professionnel peut venir incarner cette créativité dans la mesure où il se mobilise à cet effet. De nature à refonder l'offre thérapeutique, le silence ou l'agir bruyant qui caractérisent un adolescent en grande souffrance psychique deviennent alors les attributs d'un changement. Au-delà de la fragilité qu'incarne la position adolescente, la crise qu'il traverse ouvre à de nouvelles considérations en lien avec une pensée et une pratique du soin psychique.

Dans la mesure où l'éthique relationnelle à laquelle renvoie la composante hospitalière d'une substitution responsable se confronte à une intersubjectivité rendue difficile dans le contexte spécifique de la non-demande, le soignant est amené à faire preuve de créativité pour inventer un espace de soin dont la configuration semble impossible (là où un adolescent reste en retrait et met à distance toute forme de réciprocité visée dans une situation de soin). Dans ce sens, si un adolescent en grande souffrance psychique peine à entrer dans un rapport d'altérité, il s'agit pour le professionnel de tenir compte de sa manière singulière d'investir l'espace de soin avant même qu'il puisse l'expérimenter avec l'autre/d'autres. En lien avec la dimension créative d'une institution et la démarche créative nécessairement incarnée par le soignant, nous rapprocherons la substitution d'une forme d'expérimentation commune, laissant la possibilité d'investir ensemble la situation de soin.

2.2.1 La refonte d'une pratique

Si l'autonomie d'un adolescent constitue l'un des enjeux essentiels d'un accompagnement thérapeutique, son accession peut s'avérer difficile dans la mesure où la souffrance psychique agit parfois comme une limite. Le professionnel se confronte alors à la nécessité d'interroger sa pratique en modulant ce qui fait l'être même du soin, à savoir soutenir et accompagner un adolescent de manière autonome vers un apaisement psychique.

De nature à ouvrir à une autre considération de l'autonomie, nous nous sommes appuyés sur les propos de Castoriadis pour ensuite les dépasser, l'accueil d'un adolescent en grande souffrance psychique représentant une situation d'autant plus complexe qu'une vision praxique de l'autonomie révèle en soi une aporie là où il peut se maintenir dans une position de retrait.
En ouvrant à la possibilité de définir l'autonomie non pas seulement comme une fin, mais bien comme un commencement, c'est désormais une nouvelle perspective qui se dessine : en écho à une présence autrement qu'absente que le soignant pourrait allouer à un adolescent qui se distingue par sa non-demande, il s'agit de le considérer à travers son potentiel d'autonomie, au-delà de sa capacité à devenir autonome.

Cette dimension, qui se déploie autour de la dialectique mettant en jeu l'aliénation et l'autonomie, participe à une acceptation somme toute nouvelle de la situation de soin qui consiste, dans ce sens, à accueillir un adolescent autour de ses possibilités : c'est tenter de comprendre la façon dont il peut non seulement devenir, mais aussi laisser venir l'amplitude de liberté qui est la sienne, mais que sa souffrance semble avoir momentanément ou durablement réduite.

À partir d'une conception avant tout sociale de l'autonomie, si le « sujet effectif (est) pénétré de part en part par le monde et par les autres[240] », il s'agit désormais de se demander comment un lieu de soin et les espaces qui le constituent peut être considéré comme une première brèche : c'est, à partir des ouvertures propres à une posture institutionnelle créative,

[240] Castoriadis C. *L'institution imaginaire de la société*. Op.cit. p.158.

s'interroger sur la façon dont un adolescent peut s'en saisir pour créer avec le soignant sa propre opportunité à travers les différents dispositifs de soin qui lui sont proposés.
Dans ce sens, il s'agit de se demander comment leur séquentialité constitue le socle d'une institution soignante et favorise une instauration progressive d'un sentiment d'appartenance à un lieu de soin que nous rapprochons d'une aire d'expérimentations et d'opportunités[241].

Si l'espace et le temps qui incarnent un lieu de soin nous ont auparavant mobilisés autour de la question transcendantale du soin, ils sont apparus comme les conditions essentielles à son avènement. À l'égard d'un adolescent en proie à une souffrance psychique majeure, l'institution thérapeutique se doit d'être hospitalière. La responsabilité de l'équipe soignante à cet effet est évidente et mobilise les professionnels au quotidien. Pour autant, alors qu'ils tentent de faire du lieu de soin une ressource essentielle à l'apaisement d'un adolescent dont le parcours de vie était jusqu'ici émaillé de ruptures, ils se heurtent souvent à son attitude fuyante et insaisissable. Un adolescent, à chaque fois singulier, alerte alors d'autant plus que l'espace-temps pensé comme sécurisant et continu par l'équipe soignante est parfois en totale inadéquation avec la façon dont il a pu jusqu'ici expérimenter son existence. La dimension intersubjective sur laquelle se fonde classiquement le soin psychique et qui se déploie dans une institution thérapeutique se heurte à des trajectoires dans lesquelles le rapport d'altérité est synonyme d'une menace. La nécessité de refonder les pratiques soignantes autour d'une institution créative apparaît alors avec acuité.

À partir de la pensée de Castoriadis relative à une institution imaginaire de la société, c'est, en quelque sorte, se libérer d'une pensée trop souvent réductrice faisant de la suprématie du symptôme un leitmotiv, pour imaginer une institution créative laquelle se déploie à travers une pratique soignante spécifique.
Alors qu'un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin se distingue par une extrême vulnérabilité, il est souvent sur le seuil, comme s'il était là, mais aussi ailleurs. L'enjeu essentiel que révèle cette position d'entre-deux est alors celui d'entamer avec lui un mouvement ouvrant à la possibilité qui est celle de déployer un soin psychique. Cette

[241] A ce propos, la situation de Melody constituera ultérieurement une illustration. Au-delà d'un discours programmatique faisant de la mutualité une nouvelle composante de la substitution, nous nous intéresserons à la manière dont elle peut s'amorcer et s'expérimenter au quotidien autour d'une créativité susceptible de rapprocher le soignant et un adolescent.
Si Melody se distingue d'abord par une non-demande et reste à distance de toute proposition thérapeutique, l'opportunité de créer avec elle une aire d'expérimentations autour de la danse ouvre à une considération somme toute nouvelle de ses potentialités et souligne sa capacité à investir progressivement la situation de soin.

entreprise n'est pas aisée d'autant plus que les premiers moments vécus avec un adolescent semblent uniquement liés à l'agir soignant, ce dernier n'exprimant aucune demande vis-à-vis des professionnels habituellement sommés d'y répondre.

Aux frontières d'une rencontre dans laquelle il pourrait s'apaiser comme se désagréger (au vu du risque qu'elle représente pour lui), la manière dont un adolescent est susceptible d'investir un lieu de soin peut d'abord se révéler totalement dépourvue de sens. Dans un contexte où il existe une forme d'ubiquité de la demande, les professionnels sont d'autant plus attentifs à sa singularité qu'il n'en dit d'abord rien, silencieux ou, au contraire tellement bruyant, qu'il paraît inaccessible. En considérant le lieu de soin et la continuité que représentent les différents espaces qui le constituent, l'équipe soignante tente alors de favoriser une mise en lien avec un adolescent qui la met jusqu'ici à distance. Cette perspective qui relève d'une mobilisation de chaque instant participe à consacrer l'institution comme thérapeutique en elle-même. Pour autant, au regard de l'attitude d'un adolescent qui peut se maintenir pendant des mois à l'écart de toute forme d'altérité avec le soignant (en mettant ainsi en échec les différentes tentatives thérapeutiques), rapprocher une institution d'un lieu créatif nécessite de mobiliser ceux qui le constituent : le soignant apparaît dès lors comme celui susceptible d'incarner cette créativité afin qu'avec lui un adolescent puisse déployer la sienne.

En se mobilisant d'abord pour l'adolescent, il s'agit d'entrevoir la possibilité de partager avec lui l'expérience relative à une situation de soin.
Dans la mesure où une substitution responsable peut s'ordonner autour d'une éthique relationnelle amenée par le soignant et destinée à un adolescent en grande souffrance psychique, il s'agit désormais de dépasser cette seule prérogative en considérant la possibilité qu'il participe à l'émergence d'une éthique non plus seulement constituée, mais bien partagée entre le soignant et un adolescent.

2.2.2 La mobilisation soignante autour d'une éthique du partage

En tenant compte d'une conception d'abord abstraite de la créativité, notre souhait est de la rapprocher d'une situation de soin et de l'expérience nouvelle qu'elle peut constituer dans le parcours d'un adolescent jusqu'ici fragilisé psychiquement. Si son habité toujours singulier mobilise les professionnels et fait l'objet d'une attention particulière, nous nous demanderons dans quelle mesure sa souffrance psychique, comme entrave à sa capacité à investir un lieu de soin, incite une équipe soignante à faire évoluer ses pratiques pour faire de l'institution un espace-temps à créer : d'une institution créative, il s'agit de se questionner sur la manière dont elle peut se déployer autour d'une créativité soignante pour ensuite envisager la possibilité d'un adolescent à s'inscrire dans un espace-temps qu'il ferait exister, d'abord par sa seule présence puis avec celle du soignant.

En écho à la situation de Yu dont l'état d'agitation à domicile peut être compris comme le signe d'une grande fragilité psychique, le fait qu'il puisse investir le lieu de soin comme un espace potentiel mobilise l'attention de l'équipe soignante. D'abord fuyant puis récalcitrant à toute forme d'échange qu'il semble vivre comme une forme d'intrusion à son égard, Yu se distingue au fur et à mesure par sa capacité à faire de l'espace thérapeutique dans lequel il a été accueilli, l'entre-deux d'une nouvelle expérimentation.

À partir de cette situation qui retrace la difficulté d'un adolescent à investir un lieu de soin en se maintenant dans une non-demande, il s'agit de s'intéresser au potentiel qui est le sien en lien avec une dynamique créative incarnée par le soignant. Alors qu'aucune demande n'est émise de la part de celui que la souffrance psychique assaille, le professionnel est en situation d'inventer un espace de rencontre qui vient faire de l'altérité une voie possible, autrement que menaçante.

Dans ce sens, comment valoriser la créativité soignante susceptible de se développer dans un lieu de soin ?
En quoi pouvons-nous la considérer comme essentielle dans le contexte spécifique de la non-demande ?

Si elle se déploie à partir de la dimension créative d'une institution, l'attitude soignante qui correspond d'abord au fait d'instaurer un climat relationnel propice à l'émergence d'un processus créatif chez un adolescent renvoie dès lors à la propre créativité du professionnel. Celui-ci est en effet en situation de proposer un espace de médiation dans lequel l'acte de symbolisation et la réalisation de soi deviennent possibles, ce qui renvoie à sa propre capacité à penser l'espace de soin comme une véritable ressource thérapeutique.

En privilégiant un aménagement singulier de l'aire potentielle que représente le lieu de soin, le soignant incarne ainsi la possibilité pour un adolescent de s'investir authentiquement. Si, en quelque sorte, l'attitude du professionnel ouvre aux prémices d'un ré-enclenchement créatif, le fait qu'il soit lui-même dans cette disposition participe au surgissement d'une telle propension chez celui qui se distingue d'abord par une grande fragilité psychique.

Attentif et accueillant vis-à-vis des signes émis par un adolescent, l'attitude du professionnel n'est plus seulement l'effet d'une responsabilité : face à la souffrance psychique qui constitue en soi un appel, il est lui-même appelé à être créatif à l'égard de ce qui apparaît comme un langage à composer avec l'adolescent. Parmi le silence ou, au contraire, un agir bruyant, il s'agit de frayer la voie de ce qui peut devenir un message. Autour d'un espace de soin, c'est faire de l'offre thérapeutique un matériel à penser.

Si le dialogue qui s'instaure avec un adolescent semble d'abord infécond voir intrusif pour celui qui se maintient momentanément ou durablement dans une position de retrait, l'attitude soignante doit alors correspondre à un état de confiance faisant de la substitution le vecteur d'une appropriation au processus créatif enclenché dès les premiers échanges. En proposant à un adolescent de s'appuyer sur son fonctionnement psychique, le professionnel pose ainsi les fondements d'un acte de pensée où la symbolisation de l'un se conjugue à celle de l'autre pour faire de l'espace de soin le vecteur d'une intersubjectivité, laquelle était jusqu'ici synonyme de menace.

Dans la mesure où ce mouvement de perception (propre à l'acte de pensée) pourrait se heurter à la limite de l'aperception (faisant de la position soignante la seule manière de se constituer pour un adolescent), l'attitude de substitution renvoie au contraire à un cheminement commun. Alors qu'ils partagent une même position de vulnérabilité au moment où le soignant et un adolescent se rencontrent (la non-demande révèle une situation de fragilité chez l'un et

l'autre), le potentiel créatif insufflé par ce contexte de crise est de nature à les rassembler. Peu à peu, l'expérimentation d'un espace thérapeutique fait trace, la situation de soin représentant une aire potentielle à poursuivre ensemble.
En prenant appui sur une offre thérapeutique diversifiée, le professionnel expérimente alors la dimension créative que représente sa fonction soignante. Alors qu'il est initialement confronté au temps suspendu de la non-demande, sa capacité à refonder sa pratique et à se mobiliser autour de la rencontre avec un adolescent devient essentielle.

Là où la souffrance psychique est d'abord si intense qu'il semble comme suspendu à sa solitude, l'expérience de l'autre se dévoile sous la forme d'une crise du lien et invite le professionnel à moduler sa position.
Si la crise propre au moment adolescent est parfois le signe d'un chaos intérieur et d'une profonde béance psychique, son issue est incertaine. En mettant à jour une forme d'isolement, l'événement que représente la situation de soin peut, au contraire, révéler une tout autre perspective et faire de la fragilité adolescente le ressort d'une nouvelle dimension : d'un retranchement propre à la souffrance psychique, c'est la conjuguer en une possibilité de se réengager dans un lien avec l'autre. Sans en faire un élément sacralisé pour autant, il s'agit dès lors de valoriser autrement ce lien autour d'un rapport éthique entre soi et l'autre.

Alors qu'un adolescent semble aux prises avec un vécu psychique particulièrement menaçant à son arrivée dans un lieu de soin, considérer la possibilité de revaloriser avec le soignant le lien thérapeutique relève d'un véritable défi. Au-delà de la seule responsabilité du soignant, c'est estimer un adolescent à travers sa capacité à se révéler dans une démarche éthique qui se déploie en sa présence, mais surtout avec lui.
Cette considération d'une éthique non plus seulement relationnelle, mais dont l'allure est celle d'un partage entre un soignant et un adolescent interroge.

À quoi fait-elle référence dans la situation du soin psychique ?
Quels sont ses enjeux à l'égard d'un adolescent en grande souffrance psychique qui se distingue par sa non-demande ?

Si le fait de questionner le potentiel créatif d'une institution nous a permis de mettre en évidence la nécessité de s'appuyer sur la propre créativité du soignant, cet attribut n'a de sens que si un adolescent s'empare d'une telle prérogative et valorise avec le soignant une manière

d'investir un lieu de soin de manière créative. C'est, en quelque sorte, sa force à inventer des possibles autour de la rencontre thérapeutique qui donnera l'ampleur d'une éthique partagée, sans quoi celle-ci serait réduite à l'agir de l'un pour l'autre sans qu'un adolescent ne puisse s'y révéler.

Autour du paradigme du partage et dans le but de la définir, nous considérons cette éthique qui se développe dans le quotidien de la situation de soin comme celle qui tente de mettre en évidence non plus seulement la fragilité d'un adolescent qui en appelle à sa considération éthique, mais bien sa capacité à s'en emparer et à s'investir dans sa mise en œuvre. Au-delà d'une éthique relationnelle telle que nous l'avons mise en valeur autour de la composante hospitalière d'une substitution responsable, ce n'est plus seulement considérer un adolescent à travers la nécessité d'un agir éthique, mais bien autour d'une potentialité à la partager avec le soignant.

En accueillant le caractère créatif que suppose le moment adolescent (bien qu'il paraisse temporairement ou plus durablement en faillite au gré de l'histoire de vie de chacun), la fonction soignante mise alors sur l'inventivité d'un adolescent qui, malgré sa souffrance, peut voir en l'autre une manière de la revaloriser. Dans un contexte où une fragmentation de son vécu psychique agit comme un leitmotiv, cette pensée éthique le mettrait en position de se reconstruire autour d'un lien de partage avec le soignant.

En demeurant un véritable protagoniste de la situation de soin, la souffrance psychique d'un adolescent qui rend difficile l'expression d'une demande de soin ne serait plus le seul vecteur de pensée. En effet, à travers sa capacité à donner une dimension éthique à son vécu de souffrance, il s'agit d'y associer une nouvelle perception faisant d'un adolescent l'acteur d'une rencontre au même titre que le soignant qui l'initie à travers l'offre thérapeutique.

Dans la mesure où l'instabilité psychique d'un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin est importante, l'expression autour d'un vécu commun propre à l'expérience d'altérité apparaît comme l'un des fondements de cette éthique de partage. Alors qu'il se maintient à distance par son silence ou un agir bruyant, un adolescent en grande souffrance psychique se manifeste avant tout par une difficulté à faire part à cet échange. La potentialité qu'il puisse exister dans la pensée soignante le met alors possiblement en situation d'y prendre part, à sa manière, chaque fois singulièrement. Si ses tentatives de fuir le lien que lui propose le soignant marque généralement les premiers temps de l'accueil dans un lieu de soin, croire en sa capacité à les transformer en une prédisposition à faire œuvre avec l'autre mobilise l'équipe soignante au quotidien.

Ainsi, c'est miser sur l'apparente insignifiance de certains gestes ou de certaines attitudes : si un adolescent peut d'abord systématiquement se mettre à distance de l'équipe soignante en évitant de partager les mêmes espaces, le fait de s'y installer au fur et à mesure, même silencieusement ou insidieusement, représente cette même prédisposition à s'en saisir. En écho à l'histoire de Yu qui n'adresse aucun regard à l'équipe soignante pendant plusieurs semaines, le fait qu'il accepte de s'installer dans la salle d'accueil parmi les autres adolescents marque peu à peu sa participation à un vécu commun qu'il accepte de partager avec l'autre.
Au-delà de la seule attitude d'un adolescent aux prises avec l'isolement de sa souffrance, c'est accueillir une manière singulière d'habiter son existence et le considérer à travers sa capacité à la conjuguer en un devenir créatif.

Si un adolescent se distingue avant tout par une extrême vulnérabilité lorsqu'il se présente pour la première fois dans un lieu de soin, son silence peut dès lors s'entendre comme un cri, ses agirs comme une interpellation vouée à devenir une parole adressée à l'autre. Ainsi, en écho à la présence soignante sur qui un adolescent pourrait possiblement s'appuyer pour se penser/repenser et s'inventer/se réinventer, c'est considérer qu'ils partageront ensemble cette expérience créative. Le cheminement propre à cette créativité s'organiserait autour d'une entrée commune dans ce processus, l'un progressant avec l'autre dans l'espace de soin désormais réinventé ensemble.

Cette vision d'une éthique partagée, au-delà d'une parole sur un adolescent qui en appelle à agir pour lui, ouvre à celle d'une parole qui est à faire-valoir avec lui. Jusqu'ici désigné à travers une grande fragilité psychique mobilisant à la fois l'hospitalité et la responsabilité soignante, il s'agit non plus seulement de lui donner la parole, mais bien qu'il s'en empare, signe son sens et puisse en faire-œuvre avec le soignant. Perspective souvent minorée au profil d'un discours sur un adolescent, cette parole à deux voix se conjugue à celle de l'un avec l'autre.
À la manière d'une parole composée ensemble, le soignant et un adolescent trouveront ici un espace à réinventer, en écho à l'avènement d'un lien qui, au départ, se laisse traverser par l'impossibilité de son expression.

Là où le risque de se prétendre comme le seul détenteur d'une signification guette le soignant, une éthique du partage se fonde au contraire sur la production d'un sens commun, le professionnel réalisant avec un adolescent une nouvelle manière de composer ensemble.

Si, au départ, un adolescent se met à distance de toute forme de communication et ne paraît pas habiter un autre langage que le sien, tout l'enjeu sera alors d'accompagner sa possibilité à s'en excepter de manière créative à travers une parole non plus seulement isolée, mais en écho à celle de l'autre : la perspective qu'elle soit ainsi co-produite par le soignant et l'adolescent se dessine, le sens de la parole devenant non plus seulement singulier (à l'image de celui qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin), mais bien commun.

Cette éthique partagée telle que nous la concevons fait d'un adolescent l'acteur d'une éthique soignante, au même titre que le professionnel. Ainsi se déploie-t-elle dans un rapport d'altérité qui, au-delà d'une seule cohabitation dans l'espace-temps institutionnel consiste à composer ensemble à partir de ce que celui-ci offre comme perspective. D'une institution créative, tout l'enjeu sera alors de s'en saisir pour faire des percées interpersonnelles la matière subjective propre à un partage dans l'intersubjectivité. En considérant que d'une parole d'abord individuelle (souvent silencieuse ou démesurément bruyante chez celui assailli par sa souffrance) peut surgir une parole entre le soignant et un adolescent, le lien qui est susceptible d'advenir entre eux est constitutif d'une signifiance à valeur éthique. En effet, alors qu'un adolescent est avant tout accueilli dans sa singularité, les signes propres à sa fragilité psychique vont alors se valoriser autrement avec la possibilité que le soignant explore avec lui sa parole qui, au départ. est tue.

En écho à l'histoire de Yu pour qui la parole est d'abord silencieuse et laisse transparaître une souffrance telle que le rapport à l'autre s'avère menaçant, la parole du soignant qui marque une manière spécifique de l'accueillir et d'accompagner ses silences s'avère fondamentale. Dans la mesure où elle vient peu à peu mettre en valeur le potentiel de son silence (compris autrement que comme une forme de « vide psychique »), Yu paraît s'en saisir quand il « parle » pour la première fois à travers un texte.

La conjugaison entre une parole d'abord singulière et une parole plurielle s'avère donc, au regard de cette situation, très significative dans la mesure où un énoncé commun s'est peu à peu construit entre le soignant et l'adolescent. En renvoyant à la présence de chacun des protagonistes dans l'espace-temps qu'incarne le lieu de soin, le lien thérapeutique se déploie autour du partage d'un vécu propre à son expérimentation, mais aussi un vécu commun : ainsi la métaphore propre à l'éruption volcanique qui, dans la situation de Yu, fait coexister le

royaume des morts et celui des vivants renvoie précisément à l'avènement d'un rapport d'altérité qui auparavant s'avérait impensable pour l'adolescent.

Cette considération d'une éthique du partage, que nous rapprochons de la possibilité d'expérimenter ensemble une situation de soin, s'initie dès les premiers instants de l'accueil d'un adolescent. En le reconnaissant à travers sa prédisposition à investir à sa manière l'institution soignante, c'est accorder une valeur essentielle à sa manière de figurer comme l'acteur d'une éthique soignante. Par son silence ou son agir bruyant qui marque souvent les premiers instants de son arrivée dans le lieu de soin, c'est s'engager à respecter cette position adolescente initiale pour le resituer à une place active dans le déploiement du dispositif thérapeutique.

La percée que constitue son arrivée à l'Hôpital de Jour ou au Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel peut dès lors être valorisée dans ce sens. La survenance d'une attitude de retrait qui caractérise celui qui n'exprime pas de demande de soin est, en elle-même, la première parole d'un adolescent. Si ces mots renvoient d'abord à l'expression de maux à l'image de son extrême vulnérabilité, ils sont en même temps corrélatifs d'une adresse à l'autre : la position singulière contenue dans l'attitude d'un adolescent est, en soi, l'annonce de sa capacité à valoriser une position éthique à travers une parole commune.

Cette parole, constituée à partir de l'un et de l'autre, se déploie dans un lien fait d'autant de questions que de réponses destinées à rapprocher le soignant d'un adolescent. Au départ dans l'évitement face à ce qui pourrait être perçu comme intrusif et menaçant, tout l'enjeu d'un tel dialogue sera de faire-valoir la dimension nouvelle qu'il représente. Dans l'émergence d'un questionnement destiné non pas à réduire un adolescent à l'expression de son symptôme, mais bien à comprendre sa valeur dans une économie à la fois psychique et relationnelle, la situation de soin valorise sa capacité à prendre part à ce questionnement pour le faire sien et le conjuguer à la pensée soignante.

Au gré de ce qui est susceptible de rassembler un soignant et un adolescent au sein d'un lieu thérapeutique, l'affirmation d'une parole portant sur un vécu à la fois individuel et commun demeure essentielle à cette perspective éthique.

Dans ce sens, si nous considérons l'opportunité d'un partage autour d'une expérience de soin, de nouvelles considérations adviennent : s'il fait valoir une éthique fondée sur la rencontre entre un soignant et un adolescent, le soin psychique ouvre possiblement à de nouvelles dimensions d'existence.

L’emploi d’une médiation thérapeutique telle qu’elle peut se déployer dans une institution soignante sert alors de toile de fond au déploiement d’une parole partagée entre le soignant et un adolescent : un lien qui se conjugue dans cet espace-temps est alors susceptible de les rapprocher pour qu’ensemble ils se saisissent de la situation de soin qui s’offre à eux.

Si l’un demeure avant tout à distance de l’autre et ne s’adresse pas à lui sous peine d’apparaître encore plus fragile, l’attitude de substitution du soignant est alors en acte autour d’une médiation thérapeutique. Au gré d’un cheminement autour du média, le rapport d’altérité devient possiblement la voie d’une expression. Dans une œuvre qui a vocation à devenir commune, la rencontre se déploie autour d’une créativité qui rassemble l’accueillant et l’accueilli. D’une situation où le soignant et un adolescent peuvent être créatifs l’un et l’autre dans l’espace qu’est la médiation thérapeutique, nous verrons de quelle manière la rencontre représente la possibilité qu’ils deviennent créatifs ensemble.

2.2.3 La médiation thérapeutique

Dans un contexte où l'ouverture à l'autre renvoie d'abord à une menace, l'enjeu essentiel est de rendre possible ce rapprochement en mettant à jour la richesse qu'il constitue. À cet effet, là où un adolescent peut s'appuyer sur une offre de soin variée qui s'ajuste sans cesse à ses besoins, l'émergence de son désir mobilise le soignant. Alors que la fonction du professionnel est celle de renouveler l'offre de soin à partir de la singularité de chaque adolescent accueilli, le support de la médiation thérapeutique concoure à l'apparition d'un Soi qui peut alors se déployer dans l'être-avec.

Si l'arrivée d'un adolescent dans un lieu de soin ouvre à une brèche dans un parcours jusqu'ici émaillé de ruptures ou de traumatismes, la situation de soin représente un nouvel événement dans son existence. Au gré des mouvements transférentiels et contre-transférentiels qui se jouent dans l'espace de la médiation, il s'agit de comprendre comment se dessine une alliance avec le soignant et de quelle manière l'un pourra se déterminer avec l'autre et réciproquement dans un processus créatif ouvrant à une nouvelle perspective.

Dans la clinique adolescente, la pratique d'une médiation demeure une ressource essentielle à la dynamique thérapeutique. Si elle se conjugue classiquement au registre relationnel et intersubjectif, sa fonction de transition renvoie à une série d'interrogations.

Comment opère la médiation ?
En quoi révèle-t-elle potentiellement le processus de créativité d'un adolescent en grande souffrance psychique ?
De quelle manière la créativité ainsi déployée fait-elle lien avec le soignant ?

Ces interrogations ont l'intérêt de valoriser les fondements mêmes d'une médiation. Dans la mesure où un adolescent en grande souffrance psychique n'adresse d'abord aucune demande vis-à-vis du soignant, l'utilisation d'un tel support interpelle. Si le risque d'apparaître comme un agir unilatéral de la part du professionnel guette, il nous faut comprendre en quoi la médiation peut, au contraire constituer un horizon là où toute forme d'approche est susceptible de représenter une béance dans le fragile équilibre psychique d'un adolescent.

Alors que la souffrance psychique a valeur d'isolement voir d'enfermement, le geste soignant qui est celui de proposer une ouverture à la faveur d'une médiation thérapeutique s'avère essentiel. Utilisée comme vecteur de rapprochement avec celui qui demeure jusqu'ici à distance, la médiation est certes proposée par le soignant, mais son opportunité se crée et s'étend au fur et à mesure de ce qui est partagé avec un adolescent. Ainsi, si nous considérons « qu'aucune médiation n'est productrice d'effet de croissance psychique si elle n'est pas d'abord présentée par un sujet à un autre sujet et alors seulement inventée-créée par l'un et par l'autre dans cet accompagnement mutuel[242] », l'attitude soignante se conjugue à celle d'un adolescent qui vient, avec lui, à partir d'alliances inconscientes[243], investir cet espace et le valoriser.

Dans cette perspective, la médiation se conjugue nécessairement à un processus de médiation qui se déploie à partir de ce qu'un adolescent donne d'abord à voir dans la manière de l'investir. Si l'espace de consultation classiquement alloué à une démarche thérapeutique semble creuser encore plus l'écart avec un adolescent en grande souffrance psychique, le recours à la médiation apparaît comme essentiel là où elle peut potentiellement faire lien. Dans un contexte où le moment adolescent s'avère être le corollaire d'une expérience chaotique, elle ouvre en effet à l'expression d'une nouveauté jusqu'ici synonyme de fragilité.

L'espace de médiation, qui correspond à une offre de soin spécifique au sein d'un hôpital de jour ou d'un centre thérapeutique à temps partiel, s'organise donc autour d'une modalité relationnelle que la présence d'un média vient faciliter. À l'égard d'un adolescent pour qui le rapport d'altérité renvoie à une forme d'insécurité, celui-ci vient faire tiers dans le lien avec le soignant en permettant peu à peu la restauration d'une mobilisation psychique. Tout comme la médiation relève d'un processus, l'objet médiateur existe dans la manière dont il peut être investi par un adolescent en présence du soignant pour qu'ensemble ils puissent le valoriser. Son intérêt est de permettre un investissement progressif et donc de se remobiliser autour d'un espace-temps propre à la médiation, sa caractéristique principale étant d'engager à la fois le

[242] Kaës R. « Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires ». Op.cit. p.28.

[243] Kaës R. *Les alliances inconscientes*. Paris : Dunod; 2009.
René Kaës s'interroge sur le concept « d'alliances inconscientes » qui font d'abord référence au vécu intrapsychique de chacun avant de se conjuguer dans le lien intersubjectif. Dans le contexte du soin psychique, ces alliances inconscientes renvoient à un espace intermédiaire entre l'espace intrapsychique du soignant et de l'adolescent et l'espace commun qui se révèle autour de la médiation thérapeutique. Si la situation de soin met à jour l'existence d'alliances inconscientes souvent pathogènes chez un adolescent en grande souffrance psychique (lequel s'est construit autour d'un parcours émaillé de ruptures ou d'évènements traumatiques favorisant un mécanisme de rejet ou de clivage en particulier), l'utilisation d'une médiation thérapeutique consiste alors à favoriser une nouvelle expérimentation de ces alliances inconscientes.

soignant et un adolescent. Quelle que soit sa forme (peinture, musique, chant, danse, théâtre…), sa fonction est celle d'être un intermédiaire entre le vécu intrapsychique et une réalité externe propre à la dynamique relationnelle en jeu.
En rapprochant la pratique du squiggle winnicottien[244] d'un précurseur, le média renvoie à un dispositif thérapeutique dont la principale perspective est celle d'accompagner un adolescent dans sa capacité à investir à nouveau un processus créatif comme le signe possible d'une expression. Révélée à partir de l'investissement et de l'usage qu'un adolescent en fait, cette forme d'expression se construit autour d'un mouvement à la fois psychique et relationnel propre à ce média. Dans la mesure où il est généralement proposé au sein d'un groupe thérapeutique, sa portée à la fois subjective et intersubjective est essentielle et ouvre au champ de la créativité possiblement traversée par plusieurs adolescents qui se retrouvent autour d'une même médiation. À la fois support d'association et vecteur de transmission, le média peut potentiellement rapprocher un adolescent des autres en présence et en faire une source d'échange. La dynamique à la fois transférentielle et contre-transférentielle sous-jacente permet donc d'interroger les caractéristiques d'un dispositif de médiation, mais aussi ses modalités d'appropriation, qu'elle soit personnelle ou interpersonnelle.

Si la manière de présenter l'objet médiateur est fondamentale et relève du soignant, la dynamique relationnelle inhérente à la médiation évolue au gré des transformations qui y sont apportées avec un adolescent. Au-delà d'une mise à distance ou d'un mouvement de destructivité souvent observé chez celui que la souffrance psychique assaille, il s'agit d'établir avec lui une première accroche pour faire de l'espace de médiation la scène d'une expression singulière qui peut ensuite évoluer vers l'appropriation d'un langage devenu commun avec le soignant. D'abord côte à côte, les sensations et les représentations de l'un (avant tout incarnées par le professionnel qui assure une fonction médiatrice) entrent en écho à celles de l'autre (un adolescent s'empare peu à peu du média) pour figurer comme une interaction. L'espace de médiation devient alors un lieu d'expérimentations où se révèlent peu à peu les signes d'une co-créativité susceptible de rassembler le soignant et un adolescent.

Dans cette perspective, s'il existe autant de supports à transformer au travers de ce processus, le média est un objet de symbolisation dont la particularité est celle d'être saisi selon sa

[244] Winnicott fait de l'usage du dessin (le squiggle) un support à la psychothérapie qu'il interroge sous le prisme d'une co-transformation, l'enfant s'emparant d'un premier dessin proposé par le thérapeute pour le transformer à son tour et réciproquement. Le dessin devient donc un objet susceptible de médiatiser la relation avec l'enfant.

consistance et son mode de présence. En apparence insaisissable lors des premiers instants de l'accueil d'un adolescent, il fait ensuite de chaque geste un mouvement susceptible de devenir une œuvre commune, créée par le soignant et l'adolescent. Déroulée dans l'espace thérapeutique, la force de cette expérience créative est celle d'apparaître d'abord singulièrement avant de se conjuguer ensemble.

Alors que la médiation se caractérise par différentes constantes[245], celles-ci n'ont de valeur que si elles sont régulièrement interrogées par l'équipe soignante. En effet, à l'égard d'un adolescent en grande souffrance psychique, le lien que la médiation suppose favoriser entre son espace intrapsychique et l'espace intersubjectif se heurte à une attitude de retrait qui peut perdurer. L'espace intermédiaire qu'elle est à même d'ouvrir se confronte alors à ses propres limites, un adolescent pouvant se maintenir en dehors des frontières d'une médiation. Dans la mesure où il s'est jusqu'ici souvent construit dans l'immédiateté en lien avec un parcours chaotique, les repères à la fois spatio-temporels et relationnels auxquels renvoie la médiation semblent difficiles à investir pour lui et font ainsi régulièrement l'objet d'attaque au travers d'une attitude de retrait ou d'agressivité qui perdure parfois longtemps.
Face à ces écueils, la disponibilité et l'attention du soignant à l'égard des mouvements d'un adolescent au sein de l'espace de médiation s'avèrent indispensables. Dans la perspective d'une éthique partagée, le considérer à travers sa capacité à créer un lien autour d'un objet médiateur est essentiel et donne une dimension somme toute nouvelle à la médiation.

Dans la mesure où c'est l'extrême vulnérabilité d'un adolescent qui transparaît initialement, l'introduction d'une médiation peut s'avérer véritablement menaçante pour lui. En effet, le rapproché qu'induit la médiation et que suppose l'objet médiateur peut parfois révéler un véritable marasme chez un adolescent en grande souffrance psychique. Alors que la frontière entre un vécu intrapsychique et ce qu'il renvoie de l'autre dévoile une limite fragile entre le vécu interne et l'environnement, une médiation peut dès lors être pressentie comme dangereuse pour celui marqué par une angoisse souvent majeure lorsqu'il se présente pour la première fois dans un lieu de soin. Face à un adolescent qui semble aux prises avec une faille narcissique telle que sa construction identitaire paraît momentanément ou plus durablement compromise, l'équipe soignante constate un accès difficile à la symbolisation que justement

[245] Kaës R. « Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires ». Op.cit. p.14.
Dans ce sens, René Kaës dénombre six constantes : la médiation comme « lien (…) comme représentation de l'origine (…) s'inscrivant dans une problématique des origines (qui) s'oppose à l'immédiat (…) suscite un cadre spatio-temporel (et) s'inscrit dans une oscillation entre créativité et destructivité ».

l'espace de médiation a pour objet de recréer. Dans ces conditions, le dispositif clinique proposé interpelle sur ce qui se joue en termes de « symbolisation et d'appropriation subjective de l'expérience vécue du sujet rencontré[246] ». Si cette dimension symbolique semble fortement fragilisée chez celui que la souffrance psychique assaille, la perspective qu'il puisse à nouveau suivre la voie d'une subjectivation (au moyen d'un objet médiateur et du soignant qui l'incarne) demeure essentielle pour l'accès à cette symbolisation.

Malgré la présence de forces chaotiques qui guettent ces premiers moments d'accueil, considérer qu'il peut vivre une expérience d'altérité de manière positive mobilise durablement le soignant. En induisant une pratique de la médiation adaptée à la singularité de chacun des adolescents accueillis, c'est donc mettre en exergue ce qui est susceptible de se jouer dans l'interaction entre le soignant et un adolescent. Si elle est d'abord portée par le soignant, la médiation thérapeutique devient le corollaire d'une mobilisation symbolique partagée par ces deux protagonistes qui, l'un avec l'autre, peuvent désormais investir cet espace psychique ensemble. Pour ce faire, considérer le potentiel créatif d'un adolescent et sa capacité à se mobiliser à nouveau avec le soignant autour d'un acte de symbolisation devient dès lors une perspective. En tenant compte d'abord du langage corporel et non verbal d'un adolescent qui n'exprime pas de demande à l'égard du soignant, il s'agit de le conjuguer à une parole qui fait écho à celle du professionnel et l'accueillir comme le prémisse d'un travail de symbolisation qui valorise alors autrement la possibilité d'une parole partagée.

En favorisant la reprise d'une activité symbolique, la médiation se déploie autour d'un dispositif institutionnel que le soignant vient incarner en proposant à un adolescent d'investir avec lui cet espace thérapeutique. Dans la mesure où la voie de l'altérité a d'abord valeur d'effroi pour lui, l'attitude soignante représente le vecteur d'un lien qui se déploie nécessairement dans la médiation. Là où un adolescent est souvent marqué par un parcours de vie chaotique, la disponibilité du professionnel et sa capacité à se mobiliser autour d'une médiation constitue un appui qui nous paraît indispensable.

Si une lecture clinique donne à la symptomatologie adolescente un caractère répétitif qui, dans les situations les plus extrêmes, menace de réduire un adolescent à un agir constant,

[246] Roussillon R. « Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable ». In Brun A, Chouvier B, Roussillon R, Dir. *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod; 2013. p.41.

l'enjeu est bien de l'accompagner dans une exploration psychique nouvelle, agissant non plus seulement comme une répétition du symptôme, mais bien comme une révélation de soi.
Par sa disposition à incarner une médiation et une permanence à cet effet, le soignant aménage le soin en fonction de la singularité de chacun. En cherchant à réintroduire une temporalité qui se conjugue nécessairement au processus de créativité inhérent au temps de la médiation, le professionnel est certes à l'initiative du lien thérapeutique, mais chemine avec l'adolescent dans ce sens. En effet, au gré de ses mouvements qui viennent interroger la solidité du dispositif et du cadre de la médiation (la mise à distance ou le recours à l'agir au sein même de l'espace de médiation reflète le besoin pour un adolescent de l'expérimenter), il s'agit de pouvoir habiter ensemble cet espace.

Au moyen d'un support à la relation qu'est l'objet médiateur, c'est donc « off(rir) l'opportunité de découvrir un mode d'expression qui permet de figurer une problématique psychique dont on peut penser qu'elle serait difficile à décrypter en l'absence de ce moyen[247] ». Si l'utilisation d'un dispositif de médiation engage avant tout un soignant, celle-ci n'a de valeur que si elle est partagée avec un adolescent qui peut alors s'appuyer sur la présence et l'attitude soignante pour déployer ses potentialités. Alors que le soignant représente lui-même le dispositif d'une médiation susceptible de devenir l'objet d'une projection de sens dans le parcours jusqu'ici chaotique d'un adolescent, la manière dont il ouvre à la possibilité d'un processus de créativité par un média est essentielle dans la dynamique de soin. S'il s'engage sur sa fiabilité et sa permanence à travers un lien thérapeutique qui se construit au fil de la médiation, le soignant se mobilise autour du fait de rendre à nouveau possible l'investissement symbolique qui se situe autour de la rencontre avec un adolescent.

Dans un contexte où la traversée mutuelle d'une sensorialité et d'un langage propre à la médiation semble impossible tant elle renvoie à une fragilité chez un adolescent en grande souffrance psychique, évoquer et incarner sa possibilité participe à l'émergence d'un vécu partagé. Ainsi, l'attitude de substitution du soignant s'ouvre-t-elle à une nouvelle perspective : au-delà du spectre de l'aliénation (qui réduirait l'acte de symbolisation à celle du professionnel) et de la seule responsabilité du soignant (qui ferait de la médiation l'unique réponse à l'appel d'un adolescent), nous nous interrogeons désormais sur la manière dont

[247] Jeammet P. « Les aménagements de la séparation à l'adolescence : place des médiations ». In Brun A, Chouvier B, Roussillon R, Dir. Op.cit. p.112.

l'espace de créativité propre à la médiation thérapeutique peut faire l'objet d'une co-construction et révéler une forme de co-créativité.

Si le processus créatif est toujours singulier, comment se transforme-t-il en expérience commune ?
En quoi l'attitude de substitution du soignant ouvre-t-elle à l'émergence d'une créativité adolescente ?
Dans quelle mesure cette créativité se déploie-t-elle dans la rencontre autour d'une co-créativité susceptible de rassembler le soignant et un adolescent agissant alors l'un avec l'autre ?

Ces interrogations, de nature à ouvrir à une nouvelle composante de la substitution, nous invitent à explorer le potentiel de créativité adolescent avant d'y associer la voie d'une co-créativité comme ouverture et esquisse d'un nouvel horizon d'existence.
En représentant la possibilité de se re-connaître autour d'une œuvre commune, nous verrons dans quelle mesure l'attitude de substitution ouvre à une nouvelle dimension de l'existence, celle d'une co-existence.

Chapitre 3.
D'une mutualité à la réalisation d'un soi avec l'autre

Si une pensée éthique du partage fait du lien entre le soignant et un adolescent un leitmotiv, la possibilité d'évoquer ensemble l'expérience vécue se heurte parfois à une position d'extrême vulnérabilité. Face à cette réalité qui marque les premiers instants de l'accueil d'un adolescent, l'attention relative à la singularité de sa situation révèle corrélativement l'importance de laisser émerger une interface qui soit commune avec le soignant. Alors que la clinique adolescente se fonde sur l'expression d'un symptôme et l'accompagnement vers un apaisement psychique, la mobilisation du soignant dans ce colloque singulier se déploie autour du croisement de deux existences. Dans la mesure où l'habité d'un adolescent en grande souffrance psychique est d'abord marqué par une attitude de retrait, la perspective d'investir ensemble l'espace-temps du soin renvoie à une manière de médiatiser la relation avec lui. En tenant compte de la crise qu'il traverse, mais aussi en estimant la possibilité qu'elle constitue un mouvement psychique là où tout semblait sclérosé, la fonction soignante consiste à trouver avec un adolescent ce qui peut avoir valeur de frayage dans une existence jusqu'ici marquée par la souffrance.

Là où la dimension intersubjective propre au lien thérapeutique s'annonce d'abord difficile, considérer qu'une existence d'abord séparée peut être partagée avec l'autre autour de la situation de soin demeure essentiel. Dans ce sens, une offre thérapeutique variée autour des différents espaces institutionnels paraît indispensable d'autant qu'un adolescent peut d'abord les éviter ou, au contraire, s'y confondre.

Entre la discordance incarnée par la position d'un adolescent qui n'exprime aucune demande de soin et la concordance révélée par l'avènement d'un lien avec le soignant, l'écart est parfois si important qu'il met le professionnel en situation de repenser sa pratique. Alors qu'il

se heurte à la béance de la non-demande, accueillir et accompagner le surgissement d'une nouvelle forme d'existence partagée ensemble demeure un enjeu essentiel. Pour ce faire, le soignant dispose de techniques thérapeutiques qui ne valent que dans leur déploiement autour d'une valorisation commune. Ainsi, comme nous l'avons analysé précédemment, l'acte soignant, s'il se conjugue à un travail de composition avec un adolescent, peut s'appuyer sur un espace-temps médiatisé dont la fonction et le sens apparaissent nécessairement comme co-construits par l'un et l'autre. De nature à favoriser l'expression d'une singularité qui rend non plus seulement lisible la fragilité d'un adolescent, mais bien sa capacité à investir autrement l'existence qui s'offre à lui, la médiation thérapeutique résonne dans l'à-venir vers lequel elle tend. En se forgeant autour d'une expérience commune au soignant et à un adolescent, elle se tisse au fil d'une présence non plus seulement singulière, mais bien partagée.

Comme nous l'avons fait auparavant, en considérant la médiation comme le vecteur de l'avènement d'un lien, c'est se demander en quoi elle est féconde et constitue potentiellement un support à la rencontre entre le soignant et un adolescent. Alors qu'elle s'initie et se conjugue à l'espace potentiel de créativité d'un lieu de soin incarné par la présence soignante, l'enjeu d'une médiation est celui de se frayer un chemin dans la voie de l'altérité.

Par le biais d'un média, les composantes à la fois subjectives, intersubjectives et transpersonnelles se croisent et prennent forme. Enrichi par ce qui peut devenir une perspective de convergence, ce qui constitue un espace de médiation ouvre la voie à la rencontre entre le soignant et un adolescent. Alors qu'ils sont tous les deux en situation d'accueillir et de se représenter un média, le processus alors engagé met en évidence la propension d'un adolescent à s'en saisir et à renouer avec un processus de créativité jusqu'ici mis en suspens.

Dans la mesure où le soin psychique a vocation de rassembler un soignant et un adolescent autour d'une situation de soin, nous interrogerons la possibilité que l'un puisse créer avec l'autre ce que nous rapprochons d'une œuvre commune. En dessinant les nouveaux contours d'une composante co-créative de la substitution, nous nous intéresserons à nouvelle perspective qui est celle d'une voie transformatrice, l'un pouvant se réaliser et se transformer avec l'autre.

3.1 Une composante co-créative de la substitution

En considérant l'importance d'une institution créative, nous avons mis en évidence la nécessité de déployer cette dimension autour d'une créativité soignante. Alors qu'il incarne une position qui consiste à inventer un espace de rencontre là où aucune demande n'est émise, cette propension à créer ce lieu propice au lien n'a de sens que s'il peut être valorisé par le potentiel créatif d'un adolescent.

Cette prérogative, qui va au-delà d'un agir soignant unilatéral, met en évidence un travail de composition entre le soignant et un adolescent.

En interrogeant la créativité adolescente comme voie nouvelle à la symbolisation, nous verrons de quelle manière elle ouvre à la perspective d'une co-créativité faisant de la substitution non plus seulement un agir pour l'autre, mais bien une avancée dans l'existence comme un au-devant de Soi avec l'autre.

3.1.1 La voie nouvelle d'une symbolisation

Si une dialectique faisant de la création un potentiel créatif, il s'agit de se rendre compte de la manière dont un adolescent créer son propre monde à partir de son expérience passée qu'il conjugue à celle à venir. Dans ce sens, là où le moment adolescent est le corollaire d'une crise susceptible de le fragiliser, un potentiel de changement inhérent à cette période peut aussi être à l'œuvre. Alors même qu'il se confronte au passage du « pot au noir[248] », un adolescent s'initie à un travail psychique qui le mobilise à cet effet. En lien avec la pensée winnicottienne portant sur la nature humaine, l'exister se conjugue nécessairement à un devenir en lien avec l'environnement : ainsi, la « place nécessaire de la création dans le processus de symbolisation et d'appropriation subjective de l'expérience vécue[249] » est essentielle au déploiement d'une existence et renvoie à une réflexion sur notre capacité à créer tout au long de notre vie.

La création, qui est le corollaire d'une conduite créatrice propre à l'être humain, renvoie à un processus créateur dont les conditions et les limites mobilisent nos propos. En effet, dans la lignée de la poïétique qui fait du processus de création un leitmotiv, une approche philosophique de la création interroge le rapport exercé entre le créateur et son œuvre. Alors que la pensée platonicienne en constitue le fondement, la potentialité inhérente à l'acte de créer est associée à la *poïésis* comme « tout ce qui est cause du passage du non-être vers l'être pour quoi que ce soit[250] ». La création représente avant tout un avènement qui renvoie à l'émergence d'une existence, créer représentant alors la possibilité de sublimer le chaos initial.

Cette perspective, que la philosophie contemporaine continue de mettre en exergue, rapproche la création d'un « projet du devant-être[251] », l'à venir/l'avenir constituant un point d'orgue. Potentiel de vitalité, les conditions de son exercice dépendent de notre capacité à recevoir et à transformer ce qui fait notre existence : le processus créateur se réalise ainsi dans l'historicisation personnelle en lien avec l'environnement.

[248] Pour rappel, Winnicott associe métaphoriquement la période adolescente à celle du « pot au noir », comme un espace de navigation situé entre deux hémisphères où « on ne sait pas comment le vent va tourner ».
[249] Roussillon R. « Le besoin de créer et la pensée de Winnicott ». Op.cit. p.285.
[250] Brisson L. *Platon. Œuvres complètes*. Op.cit. 205c. p.139.
[251] Passeron R. *Pour une philosophie de la création*. Paris : Klincksieck; 1989. p.30.

Distincte d'une seule activité d'expression, la création nous mobilise à travers l'acte de créer et le rapport à cette œuvre, là où s'exprimer constitue d'emblée une forme d'adresse et sous-tend nécessairement un signifié. Dans une considération phénoménologique, la création se distingue en effet d'une expression dans la manière où elle peut s'expérimenter singulièrement, créer s'agissant « donner l'existence (…) sans attendre aucun retour, ni de l'objet créé, ni de ceux qui s'en emparent[252] ».

Associée à la création, la créativité en est l'expérimentation. Elle est un faire qui se déploie dans l'existence comme un potentiel créateur. Si Winnicott la définit comme la capacité de « conserver tout au long de la vie une chose qui, à proprement parler, fait partie de l'expérience de la première enfance : la capacité de créer le monde[253] », la créativité naît de l'illusion d'une aperception créatrice[254] et se développe dans l'aire transitionnelle. En permettant au bébé de passer du principe de plaisir au principe de réalité, le processus de créativité s'avère essentiel à la construction psychique. Alors que cette acception constitue un fondement incontournable à la clinique adolescente, conjuguer une vue créative de l'institution au déploiement d'une créativité adolescente représente un véritable défi.
À l'instar d'un adolescent pour qui ce processus s'avère momentanément ou durablement fragilisé, faire de la rencontre avec le soignant l'espace d'une dimension créative sur laquelle il peut s'appuyer est essentiel : le déploiement d'une créativité adolescente ou, du moins, de son potentiel créatif, s'exerce alors au quotidien dans une situation de soin.

Comment la dynamique créative qu'incarne d'abord le soignant et dont le spectre est celui d'une créativité substitutive aliénante peut-elle malgré tout favoriser l'émergence d'une créativité adolescente ?
Quels sont ses enjeux là où un adolescent en grande souffrance psychique mobilise difficilement un tel processus ?

---

[252] Passeron R. *Pour une philosophie de la création* Op.cit.p.183.
[253] Winnicott D. (1986). *Conversations ordinaires*. Paris : Gallimard; éd. 2004, p. 55.
[254] En héritage à la conception freudienne de la création, Winnicott s'interroge sur ses conditions de possibilités. Si Freud associe la création à la scène originaire et à la nécessaire sublimation de l'impasse sexuelle qu'elle constitue, Winnicott, quant à lui, y voit plutôt le paradigme de la vie psychique infantile. Dans la mesure où il considère que la scène originaire est celle d'une rencontre entre le bébé et sa mère, le processus qui consiste à « trouvé-créé » l'objet (qui est alternativement perçu et halluciné) aboutit à la différenciation entre lui et son environnement, soi et l'autre. En trouvant-créant le monde, le bébé fait l'expérience de lui-même. Le processus de créativité que Winnicott considère comme une « base du sentiment d'être » ne peut se déployer qu'à partir d'un environnement qui rend possible cette expérimentation. Si le bébé seul n'existe pas, c'est à son environnement de créer les conditions rendant possible le processus de créativité.

La créativité adolescente se constitue autour de la nécessité de faire de l'entre-deux de cette période de vie une perspective là où elle pourrait représenter une béance tant les forces qui la travaillent s'apparentent au spectre d'un chaos intérieur. S'il traverse un chemin aux trajectoires dispersantes, cette créativité devient le vecteur d'un rassemblement et d'une unification là où le passage adolescent « n'est pas sans risque de scission pour la psyché[255] ». Ainsi, alors qu'il se saisit d'opportunités nouvelles qui s'offrent à lui, un adolescent investit peu à peu son potentiel de créativité. Dans la mesure où son environnement est en capacité d'accueillir et de faire des mouvements psychiques ambivalents de l'adolescent un vecteur d'échange, celui-ci peut se mobiliser et se maintenir dans ce qui se rapproche d'un travail de transformation et de réalisation. En s'appuyant sur une œuvre à chaque fois singulière (que l'adolescent est susceptible d'établir dans des domaines aussi divers qu'essentiels tels que le sport, la musique, l'écriture…), il est en passe d'exercer de nouvelles modalités d'existence et de se découvrir comme un « Je devenu Autre[256] ». Si le fait de devenir un autre suppose qu'un adolescent soit suffisamment sécure pour faire avec une identité nouvelle qui ne « semble pas (lui) préexister[257] », le processus créateur renvoie aussi à une perte que la mise en œuvre (autrement dit la réalisation d'une œuvre par l'adolescent) est destinée à combler. Alors que le moment adolescent peut s'apparenter au fait de défaire des liens jusqu'ici opérants, le faire-œuvre introduit une nouvelle dynamique relationnelle que révèle l'habité adolescent.

La créativité adolescente renvoie dès lors à l'expérience qu'elle constitue. En effet, si l'adolescence est faite de mouvements, à la fois physiques, psychiques et relationnels, ce qui apparaît comme un processus se déploie de manière particulièrement intense à cette période d'existence. S'il est passif à l'égard des changements corporels qui marquent une nouvelle forme d'être-au-monde, il se distingue pourtant par sa capacité à créer autour de ce qu'il est et ce qu'il souhaite être. En position d'inventeur, le « génie adolescent[258] » est celui qui se confronte, tente et crée au détour des rencontres qui marquent son quotidien. À partir de celles-ci (lesquelles peuvent métaphoriquement être celles d'une rencontre avec un nouveau corps, une autre manière de percevoir le monde et de l'habiter), la fomentation créatrice d'un adolescent émerge et se conjugue au quotidien dans un être-avec qui caractérise une nouvelle ouverture au monde. Dans le passage que représente la période adolescente, il va dès lors expérimenter un autre habité dont la principale caractéristique est celle d'une transformation

[255] Morhain Y, Morhain E. *La création adolescente*. Adolescence. 2011 Jan;(75) :87-111.
[256] Ibid.
[257] Ibid.
[258] Gutton P. *Le génie adolescent*. Paris : Odile Jacob; 2008.

de l'être-Soi. Par le processus créateur qu'il incarne, un adolescent s'engage dans un profond remaniement qui fera poindre sa singularité.

En lien avec une lecture phénoménologique, à la croisée de plusieurs acceptions, la notion de créativité appliquée à la situation de soin constitue un véritable enjeu. Si la pensée d'une institution créative se fonde sur son insuffisance à répondre à la situation d'extrême vulnérabilité de certains adolescents, il s'agit dès lors de s'interroger sur ses perspectives. Tantôt considéré comme un acte de transformation ou de réalisation, créer s'expérimente. Dans le contexte spécifique qu'est la non-demande, cette expectative se confronte à une difficulté d'autant plus importante qu'un adolescent est aux prises avec une souffrance psychique qui semble l'éloigner de toute velléité créatrice. S'il paraît comme empêcher dans ce processus créateur, la fonction thérapeutique consiste dès lors à entrevoir ce qui demeure comme un potentiel de créativité et le soutenir dans ce sens.

Pour les adolescents les plus fragiles, le recours à un potentiel créatif s'avère particulièrement difficile. Si la situation de soin vient révéler cet écueil pour un adolescent en position d'extrême vulnérabilité, elle interroge sa capacité même à investir un processus créateur sans que cela ne vienne accroître sa fragilité psychique. Alors que la potentialité de transformation et de réalisation propre au faire-œuvre semble comme suspendue, cela interpelle d'autant plus l'équipe soignante : la résurgence de la perte dans le parcours de vie d'un adolescent déjà émaillé de rupture fait alors écho à un chaos intérieur que sa souffrance psychique vient traduire. Fragilisé par une histoire de vie et un environnement qui fluctue autour de sa capacité à l'accompagner, un adolescent peut s'avérer particulièrement en difficulté dans cette perspective de créativité. L'entre-deux de cette période agit alors comme une béance au lieu d'ouvrir la voie à une dimension nouvelle. Affaiblie par un monde interne meurtri au gré des ruptures de son existence, la position d'un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin mobilise alors l'équipe soignante. Si l'agir soignant à son égard et la créativité qui lui incombe comporte en lui-même le spectre d'une créativité substitutive aliénante, cette limite en appelle à se réinterroger.

Là où l'espace-temps propre à une institution soignante suppose une créativité qui, comme nous l'avons précédemment mis en évidence, peut s'avérer être un fondement essentiel à l'avènement d'un processus créateur, les avancées comme les reculs sur ce chemin de la créativité ont alors valeur de sens. Lorsque les frontières entre ces deux positions s'avèrent

infranchissables pour un adolescent en grande souffrance psychique, c'est tout un processus qui est mis en suspens. La créativité primaire qui s'exerce autour de la construction d'une subjectivité apparaît comme fragilisée : à défaut de figurer comme une vitalité, elle renvoie à une force abyssale, à même d'attirer un adolescent vers l'abîme d'un chaos intérieur.
Dans la mesure où une équipe soignante accueille d'abord l'habité singulier d'un adolescent, l'enjeu sera alors d'y percevoir le potentiel créatif qui est le sien (et pas seulement celui relatif à un prolongement de la créativité du soignant) et accompagner sa réalisation. Si un adolescent qui se distingue par une extrême vulnérabilité a souvent connu un parcours chaotique assorti d'événements d'allure traumatiques, l'étayage soignant s'avère alors indispensable. Là où son environnement a parfois failli dans sa capacité à créer les conditions rendant possible le déploiement d'un processus créateur, la fonction thérapeutique se déploie alors autour d'une fonction phorique (qui, comme nous l'avons vu précédemment, consiste à accueillir et à porter la souffrance psychique d'un adolescent) et d'une fonction réflexive, les professionnels se mettant en position d'anticiper et d'interpréter les mouvements psychiques d'un adolescent pour qu'ensuite il puisse les mobiliser de manière créative.
Le défi qui consiste à faire du lieu de soin un espace créatif pour qu'à son tour un adolescent s'engage dans un processus de créativité (parfois durablement mis en suspens) suppose qu'il y trouve une présence authentique, des réactions et des réponses bienveillantes qui se constituent dans une « expérience subjective à subjectiver[259] » autour de la dimension intersubjective propre au soin psychique.

En considérant la composante créative comme un processus essentiel à la permanence et à la continuité de la construction psychique, les professionnels mesurent au quotidien l'importance de la soutenir. Si l'institution représente une opportunité dans le déploiement de la créativité adolescente, la fonction soignante incarne ce mouvement. En privilégiant le fait d'être un appui pour un adolescent marqué par sa souffrance psychique, c'est avant tout dans un soutien à la restauration de sa capacité créative qu'elle représente à ce moment-là. Dans la mesure où il se distingue par une mise à distance ou un agir bruyant qui rendent le lien fragile, l'accompagnement vers le redéploiement d'un processus créatif est d'autant plus complexe. Pourtant, si nous considérons qu'il en est la possibilité, le soutien thérapeutique à la créativité adolescente demeure le leitmotiv propre à l'émergence de ce lien et à son essor. Ainsi, faire-œuvre avec un adolescent en situation d'extrême vulnérabilité devient un enjeu essentiel. En

[259] Roussillon R. « Le besoin de créer et la pensée de Winnicott ». Op.cit. p.298.

effet, si nous considérons que « produire une œuvre (…) c'est se laisser surprendre, au lieu de s'y reconnaître, sursauter[260] », le processus de créativité se déploie autour de la rencontre entre le monde interne d'un adolescent et son environnement. À partir de sa créativité, il fait œuvre et va au-delà de lui-même pour rencontrer l'autre qui, parallèlement, fait aussi œuvre vers lui.

Dans la situation de soin, la composante créative représente une expérience de partage dans la manière dont le soignant et un adolescent peuvent expérimenter ce processus. En offrant la possibilité d'une nouvelle représentation de Soi, le faire-œuvre inhérent à la créativité adolescente révèle une autre manière de symboliser son existence. Alors que son accueil dans un lieu de soin suppose que le rapport à l'espace et au temps de l'institution soit adapté et se conjugue à la singularité d'un adolescent, adaptable, l'appui du soignant est essentiel. À l'égard d'un adolescent qui n'exprime pas de demande de soin, le soutenir dans sa capacité à symboliser et à investir un espace-temps d'abord menaçant (tant il représente un risque d'intrusion dans l'équilibre psychique éphémère qui est le sien) constitue une voie d'altérité. Face à la mouvance psychique qui est la sienne, l'offre thérapeutique se distingue par sa permanence. C'est l'annonce d'une brèche dans un parcours d'allure chaotique et la possibilité d'une relance vers un regard nouveau porté sur son existence et la manière de la conjuguer.

Cette considération du potentiel de créativité d'un adolescent qui se distingue par une extrême vulnérabilité représente un engagement de la part du soignant qui, dans cette démarche, est lui aussi en position de créer autour de la rencontre qui s'esquisse. Cela suppose l'avènement d'une nouvelle éthique : si la substitution responsable telle que nous l'avons interrogée précédemment se déployait autour d'une éthique relationnelle, le fait qu'elle se confronte aux limites d'un agir pour l'autre sous-tend la nécessité de la concevoir autrement, autour d'une éthique du partage.

À travers cette propension à créer que le soignant entrevoit chez un adolescent (que la souffrance psychique semble jusqu'ici figer dans cette capacité), il s'agit non plus seulement d'agir pour lui, mais bien de se soumettre à la possibilité de créer ensemble autour d'une nouvelle manière de « faire soin ». En concevant cette éthique au-delà d'un agir soignant, comme l'œuvre d'un partage avec un adolescent, nous verrons comment elle peut se définir et

[260] Anzieu D. *La structure nécessairement narcissique de l'œuvre*. Bulletin de Psychologie.1977-1978;(336) :612-618.

s’assembler entre eux. Si cette éthique se déploie autour du fait de considérer l’autre comme une promesse, nous suivrons ce fil de pensée pour explorer une démarche faisant de la rencontre une œuvre commune, mobilisant le soignant et un adolescent autour de leur capacité à créer ensemble.

3.1.2 L'histoire de Melody

Au regard de la situation de Melody dont l'agir bruyant vient signifier une forme d'impossibilité à renouer avec un processus créatif, nous verrons de quelle manière ce qui est apparu comme un potentiel aux yeux de l'équipe soignante a pu se conjuguer dans l'espace de rencontre qu'offre la médiation thérapeutique.
En se substituant à sa non-demande, le soignant a mobilisé sa propre créativité pour se laisser surprendre par la propension de cette adolescente à habiter autrement son existence. Ensemble, autour d'un champ des possibles tel qu'il est apparu au fur et à mesure de l'accompagnement thérapeutique, le soignant et l'adolescente ont dessiné les contours d'une co-créativité telle qu'elle nous mobilisera par la suite.

La mère d'une adolescente de quinze ans contacte l'équipe soignante de l'Hôpital de Jour sur les conseils du médecin du Samu qui a rencontré Melody il y a quelques mois à son domicile. Alors très agitée, l'adolescente tenait des propos inquiétants relatifs à une « histoire dans le quartier qui lui a fait du mal ». Depuis, Melody refuse de sortir de son domicile et manifeste une grande anxiété qui, aux dires de Madame, s'est fortement accrue ces dernières semaines. Bien qu'elle ait tenté à plusieurs reprises d'accompagner sa fille chez son médecin généraliste, Melody s'y oppose fermement arguant de l'incapacité de sa mère à « s'occuper bien d'elle ».
Lorsqu'elle contacte l'équipe soignante, Madame exprime son inquiétude au sujet de sa fille qui oscille entre un comportement agressif ou, au contraire, fuyant. Après plusieurs échanges entre le pédopsychiatre des urgences (contacté en parallèle par la famille de l'adolescente) et celui de l'hôpital de jour, l'équipe soignante considère l'urgence de la situation et une première consultation est proposée à l'adolescente.

Ces éléments mettent en évidence une multiplicité des contacts établis par la mère de l'adolescente auprès des professionnels de santé. Le médecin du Samu puis le pédopsychiatre des urgences sont sollicités au même titre que le médecin généraliste. À chaque fois, Madame exprime son désarroi à l'égard de sa fille avec qui elle ne parvient plus à communiquer. Les comportements d'agressivité ou de mise à distance de Melody semblent d'autant plus bouleverser l'équilibre familial que sa grand-mère maternelle souffre d'une maladie chronique qui s'est aggravée ces derniers mois.

Durant les échanges qui mobilisent les différents professionnels sollicités par la mère de l'adolescente, ceux-ci s'interrogent sur une résurgence de l'agir chez cette adolescente avec, en parallèle, une déscolarisation progressive particulièrement marquée depuis quelques semaines. En effet, Melody multiplie les crises clastiques au domicile. Associées à une relation conflictuelle avec sa mère, ces moments d'agitation sont couplés de périodes d'isolement prolongées dans sa chambre.

Si l'adolescente n'exprime aucune demande, elle inquiète d'autant plus son environnement que celui-ci multiplie les demandes d'aide. Contactée à la fois par la famille de Melody et par les professionnels qui ont été amenés à la rencontrer ces derniers temps, l'équipe soignante constate une forme d'ubiquité de la demande : alors qu'elle semble pour le moment dans l'incapacité de formuler quoi que ce soit auprès d'un autre, c'est l'environnement de l'adolescente qui élabore une demande à sa place et l'adresse à l'équipe de l'Hôpital de Jour.

Si les agirs de Melody sont le signe d'une grande souffrance psychique, elle se distingue par une non-demande qui mobilise d'autant plus les professionnels que l'adolescente manifeste une fragilité majorée ces derniers mois. Dans la mesure où son histoire est singulière, elle interroge la manière dont une équipe soignante a pu s'investir auprès d'elle. En pensant son accueil, les professionnels ont souhaité lui proposer une offre de soin adapté pour faire de l'espace thérapeutique le vecteur d'un apaisement.

Nous suivrons donc l'évolution de cet accompagnement d'abord marqué par une attitude de retrait de l'adolescente qui évolue ensuite vers la perspective d'une rencontre.

Seule la mère de l'adolescente se présente à la première consultation proposée par le pédopsychiatre. Au demeurant très fragilisée par la situation actuelle, la mère de Melody exprime sa grande inquiétude au sujet de sa fille qui « a trop changé ces derniers temps ». Les professionnels craignent que cette première consultation seulement investie par Madame ne clive encore plus une relation déjà conflictuelle avec sa fille et propose de reporter cette première rencontre.

À la seconde consultation, Madame et la mère de Madame se présentent ensemble, encore une fois sans Melody. Il est à nouveau question du clivage que cela peut possiblement représenter, l'adolescente se mettant en situation que sa famille porte une demande d'aide « à sa place » en quelque sorte. À l'instar de ces observations, le pédopsychiatre propose une nouvelle consultation de manière différée, laissant l'opportunité que sa famille ou Melody l'interpelle à nouveau sans délai. Un échange relatif à cette disposition permet à l'équipe soignante de constater l'existence d'un fort lien d'attachement entre l'adolescente et sa

grand-mère qui l'évoque comme tel. Ceci constitue un appui pour le pédopsychiatre qui tente de mobiliser cette dernière dans le fait de « raconter » à Melody ces premiers moments d'échange et l'importance qu'elle puisse, si elle le souhaite, elle aussi « en dire quelque chose ».

L'investissement successif de la consultation par la mère et la grand-mère de l'adolescente marque d'autant plus son absence qu'elle reste à distance de toute forme de proposition de soin. Le dispositif classiquement alloué au premier accueil d'un adolescent à l'Hôpital de Jour en appelle à être modifié, l'équipe soignante s'interrogeant sur la manière de rencontrer Melody. En s'appuyant sur la ressource familiale que constitue notamment la présence et l'implication de la grand-mère de l'adolescente, les professionnels cherchent à créer une alliance autour de Melody et ainsi faciliter sa venue dans le lieu de soin.

Suite à la proposition du pédopsychiatre, la famille de l'adolescente contacte à nouveau l'équipe soignante quelques jours après. La grand-mère de l'adolescente a pu « lui raconter le rendez-vous » en lui nommant l'importance de sa présence lors d'une prochaine rencontre. Melody accepte de se rendre à l'Hôpital de Jour, mais exprime des réserves importantes, arguant du fait que « de toute façon ça sert à rien de venir ».

L'adolescente se présente accompagnée de sa mère et de sa grand-mère. Elles sont accueillies par le pédopsychiatre et un soignant qui a eu plusieurs fois l'occasion d'échanger avec la famille de l'adolescente au téléphone. Les professionnels sont surpris par sa présentation : apprêtée et maquillée, Melody a l'allure d'une jeune femme. Ses vêtements et sa démarche sont en décalage avec son âge, ce qui d'emblée interroge les soignants qui constatent un important décalage avec la manière dont elle s'exprime. L'adolescente ne manifeste pas d'agressivité ou d'agitation lors de cette première consultation, elle semble, au contraire attentive aux échanges bien qu'elle se maintienne dans des réponses laconiques ou parfois en décalage. Lorsque les professionnels s'adressent à elle, Melody sourit sans cesse. Ce sourire est de mise durant toute la consultation et apparaît là aussi en décalage avec les propos tenus par sa mère. En effet, celle-ci décrit les mouvements d'agitation de sa fille qui perdurent depuis plusieurs mois : Melody peut parfois « s'énerver comme ça, pour rien, d'un coup » et alors exprimer une extrême violence, « cassant tout à la maison ».

Ces éléments apparaissent en totale contradiction avec ce que donne à voir l'adolescente lors de la première consultation : son calme et son sourire sont en inadéquation avec les propos rapportés par sa mère. Melody n'intervient pas durant les échanges avec les professionnels si

ce n'est pour leur répondre, de manière très succincte. Alors qu'elle ne manifeste pas un comportement de nature à inquiéter les soignants, l'adolescente reste cependant à distance et n'exprime aucune demande à leur égard.

Cette première consultation met en évidence un décalage important entre le discours maternel et l'attitude de l'adolescente. L'agitation qu'elle manifeste au domicile est totalement absente lors de cet échange, Melody écoutant les propos tenus à son sujet sans jamais s'y opposer. La mise à distance et le fait qu'elle se distingue par une non-demande interrogent pourtant les professionnels. Ses changements d'attitude décrits par sa mère ainsi que ses réponses laconiques et parfois en décalage (l'adolescente semble à plusieurs reprises ne pas comprendre les questions qui lui sont posées) masquent une grande fragilité psychique en lien avec une histoire de vie émaillée de ruptures et d'évènements traumatiques.

Lors de la première consultation, des éléments d'anamnèse sont recueillis et mettent en évidence une succession d'éléments de nature à fragiliser l'adolescente.
Melody est issue d'une union qui semble, à l'époque, avoir fortement bouleversé l'équilibre familial. Madame a en effet 16 ans lorsqu'elle découvre sa grossesse qu'elle mène ensuite seule. Cette maternité, dont les circonstances restent floues dans le discours maternel (celle-ci semble très déstabilisée à l'évocation du contexte dans lequel elle a découvert sa grossesse), va rapidement stigmatiser Madame « dans le quartier » qui évoque alors être l'objet d'une forme de stigmatisation par son entourage. Elle s'interroge alors sur sa « capacité à s'occuper de sa fille » et « pense souvent à partir de la maison ». Sa propre mère prend alors le relais et s'occupe de Melody. Elle occupe une fonction maternelle là où la mère de l'adolescente semble fragilisée par la naissance de sa fille. Si, lors des échanges avec les soignants, Madame évoque rapidement cet épisode, les professionnels perçoivent sa difficulté à s'exprimer sur cette période de vie. L'enfance de Melody est en effet marquée par une forme d'instabilité maternelle, celle-ci ayant « eu un choc quand elle a appris sa grossesse », ressentant alors « l'envie de bouger, de changer tout ça ».
Madame s'engage à ce moment-là dans une formation qui la maintient à distance du domicile au vu d'importantes contraintes (horaires, trajets…). La grand-mère de Melody assure alors l'éducation de sa petite fille et s'investit au quotidien. Elle décrit alors une « petite, toujours sage, assez timide, souvent dans son monde » que la présence irrégulière de sa mère ne semble pas déstabiliser pour autant. Melody a en effet « ses habitudes » et la présence de sa grand-mère participe à son équilibre.

Si Madame demeure silencieuse lors des propos tenus par sa propre mère, c'est pourtant elle qui évoque les récents changements manifestés par Melody. Celle-ci a peu à peu délaissé sa scolarité et ses résultats scolaires ont brusquement chuté ces derniers mois alors même qu'elle « redouble sa classe de 5e après celle du CP ». Devenu un sujet de tension entre Melody et sa mère, la communication est de plus en plus difficile à tel point que les crises clastiques de l'adolescente se sont multipliées et « rendent la vie infernale à la maison ».

Madame prend à partie les soignants lors de cette première consultation et est logorrhéique : elle ne comprend pas « pourquoi Melody est comme ça » et se demande « si ça peut revenir comme avant ».

L'agitation de l'adolescente assortie d'un isolement progressif qui la maintient aujourd'hui au domicile est de nature à inquiéter les professionnels. L'année qui précède cette première consultation à l'hôpital de jour est en effet marquée par une importante dégradation de l'état psychique de l'adolescente.

À l'écoute des propos tenus par sa famille, Melody maintient son sourire et n'exprime aucune émotion perceptible par l'entourage alors que certains propos s'avèrent particulièrement forts. Elle semble absente et se maintient à distance des échanges, regardant les murs de la pièce et répondant très peu aux diverses sollicitations des soignants qui tentent de s'adresser à elle en lui posant des questions auxquelles elle acquiesce la plupart du temps.

L'équipe soignante se questionne sur les éléments recueillis lors de cette première consultation. En lien avec le médecin du Samu avec qui elle a évoqué une « histoire dans le quartier qui lui a fait du mal », ils se demandent de quelle manière l'adolescente ne vient pas rejouer l'histoire maternelle. Les circonstances autour de la grossesse de Madame restent en effet floues, mais témoignent d'une forme d'effraction psychique dans la manière dont elle en parle.

La fragilité maternelle et sa présence irrégulière ont certes été palliées par un fort investissement de la grand-mère de l'adolescente, mais celle-ci semble aujourd'hui interroger les ruptures liées à son histoire de vie par un agir bruyant. Arrivée dans un contexte qui semble avoir fortement fragilisé sa mère et l'équilibre familial, Melody s'est construit autour d'un lien discontinu avec la figure maternelle petit à petit remplacée par la figure de la grand-mère qui a assuré ces fonctions. Ses absences répétées, en décalage avec une forme de surinvestissement de sa propre mère marquent l'évolution de Melody. Si elle est décrite comme « sage (et) dans son monde », les professionnels s'interrogent quant à sa construction et l'accès à un vécu psychique qui est susceptible de bouleverser le fragile équilibre trouvé

depuis sa naissance. Alors que son sourire est omniprésent, les soignants observent plusieurs moments où Melody se met à distance et ne semble plus suivre le contenu des échanges. Elle est alors en position objectale, sa famille évoquant son histoire alors même qu'elle n'en dit rien.

Ces premiers échanges mettent en évidence de nombreux décalages : le discours maternel est en effet teinté d'inquiétude alors que celui de la grand-mère maternelle cherche à rassurer l'entourage. La situation actuelle décrite par la famille de Melody s'oppose à sa présentation, l'adolescente demeurant calme et souriante alors qu'au domicile elle se maintient dans des comportements agressifs et rejetant.

Alors qu'elle n'exprime pas de demande d'aide, la majoration des crises clastiques et de l'isolement social de Melody suffisent à mobiliser les professionnels. Le pédopsychiatre propose une période d'observation à l'Hôpital de Jour, estimant que l'agitation psychomotrice de l'adolescente est alors majeure. Les éléments anamnestiques obtenus lors de cette première consultation mettent en évidence une grande fragilité psychique chez Melody qu'elle tente de masquer par une attitude de prestance et un sourire constant. Si, dans ce contexte, adresser une demande d'aide semble impossible pour l'adolescente, l'équipe soignante décide de s'y substituer et lui propose une période d'observation.

L'adolescente accueille cette proposition sans réaction particulière. Elle continue de sourire, mais parvient tout de même à dire que « ça sert à rien tout ça » au moment même où la consultation se termine.

La période d'observation à l'Hôpital de Jour dure deux semaines. Melody est régulière malgré des retards persistants que sa mère associe à des troubles du sommeil. Tout au long de cet accueil, Melody se maintient à distance à la fois de l'équipe soignante et des autres adolescents reçus. Elle se mobilise pourtant lorsque l'autre s'adresse à elle et peut notamment répondre aux sollicitations de ses pairs autour d'un jeu de cartes ou lors d'échanges avec les soignants.

L'adolescente est discrète et ne se mobilise qu'à partir de l'étayage du soignant. L'équipe constate des difficultés de compréhension majorées dans les situations où il lui ait demandé de s'impliquer corporellement et symboliquement. Bien qu'observatrice, elle semble peu authentique dans les échanges avec ses pairs avec qui elle peut évoquer un quotidien très normalisé qu'elle partage entre des temps « à l'école et des soirs avec ses copines ».

Melody investit peu les différents espaces de l'Hôpital de Jour sans y être invité par l'équipe soignante. Les mouvements d'agitation ou de provocation de certains adolescents ne semblent

pas la déstabiliser, elle a, de manière générale, des relations restreintes avec ces derniers et se maintient à distance de la dynamique du groupe.
Les sollicitations de l'équipe soignante lui permettent d'évoquer « une histoire dans le quartier » qu'elle mentionne à plusieurs reprises sans pour autant en dire plus. Devant les questions de certains professionnels, Melody fuit les échanges et se renferme aussitôt. Elle se met alors à l'écart, cherche à s'installer dans l'espace le moins visible de tous et porte son regard sur les murs et les objets environnants, parfois longuement.
Lorsqu'elle est stimulée, elle peut sortir de cette réserve et accepte alors de participer aux différentes médiations proposées durant cette période d'observation. Le besoin d'étayage et de réassurance y est très présent, Melody pouvant se mettre à nouveau en retrait lorsque le support la met en difficulté. Elle n'exprime alors aucune demande d'aide vis-à-vis de l'équipe soignante.
Durant ces premiers moments d'accueil, les professionnels s'interrogent sur la dynamique relationnelle en jeu avec l'adolescente : Melody se maintient dans une attitude de retrait, mais accepte pour autant l'étayage proposé par le soignant. Avec ses pairs, elle est aussi à distance tout en participant à certains échanges dans lesquels elle évoque un quotidien pleinement normalisé. L'équipe soignante se questionne sur cette ambivalence et perçoit une forme de présence singulière chez cette adolescente qui ne semble pas authentique, tant dans sa présentation que dans ses paroles. Elle a parfois des difficultés de compréhension auxquelles s'ajoute une forme d'immaturité émotionnelle perceptible dans une dynamique de groupe. Si les professionnels peuvent échanger avec elle, ils le font de telle sorte que Melody se sente le moins intrusée possible, percevant une grande fragilité psychique et un lien qu'elle continue de mettre à distance.
À la fin de cette observation, l'adolescente dira à l'un des soignants « ne pas comprendre pourquoi elle vient ».

Ces premiers éléments mettent en évidence d'importantes difficultés relationnelles, l'adolescent oscillant entre une attitude de retrait ou d'identification massive vis-à-vis du discours tenu (que ce soit celui d'un soignant ou d'un adolescent). Son besoin d'étayage et de réassurance est permanent sans quoi elle se met à nouveau à distance de la dynamique relationnelle. La passivité qu'elle manifeste associée à d'importantes difficultés de compréhension laisse entrevoir une extrême vulnérabilité.
Le décalage qui existe entre sa présentation physique (parfois très inadaptée au vu de ses tenues vestimentaires) et son discours interroge l'équipe soignante sur une faille narcissique

telle que Melody ne semble pas en mesure de se mobiliser psychiquement. Son sourire permanent ainsi qu'une recherche de normalité apparaissent en décalage avec sa capacité à se mobiliser autour du lien proposé par l'équipe soignante. Melody continue à se distinguer par une non-demande de soin alors même que les professionnels perçoivent les signes d'une souffrance psychique.

Une synthèse en équipe pluridisciplinaire constituera un appui pour penser l'accueil de cette adolescente à l'hôpital de jour. Sa fragilité relationnelle ainsi qu'une difficile mobilisation de son vécu psychique incitent les professionnels à lui proposer un étayage sécurisant. Il s'agit de soutenir sa construction identitaire en l'aidant à se positionner de manière authentique avec l'autre et d'accompagner une forme de remobilisation symbolique qu'un agir bruyant a mis à mal depuis le début de son adolescence.

Alors que des éléments anamnestiques mettent en évidence un parcours de vie émaillé de ruptures et un fragile équilibre des rôles et des fonctions symboliques propres à un fonctionnement familial, l'équipe soignante pense à un projet de soin qui apporterait une forme de continuité et de permanence. Deux temps de soin seront ainsi proposés à l'adolescente en parallèle à des consultations régulières avec le pédopsychiatre. Destiné à lui apporter un cadre rassurant, ce projet de soin est proposé afin de soutenir sa construction subjective, l'aider à être en lien avec l'autre de manière sécure et stimuler sa créativité qui semble avoir été durablement fragilisée.

L'adolescente reste à distance face à ces propositions, mais argue à nouveau du fait que « ça l'aide pas de venir ». Alors qu'elle manifeste une grande ambivalence à l'idée d'être accueillie, elle exprime pour autant une grande souffrance psychique qui semble s'accentuer depuis la période adolescente et constitue en soi un appel.

Le fait de proposer à l'adolescente deux espaces différents est pensé de manière à ce qu'elle puisse investir graduellement le lieu de soin. Une médiation individuelle autour d'une activité manuelle ainsi qu'un groupe thérapeutique autour de la danse sont privilégiés, en lien avec les observations de l'équipe soignante et les centres d'intérêt repérés chez l'adolescente. L'alternance autour d'une forme de proximité avec le soignant qui l'accueille seule et l'altérité inhérente à une dynamique de groupe semble alors essentielle.

Si sa position de non-demande persiste, les professionnels sont sensibles à l'expression d'une forme de vulnérabilité tant psychique que relationnelle manifestée par l'adolescente. L'équipe soignante choisit alors de se substituer à sa non-demande en proposant un espace-temps thérapeutique destiné à favoriser un apaisement et l'émergence possible de nouvelles capacités.

Melody investit rapidement la médiation individuelle autour d'une activité manuelle : la diversité des supports possibles (coloriage, dessin, perles, tricot…) facilite le lien avec le soignant. Si elle se montre appliquée, l'étayage du professionnel demeure indispensable, sans quoi l'adolescente peut à nouveau se mettre à distance comme elle pouvait régulièrement le faire lors de l'observation. Melody s'exprime peu durant cet accueil si ce n'est pour manifester son besoin de réassurance. Le silence est souvent de mise et semble favoriser une forme d'apaisement chez l'adolescente. Melody paraît en effet se détendre au fur et à mesure des semaines, sa présentation évolue et sa tenue vestimentaire est plus sobre.
Attentif au langage corporel de l'adolescente, le soignant explore avec elle les propriétés à la fois sensorielles et relationnelles propres au support manuel. À travers sa gestualité, il accompagne l'émergence d'une expression qui, d'abord silencieuse, est ensuite associée à une parole en lien avec le geste accompli. Le choix du support et sa manipulation constituent pour Melody une manière d'affirmer sa présence.

Cet espace thérapeutique, qui fonctionne autour d'un étayage et d'une réassurance de la part du soignant, permet à l'adolescente d'investir peu à peu le lieu de soin. La proximité avec le professionnel s'avère indispensable et représente une contenance là où l'adolescente s'exprime à travers un agir bruyant et destructeur au domicile. La réactivation d'une mémoire sensorielle et perceptive propre à l'utilisation d'un support manuel se fait dans un cadre rassurant et apaisant. Le silence de l'adolescente est respecté et l'émergence d'une parole accompagnée. Bien que l'adolescente se maintienne à distance d'un dialogue avec le soignant, la proximité physique avec lui est de mieux en mieux tolérée. Au fur et à mesure des accueils, le rapport d'altérité ne semble plus constituer pour elle une menace. Progressivement, son sourire constant s'anime d'une expression du visage, son regard devient plus présent et sa parole se délie. L'adolescente aborde parfois son quotidien, la recherche de normalité laisse place à plus d'authenticité dans son discours. Elle peut exprimer certaines interrogations, notamment en lien avec la reprise de sa scolarité.

En parallèle, Melody est accueillie en groupe thérapeutique autour d'une médiation danse. Celle-ci est proposée par deux soignants, l'un incarnant le cadre et le dispositif propre à la médiation (il accueille et accompagne le groupe d'adolescents dans la formulation des consignes) et l'autre accompagnant le groupe dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs propositions créatives. L'alternance entre ces deux positions est vouée à favoriser

l'émergence d'une expression et d'un langage rassemblant les adolescents et les soignants autour d'un même support.

Si cette médiation se constitue autour de l'illusion groupale[261] *qui permet aux adolescents accueillis de se saisir ensemble de l'objet médiateur, Melody reste à distance de toute forme d'altérité pendant plusieurs semaines. Elle refuse de se mobiliser face aux propositions soignantes et, de manière tacite, contourne les consignes. L'adolescente semble ainsi parfois totalement inhabitée, pouvant rester statique dès l'échauffement, portant son regard sur les murs comme elle le faisait durant la période d'observation.*

Ce constat incite les soignants à s'interroger sur le sens de la médiation proposée et son opportunité alors même que les manifestations d'une souffrance psychique semblent majorées dans cet espace thérapeutique. En lien avec l'équipe pluridisciplinaire, les professionnels décident alors de réaménager le dispositif de la médiation. Si la médiation corporelle était jusqu'ici présentée de manière à ce que chacun des adolescents puisse s'en saisir librement, la nécessité d'incarner ce dispositif avec Melody pour la soutenir dans un processus de symbolisation apparaît comme essentielle. Un soignant se met donc à disposition pour incarner cette fonction à la fois phorique et métaphorisante en accompagnant l'adolescente dans l'espace scénique et en se mobilisant avec et auprès d'elle autour d'un mouvement.

Alors que l'échauffement était jusqu'ici très peu investi par Melody, les soignants proposent une reconstitution systématique de l'espace scénique au moyen d'un fil qui assure la fonction de limite et de contenance. Si l'adolescente ne se saisit pas de ce tracé pendant plusieurs semaines, elle parvient peu à peu à se mobiliser autour de ce geste en regardant ses pairs s'adonner à cette tâche jusqu'à ce qu'elle accepte de le faire elle-même. Cette reconstitution qui matérialise l'espace scénique révèle à la fois ses limites, mais aussi ses horizons, chaque adolescent ayant la possibilité de rester en dehors ou de l'investir.

Melody accepte ensuite de se mobiliser autour de l'échauffement. La présence du soignant et son implication à ce moment-là constituent un appui pour l'adolescente qui s'identifie à ses gestes.

Alors qu'un soignant guide le groupe d'adolescents vers la possibilité de se déplacer librement dans l'espace scénique, Melody s'appuie là aussi sur les déplacements du soignant présent dans l'espace scénique pour se mouvoir. Si le langage corporel est privilégié dans cette médiation, l'adolescente peut ainsi s'étayer sur le soignant afin de se révéler peu à peu

[261] Chouvier B. « Objet médiateur et groupalité ». In Brun A, Chouvier B, Roussillon R, Dir. Op.cit. p.71.
L'illusion groupale fait référence « à une peau commune (qui) se tisse autour et à partir des objets médiateurs » et qui permet ensuite l'émergence d'une position subjective en référence à « une production propre en lien avec les autres et en étayage sur le groupe ».

autour d'une expérience sensori-motrice qui n'est pas sans rappeler une expérience précoce en lien avec l'apparition même du langage verbal.
Des déplacements et des mouvements dans l'espace scénique mobilisent peu à peu le groupe, ce qui permet à Melody de profiter de l'étayage du soignant pour expérimenter à son tour. Son sourire semble alors plus habité et son regard plus adressé.
L'expressivité corporelle du soignant permet alors à l'adolescente d'investir peu à peu le sien : après quelques mois durant lesquels Melody se maintenait dans une forme d'inexpressivité du visage et de son corps, elle s'emploie à quelques gestes et dessine ainsi sa présence. En constatant que la musique est un appui pour elle, le soignant qui incarne le dispositif de la médiation la met en situation de la choisir, ce qu'elle accepte en évoquant le fait que « ça lui rappelle quand elle dansait avec sa grand-mère petite ».
Dans la mesure où l'utilisation de l'expressivité corporelle du soignant semble peu à peu apaiser l'adolescente et lui permettre d'investir singulièrement la médiation, son langage corporel évolue. Elle est plus en lien avec ses pairs et participe à la dynamique groupale en observant les mouvements des uns et des autres. La proposition de s'adonner à des improvisations est rapidement investie par le groupe, Melody restant d'abord à distance puis acceptant de « faire un truc ». Elle demande alors au soignant d'avancer avec lui de part et d'autre de l'espace scénique pour « le traverser ensemble ».

Si la proximité avec le soignant lors de la médiation autour d'un support manuel semble avoir participé à une forme d'apaisement chez l'adolescente, son accueil dans un groupe thérapeutique a révélé sa mobilisation dans un processus créatif.
Alors que l'espace de consultation avec le pédopsychiatre était jusqu'ici peu investi, l'adolescente s'est, là aussi, racontée au fur et à mesure des échanges. Elle a pu aborder ses difficultés relationnelles avec sa mère et exprimer sa souffrance. Si elle associe son agitation à un événement durant lequel d'autres adolescents l'auraient malmené sexuellement, cet épisode a valeur d'effraction psychique et n'est pas sans rappeler les propos de sa mère qui évoque les circonstances dans lesquelles elle a découvert sa grossesse.
Alors que son processus symbolique et l'expression d'un vécu intrapsychique semblent s'être construits de manière fragile, le moment adolescent et l'épisode traumatique qui y est associé paraissent avoir durablement interrompu ses capacités à se mobiliser psychiquement. L'espace de médiation et la manière dont elle a pu l'habiter singulièrement participent alors à l'émergence d'un mouvement psychique et relationnel jusqu'ici difficilement mobilisable. En faisant œuvre ensemble autour du média qu'est la danse, le soignant et l'adolescente ont pu

suivre la voie nouvelle d'une altérité non plus seulement menaçante, mais propice à l'appropriation et à la réalisation d'un soi conjugué dans le lien avec l'autre.

À partir de cette situation, nous pouvons mesurer l'intérêt d'un espace de médiation comme lieu propice à l'émergence d'un lien avec un adolescent qui se distingue par sa non-demande. Alors que sa souffrance psychique peut durablement le plonger dans l'abîme du silence ou, au contraire, dans celle d'un agir bruyant, la manière dont cet espace-temps est pensé et investi par le soignant est valorisée par le partage d'une créativité avec un adolescent.
Si, dans l'histoire de Melody, l'équipe soignante s'est d'abord substituée à sa non-demande, se montrant ainsi sensible à l'appel qu'elle constitue, lui proposer un support centré sur le langage corporel tel qu'il apparaît notamment au travers de l'espace scénique vient incarner une attitude de substitution dont la composante essentielle est celle d'une co-créativité : face à la distance longtemps maintenue chez Melody et à une forme d'inexpressivité devenue nécessaire dans sa situation, le soignant a refondé sa pratique pour créer avec elle un nouvel espace plus propice à sa rencontre. À partir de sa mobilisation à la fois corporelle et psychique, il s'est, dans un premier temps, substitué à elle pour venir soutenir la possibilité d'un processus créatif fragilisé par un parcours de vie émaillé de ruptures et un récent événement traumatique. Au détour d'un jeu mobilisant à la fois un mouvement et un rythme, l'adolescente a évolué sur ce chemin créatif pour explorer en présence du soignant une expérience corporelle qu'elle a peu à peu mise en mots avec lui. Ensemble, ils ont composé autour de l'espace scénique pour le constituer en un espace de rencontre et ainsi faire œuvre commune.

Cette histoire singulière a l'intérêt de mettre en évidence une dimension nouvelle propre à la composante co-créative de la substitution : en effet, si le soignant peut se substituer à la non-demande d'un adolescent, il ouvre alors à la possibilité de refonder et d'inventer un nouveau modèle thérapeutique qui est valorisé par la possibilité de faire-œuvre ensemble.

3.1.3 L'horizon d'un faire-ensemble

Si le moment adolescent est traversé d'expériences à la fois corporelles, psychiques et relationnelles intenses, son émergence peut précipiter certains adolescents dans un état de grande fragilité psychique. Comme nous l'avons analysé précédemment, le potentiel créatif que convoque particulièrement cette période d'existence semble alors momentanément ou durablement inexploitable. Alors qu'il s'est initialement déployé autour des premières relations entre le bébé qu'un adolescent a été et son environnement, sa remobilisation paraît incertaine voir même chaotique en révélant l'extrême vulnérabilité d'un adolescent qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin.
Dans ce contexte, penser l'espace thérapeutique et le dispositif de médiation comme un support à la relation ouvre à une considération nouvelle de la créativité adolescente. Si la fonction soignante est celle de soutenir et d'accompagner cette potentialité, l'enjeu est alors celui d'un surgissement faisant du potentiel créatif une nouvelle valorisation de l'habité[262] adolescent : en le soutenant dans sa capacité à se créer autrement, au-delà d'un parcours marqué par de trop nombreuses ruptures, la fonction thérapeutique participe à une manière de faire œuvre de soi dans l'espace de médiation.

Si un adolescent en grande souffrance psychique met d'abord à distance toute forme de lien avec le soignant, son silence ou un agir bruyant constituent les premiers signes de sa présence. La manière de les conjuguer en messages puis de tenter de produire avec lui un sens à ces premiers mouvements apparaît comme un fil à explorer. Le potentiel créatif d'un adolescent est alors conjugué à celui du soignant, l'espace de médiation leur offrant la possibilité qu'ils s'inscrivent ensemble dans une œuvre commune.
Si l'écueil qu'est la difficile mobilisation du vécu intrapsychique d'un adolescent caractérise en effet les premières interactions, il mobilise d'autant plus l'exploration d'autres capacités. Dans la mesure où le soignant introduit dans l'espace de médiation un objet médiateur, des perspectives nouvelles apparaissent et sont susceptibles d'enclencher des ressources psychiques jusqu'ici mises en suspens. Le soin psychique représente alors une voie d'entrée à une forme de redéploiement du vécu psychique qui, dans une dynamique intersubjective, peut à nouveau être sollicité sans risque majeur tel qu'un adolescent le vivait auparavant.

[262] Nous rappelons que l'habité adolescent renvoie à une manière d'habiter son existence.

En proposant à un adolescent un média, il le définit comme un support à la relation, mais aussi le saisit symboliquement à mesure qu'il constitue une figure d'intersubjectivité. Au gré des mouvements d'un adolescent, le soignant entrevoit cette progression qui n'a de sens que dans un cheminement commun. L'espace de médiation les rassemble autour d'une façon d'explorer ensemble le média pour potentiellement partager cette expérience.
Dans la mesure où le média est susceptible de faire lien entre le soignant et un adolescent, sa mise en jeu est essentielle. En effet, la perspective qu'offre le jeu relationnel comme constitution d'un Je représente un enjeu important et mobilise la créativité soignante. Si le professionnel peut s'interroger sur sa signification et y associer une lecture clinique, cette valorisation du processus créatif se construit nécessairement dans le lien avec l'adolescent, sans quoi la mise en jeu serait unilatérale et réduite à la seule dynamique soignante.
Dans le contexte spécifique de la non-demande, le fait de pouvoir allier la créativité soignante à celle potentiellement exploitable d'un adolescent paraît essentiel. Dans ce sens, la recherche créative qui mobilise l'un et l'autre (les fondements y sont certes différents, mais se rejoignent autour d'un vécu commun relatif à la saisie d'un média) devient le vecteur d'un lien commun.

Si la constance et la répétition de ce qui constitue une forme d'expérimentation créative peuvent évoluer, le fait qu'ils puissent se rassembler l'un avec l'autre autour d'un même processus créatif trace le sillon d'une co-créativité.

À l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande et une attitude de retrait, là où l'émergence de cette co-créativité est particulière à ce contexte, comment s'opère-t-elle ?

Produite et conjuguée ensemble, la co-créativité devient une perspective relationnelle là où le rapport d'altérité renvoie initialement à une menace chez un adolescent en position d'extrême vulnérabilité.
La première caractéristique que nous pouvons associer à la co-créativité est celle qui tient à la manière d'investir la médiation et, corrélativement, de saisir l'objet médiateur. Dans la mesure où il est pensé comme un dispositif de soin, sa valeur et la possibilité d'en faire un espace thérapeutique est construit en présence du soignant et de l'adolescent. Au détour d'un dessin, du son d'un instrument de musique, d'une parole de chanson notamment, l'implication subjective se dessine et prend forme dans la relation intersubjective propre au soin psychique. La saisie et l'investissement d'abord personnel d'un média fait de l'espace de médiation un

lieu à habiter ensemble en co-présence : « pris selon ce nouveau rapport, (le média) ne se réduit pas à un seul sens, il acquiert une polysémie dynamique. Il n'a plus de sens unique, il est multiforme et sert d'embrayeur à une communication active avec l'autre[263] ».

En écho à une éthique du partage telle que nous l'avons mise en valeur précédemment, la co-présence est ce qui vient l'incarner. Dans la mesure où une posture institutionnelle créative ouvre à la possibilité de faire d'un dispositif tel que la médiation thérapeutique un espace significatif, cela ne vaut qu'en présence du soignant et de l'adolescent avec la possibilité qu'émerge une co-créativité. L'un avec l'autre, l'un en présence de l'autre, ils sont en quelque sorte l'être de cette co-présence et faisant œuvre ensemble.
Si, dans les premiers instants, un adolescent se met à distance et semble se destituer de toute forme de présence, celle du soignant participe à la découvrir. En l'aidant à se restituer dans sa possibilité à être présent avec l'autre, la substitution co-créative se révèle dans l'avènement de cette co-présence. Bien plus qu'une seule proximité physique, celle-ci s'initie dans le quotidien de l'institution et se conjugue dans le dispositif thérapeutique sous la forme d'une mutualité destinée à rassembler le soignant et un adolescent autour d'une situation de soin.
Si le soignant et un adolescent sont tous les deux amenés à se trouver dans une même unité de temps et de lieu, la co-présence renvoie dès lors à une « venue en présence[264] » autrement dit une manière d'être en présence l'un avec l'autre. En effet, autour d'une médiation thérapeutique en particulier, il s'agit de considérer la potentialité qui est la leur : faire sens autour de ce qui peut se partager dans cet espace-temps pour, possiblement, faire advenir un entre-nous que nous pouvons rapprocher du sens lui-même dans le soin psychique.
Objet de symbolisation et d'association, le média fait alors peu à peu tiers entre le soignant et un adolescent pour qu'ensemble ils mobilisent leur ressource créative autour d'un espace qui devient commun.

Dans cette perspective qu'est la co-présence, la seconde caractéristique de cette co-créativité est celle relative à une réalisation de Soi vers laquelle peut tendre le processus de médiation. Alors que ce dispositif se forme autour d'une présence singulière, il est susceptible d'évoluer en co-présence dans des échanges interactifs. Si auparavant nous avons considéré

[263] Brun A, Chouvier B. « Interaction entre art et clinique : créativité et création ». In Brun A, Chouvier B, Roussillon R, Dir. Op.cit. p.218.
[264] Nancy JL. Op.cit. p.7.
Dans ce sens, Jean-Luc Nancy considère « l'acte d'être-au-monde et d'être-monde comme intrinsèquement singulier-pluriel : il n'a lieu, il n'agit (il ne s'agit) que dans la présence, la venue en présence d'essentiellement (existentiellement) plusieurs ».

l'intersubjectivité comme le fondement d'une relation thérapeutique, le fait que le soignant se mobilise avec l'adolescent autour d'une démarche créative souligne cette capacité à se créer/recréer autrement avec l'autre. Cette disposition, que nous interrogerons par la suite ouvre à une nouvelle considération du soin psychique et de la position de substitution que peut privilégier le soignant à l'égard d'un adolescent qui se distingue par sa non-demande.

Si nous avons auparavant souligné l'importance d'une pensée éthique du partage, l'attitude de substitution qui apparaît désormais à travers sa composante co-créative renvoie avant tout à un partage esthésique[265] : en effet, si un média est d'abord associé à des sensations et des perceptions subjectives, il s'agit, au travers d'une substitution co-créative, de soutenir leur expression et d'investir ensemble une signification. À partir des mouvements d'abord singuliers relatifs à la saisie d'un média, c'est faire de ce partage une expérience commune, l'un composant avec l'autre autour de ce qui apparaît comme un langage.
Si la souffrance psychique d'un adolescent constituait jusqu'ici un leitmotiv, la co-construction que cherche à activer l'attitude de substitution a valeur de frayage. Dans la situation de soin, ce n'est plus seulement une position de responsabilité à l'égard d'un adolescent qui se déploie, mais bien celle qui les incite à créer à deux une nouvelle manière d'habiter l'espace thérapeutique et, plus largement, son existence. Si, dans cette perspective, l'un fait écho à l'autre, l'histoire est écrite ensemble et mobilise les ressources créatives de chacun qui, peu à peu, en constitue avec l'autre de nouveaux chapitres.

Alors que la composante co-créative de la substitution apparaît comme une nouvelle perspective, considérer d'emblée qu'un adolescent peut être pris dans le processus créatif du soignant sans qu'il puisse lui aussi l'expérimenter singulièrement demeure un enjeu essentiel et renvoie aux limites mêmes de la substitution comme aliénation. Face à cette aporie qui s'avère prégnante au détour de la situation de soin, l'attitude de substitution du soignant peut correspondre à un étayage mettant un adolescent en situation de possibilisation alors même que sa souffrance psychique semble l'éloigner de toute ressource créative.

[265] Roussillon R. *La dépendance primitive et l'homosexualité primaire en double*. Revue Française de Psychanalyse. 2004 Fev;(68) :421-439.
René Roussillon décrit ce partage esthésique à travers « l'investissement du corps et des sensations corporelles du sujet (qui) passe par la rencontre avec l'investissement du reflet que l'objet lui en communique en retour par son ajustement lui-même (…) l'ajustement est réciproque, chacun s'ajuste à l'autre, tente de s'accorder à l'autre ».

La position soignante qui consiste à accueillir la singularité d'un adolescent participe ensuite à l'avènement de son potentiel créatif en lien avec celui du professionnel. L'intersubjectivité inhérente à la situation de soin psychique n'est plus seulement le signe d'une menace, mais devient au contraire celle d'une « ouverture créatrice, un enjeu stimulant de la rencontre[266] ».

La co-créativité telle qu'elle est d'abord pensée au travers de l'attitude soignante s'ouvre donc nécessairement autour d'une manière de la constituer avec un adolescent. Si elle est une aptitude à réagir et à se réinventer face à la nouveauté, elle se déploie dans la relation thérapeutique et se magnifie dans la rencontre. À partir de l'attitude de substitution du soignant et sa composante co-créative, nous verrons en quoi l'engagement mutuel est susceptible de révéler une nouvelle forme de réalisation de Soi avec l'autre, là où l'impossible révèle un champ des possibles.

[266] Brun A, Chouvier B. Op.cit. p.218.

3.2 Un champ des possibles

Si l'habité adolescent représente une période d'extrême vulnérabilité pour celui que la souffrance psychique assaille, cet entre-deux est d'autant plus déstabilisant qu'il renvoie à un parcours de vie l'ayant jusqu'ici fragilisé. Là où la non-demande consiste à se maintenir dans une position de retrait en apparence nécessaire aux vues de toutes les ruptures vécues jusqu'ici, nous nous sommes interrogés sur l'opportunité que représente l'accueil d'un adolescent dans un lieu de soin.
En s'appuyant sur la dimension créative d'une institution, l'équipe soignante s'emploie dès lors à valoriser autrement l'accompagnement d'un adolescent. D'une position de retrait, l'enjeu essentiel est celui de la conjuguer en la possibilité d'un re-trait[267] : c'est le soutenir non plus seulement à travers un agir unilatéral, mais bien l'accompagner dans sa capacité à se remobiliser autour de l'esquisse d'une existence apaisée et créative.

Dans la mesure où le soin psychique se déploie autour de l'accompagnement de cette créativité adolescente, l'attitude soignante représente un vecteur à celle-ci : le professionnel qui se substitue à la non-demande d'un adolescent en grande souffrance psychique le considère à travers son potentiel créatif en faisant œuvre avec lui dans l'espace de médiation. À partir d'un lieu de soin, la mobilisation du soignant qui consiste à soutenir la créativité d'un adolescent demeure essentielle. Couplé à l'entre-deux qu'est le moment adolescent, il s'agit dès lors d'associer l'espace intermédiaire de la médiation à d'autres perspectives, au-delà de la souffrance psychique et du spectre qu'elle constitue. En pensant la valence non pas seulement négative, mais bien positive de la crise adolescente, c'est au contraire construire

[267] Cette notion a fait l'objet d'une conceptualisation chez Derrida. A partir de la dimension du « retrait » telle qu'elle est a été conçue par Heidegger comme un cheminement de l'être, le philosophe se confronte à son aporie qui est celle d'une impossibilité d'aller. Dans une perspective éthique, Derrida considère l'importance de s'engager auprès de l'autre à travers un mouvement de retrait qui consiste à le laisser venir et ouvre à une nouvelle considération du lien dans la distance.
Nous associons à cette considération derridienne une perspective : alors qu'un adolescent se distingue par sa position de retrait, l'attention du soignant à son égard peut potentiellement faire advenir cette possibilité d'un « re-trait », c'est-à-dire d'un à-venir comme le corollaire d'une co-créativité.

avec un adolescent une nouvelle perspective au travers d'une rencontre avec le soignant. Si celle-ci peut se rapprocher d'une forme d'art qui renvoie à un faire-œuvre commun, il s'agit désormais de s'interroger sur la manière dont elle se conjugue avec la créativité adolescente pour constituer un cheminement dont l'horizon se révèle dans une forme de co-existence et ouvre à une nouvelle manière d'exister ensemble.

En nous appuyant sur la pensée de Maldiney, nous verrons de quelle manière l'attitude de substitution du soignant peut, de ce qui apparaît comme une impossible appropriation de soi, se conjuguer à la possibilité d'une réalisation de soi avec l'autre. Autour non pas seulement de la rencontre, mais bien de moments de rencontre qu'est la situation de soin, nous verrons dans quelle mesure le soignant et un adolescent peuvent ensemble se transformer.

3.2.1 La propension ouverte

Si l'oeuvre de Maldiney est cosmopolite et représente une figure contemporaine du courant phénoménologique, elle mêle un langage à la fois philosophique, clinique et esthétique qui fait écho à nos propos. Le philosophe apporte en effet un renouveau au champ phénoménologique en considérant le phénomène non plus seulement dans son mode d'apparition, mais bien à travers le moment de l'apparaître : le concept d'événement devient dès lors l'incontournable de l'œuvre maldinéenne, le philosophe l'associant à l'avènement d'un sentir (le sujet expérimente l'objet) et d'un dire (le sujet se construit par lui). Dans ce sens, alors que le phénomène est rapproché d'un événement, le philosophe considère qu'il est un mode de rencontre de quelque chose, l'autre devenant l'événement en soi, ce vers qui tout converge et avec qui tout est à créer.

Voie nouvelle dans la pensée philosophique contemporaine, la démarche conceptuelle de Maldiney s'ancre dans la réalité de la condition humaine et fait de l'éthique un leitmotiv. Alors qu'il associe l'existence à une capacité d'exister, le philosophe se distingue par sa conception de l'événement qu'il considère avant tout comme une épreuve, un cheminement essentiel du vivre comme s'éprouver vivre.

Par la voie de la psychose et de l'art, il interroge ce qui peut ou non faire événement, certains d'entre nous demeurant en dehors de tout événement, marqué par « le là d'aucun avoir lieu[268] ». Profondément attaché aux rencontres cosmopolites qu'il a pu effectuer avec des penseurs, des artistes, des patients et des soignants, Maldiney se saisit donc de la question ontologique pour se confronter à l'énigme de l'existence et affirmer que l'existence n'existe qu'en existant.

En considérant que l'un des gages de notre existence est notre capacité à sortir du « Rien » pour s'ouvrir au monde et ainsi l'habiter, il s'agit de définir la fécondité de l'événement et sa possibilité à constituer un avènement pour le sujet existant. Ainsi, à partir de concepts novateurs que nous interrogerons en lien avec la situation de soin, Maldiney explore l'existant à travers ses possibilités et affirme que l'Homme se caractérise par cette propension à aller à l'avant de Soi hors de Soi. Dans ce sens, l'événement, dont le corollaire est l'apparaître,

[268] Rigaud B. *Henri Maldiney. La capacité d'exister*. Meaux : Germina; 2012. p.11.

advient comme avènement dans la mesure où il ouvre à une sphère à conjuguer. Il n'est plus seulement un existential (tel que l'avait notamment définit Heidegger en évoquant ce qui se rapporte à la constitution intrinsèque de l'existence humaine), mais devient l'initiateur de l'existence dans la mesure où il nous ouvre au monde et offre la possibilité de s'y inscrire.

Si, dans la pensée maldinéenne, l'existence est un existant toujours en mouvement, le dessein de l'Homme est celui de comprendre[269], et « (s')accompli(r) à signifier le monde et soi-même[270] », exister étant une façon d'être-ouvert et se laisser l'opportunité d'une rencontre. En effet, alors qu'il s'applique à signifier le monde (à travers une structuration de l'espace et du temps en particulier), l'Homme constitue sa présence qui se détermine dans l'expérience pathique du sentir comme espace d'ouverture au dire. En considérant notre capacité à signifier un phénomène comme l'expression de notre présence au monde, le philosophe considère l'existence au travers de cette présence en ouverture. Confronté à ce qu'il rapproche d'un mode déficient de cette présence au monde alors qu'il a l'occasion d'échanger avec des patients, Maldiney s'intéresse plus particulièrement à cette dimension pathique de l'existence qui vient avant tout signifier notre propension à se tenir là où le monde s'ouvre et à le reconnaître en tant que tel. Associée à un « sentir », le pathique est lié à ce que nous éprouvons et se dévoile dans une manière singulière d'habiter le monde. À partir d'une dialectique conjuguant les sensations aux significations, le sentir inhérent à l'apparaître tel qu'il se présente à nous s'ouvre sur l'horizon de ce qu'il a à faire paraître : l'importance du sentir, qui s'affiche comme un leitmotiv dans l'œuvre maldinienne, nous place en situation de rencontre face à un apparaître susceptible de devenir un « pouvoir-être[271] ». La forme du phénomène, sa structure comme la manière dont il peut être révélé par le sentir est le corollaire d'un moment pathique qui correspond à la « dimension intérieure du sentir[272] » et se révèle sur le mode d'une sensibilité « aux couleurs, aux formes, aux sons[273] ». Dans ce moment pathique, nous faisons ainsi l'expérience du monde, l'identifions et lui donnons un sens pour peu à peu le conjuguer à un pouvoir-être là où exister c'est, pour Maldiney, se tenir en avant de Soi.

---

[269] Maldiney H. *Regard, Parole, Espace*. Lausanne : L'âge d'Homme; 1994. p.19.
Si l'étymologie du terme « comprendre » est associée à celle du « prendre ensemble », c'est l'association du « il y a » et du « y être » qui mobilise Maldiney. En effet, selon lui, l'y être se caractérise par une rencontre qui se fait dans le réel avec ce que « nous n'attendions pas » et qui représente l'opportunité d'aller à « l'avant de Soi ».
[270] Ibid. p.28.
[271] Ibid. p.137.
[272] Ibid. p.136.
[273] Ibid.

De manière pragmatique, le philosophe rattache dès lors ce moment pathique au temps et à l'espace. Première forme pathique, la temporalité renvoie ainsi une dimension de continuité à laquelle Maldiney y adjoint une considération de l'existence comme propension à accueillir un événement et à se transformer à partir de lui au gré des mouvements de l'existence qui ont lieu dans le temps. Seconde forme pathique, l'espace apparaît dans l'œuvre maldinéenne comme une condition à la potentialité qu'offre l'existence là où il représente le lieu de mouvements existentiels. « Surgissement dans l'ouvert[274] », l'espace représente une ouverture et une perspective qui, au travers du moment pathique et conjugué à une temporalité, devient un lieu d'émergence. Appréhender à la fois dans le temps et dans l'espace à partir d'une dimension pathique de l'existence, l'évènement l'est aussi essentiellement dans la parole qui vient alors faire lien. Si, pour Maldiney, le dire de l'événement (autrement dit la parole pouvant y être associée) est le corollaire de son épreuve (autrement dit la façon dont il est éprouvé par chacun), de la manière de le faire dépendra alors le surgissement de l'événement comme ouverture au monde. Par une oscillation permanente entre des ressentis positifs et négatifs qui rythment les mouvements de notre existence et peuvent, dès lors, être nommés, nous nous éprouvons vivre et cheminons ainsi vers une capacité à advenir « à soi et au monde[275] ». S'il se révèle dans le temps et dans l'espace, cette avancée en rythme induit en effet un mouvement rendant à chacun son potentiel de présence, autrement dit le fait « qu'être présent c'est être à l'avant de soi[276] ».

Dans la mesure où cette lecture du phénomène privilégie le fait de comprendre l'Homme comme advenant à partir de l'événement qu'il constitue, la manière dont Maldiney associe la dimension pathique de l'existence à celle du possible suscite tout notre intérêt. Alors que le philosophe considère qu'à travers l'expérience d'un phénomène, nous nous mettons en situation de sentir et signifier le monde qui nous entoure, toute l'œuvre de Maldiney fait de

[274] Maldiney H. *Regard, Parole, Espace*. Op.cit. p.144.
[275] Ibid. p.317.
[276] Maldiney H. *Art et Existence*. Paris : Klincksieck; 2003. p.7.
Là où nous avons auparavant fait de l'éthique du partage le leitmotiv de la dimension co-créative de la substitution, nous considérons qu'elle est incarnée par une co-présence. En écho aux propos de Maldiney, si un adolescent se distingue avant tout par sa position de vulnérabilité, sa capacité à « être à l'avant de soi » renvoie à l'un des enjeux essentiels de la substitution. En effet, d'abord en retrait ou pris dans un agir bruyant, sa présence est celle d'un habité fragile que la situation de soin est susceptible de faire évoluer en le considérant à travers sa venue en présence avec l'autre, ici le soignant, puis, de manière plus ouverte encore, son environnement.
A l'image de Melody qui met à distance toute forme de lien en se maintenant dans une non-demande, sa présence singulière renvoie d'abord à une souffrance psychique qui semble durablement l'empêcher d'être à l'avant de soi. En faisant de la présence soignante et du lien thérapeutique de nouvelles ressources à son existence, l'adolescente a pu de nouveau se mobiliser autour d'une capacité à symboliser. Peu à peu, elle a recommencé à se projeter et à faire des liens entre sa situation et les évènements traumatiques qui ont marqué son existence.

l'ouvert l'œuvre d'un possible : dans l'épreuve de l'existant qui consiste à aller au-devant de Soi, la béance initiale (que le philosophe rapproche du Rien) devient un surgissement à partir duquel nous pouvons exister. Le possible, tel qu'il est employé dans l'œuvre maldinéenne, revêt un sens somme tout différent que celui d'une seule possibilisation. Il renvoie en effet à notre capacité à percevoir le phénomène et à le saisir véritablement en entamant un dialogue avec notre environnement. De notre réceptivité dépend dès lors notre capacité à saisir l'ouvert que représente l'événement pour ensuite le conjuguer au chemin à frayer qu'est notre existence. Alors qu'il s'interroge sur notre possibilité à aller à l'avant de Soi et considère l'Homme sous l'horizon d'une présence en ouverture, Maldiney pousse plus en avant la dialectique associant le « il y a » à un « y-être » à partir des concepts de transpassabilité et de transpossibilité. S'il estime que l'Homme malade « a son essence dans le pouvoir-être de la présence dont il constitue un mode déficient[277] », le philosophe apporte un renouveau à la dimension du possible en nous invitant à considérer sa perspective, en particulier au détour du processus de création. C'est, d'abord au travers de la transpassabilité, nous mettre en situation d'atteindre un possible pour ensuite faire de l'existence une transpossibilité.

Le concept de transpossibilité, totalement novateur dans le paysage phénoménologique contemporain, se fonde sur la capacité de tout homme à exister. À partir d'une démarche à la fois humaniste et éthique, Maldiney fait de ce concept un leitmotiv de son œuvre en le rapprochant d'une possibilité à recevoir l'événement, le situer dans un déroulé spatio-temporel et le valoriser pour le faire sien. C'est, dans le langage maldinéen, « une forme de capacité par laquelle on s'expose au monde et par laquelle on reçoit le monde, monde qui par là même devient réalité, recevable pour nous[278] ». Dans la mesure où la transpossibilité représente notre capacité à faire-valoir notre pouvoir-être, elle s'appuie nécessairement sur la transpassabilité qui fait référence à la dimension pathique. En effet, là où le moment pathique renvoie à une forme de passabilité fondée sur le sentir et la réceptivité, il nous rapproche de notre propre possibilité. Le couple possible-passible est donc profondément lié, la passabilité demeurant « immanente à l'épreuve qui consiste à ouvrir son propre champ de réceptivité[279] » pour qu'une possibilité de devenir soi advienne. Si, à travers la résonance entre ces deux concepts, Maldiney insiste sur le fait que notre réceptivité s'ordonne d'abord au Rien (que le phénomène représente en tant que tel), le préfixe « trans » renvoie à une forme d'élévation à partir du Rien pour ainsi se rapprocher de l'horizon de l'existence qui, rappelons-le, n'existe

[277] Maldiney H. *Regard, Parole, Espace*. Op.cit. p.270.
[278] Rigaud B. Op.cit. p.41.
[279] Maldiney H. *Penser l'Homme et la folie*. Grenoble : Jérome Million; 1997. p.364.

qu'en existant, pour le philosophe. Par ce mouvement de transcendance, au gré d'un sentir et d'une réceptivité liés à l'événement, celui-ci laisse ainsi l'opportunité d'une possibilisation.

Conjuguée à la dimension pathique de l'existence et à celle du possible, cette manière de considérer la transpassabilité et la transpossibilité fait valoir tout notre potentiel à habiter le monde en demeurant présent en lui et à soi. De cette dynamique qu'est celle de saisir un événement et l'accueillir comme sien (passabilité), la perspective d'une transformation se dessine à travers une « possibilité ouverte dans sa propre mise en œuvre[280] ». La dialectique qui s'opère entre ces deux concepts est donc inéluctable, la transpossibilité se fondant sur notre capacité à recueillir ce qui est vécu dans le moment pathique pour en faire une opportunité. À partir d'une ouverture accueillante de l'événement tel qu'il se présente dans le moment pathique, c'est donc y discerner la possibilité d'une transformation, exister équivalant à se tenir en ouverture pour aller au-devant de soi-même.

L'originalité de la pensée maldinéenne tient en particulier au fait que le possible peut renvoyer à l'impossible. En traitant de l'existence de la « personne malade » qui le mobilise tout au long de son œuvre, Maldiney rappelle en effet que certaines existences sont vouées à l'impossible, apparaissant comme scellées dans une forme de fermeture au monde. Là où il considère que le Rien ouvre à un mode de possibilisation, il est pourtant certains d'entre nous[281] que tout précipite dans le vide. Existence à l'impossible, l'expérience de la personne malade est rapprochée d'un état d'aliénation dans laquelle l'événement n'a vraisemblablement jamais pu se conjuguer pour atteindre l'ouvert. L'impossible renvoie donc au grand défi du possible dans la mesure où le sentir et la réceptivité propre à la dimension pathique de l'existence peut être comme empêchée et ainsi influer sur notre capacité à en saisir l'ouverture potentielle.

Si face à l'apparition d'un phénomène, l'Homme se distingue par « l'élaboration du sens latent (qui est) le dévoilement du sens manifeste lui-même[282] », Maldiney s'interroge sur cette dialectique qui ne semble pas aller de soi pour certains d'entre nous. Il évoque ainsi l'Homme

[280] Maldiney H. *Penser l'Homme et la folie* Op.cit. p.306.
[281] Dans le contexte du soin psychique, nous pensons plus particulièrement à certains adolescents qui, au contraire d'un agir bruyant, se distinguent par une forme d'apathie dont le spectre est celui d'une béance. Alors que le Rien ouvre à un mode de possibilisation, il semble, au contraire, pour ces adolescents les plus fragiles, fermer toute perspective en risquant de les précipiter dans le vide.
Dans ce sens, l'attitude de substitution, au-delà d'une forme d'aliénation ou d'un agir unilatéral, peut représenter une nouvelle possibilité. Dans la manière de considérer un adolescent à travers sa capacité à se restituer dans une co-présence, c'est dans le l'un avec l'autre que le Rien pourra devenir une opportunité.
[282] Maldiney H. *Regard, Parole, Espace*. Op.cit. p.30.

malade, fixant cet « être-perdu[283] » dans la pré-occupation du monde sans parvenir à en saisir l'opportunité qu'il représente. Là où celui que la souffrance assaille semble s'être arrêté à un événement qui ne lui permet plus de s'inscrire dans une temporalité à conjuguer, il est réduit à un espace clos dans lequel il se trouve aux confins de lui-même, comme prisonnier de cette condition, imperméable à l'avènement d'un sens que pourrait faire figurer la rencontre avec un autre. C'est ici une limite fondamentale qui est celle d'un mode déficient de la présence au monde : là où « l'esquisse d'un mode d'ouverture au monde où toutes les directions de sens ont leur origine et leur horizon » apparaît comme une béance pour l'Homme malade, l'épreuve de l'existant renvoie à une forme d'aliénation pour lui. La dimension pathique ne se conjugue alors plus dans la réceptivité, la personne schizophrène semble acculée par un sentir où « les formes et les images (…) ne sont plus que des apparences sans apparaître[284] », submergée par les sensations liées à l'événement qui, dès lors, renvoie à une forme d'empêchement, là où l'ouvert révèle non pas un horizon, mais bien une béance. Corollaire d'une « rupture d'existence[285] », l'ouverture propre à un événement semble sclérosée à une période passée, à défaut de pouvoir se révéler dans une transpassabilité et une transpossibilité.

Si la figure de l'homme malade occupe une place essentielle dans l'œuvre maldinéenne, sa sensibilité à l'égard de celui dont la condition se rapproche d'une forme d'effraction dans la potentialité d'exister à travers un pouvoir-être, au-devant de soi, sous-tend une démarche à la fois humaniste et éthique. Là où la forme pathique qu'est la temporalité apparaît comme soudaine et déstabilisante, elle enferme la personne malade tout comme l'espace se referme sur elle au gré d'une sorte d'immobilisme rendant toute rencontre impossible. Alors que l'espace et le temps ne semblent pouvoir être habités que dans leur représentation et non dans leur potentiel expressif, la personne en souffrance est comme figée dans ce cadre spatio-temporel et se trouve dans l'impossibilité de se transformer. La transpassabilité, propre à notre manière d'exister au monde, est, dans ce sens, réduite au monde clos d'une présence vide, la psychose rendant le sujet incapable de conjuguer le sentir lié aux phénomènes en un événement nouveau le faisant aller au-devant de soi. Assailli par sa souffrance, l'homme malade semble ainsi plongé dans une forme de « transcendance enlisée[286] », le sentir et le dire « ne se dépass(ant) plus vers un sens[287] ». La transpossibilité, propre à notre capacité à exister en allant au-devant de soi, se révèle là aussi par son impossibilité chez l'Homme malade.

[283] Maldiney H. *Regard, Parole, Espace*. Op.cit. p.32.
[284] Ibid. p.114.
[285] Maldiney H. *Penser l'Homme et la folie*. Op.cit. p.320.
[286] Ibid. p.350.
[287] Ibid.

Alors que l'accueil de l'événement renvoie à une forme de béance, il en est de même pour le potentiel de transformation à l'événement : dans la mesure où il n'apparaît plus comme un horizon, lui seul fait le monde pour la personne malade.

Si Maldiney interroge la condition humaine dans ce qu'elle représente de plus infécond à travers la figure de l'Homme malade, le philosophe explore l'existant à travers ses possibilités et considère que l'Homme, qu'il soit malade ou non, se détermine avant tout par sa présence au monde[288]. S'il se rapproche de l'analyse existentielle qui consiste à comprendre l'Homme malade à partir d'une « certaine manière d'être au monde, une certaine manière d'habiter[289] », le philosophe s'interroge sur notre propension à se tenir là où le monde s'ouvre et à le reconnaître en tant que tel. À partir de l'expression eschylienne « *Patheï mathos* » qui signifie que l'existence s'éprouve avant tout, Maldiney estime la possibilité pour l'Homme malade de redéployer une sensation pour en faire à nouveau un horizon de sens. Là où il considère que la dimension pathique de l'existence peut parfois s'organiser de façon pathologique chez certains d'entre nous, il n'en demeure pas moins que le sentir qui nous caractérise demeure un pouvoir-être de l'existant. À partir de ce qu'il considère comme l'expression d'un « échec à exister[290] », le philosophe se demande comment l'Homme peut advenir à sa « propre possibilité d'être[291] ». Véritable leitmotiv de son œuvre, cette question détermine toute l'originalité de la pensée maldinéenne dont l'événement comme avènement apparaît comme un point d'appui à notre analyse.

Alors que Maldiney nous invite à considérer l'existence comme une présence à l'événement, autrement dit comme une capacité à l'appréhender et à le transformer pour aller au-devant de Soi, la situation de soin interroge cette perspective. La dimension du possible à laquelle elle peut potentiellement ouvrir peut dès lors être analysée en fonction de la spécificité du soin psychique proposé à un adolescent. Si sa non-demande assortie d'une extrême vulnérabilité semble relever d'un impossible, elle se confronte au grand défi du possible que la composante co-créative de la substitution vient signifier.

[288] Maldiney H. *Penser l'Homme et la folie*. Op.cit. p.295.
Maldiney nous somme de considérer que « Vous qui avez affaire avec l'Homme-malade vous avez affaire à l'Homme. Bien entendu »
[289] Maldiney H. *Regard, Parole, Espace*. Op.cit. p.92.
[290] Brunel S. *Henri Maldiney. La crise, un appel à exister ?*. Etudes. 2012 Jui;(417) :53-62.
[291] Ibid.

3.2.2 L'au-devant de soi avec l'autre

De la même façon qu'il conjugue le sentir au dire, Maldiney s'appuie sur un triptyque associant l'existence, la crise et la création pour apporter un regard totalement novateur sur la condition humaine. Bien que pour la personne en souffrance, un événement a pu s'établir comme un non-événement réduisant d'autant son possible pouvoir-être, il s'agit désormais de se demander comment un événement tel que la situation de soin est susceptible de l'éclairer et lui ouvrir un nouvel horizon. Dans la mesure où un adolescent peut incarner cette souffrance et se distinguer par un événement faisant à lui seul son monde (nous faisons ici référence à un événement traumatique tel qu'il est présent dans les différentes situations d'adolescents que nous avons évoqué), il s'agit de considérer plus précisément l'attitude de substitution du soignant et la manière dont elle se révèle pour nous demander en quoi elle peut ouvrir à la perspective d'une ouverture, le professionnel et un adolescent atteignant ainsi ensemble un nouveau possible.

Lorsqu'il se présente pour la première fois dans un lieu de soin, un adolescent qui se distingue par sa non-demande à l'égard de l'équipe soignante met à distance toute forme d'altérité. Le lien thérapeutique susceptible de représenter une nouvelle perspective dans son vécu apparaît comme menaçant. Aux prises avec une souffrance psychique telle qu'il paraît y être réduit, il ne semble pas pouvoir s'ouvrir à un possible « pour se ménager à un ouvert dans lequel la présence ait ouverture à Soi[292] ». En effet, sa présence semble alors réduite à un ensemble de sensations et de stimuli qu'il ne parvient plus à valoriser autrement que dans l'agir. Sa dimension pathique le situant dans une « présence ouverte et exposée à la surprise[293] » est comme réduite à l'instant, un adolescent pouvant ainsi apparaître en prise avec ses sensations (liées à des mouvements corporels et psychiques) sans possibilité de les conjuguer en un pouvoir-être. Là où il est marqué par une histoire en apparence figée et qu'il parvient difficilement à se figurer, la béance de la non-demande révèle une forme d'échec du dire, le sentir ayant valeur de leitmotiv.

Si cette position adolescente interpelle les professionnels et engage leur responsabilité, elle révèle aussi la nécessité de penser le soin psychique comme une possible ouverture. Alors que

[292] Maldiney H. *Penser l'Homme et la folie*. Op.cit. p.302.
[293] Rigaud B. Op.cit. p.10.

la dimension pathique est le corollaire d'une transformation par l'événement, il peut notamment s'agir de soutenir un adolescent dans le passage d'un sentir à un dire et ainsi constituer avec lui l'horizon d'une présence à l'avant de Soi. Dans la mesure où l'habité adolescent est toujours singulier et fait référence à une manière d'habiter le monde, le soin psychique et l'attitude du soignant qui l'incarne peut participer à refonder la dimension pathique de son existence. En dehors de toute forme d'objectivité (à laquelle pourrait renvoyer une seule lecture psychopathologique), c'est, dès lors, privilégier l'accueil d'un événement à travers l'expérience du sentir pour possiblement la conjuguer ensemble. Alors qu'un adolescent se distingue par une position de retrait, l'enjeu essentiel d'une situation de soin serait celui de représenter une ouverture à l'événement qu'il peut possiblement constituer en se fondant avant tout sur sa capacité à l'accueillir puis à se transformer à partir de lui.

L'accueil d'un événement (que nous associons dans la réalité à la situation de soin et de manière symbolique à la relation avec le soignant), dans la mesure où il se fait d'abord sous l'égide d'un sentir, renvoie à la façon dont un adolescent habite l'espace thérapeutique. À distance, acculé par un silence ou un agir bruyant, sa façon de se tenir dans le lieu de soin se fait d'abord corporellement. Au détour d'un geste ou d'un regard, un adolescent qui se distingue d'abord par sa non-demande semble y être réduit. En les rapprochant d'un langage corporel et d'une forme d'expressivité, le corps de l'adolescent peut dès lors devenir une aire de présence. Si, au regard de la situation de Yu, la rigidité corporelle dans laquelle il se maintient durant plusieurs mois fait écho à une fragilité psychique telle qu'il semble ne plus avoir accès à son entourage, le soin psychique peut représenter une voie dans l'ouvert[294].

Dans la mesure où le langage corporel d'un adolescent peut venir avant tout signifier son impossibilité à entrer dans la potentialité qu'est l'événement du soin, il s'agit donc de soutenir la dimension pathique de son existence associant un sentir à une réceptivité : à partir de ce qui apparaît comme un impossible événement, c'est, à l'inverse, le penser à travers sa propension à s'ouvrir à un possible. Dans ce sens, la situation de soin qui est incarnée par une présence soignante peut se rapprocher d'un événement dans la mesure où il consiste à accompagner un adolescent dans cette propension à être présent à l'avant de Soi.

[294] En écho à la conception heideggérienne qui considère que l'être est toujours déjà ouvert, la fonction soignante correspond à une manière d'accompagner un adolescent dans l'expérimentation de cet ouvert comme étant de nouveau envisageable, au-delà d'une souffrance psychique qui, jusqu'ici avait valeur d'effroi.

Dans cette perspective, l'attitude de substitution du soignant dont la composante peut être celle d'une co-créativité se révèle d'autant plus. En effet, alors qu'un adolescent se distingue par une extrême vulnérabilité rendant difficile le redéploiement d'une sensation pour en faire un « horizon de sens[295] », c'est voir dans le processus créatif susceptible de rassembler le soignant et un adolescent, un possible pouvoir-être là où exister révèle une manière de se tenir en avant de soi. Si le langage corporel prédomine et renvoie à une forme d'échec du dire qui fait écho aux premiers instants de la rencontre, le soignant peut d'abord insuffler un dire de l'événement (autrement dit associée à l'événement qu'est la situation de soin une parole) pour qu'elle co-existe avec l'épreuve qui en est faite par un adolescent. De l'expérimentation commune d'une situation de soin dépendra donc l'avènement d'un sens faisant de cet événement une ouverture possible. Dans ce sens, si, en écho à la pensée maldinéenne, l'existence se qualifie par une position d'avant de Soi, elle est sous-tendue par ce qui advient à ce moment-là, avec l'autre. La présence soignante qui se manifeste à travers son attitude de substitution devient dès lors une prérogative essentielle à l'existence en ouverture d'un adolescent marqué par une grande souffrance psychique.

Si, comme l'affirme Maldiney, « ce qui met en demeure d'être, c'est ce qui vient de l'autre, dans la rencontre[296] », l'attitude du soignant à cet égard s'avère essentielle. À l'égard d'un adolescent qui se maintient à distance, la substitution apparaît dès lors comme une ouverture à l'autre pour qu'à son tour il puisse s'ouvrir au monde sans que cela constitue une menace et ne vienne encore plus le fragiliser. À travers une pensée éthique du partage qui nous a précédemment mobilisés, c'est voir dans le rapport que le Soi entretient avec l'autre à travers le processus créatif un vecteur d'horizon : ainsi, l'altérité propre à la situation de soin se conjugue-t-elle aux concepts de transpassible et de transpossible. Dans un cheminement commun autour d'un espace de médiation, le soignant et un adolescent font de l'expérience de l'altérité une voie de possibilisation à partir de la dimension pathique qui se révèle au travers d'une manière d'habiter ensemble l'espace de médiation. Dans la mesure où un adolescent se présente d'abord sous l'angle d'une grande fragilité psychique, l'enjeu qu'est l'habiter, se l'approprier, le faire Soi avec l'autre se heurte à une forme d'impossibilité à l'expérimenter et ainsi à s'ouvrir à la perspective qu'il représente. Le moment de crise qu'il traverse semble durablement marquer son existence à tel point que le risque de le réduire à un symptôme agit comme un leitmotiv dans le discours des professionnels. Si un événement a fait irruption dans

[295] Maldiney H. *Regard, Parole, Espace*. Op.cit. p.70.
[296] Maldiney H. *Penser l'Homme et la folie*. Op.cit. p.235.

son parcours de vie et a fragilisé voir rendu impossible toute forme d'avant de soi, la fonction soignante consiste, au contraire, à l'aider à se frayer un chemin dans la voie d'une possibilisation. En considérant que le symptôme n'altère pas la possibilité de l'existence, mais la fragilise, il se substitue d'abord à lui pour qu'ensuite s'ouvre un nouvel horizon, le moment de crise représentant l'opportunité pour un adolescent de sortir de sa propre impossibilité pour expérimenter avec le soignant une possibilité nouvelle.

Cette perspective, qui consiste à faire de l'altérité un élément significatif dans la rencontre avec l'autre par qui le soi s'advient lui-même, valorise la composante co-créative de la substitution : au-delà d'une effraction du symptôme mettant un adolescent dans l'impossibilité d'exprimer une quelconque demande de soin, il s'agit d'aller avec lui à la quête du sens de l'existence comme un « à-exister » tel que le conçoit l'œuvre maldinéenne. Si, à partir d'un partage autour d'un sentir (propre à l'expérimentation de l'espace-temps qu'est le soin psychique) se dessine potentiellement une corrélation du transpassible au transpossible (le soignant et un adolescent accueillerons ensemble l'événement qu'il constitue puis pourront l'un avec l'autre s'y transformer), il s'agit dès lors de l'expérimenter ensemble autour d'une rencontre.

Au-delà des premiers instants qui se révèlent autour de l'accueil d'un adolescent, c'est porter un regard différent sur la situation de soin. En estimant qu'elle représente un horizon faisant de l'impossible le corollaire d'un possible, il s'agit de considérer l'existence à travers notre capacité à exister en dehors de Soi, auprès de l'autre.

Si la proximité qu'offre l'espace de médiation peut participer à une nouvelle forme d'exploration et devenir une aire potentielle (comme nous l'avons analysé précédemment), l'attitude de substitution qui se déploie autour d'un processus créatif est susceptible de rassembler le soignant et un adolescent autour de l'expérimentation d'une nouvelle possibilité. L'espace d'abord clos dans lequel se confond celui que la souffrance psychique assaille devient peu à peu le jeu d'une ouverture propre à l'expression de sa fragilité, mais aussi de sa potentialité. À partir d'un média, le fait de créer ensemble peut dès lors devenir une opportunité et représenter un événement autour de la rencontre entre le soignant et un adolescent. Dans la mesure où elle est susceptible de révéler une dimension nouvelle, un inattendu, cette rencontre est celle d'une opportunité à se montrer ouvert à l'événement. En considérant que les premiers instants de la rencontre sont marqués par une même fragilité (le soignant s'avère fragilisé par la non-demande de l'adolescent qui l'est lui aussi par son

parcours de vie), c'est y voir une commune « manière de se faire présent[297] ». L'espace de médiation, qui n'existe que si il est constitué ensemble, demeure alors un appui essentiel : l'utilisation d'une médiation thérapeutique offre la possibilité de créer un langage commun autour d'un média facilitant ainsi le fait qu'un adolescent qui se distingue avant tout par sa non-demande s'évoque à travers sa propre créativité qui se déploie en lien avec celle du soignant. Dans cette perspective, en donnant chacun de Soi à l'autre, le soignant et un adolescent créent ensemble une percée à partir de laquelle peut poindre un nouvel horizon, celui qu'ils auront constitué ensemble à travers leur rencontre.

Le moment de créativité que sous-tend l'exploration et l'investissement d'un espace de médiation participe dès lors à l'émergence d'un langage[298] entre le soignant et un adolescent. En écho au langage corporel qui se dessine à travers un geste ou un regard, l'échec du dire qui caractérise les premiers moments de la situation de soin devient au contraire une perspective, participant à l'avènement d'un possible. Conjuguée dans la rencontre (dont les contours prennent peu à peu forme), cette possibilisation se déploie dans un cheminement réciproque. La propension à se transformer ensemble devient dès lors un enjeu essentiel, faisant du temps figé qui marque les premiers instants de la rencontre un horizon à explorer ensemble. Peu à peu, au décours d'un dessin, d'une prose ou d'un pas de danse, s'énonce la possibilité d'être présent autrement, au-devant de Soi avec l'autre. Autour du moment pathique que constitue l'expérimentation d'un espace de médiation, la transpassibilité équivaudrait à « être passible d'inespéré (…) d'une ouverture sans destination ni objectif[299] » laissant l'opportunité qu'est la rencontre de s'éclore au fur à mesure des moments partagés avec l'autre pour ouvrir à une transpossibilité comme une nouvelle manière d'habiter son existence. Peu à peu, en composant un langage commun autour d'un objet médiateur susceptible de les relier, le soignant et un adolescent se distinguent par un même processus créatif et font œuvre ensemble. De la créativité, propice à une manière « d'y-être », advient donc un temps qui privilégie un faire-œuvre comme nouveau possible.

---

[297] Bastiani F. *Comment survivre ? Une approche phénoménologique de la situation de crise à partir de Maldiney et Pankow*. Revue Cliniques Méditerranéennes. 2017 Fev;(96) :175-190.

[298] Nous considérons ce langage à travers la possibilité pour l'un et pour l'autre de parler sa langue pour qu'ensuite, dans le partage, celle-ci soit entendue et comprise comme telle. Dans la mesure où le langage d'un adolescent en souffrance psychique s'exerce avant tout autour d'actes ou de comportements, il s'agit pour le soignant de les accueillir comme tels puis de les comprendre comme des messages parfois plus parlants que des mots. Dans la co-présence que vient révéler une substitution co-créative, les moments de rencontre que l'un sera susceptible de partager avec l'autre participeront à faire de ce langage un langage du changement, le soignant et un adolescent pouvant, dès lors, se transformer ensemble.

[299] Pelbart P. *Temps et folie I : le Temps de Brise*. Chimères, Revue des Schizoanalyses. 2001;(43) :131-145.

Si l'aire potentielle que représente l'espace de médiation a pour fonction de révéler un apparaître, il peut dès lors devenir « l'apparaître de ce qui est, (celui) qui nous enveloppe et dans lequel nous co-existons[300] ». La rencontre initiale entre le sujet et l'objet est ainsi, dans une situation de soin, couplée à des moments de rencontre permettant l'avènement d'une œuvre commune qui se caractérise par son apparaître, propice à la réalisation d'un Soi qui advient avec l'autre.

[300] Maldiney H. « Rencontre et ouverture du réel ». In Charcosset JP, Dir. *Henri Maldiney : penser plus avant*. Actes du colloque de Lyon. 2010 Nov 13-14. Chatou : Les Editions de la Transparence. 2012. p.28.

3.2.3 L'œuvre d'une rencontre

La corrélation entre créativité et existence telle qu'elle est apparue dans nos propos ouvre à une dimension somme toute nouvelle de la rencontre thérapeutique. Si la situation de soin se fonde sur l'importance de conjuguer ce qui apparaît comme une existence en souffrance à une proposition thérapeutique apaisante et sécurisante qui engage la responsabilité du soignant, nous estimons qu'elle va au-delà dans la rencontre. En considérant qu'elle se déploie dans un processus créatif qui mobilise à la fois le soignant et un adolescent autour d'une œuvre commune, l'attitude de substitution du professionnel ne consiste plus seulement à s'engager vis-à-vis de celui qui apparaît comme vulnérable, mais bien à conjuguer son existence à la sienne. Tout en respectant une juste proximité nécessaire à l'avènement d'un soi avec l'autre (sans quoi un adolescent serait à nouveau l'objet d'une aliénation par l'agir soignant), il s'agit de considérer cette opportunité.

Dans la mesure où la rencontre qui se construit nécessairement autour de moments de rencontre consiste à « créer des ouvertures aux possibilités d'existence en souffrance[301] », la composante co-créative de la substitution apparaît avec acuité et devient ainsi un levier à une telle possibilisation, le soignant comme l'adolescent existant dès lors autrement ensemble. Autour de la médiation thérapeutique qui en constitue un support essentiel, la substitution correspond alors au fait de soutenir un adolescent dans sa capacité à s'emparer d'une « transpossibilité transformatrice[302] », d'abord incarnée par la présence soignante avant de pouvoir ensuite être conjuguée à celle de l'adolescent. Si celui-ci est au cœur de changements à la fois corporels, psychiques et relationnels, l'attitude de substitution du soignant représente une manière de l'accompagner dans un mouvement d'existence qui se possibilise dans un être-nous où chacun peut être Soi. En effet, si le spectre de l'aliénation domine toujours ces moments de rencontre, considérer la substitution non pas comme une forme de domination, mais bien comme le vecteur de l'ampleur d'une subjectivité demeure un enjeu essentiel.

Oeuvrant pour l'avènement d'un mouvement d'existence dont l'inattendu est le gage d'une ouverture, la substitution est à la fois un levier destiné à soutenir un adolescent dans l'avant de lui-même et une manière de se possibiliser ensemble. En venant faire de la crise qui

[301] Bouderlique J. « Rencontre et ipséité ». In : Charcosset JP, Dir. Ibid. p.130.
[302] Ibid. p.137.

marque les premiers instants de la rencontre un potentiel et le fondement d'un processus de créativité, la substitution ouvrirait à ce que Maldiney associe à « l'instauration de sa propre possibilité[303] », le soignant et un adolescent l'expérimentant ensemble autour d'une œuvre commune. Si le moment adolescent représente une période de fragilité qu'une souffrance psychique peut venir accentuer, l'espace potentiel de créativité qui est construit avec le soignant ouvre en effet à la possibilité de se saisir de ses propres impossibilités pour s'avérer présent (la présence étant, rappelons-le, celle d'une capacité à exister en avant de Soi, en Soi plus avant). Conjuguée à l'événement que représente la situation de soin, cette créativité se déploie dès lors dans la rencontre thérapeutique dont l'enjeu essentiel est celui de dépasser le spectre de l'isolement lié à la souffrance psychique pour « s'ouvrir à ce qui n'est pas encore et qui n'existe que par cette ouverture[304] ».

À partir d'une composante co-créative de la substitution, l'opportunité qui est celle de conjuguer ce qui apparaît comme une faille en une nouvelle forme de présence au monde demeure un enjeu essentiel du soin psychique. Dans un mouvement associant nécessairement une présence singulière à la perspective d'une co-présence, la substitution s'ordonne autour d'une rencontre dont l'une des caractéristiques essentielles est celle de se transformer à travers elle pour exister ensemble.

En écho à la situation de Melody, si un espace thérapeutique organisé autour d'une médiation est destiné à favoriser l'émergence d'une expression à la fois gestuelle et corporelle que la souffrance psychique semble avoir momentanément ou plus durablement fragilisée, l'attitude de substitution soulève la question de l'appropriation du vécu psychique lié à ce contexte. Ainsi, alors qu'un adolescent investit singulièrement cet espace de soin et s'ouvre possiblement à un processus de créativité, il est dans une situation où il se rencontre Soi avec l'autre d'une manière toujours renouvelée. En effet, à partir d'un média, les formes symboliques de représentations s'initient dans l'échange qui a lieu entre le soignant et un adolescent (lequel est d'abord assimilé à un dialogue silencieux là où un adolescent n'exprime pas de demande).

Dans la mesure où il renvoie à un moment de partage qui se conjugue à travers les différents espaces et temporalités qu'offre un lieu de soin, la rencontre se déploie alors autour de moments de rencontre. Multiples et équivoques, ils façonnent l'avènement d'un lien

[303] Maldiney H. *Existence, Crise et Création*. Paris : Encre Marine; 2002. p.73.
[304] Ibid. p.96.

thérapeutique là où il était le synonyme d'une menace ou d'un risque pour un adolescent en situation d'extrême vulnérabilité. Alors qu'au départ deux formes singulières sont en situation de cohabiter dans un même espace-temps, elles sont susceptibles de s'associer en présence là où la substitution favorise l'émergence d'une créativité que le soignant et un adolescent partageraient autour de ces moments de rencontre.

La substitution, au-delà du fait de se réduire à une forme d'aliénation ou à une manière d'être l'unique vecteur d'une responsabilité soignante, devient dès lors la voie d'une expression créative où le soignant et l'adolescent incarnent un être-là dont le mouvement est celui d'une présence à Soi et à l'autre. En considérant qu'il favorise l'émergence d'un être-ensemble, ce mouvement qui s'appuie initialement sur l'attitude de substitution du professionnel devient le corollaire d'une expérience partagée où l'espace de médiation représente une scène de créativité potentielle favorisant la mise en jeu d'une ouverture d'un avant de Soi avec l'autre. Conjuguée à différents moments (que sont l'arrivée d'un adolescent dans un lieu de soin, son accueil et son accompagnement) cette ouverture renvoie à celle d'un présent continu destiné à favoriser une présence pérenne au monde qu'une position de vulnérabilité viendrait fragiliser. En considérant que ces moments ne peuvent qu'être l'œuvre d'un partage entre le soignant et un adolescent, il s'agit de valoriser la manière dont l'un prendra part à l'existence de l'autre et réciproquement. Si la situation de soin est souvent réduite à une lecture psychopathologique en lien avec la manifestation d'un symptôme chez l'adolescent, la pensée d'une substitution co-créative permet au contraire de réintroduire une perspective existentielle où exister avec l'autre correspond essentiellement à cheminer ensemble vers une nouvelle manière de vivre qui se déploie autour d'une co-existence. En écho à une co-présence qui se révèle dans la substitution co-créatrice, celle-ci renvoie à la possibilité de partager[305] une part du monde là où, initialement, chacun l'habitait singulièrement.

Dans la mesure où le soin psychique consiste à accompagner la possibilité qu'un adolescent puisse retrouver une autre forme d'existence sociale et personnelle, cette co-existence est d'abord transitoire. Si un adolescent n'a d'abord pas choisi d'être là et se distingue par sa non-demande, l'enjeu sera dès lors de la symboliser à travers la médiation thérapeutique. En effet, autour d'une substitution co-créative, c'est entrevoir ensemble la possibilité de se restituer l'un en présence de l'autre pour que, l'un avec l'autre, chacun puisse se saisir de ce

[305] Si la perspective qui est celle de co-exister désigne avant tout l'essence du *co* (le *co,* avec) comme *cum* (le *cum,* partage), elle renvoie à la dimension de l'accompagnement. Autour du *cum panis*, le soignant partage cette part du monde au gré d'un lien susceptible de se créer avec un adolescent.

qui constitue une ouverture et se projeter. Aussi, sous la forme d'une co-existence, si un adolescent se distingue par une difficulté à se remobiliser autour d'un processus créatif, la composante co-créative de la substitution représente une façon de transcender cette situation là où elle participe à faire de la rencontre une œuvre transformatrice. En effet, si nous considérons que « la rencontre implique nécessairement la transformation de Soi par l'altérité [306] », la substitution révèle la force créatrice qui rassemble le soignant et un adolescent autour de leur capacité à se transformer ensemble dans un espace-temps commun.

Alors que la « possibilité initiale de s'ouvrir à soi et d'être soi avec un autre[307] » paraît impossible au moment même où un adolescent en grande souffrance psychique se présente pour la première fois dans un lieu de soin, l'art de cette rencontre est celui qui la potentialise : en considérant l'opportunité qui est celle de partager une part du monde en co-existant, c'est estimer la possibilité de le re-créer ensemble. Là où l'élan à la place de l'autre ou pour l'autre de la substitution pourrait réduire la rencontre à la seule initiative soignante, nous considérons au contraire qu'elle advient dans le partage, le soignant se saisissant avec un adolescent de cette opportunité pour la faire exister. Expérience d'abord proche de l'impossible (tant le lien à l'autre est synonyme d'un risque ou d'une menace pour un adolescent en grande souffrance psychique), l'horizon de possibilités qu'offre la substitution se déploie alors autour d'une œuvre commune susceptible de rapprocher le soignant d'un adolescent afin qu'ils puissent découvrir ensemble un nouveau paysage de l'existence.

[306] Rigaud B. « La souffrance psychique relève aussi de la philosophie ». In Coum D, Predour N, Dir. *L'adolescent et ses parents : d'une dépendance à l'autre*. Toulouse : Erès; 2014. p.141.
[307] Griguer JL. « La rencontre. Approche phénoménologique et psychanalytique ». In Beaune JC, Dir. *Phénoménologie et psychanalyse. Etranges relations*. Seyssel : Champ Vallon; 1998. p.134.

Si une thèse classique de la substitution renvoie d'abord à sa dimension aliénante, l'argument contraire d'une substitution responsable a mis en évidence sa composante hospitalière, le soignant agissant pour un adolescent et non plus seulement à sa place. Au-delà de cette dialectique opposant la subjectivité à l'altérité, dans la mesure où un adolescent en grande souffrance psychique peut se maintenir durablement dans une position de non-demande, les limites prévalentes à l'agir soignant ont révélé une forme d'unilatéralité qui n'est pas sans rappeler le spectre d'une aliénation telle que nous l'avons interrogée initialement. Alors que la posture du professionnel auprès d'un adolescent en situation d'extrême vulnérabilité consacre à la dimension éthique une part essentielle, le fait d'agir pour l'autre sous-tend la nécessité d'habiter cette posture éthique.

Dans ce sens, nous avons fait de cette dernière partie de notre recherche la possibilité d'entrevoir une dimension nouvelle de la substitution. En nous confrontant à une forme d'unilatéralité de l'agir soignant et à l'aporie qu'elle constitue, la substitution responsable qui se déploie autour d'une composante hospitalière est apparue comme insuffisante. En effet, si elle consiste à accueillir la singularité d'un habité adolescent et sa manière personnelle d'investir le lieu de soin, le fait qu'il se maintienne à distance réduit d'autant plus la possibilité d'une appropriation de soi telle qu'elle est recherchée dans la substitution responsable.

L'avènement d'une intersubjectivité devient alors une direction qui fait sens là où la non-demande constitue une béance. En écho à la situation de Yu dont les actes et les comportements sont de nature à creuser son isolement, nous nous sommes interrogés sur les caractéristiques de cette intersubjectivité. Alors que la nécessité de reconnaître la souffrance psychique d'un adolescent légitime l'acte de soin, considérer un adolescent à travers la possibilité qu'il expérimente avec le soignant une situation de soin est apparue comme un leitmotiv dans nos propos. Pour autant, cette acceptation s'est heurtée là aussi à sa propre aporie dans la mesure où un adolescent n'est parfois pas en capacité d'investir le lien thérapeutique tant celui-ci constitue un risque face au fragile équilibre psychique qui est le sien. En mettant au défi le soignant et plus généralement l'équipe soignante, cette situation a soulevé de nouvelles interrogations quant à la considération même du soin psychique et la possibilité que puisse émerger un lien avec celui qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin. L'intersubjectivité, si elle demeure un appui fondamental dans l'approche thérapeutique, sous-tend l'importance de la consacrer dans une situation de soin, l'un avec

l'autre représentant une nouvelle voie possible. Si une substitution responsable faisait de la proximité un élément essentiel au lien susceptible d'advenir entre le soignant et un adolescent, nous avons considéré, dans cette dernière partie de notre recherche, la primauté d'une mutualité. Dans ce sens, nous nous sommes demandé comment celle-ci peut s'entrevoir et venir sublimer une situation où un adolescent n'exprime aucune demande de soin.

Dans la mesure où l'espace et le temps sont apparus au fil de notre recherche comme les conditions essentielles à l'avènement d'un soin psychique, la posture institutionnelle qui consiste à les valoriser nous a amenés à consacrer l'importance d'un lieu de soin créatif. Si elle fait de l'espace et du temps des potentialités à investir, l'institution se doit en effet d'être la plus créative possible en promulguant l'opportunité d'une rencontre entre le soignant et un adolescent. Destinée à soutenir ce qui peut constituer un devenir autonome, une posture institutionnelle créative se déploie au quotidien, au gré de l'accueil et de l'accompagnement thérapeutique. D'abord incarnée par le soignant, cette créativité sous-tend une mobilisation soignante dont l'enjeu essentiel est celui d'une éthique du partage. Autour d'une médiation thérapeutique, il s'agit en effet de s'appuyer sur cet espace de symbolisation pour qu'alors cette créativité puisse se partager avec un adolescent.

En considérant la perspective d'une composante co-créative de la substitution, nous nous sommes distancés d'une substitution responsable pour interroger sa dimension transformatrice. En estimant la possibilité que le soignant et un adolescent puissent expérimenter ensemble une situation de soin, nous avons fait valoir l'intérêt d'une co-présence comme possibilité pour chacun de se réaliser Soi avec l'autre. Si cette mutualité s'initie dans l'expression d'un faire-œuvre ensemble, elle se déploie autour d'une dialectique faisant de la transpassabilité de chacun une transpossibilité que l'un crée avec l'autre comme une nouvelle manière d'exister ensemble et de se transformer. En effet, en écho à la situation de Melody, autour d'une médiation thérapeutique telle que la danse, il est apparu qu'un adolescent peut faire valoir la créativité qui est la sienne et la conjuguer à celle du soignant pour que, l'un avec l'autre, leur existence devienne un nouvel horizon.

CONCLUSION
Au surgissement d'un langage

Au cœur d'une clinique adolescente, ce qui s'énonce comme un silence ou un cri assourdissant dévoile avant tout une profonde détresse chez celui qui l'incarne. En écho à un adolescent dont le pas hésite et se heurte à un parcours semé d'embûches, sa souffrance psychique est parfois telle qu'elle en devient indicible au point de constituer un leitmotiv de son histoire. En proie à la menace permanente de ce qui apparaît comme un spectre destructeur, celui qui se présente pour la première fois dans un lieu de soin semble suspendu à cette existence fragile.

En pédopsychiatrie, si chaque accueil révèle la singularité du parcours de vie d'un adolescent, le plus fragile se distingue par une difficulté à se dire. Souvent happé par des zones d'ombres qui le rappellent à des évènements fragilisants ou traumatiques de son histoire, il semble alors retenu dans la possibilité d'exprimer son tourment. En effet, s'il paraît d'abord absent dans la dynamique d'altérité propre à une situation de soin, il peut, dès lors, se maintenir à distance des professionnels. Dans la mesure où l'intrigue adolescente est susceptible de le plonger dans l'expérimentation douloureuse de transformations à la fois corporelles et psychiques, il arrive en effet que ce cheminement prenne la forme d'une béance de la non-demande.

En mettant initialement en valeur les propos d'une adolescente selon lesquels : *« Je peux rien dire. J'ai rien à dire. Je demande rien. Laissez-moi tranquille, c'est tout. »*, il apparaît que la perspective d'y associer une parole est alors dangereusement vécue à tel point qu'aucune forme de proximité n'est envisageable à ce moment-là.

Si ce qui se caractérise comme une « faille altéritaire[308] » mobilise les professionnels au quotidien, sa lecture reste équivoque. Là où un adolescent évite une proximité en multipliant les tentatives destinées à faire échouer l'avènement d'un lien avec les soignants, ces derniers tentent ainsi de comprendre les manifestations d'une souffrance exprimée par un adolescent.

[308] Benhaïm M. *Les passions vides. Chutes et dérives adolescentes contemporaines*. Toulouse : Erès; 2016. p.163.
Cette faille altéritaire renvoie aux propos de Maeva, laquelle n'a *« rien à dire »*, ne *« demande rien »* et surtout somme l'équipe soignante de *« la laisser tranquille »*.

Sans cesse à la recherche d'une brèche dans ce qui apparaît comme impénétrable, les professionnels se questionnent au quotidien sur cette énigme adolescente et sa propension à devenir un creux pour les plus fragiles d'entre eux. Si la fonction soignante cherche à combler cette faille relationnelle en allant vers celui dont la souffrance semble empêcher toute forme de rencontre de l'altérité, les professionnels tentent de faire figurer ce moment de l'existence comme une possibilité nouvelle de s'énoncer subjectivement.
Dans la mesure où la rencontre avec un autre Soi peut avoir valeur d'effroi et mettre un adolescent en position de se soustraire à lui-même comme à autrui, les soignants se heurtent parfois inexorablement à l'impossibilité d'énoncer quoi que ce soit sans que cela ne représente un risque pour lui.

Dans ce sens, en faisant de la béance de la non-demande les prémices de notre travail de recherche, il s'agissait de soulever un foyer problématique susceptible d'opposer une subjectivité adolescente à une altérité soignante.
Déployée dans une pratique clinique, cette manière d'interroger la non-demande a ensuite mis en évidence l'attitude soignante destinée à la pallier. En se substituant à un adolescent en souffrance psychique, le soignant se distingue en effet par une attitude de substitution dont les limites et les perspectives nous ont mobilisés tout au long de cette thèse. Associées à une pensée éthique de la relation de soin faisant de l'un avec l'autre l'esquisse d'une possibilité, nous nous sommes alors demandé dans quelle mesure l'espace de rencontre auquel ouvre potentiellement l'attitude substitutive du soignant participe-t-il à l'avènement d'une co-créativité oeuvrant pour la constitution d'un nouvel horizon d'existence avec un adolescent.
Autour des défis que constituait cette question de recherche, nous nous proposons d'abord d'en préciser les résultats. Si l'aspect an-éthique d'une substitution aliénante est apparu comme prédominant, la composante hospitalière d'une attitude substitutive responsable est devenue une nouvelle perspective là où un adolescent est accueilli autour d'une manière toujours singulière d'habiter son existence ainsi que l'espace-temps propre au lieu de soin. En agissant pour lui, la possibilité pour le soignant de s'emparer de ce que nous avons rapproché d'une éthique relationnelle est apparue avec acuité. Pour autant, au risque de réduire la substitution à un acte soignant unilatéral, l'importance d'accompagner un adolescent en souffrance de manière créative pour que lui-même se sente autorisé à l'être a constitué la dernière référence de notre argumentaire. En aboutissant à l'élaboration d'une substitution transformatrice autour d'une composante co-créative de l'attitude substitutive, l'enjeu relatif à

la dimension d'altérité a évolué vers celui propre à l'esquisse d'un nouvel horizon façonné ensemble.

À partir de ce que nous considérons comme une nouvelle perspective éthique, nous verrons que celle-ci demeure critiquable dans la mesure où une équipe soignante peut être acculée par un fonctionnement institutionnel empreint d'immédiateté réduisant d'autant la possibilité de s'appuyer sur une créativité soignante. Là où la souffrance psychique a valeur d'effroi, une posture qui consiste à considérer l'attitude substitutive comme le potentiel d'une transformation peut dès lors s'avérer utopique et loin des défis actuels relatifs à la pratique soignante. Dans ce sens, l'intérêt de s'ouvrir à la possibilité que la substitution constitue un espace d'émergence d'un langage construit l'un avec l'autre deviendra un nouvel enjeu de notre réflexion.

Une éthique de l'attitude substitutive du soignant

De nature à crisper le plus vulnérable, la position de non-demande peut perdurer et ainsi totalement remettre en cause l'expérience d'une situation de soin. Là où un adolescent semble retenu dans sa capacité à faire des bouleversements de son existence une voie nouvelle, il se distingue par cette posture susceptible de fragiliser l'ordre établi ouvrant à la nécessité de refonder une pensée du soin psychique telle qu'elle nous a mobilisée initialement.

Alors qu'il s'agissait de considérer le lien qui fonde la relation thérapeutique, il est apparu que la non-demande réduit d'autant plus cette possibilité qu'une ouverture propre à la dimension intersubjective d'une situation de soin semble caduque. En effet, si la perspective qui est celle de mettre en mots sa détresse se délite dans une forme d'apathie ou, au contraire, d'agitation, ces attitudes soulèvent les limites de l'acte de soin. En venant marquer une fragilité et une assise narcissique ébranlée par un parcours de vie souvent chaotique, elles accentuent l'écart et creusent d'autant plus sa position de solitude.

Dans ce contexte, la non-demande fonctionne comme une lame de fond, entamant la possibilité qu'un adolescent se rapproche d'une équipe soignante pour accéder autrement à son histoire et à ce qui fait ses fragilités.

Pour que ce tumulte adolescent ne demeure pas irréversible, les professionnels cherchent alors à introduire une altérité qui fait front à la réalité mortifère du retrait adolescent. La propension à se substituer à sa non-demande est alors courante et a constitué l'objet de notre recherche.
Là où le souci de l'autre demeure une caractéristique essentielle de l'approche thérapeutique, anticiper une demande à la place du patient aux prises avec une souffrance psychique demeure une pratique courante. S'il cherche à accompagner un adolescent dans le passage d'un signifié à un signifiant, le soignant tente alors de faire de l'agir un signe en se substituant à son expression pour qu'elle devienne celle de l'adolescent qu'il accompagne.

Si elle est fréquemment déployée, cette attitude substitutive interroge la frontière entre l'ouverture et la fermeture d'un adolescent à l'expression de son propre désir, point d'appui essentiel d'une pensée du soin psychique.
En apparaissant d'abord comme une limite à la prévalence d'une subjectivité, la composante aliénante de la substitution s'est avérée première là où l'altérité soignante représente un risque de réduire un adolescent à la seule expression d'une demande.
Dans la mesure où la fonction soignante participe à soutenir un adolescent dans sa capacité d'énonciation et d'historisation subjective, le fait de se substituer à sa non-demande s'est avant tout révélé de manière négative. En effet, à partir des différents points de vues des professionnels accompagnant au quotidien des adolescents, un discours unanime faisant de l'attitude substitutive une version aliénante de l'accompagnement d'un adolescent est apparue avec acuité : d'un désir partagé d'accueillir ce qui fait la singularité d'un adolescent et le soutenir dans la recherche d'une forme d'apaisement, les professionnels considèrent majoritairement cette attitude comme assujettissante, un adolescent en souffrance psychique étant alors réduit à sa seule capacité à élaborer une demande.
Dans la mesure où l'acte soignant cherche au contraire à valoriser l'expérimentation d'une nouvelle forme d'autonomie, la considération somme toute négative de la substitution est donc apparue comme la première occurrence.
En renvoyant à un foyer problématique susceptible d'opposer la subjectivité à l'altérité, il a fallu nous confronter à l'enjeu relatif aux manifestations de souffrance d'un adolescent et l'appel qu'elles constituent. Là où un bébé manifeste un besoin pour ensuite exprimer un désir subjectif et élaborer une demande qui se déploie dans l'interaction, il est apparu que le parcours d'un adolescent peut le fragiliser et faire de ce triptyque l'écho d'une béance. Dans

ce sens, la non-demande peut être considérée comme un appel et devenir une forme d'adresse là où la souffrance semble inhiber toute capacité d'élaboration subjective.
Alors que l'accès à une parole subjective est toujours privilégié par une équipe soignante qui cherche ainsi à accompagner un adolescent dans l'expérimentation d'une forme d'autonomie, nous avons constaté que sa non-demande révèle un paradoxe là où elle met les professionnels à distance alors même qu'ils tentent de se mobiliser autour d'un adolescent en situation de vulnérabilité.
Malgré une attention particulière du soignant à la non-demande d'un adolescent, son attitude de substitution a avant tout été associée à une posture an-éthique de sa part. En faisant à la place d'un adolescent dont la souffrance psychique est telle qu'elle l'inhibe dans sa capacité à exprimer sa propre demande (là où elle est portée par son entourage ou les partenaires du soin), la thèse d'une substitution aliénante est apparue comme prédominante réduisant d'autant plus l'enjeu relatif à la dimension d'altérité propre à l'expérience d'une situation de soin.

Si une diversité de l'offre de soin est privilégiée lors de l'accueil et de l'accompagnement d'un adolescent, nous avons dès lors cherché à dépasser le lien réducteur unanimement associé à la substitution pour interroger d'autres perspectives. Pour ce faire, en tentant de renverser la logique initiale faisant de la composante aliénante de la substitution un leitmotiv, nous avons choisi de conceptualiser l'attitude substitutive au regard de notre pratique soignante en l'associant à un questionnement philosophique mettant en évidence le défi pour le soignant qui n'est plus seulement celui de faire valoir la demande d'un adolescent mais de le considérer à travers l'expression de sa singularité.
En tenant compte de l'aporie selon laquelle le désir d'être se réduit d'abord à l'acte de l'un à la place de l'autre autour d'une substitution aliénante, la dialectique des consciences (qui fait de l'altérité à la fois la voie d'une aliénation mais aussi la voie d'une extériorisation où le Soi se réalise) a dès lors ouvert à la question de la reconnaissance comme voie nouvelle susceptible de dépasser le foyer problématique opposant la subjectivité à l'altérité. En effet, l'enjeu essentiel qui était celui d'une forme de domination du soignant sur un adolescent a pu évoluer vers la nécessité d'agir non pas seulement à sa place mais bien pour lui. Au regard de son besoin d'être reconnu comme étant en difficulté dans l'expression d'une demande de soin, nous avons dépassé le seuil de l'empathie sur lequel s'appuient généralement les professionnels pour ouvrir à l'importance d'une forme d'hospitalité soignante.

Dans la seconde partie de notre argumentaire, en tenant compte du mode singulier d'existence d'un adolescent, nous avons souligné l'importance d'une pensée plus globale considérant l'habité adolescent qui, dans le contexte spécifique de la non-demande, se voit étiré ou menacé par les symptômes d'une souffrance psychique envahissante et invalidante. Dans la mesure où l'espace et le temps propre à l'organisation d'un lieu de soin laissent entrevoir la fragilité d'un adolescent à pouvoir l'investir, sa difficulté à élaborer autour d'un vécu psychique singulier est apparue comme un leitmotiv.

Alors que l'habité d'un adolescent en souffrance psychique est fragile et souligne son impossibilité à s'adresser à l'autre sans se sentir menacé, c'est toute une pensée du soin psychique que nous avons alors reconsidérer. En effet, au-delà d'une velléité téléologique faisant du souci de l'autre un leitmotiv, l'attitude du soignant s'est nécessairement rapprochée d'un étayage. Autour d'une situation de soin, nous avons interrogé la mobilisation du soignant à faire de ce qui apparaît comme un vide de la pensée et une incapacité à s'inscrire dans la relation un cheminement possible. Dans la mesure où l'habité fragile d'un adolescent se révèle sous la forme d'une existence chaotique et insécure, cette mobilisation s'est caractérisée dans nos propos par une substitution responsable, le soignant agissant pour un adolescent fragile.

À partir d'un questionnement initial soulignant la difficulté pour un adolescent à habiter le lieu de soin, l'espace et le temps sont devenus les conditions essentielles à l'avènement d'un soin en faisant apparaître ce que nous avons nommé une sphère transcendantale du soin psychique.

Si la présence d'un adolescent a été considérée comme l'expression d'une présence autrement qu'absente, le mouvement de substitution s'est révélé bien au-delà d'une posture an-éthique en ouvrant à une éthique relationnelle propice à l'émergence d'un lien suffisamment contenant pour que l'adolescent s'en saisisse de manière subjective.

Se sentant avant tout responsable de la souffrance exprimée et particulièrement lisible d'un adolescent, l'agir soignant représente un cheminement dont l'enjeu essentiel a évolué vers celui d'une appropriation de soi là où un adolescent se situe dans une extrême vulnérabilité.

Autour du caractère de substantialité de la substitution tel qu'il est déployé par Lévinas, le pour-l'autre est dès lors devenu le vecteur possible d'une autonomie, socle d'une expérimentation nouvelle pour un adolescent.

Autour de cette seconde occurrence qui est celle d'une substitution responsable, il est pourtant apparu que la frontière entre l'agir soignant et une forme d'unilatéralité de sa part s'avère

poreuse, la composante hospitalière de la substitution pouvant devenir aliénante et réduire un adolescent à l'objet d'une prise en charge.

Face à l'enjeu qui serait celui d'une forme d'unilatéralité de l'agir soignant, l'importance de considérer différemment le soin psychique et ses modalités est apparue avec acuité.
En tenant compte de l'aporie propre à la réduction d'une situation de soin au seul acte soignant, nous avons dès lors cherché à faire de l'expérience de soin un espace de proximité. S'il se distingue par une non-demande et introduit une forme d'incertitude quant à la fonction soignante, nous nous sommes confrontés à la position d'un adolescent qui peut parfois aller jusqu'à désavouer l'attitude du professionnel qui tente d'agir pour lui.
En se révélant complexe, la perspective qui est celle d'une intersubjectivité demeure toujours un défi en lien avec l'avènement d'une relation thérapeutique. Dans ce sens, nous avons souligné l'importance de la disponibilité et de la mobilisation du soignant pour entrevoir une forme d'émergence adolescente. En cherchant à l'accompagner dans l'expérimentation d'un lien, le soignant peut dès lors s'appuyer sur la dynamique institutionnelle qui a l'intérêt de faire tiers dans cette dyade telle que nous l'avions exploré jusqu'à présent. À partir d'une forme de créativité institutionnelle, celle-ci peut devenir l'espace de l'élaboration d'un vécu psychique singulier et donner de l'épaisseur au discours d'un adolescent qui, jusqu'ici, se distinguait par une sorte de vide de la pensée.
Ainsi, dans la dernière partie de notre recherche, autour de la potentialité qui est celle d'une institution créative, nous avons donc abouti à une nouvelle composante de la substitution. La perspective qui était celle d'agir pour l'autre a en effet évolué vers la possibilité d'investir et d'évoluer l'un avec l'autre autour d'une situation de soin.
D'une substitution fondée sur la seule responsabilité du soignant, nos propos ont souligné l'intérêt de faire de la voie thérapeutique une expérience mutuelle. En considérant l'habité fragile d'un adolescent et le risque pour lui de s'engager subjectivement (là où il se distingue par une forme de discontinuité narrative), c'est l'accompagner dans la possibilité d'un devenir autonome dont la particularité est celle de pouvoir se déployer autour d'une éthique de partage.
Autour de la médiation thérapeutique qui a été décrite comme un espace de potentialité, la composante co-créative de la substitution est donc apparue comme une nouvelle occurrence dans ce travail de recherche. En effet, si l'attitude substitutive assure dans un premier temps le

tracé d'un chemin jusqu'à un adolescent qui se distingue par sa non-demande, il s'agit désormais de créer ensemble les conditions d'un passage.

En considérant la possibilité de créer ensemble autour d'une médiation, l'idée d'expérimenter une nouvelle forme d'existence à travers les moments de rencontre qui lui sont propres a émergé. Les hypothèses relatives à une composante aliénante puis responsable de la substitution ont été donc dépassées.
Dans ce sens, en réponse à notre question initiale, la substitution ouvre à la possibilité d'une rencontre co-créative plaçant le soignant et un adolescent au cœur d'une nouvelle dynamique, celle d'agir et se transformer l'un avec l'autre. Dans la mesure où ils sont susceptibles de partager une expérience de soin, le soignant et un adolescent en grande souffrance psychique font de l'existence subjective la voie d'une co-présence où, de la béance de la non-demande, est susceptible d'éclore un surgissement, de façon consubstantielle.

Une pensée du soin psychique renouvelée

En faisant de la parole des professionnels un préalable à notre recherche, nous avons associé leur manière de considérer la substitution à notre pratique soignante. Ainsi, au regard de la situation des adolescents les plus fragiles, est apparue la nécessité de repenser les fondements mêmes d'une pensée du soin psychique faisant de l'expression d'une subjectivité un leitmotiv.
Dans la mesure où un adolescent peut se maintenir à distance du professionnel et se distingue par une non-demande de soin, l'attitude substitutive, au-delà d'une forme de domination, assure le tracé d'un chemin vers l'adolescent. En se mobilisant, la responsabilité soignante à agir pour lui est certes une donnée essentielle mais en appelle à une nouvelle perspective éthique signant la richesse d'œuvrer l'un avec l'autre autour de la constitution d'un lien. L'altérité, telle que nous la concevions initialement autour d'une acceptation de Soi et de l'autre comme appelant à être reconnu dans leur singularité s'ouvre ainsi sur la ressource d'un pluriel, l'existence de l'un se dessinant avec celle de l'autre pour être pensée ensemble.
Ainsi, pour que l'un puisse advenir avec l'autre et s'ouvre ainsi sur ce que nous avons rapproché d'un nouvel horizon d'existence autour d'une substitution transformatrice, l'intérêt de créer ensemble les conditions d'un passage est devenu une voie nouvelle. Si la formation

de la subjectivité est à l'œuvre dans une situation de soin, l'intérêt de la façonner ensemble pour évoluer avec l'autre apparaît désormais avec acuité.

Si initialement ce qui s'avérait être un enjeu autour de l'écoute et du soutien d'une parole encore balbutiante a été caractérisée par la béance de la non-demande, le défi d'une attitude substitutive telle qu'elle est incarnée par le soignant est dès lors celui de faire de l'expérience d'une situation de soin le lieu d'une rencontre. À partir d'une interaction entre la créativité institutionnelle, la créativité du soignant et celle d'un adolescent, c'est considérer que la dimension éthique du soin n'est pas seulement initiée par le soignant mais qu'elle est nécessairement partagée avec le patient qui participe à son avènement. Dans ce sens, nous pouvons envisager que le soin psychique se constitue de manière plurielle.
Dans cette perspective éthique qui est celle d'œuvrer l'un avec l'autre autour de la constitution d'un lien propre à l'expérience d'une situation de soin, il s'agit donc d'espérer en la fertilité de ce lien comme nouvel horizon d'existence.

Les limites à considérer

Alors qu'une équipe soignante est parfois acculée à réagir face à l'urgence de certaines situations et à une demande multiple portée par l'environnement d'un adolescent et les partenaires du soin, le fait d'associer la créativité institutionnelle à celle de la dyade soignant-soigné n'est pourtant pas toujours aisé.
Dans notre manière d'associer la substitution à une composante co-créative, notre propos souligne l'intérêt d'une mobilisation subjective du soignant dont la posture peut faciliter celle d'un adolescent. Pour autant, cette considération est variable et dépend de la volonté et de la possibilité d'engagement de chaque professionnel. Dans la mesure où il existe une dynamique institutionnelle qui favorise l'usage d'outils créatifs destinés à activer des moments de rencontre, le contexte institutionnel peut être fragilisé, réduisant ainsi cette perspective. L'engagement du soignant est alors perméable à ce mouvement institutionnel et se voit parfois même affaibli par l'enjeu lié à une prévalence de l'intersubjectivité alors même que tout oppose le soignant du soigné.

Si la participation du professionnel comme prémisse indispensable à l'avènement d'un soin psychique suscite une première objection, elle renvoie en effet à sa liberté à agir pour et avec un adolescent qui n'exprime pas de demande à son égard. Dans la mesure où la velléité liée au souci de l'autre imprègne unanimement le discours professionnel, il n'en demeure pas moins que le soignant reste libre d'agir à l'égard de celui qui se maintient à distance de lui en manifestant parfois des comportements totalement déroutants.

Alors qu'il se heurte sans cesse à l'échec d'une signification narrative chez un adolescent dont le vécu psychique est à l'image d'un parcours chaotique, la mobilisation subjective telle qu'elle apparaît dans le fil de notre pensée à travers une forme de créativité de la dyade soignant-soigné se voit parfois altérée.

Dans la mesure où, comme nous l'avons amené, la dimension éthique de la situation de soin tient sa force dans le fait qu'elle soit communément pensée par le soignant et un adolescent, l'engagement du professionnel peut être moindre et faire de cette acceptation un idéal voire une utopie. Dans ce sens, la composante co-créative de la substitution s'oppose à une réalité dans laquelle le spectre de la domination de l'un sur l'autre perdure.

Si cette question est essentielle, elle met à jour les limites mêmes de notre réflexion. En effet, dans la mesure où la composante aliénante de l'attitude substitutive fonde nos propos, la composante hospitalière puis co-créative renvoie toujours à l'agir soignant qui reste pourtant une composition personnelle. Au cœur d'une clinique adolescente telle qu'elle s'appréhende au quotidien auprès d'un adolescent en souffrance psychique, la manière de définir le soin psychique et de le dérouler dans une institution soignante demeure propre à chaque professionnel. Ainsi, notre considération initiale relative à une pensée du soin psychique et faisant du lien d'altérité le leitmotiv d'une situation de soin est critiquable dans la mesure où elle est une position subjective qui n'est pas nécessairement partagée par tous les soignants. En effet, l'approche qui consiste avant tout à apaiser une symptomatologie demeure prégnante dans la clinique psychopathologique orientant l'acte soignant vers la recherche d'un mieux-être chez un adolescent en souffrance psychique. Notre position relative à l'attitude substitutive et sa composante transformatrice peut, dès lors, s'avérer utopique là où l'expression d'une souffrance en appelle d'abord à réagir plutôt que de tenter de comprendre le vécu singulier d'un adolescent autour de cette souffrance.

Là où des moments de rencontre propre à une situation de soin peuvent advenir, la manière de les rapprocher d'un mouvement de transformation de l'un avec l'autre et d'une possible ouverture vers un nouvel horizon d'existence peut en effet être une aspiration dont les limites nous sont sans cesse rappelées par ce qui apparaît comme un vide d'altérité qui se profile au quotidien. Alors que le recours à l'agir est parfois tellement prégnant qu'aucune forme de proximité ni d'échange n'est envisageable, la mobilisation subjective du soignant se confronte alors à des failles qui peuvent venir affaiblir sa volonté d'agir à l'égard d'un adolescent qui se maintient à distance ou adopte une posture menaçante.

En cherchant à soutenir l'expression d'une singularité chez celui qui se distingue par sa non-demande, le soignant peut se heurter à ses propres limites que l'attente d'une élaboration d'un vécu subjectif de la part d'un adolescent peut exacerber. S'il se retrouve alors dans une forme d'impasse de plus en plus significative dans l'acte de soin, l'attitude substitutive qui renvoie à la perspective d'une co-présence devient donc totalement caduque.

Aspirant inconsciemment à être reconnu dans sa capacité à soutenir un adolescent dans une forme d'appropriation et de réalisation de soi, le soignant se heurte à l'agir immédiat et non diffracté de celui qui souffre. L'engagement du professionnel et l'étayage qu'il est susceptible de représenter se heurtent alors à un vide relationnel qui remet en cause l'acte thérapeutique lui-même.

Dans ce sens, les propos de l'adolescente que nous avons initialement mis en exergue pour introduire notre recherche se ferment à toute perspective d'altérité. Le « rien » qu'elle répète à plusieurs reprises dans ses propos n'est pas celui d'une ouverture telle que nous l'avons fait apparaître autour de la position de transpossibilité mais devient celui d'une fermeture à Soi et à l'autre, la souffrance ayant pris le pas sur tout le reste.

Si cette thèse a valorisé une considération de la substitution comme l'espace potentiel d'une rencontre co-créative, cette forme de mobilisation du soignant n'est pas toujours souhaitée de sa part. Ainsi, cette position qui est la nôtre et que nous avons mise en valeur autour d'un préambule faisant du lien susceptible d'advenir la voie d'une créativité poétique, cette considération peut s'avérer utopique et s'éloigner de la fonction soignante qui, elle, s'inscrit dans le réel. Le soignant et un adolescent investissent parfois le lieu de soin à un rythme et à un niveau si différent que la révélation de soi avec l'autre apparaît ici comme idéalisée. La simultanéité de l'instant susceptible de rapprocher le soignant et un adolescent autour de l'acte de jouer, d'écrire ou de danser ne fait alors pas sens.

En révélant une béance qu'aucun engagement soignant ne saurait combler en totalité, la limite qui est celle de pouvoir et de vouloir s'investir et se laisser surprendre par la possibilité qu'un nouvel horizon de sens se dessine avec un adolescent constitue donc une objection essentielle à nos propos.
À partir de la perspective éthique qui serait celle d'œuvrer l'un avec l'autre autour de la constitution d'un lien, la transférabilité d'un tel propos peut donc s'avérer totalement irréalisable dans le contexte du soin psychique. La substitution transformatrice telle que nous la concevons devient à nouveau celle que l'un module pour l'autre sans qu'ensemble ils puissent y trouver du sens.

L'ouverture à un langage

De notre proposition de considérer la substitution à travers une composante co-créative, la nécessité de se confronter à ses limites demeure indispensable.
Là où la prévalence d'une expression singulière est l'une des caractéristiques essentielles du soin psychique, s'interroger sur la dynamique thérapeutique comme espace d'émergence d'un langage construit autour d'une forme d'altérité devient donc un nouvel enjeu de notre réflexion.

Si d'abord la souffrance psychique semble retenir un adolescent dans sa capacité à élaborer, l'intérêt d'être attentif à sa présence singulière apparaît avec acuité dès les premiers moments de rencontre dans le lieu de soin. En considérant ses postures et ses attitudes, la propension d'un adolescent à s'exprimer par le biais d'un langage avant tout corporel ouvre à l'émergence d'un lien possible là où il se maintient parfois durablement à distance du soignant.
Dans la mesure où un adolescent en souffrance psychique se distingue d'abord par sa non-demande, l'expérience d'une situation de soin se situe avant tout autour d'un corps parlant. Expression singulière, celui-ci se déploie autour de gestes ou de regards là où la parole d'un adolescent n'est pas encore dicible.
Autour d'une considération du visage telle que nous l'avons explorée dans cette recherche, ce peut être d'abord un regard fuyant qui croise ensuite celui du soignant pour devenir une première adresse. C'est encore le mouvement d'un pinceau ou d'un pas de danse qui annonce une présence autrement qu'absente telle qu'elle est apparue au fil de notre réflexion.

Là où le moment adolescent correspond à un passage et renvoie à un habité singulier qui peut s'avérer fragile, le professionnel assiste alors aux métamorphoses du langage.
Si, à l'arrivée d'un adolescent dans le lieu de soin, rien ne semble adressé au soignant tant celui-ci représente potentiellement un risque, la disposition du professionnel à accueillir ses silences ou ses cris comme autant d'appels peut dès lors participer à une nouvelle signification d'un Soi avec l'autre.
En soutenant ce qui est propice à l'expression d'une subjectivité, le soin psychique participe en effet à l'avènement d'une nouvelle forme de langage : la posture corporelle d'un adolescent en est le premier indice et peut être considérée comme telle dans la mesure où l'accès à la verbalisation demeure risqué pour lui.
Bien qu'il puisse se distinguer durablement à travers des agirs qui représentent une forme d'impasse à la relation, c'est considérer que les attitudes d'inhibition ou d'agitation d'un adolescent représentent, en soi, un langage. Témoins d'une force de vie émergente susceptible de lier l'existé adolescent à l'existé soignant, elles sont autant de maux exprimés que de mots à saisir.
Propice à l'inattendu et au déploiement d'une altérité, ce que nous considérons comme le fondement d'un langage représente l'opportunité d'exprimer un existé hors de soi, à l'avant de soi et avec l'autre.

Dans un contexte où l'agir d'un adolescent prime et s'expose à travers un langage avant tout corporel, nos propos relatifs à l'attitude substitutive du soignant ont régulièrement mis en évidence cette question relative au langage.
En évitant toute forme d'intersubjectivité, un adolescent en appelle au contraire à la disposition du soignant à accueillir ses passages à l'acte comme des signifiants dont la portée est éminemment intersubjective et ferait du langage à définir ensemble un enjeu à la fois pratique, éthique et philosophique pouvant devenir un nouvel objet de recherche.

Dans ce sens, autour d'une pratique soignante, il s'agit de se demander comment le soignant et un adolescent peuvent signer un langage et ainsi viser l'autre et sa capacité à interpréter ce qui peut potentiellement se figurer ensemble. Autour de l'expérience qu'est la situation de soin, c'est à la fois s'interroger sur l'espace-temps qui permet l'élaboration de ce langage et la possibilité qu'il se caractérise dans une dimension d'altérité.

À cet effet, en présupposant de la capacité d'un adolescent accueilli dans un lieu de soin à faire du moment adolescent le vecteur d'une transformation, les métamorphoses qui rythment cette période font référence au langage. Au cœur de transformations à la fois corporelles et psychiques, l'expérience d'une situation de soin peut dès lors être celle qui accompagne ces changements.

Dans la mesure où la fonction soignante cherche à soutenir un adolescent dans sa capacité à faire d'un passage à l'acte l'acte d'un langage, une équipe soignante peut s'appuyer sur la diversité de ses observations et de ses modalités d'accompagnement pour faire du lien thérapeutique le lieu de création d'un néo-langage avec un adolescent.

Cette perspective, dans la mesure où elle fait écho à une dimension co-créative du soin psychique telle que nous l'avons exploré à travers la substitution, révèle la possibilité que l'un crée avec l'autre un langage susceptible de les rassembler. Ainsi, à titre d'exemple, là où une adolescente exprime le fait qu'elle ne peut *« rien dire »*, qu'elle n'a *« rien à dire* », qu'elle ne *« demande rien »* et qu'elle somme en même temps l'équipe soignante de la *« laissez tranquille »*, ce langage empreint d'ambivalence est riche de sens dans la mesure où le « rien » s'oppose au « tout » pour en même temps ouvrir à une manière de conjuguer le rien en un possible avec l'autre auquel elle s'adresse, d'une certaine manière.

Ici, l'expression d'un Soi singulier fait en effet écho à un pluriel.

En écho à une pratique soignante, autour d'une considération éthique de la relation de soin, c'est faire du langage corporel le signe d'un corps parlant et l'entrevoir comme une ressource essentielle. Dans la perspective d'une substitution transformatrice, là où la parole d'un adolescent ne semble d'abord pas prononçable, il s'agit en effet de croire en sa possibilité à travers l'avènement d'un langage portant sur l'expérience d'un soin partagée avec le soignant.

Dans une situation où la souffrance psychique d'un adolescent est parfois telle que toute forme de réciprocité s'annule, l'avènement d'un langage construit avec le soignant s'ordonne dans le quotidien d'une situation de soin.

Là où il pourrait se déployer dans l'espace d'une médiation thérapeutique ou encore dans les interstices propres à la dynamique thérapeutique (telles qu'elles deviennent le vecteur d'un lien là où un adolescent peut d'abord rester à distance de l'aire potentielle qui caractérise l'espace-temps du soin), son usage serait là encore malléable en lien avec la singularité d'un adolescent.

À partir d'une co-présence dont nous avons souligné la richesse, c'est donc s'intéresser à la manière dont il peut, avec le soignant, créer autour d'un objet[309] et l'investir par le biais d'un langage. Si la parole du soignant apparaît initialement comme le vecteur d'un échange avec celui qui se maintient à distance, il s'agit de se demander comment la parole transitoire du soignant est vouée à évoluer en fonction de l'expérience que l'un et l'autre font d'une situation de soin.

Au-delà du colloque singulier susceptible de rapprocher le soignant d'un adolescent, la manière dont ils peuvent construire ensemble un langage renvoie à une perspective plus large qui serait celle d'ouvrir cette communicabilité à un espace élargi. En effet, si, pour le soignant, une posture éthique essentielle réside dans le fait d'insuffler une parole pour qu'à son tour un adolescent s'en empare et devienne détenteur de sa propre parole, c'est bien le surgissement d'un langage qui dépasse ce seul rapport soignant-soigné qui est en jeu.

Dans ce sens, en conjuguant une pratique soignante à la dimension éthique de la relation de soin, si un enjeu du langage comme réponse à la « faille altéritaire[310] » apparaît avec acuité, il peut devenir le vecteur d'une interrogation philosophique essentielle relative à l'expression d'une souffrance et sa reconnaissance là où le rapport à la souffrance est toujours intime et subjectif.

Si, dans le contexte du soin, le langage potentiellement construit avec le patient peut évoluer vers un mode d'interprétation autour du récit du patient, il existe toujours une part d'indicible autour de la souffrance vécue. Ce lieu d'inexprimable lié à l'effroi que la souffrance représente nous invite dès lors à nous confronter à ce qui ne peut pas être compris et donc à ce qui apparaît comme dénoué de sens.

En tenant compte de cette réalité, une pensée renouvelée du soin psychique peut contribuer à valoriser le fait qu'au-delà de cette difficile expression de la souffrance, la considérer participe à l'émergence d'une société plus juste où chacun se mobiliserait autour de la possibilité de reconnaître la souffrance de l'autre.

Dans un contexte où se raconter autour de sa propre souffrance peut s'avérer intransmissible pour les plus vulnérables d'entre nous, l'enjeu philosophique qui est celui d'un rapport au sens renvoie nécessairement à un enjeu éthique relatif au rapport que le Soi et l'autre ont de la

[309] Par ce terme, nous entendons l'objet réel tel qu'il peut devenir le support d'une médiation thérapeutique mais aussi l'objet symbolique et imaginaire tel qu'il peut s'appréhender autour des allers-venues d'un adolescent dans l'espace-temps du soin.

[310] Benhaïm M. Op.cit.

souffrance. Si ce rapport reste toujours singulier, s'interroger sur la manière dont l'expression d'une souffrance peut devenir le corollaire d'une altérité autour d'un langage ouvre à de nouvelles considérations en lien avec notre capacité à esquisser un monde différent, capable d'accueillir cette souffrance et la considérer à travers l'appel qu'elle constitue.

ANNEXE 1.

Grille d'entretien semi-directif à l'attention des professionnels

Je vous propose un entretien relatif à la non-demande d'un adolescent en grande souffrance psychique et l'attitude de substitution du soignant à son égard.
Je vais vous poser trois questions principales auxquelles vous pourrez répondre. Ces questions sont ouvertes, vous laissant la possibilité de vous appuyer sur votre pratique auprès d'adolescents accueillis dans l'institution dans laquelle vous exercez actuellement.

Ces questions sont les suivantes :

- Avez-vous déjà rencontré dans votre expérience professionnelle un adolescent qui se distinguait par sa non-demande ?

- Qu'évoque pour vous l'attitude de substitution du soignant à l'égard de l'adolescent qui se distingue par cette non-demande ?

- Considérez-vous l'attitude de substitution comme éthique ?

ANNEXE 2.

Retranscription du verbatim du Dr P., Pédopsychiatre

Avez-vous déjà rencontré dans votre expérience professionnelle un adolescent qui se distinguait par sa non-demande ?

« Dans mon expérience auprès d'adolescents, disons que je vois les adolescents qui vont peut-être le plus mal, qui sont parfois très malades, et bien c'est vraiment fréquent. La non-demande de l'adolescent c'est finalement quelque chose qui s'exprime au quotidien dans ma pratique. Des jeunes qui viennent en consultation, qui sont accueillis dans les unités de pédopsychiatrie et qui ne demandent rien ou alors qui demandent quelque chose, mais sans que cela paraisse clair ou du moins entendu par les soignants.

Avec votre question, je dirai que cela représente la majorité des adolescents reçus dans les soins. Je dirai que la demande de l'adolescent c'est plus cette non-demande, le fait de ne rien demander comme si c'était un risque de se découvrir et de s'adresser à un professionnel.

En réfléchissant, j'entends le non de la demande aussi. Le fait que l'adolescent qui va mal peut dire non ou dit non à tout comme s'il testait ou au contraire comme s'il voulait exprimer quelque chose à travers ce non. Je pense que souvent on confond la non-demande qui, comment dire, en soi, peut être une position de l'adolescent, et le refus.

Oui, souvent on parle du refus de soin de l'adolescent en souffrance, mais le terme de non-demande me parle plus. Ça reflète plus ma pratique professionnelle. J'ai eu quelques situations de refus de soin, mais c'était vraiment une minorité et c'était des situations vraiment particulières avec un travail de réseau et de partenariat qui avait parfois du mal à trouver du sens donc l'adolescent le sentait et refusait vraiment tout.

La non-demande c'est différent. C'est vraiment une position qu'adopte l'adolescent, je crois. Le lien avec l'histoire familiale me paraît évident, les positions des uns et des autres dans la famille, je veux dire. Il y a aussi le mouvement pubertaire que traverse l'adolescent, tous ces changements à la fois corporels et psychiques qui le perturbent, le font douter, le mettent en position de dire non ou, du moins d'être ambivalent par rapport à son entourage.

La littérature sur cette question de la non-demande je sais pas trop quoi vous en dire. Il y a en effet un certain nombre d'articles de confrères ou d'équipes soignantes qui s'intéressent aussi à cette question. Je crois même qu'il y a des études épidémiologiques à ce sujet mettant en évidence la corrélation entre l'histoire de vie du jeune, ses symptômes et la manière dont il est susceptible de s'adresser à un service de soin. De toute façon, il ne vient jamais seul, je veux dire par là, de lui-même. Il est toujours orienté, il y a comme une forme d'ubiquité où tout le monde a envie qu'il aille consulter, que ce soit sa famille, l'école, les lieux où l'adolescent exprime son mal-être, sa violence, parfois même est mutique et renfermé. La demande n'est jamais la sienne donc on peut se demander à notre tour, nous, professionnels, ce qu'est sa demande à lui.

Est-ce qu'il a une demande ? Comment il peut l'exprimer ? Est-ce que la non-demande dont on parle aujourd'hui dans la clinique adolescente est finalement une forme de normalité parce qu'elle est tellement fréquente que cela devient la norme ?

La non-demande de soin de l'adolescent ça ouvre à beaucoup d'autres questions finalement. C'est toujours des situations particulières que ces adolescents qui ne demandent pas, qui ne demandent rien je préfère dire. Oui, c'est pas qu'ils ne demandent pas quelque chose, mais c'est plutôt qu'ils ne demandent rien si ce n'est qu'on ne leur demande rien nous, de notre place de soignants. C'est vraiment compliqué en fait cette question parce que ça nous invite à réfléchir à ce qu'on leur propose.

Est-ce bien adapté à leurs besoins ? Sommes-nous vraiment à leur écoute ou dans le fait de vouloir pallier à cette forme de silence que l'adolescent qui ne demande rien exprime par son attitude ?

Je ne sais pas s'il y a une seule réponse à toutes ces questions, mais dans tous les cas cela nous incite à y réfléchir et à associer les partenaires du soin à cette réflexion. Certaines fois, c'est vraiment une non-demande de soin, d'autres fois c'est une non-demande au sens large. Un adolescent qui n'a pas de demande, je veux dire.

Voilà, votre question est intéressante. Ça ouvre des perspectives de réflexion en tout cas. »

Qu'évoque pour vous l'attitude de substitution du soignant à l'égard de l'adolescent qui se distingue par cette non-demande de soin ?

« Disons d'abord que la substitution c'est souvent l'idée de faire à la place de. Faire à la place du patient. Ici, en l'occurrence, faire à la place de l'adolescent que l'on reçoit dans les

services de soin. C'est ce qui me vient en premier avec ce terme de substitution. Faire à la place, mais pas forcément faire avec. Cela semble avoir plutôt une consonance négative lorsque j'évoque ce terme.
Par ailleurs, autant vous dire que ce n'est pas un mot que l'on utilise souvent dans notre vocabulaire soignant alors que cette question se pose finalement au quotidien auprès des adolescents accueillis, en situation de vulnérabilité ou déjà gravement malades.
Pour un adolescent qui se distingue par sa non-demande, le soignant peut adopter une attitude qui consiste justement à faire à sa place parce que le jeune ne dit rien, ne veut rien, ne s'oppose pas. Bref, c'est très compliqué comme position. »

Considérez-vous l'attitude de substitution comme éthique ?

« Si je vais plus loin, je dirai que l'adolescent qui va mal a besoin d'étayage, de repère, d'identification. Notre fonction c'est celle-là. Disons que se substituer en faisant à la place de l'adolescent c'est un peu rapide comme conception des choses. Se substituer cela peut représenter un véritable danger dans la mesure où le professionnel, l'équipe soignante peut prêter des mots au jeune qui ne sont pas les siens, qu'il n'aurait peut-être jamais pensé ni exprimé et là c'est dangereux.
En parallèle, se substituer c'est aussi tenter d'accompagner l'adolescent, l'aider à mettre des mots sur ce qui le préoccupe, que ce soit de l'ordre de son quotidien, sa vie de tous les jours par exemple, ou des ressentis plus profonds en lien avec des questionnements plus existentiels.
Je dirai que la substitution, l'attitude de substitution que vous évoquez, c'est ces deux choses-là. »

ANNEXE 3.
Retranscription du verbatim de Mr D., Infirmier psychiatrique

Avez-vous déjà rencontré dans votre expérience professionnelle un adolescent qui se distinguait par sa non-demande ?

« Ah oui, oui oui, c'est même assez répandu. Je vais pas faire de statistiques, mais je pense que ça fait partie de peut-être au moins la moitié si ce n'est plus des adolescents dont on s'occupe dans mon service. Rares sont ceux qui, dès le départ sont partants, ont une demande exprimée ou verbalisée. Après, vous avez des demandes de façade aussi, où tu penses que l'alliance elle est véritable et puis il s'avère que c'est pas le cas. Et puis tu as les non-demandes qui sont manifestes, qui vont durer et où l'accroche se fera pas, il y aura pas d'alliance. Et puis il y a de la non-demande qui s'exprime par de la passivité voir une certaine agressivité chez un adolescent chez qui pourtant l'alliance s'est faite. Et puis voilà on traverse une période dans sa vie où il se montre plus réticent. Mais il peut pas rompre le lien et du coup il se montre plus distant. Voilà. C'est ma réponse en tout cas.

En fait, si on a la chance de pouvoir travailler auprès d'adolescents dans la durée, avec la notion de l'impératif de temps et bien on s'aperçoit que d'une situation de non-demande, avec du temps, avec du travail, très souvent, je dis bien très souvent, on parvient à créer un univers, une atmosphère favorable à l'émergence de la demande. Alors que si on est trop pressé, si on prend pas ce temps-là et ben on reste la plupart du temps sur un constat d'échec comme on dit, de non-alliance et puis du coup on n'a pas réussi à voir quelles étaient les raisons de cette défense.

La non-demande, c'est compliqué en fait. Ça a un rapport avec son vécu oui. Les réponses à ces questions-là en fait elles sont dans l'histoire, la dynamique et l'histoire du jeune en question. Moi avec l'expérience que j'ai, notamment avec l'HAD, on s'aperçoit que la plupart des cas c'est comme ceux dont j'ai parlé tout à l'heure. On part d'une situation où je sais pas si on peut parler de demande, mais en tout cas où le lien se pose. La demande d'aide elle est là, mais très très mal exprimée et très confuse. Dès fois très confuse dans le sens où pas

sincère tout le temps. Puis c'est au fil du temps qu'on arrive à mieux la cerner et le gamin à mieux l'exprimer. Voilà. Mais au fil de ses expériences de vie il y a des périodes où cette alliance s'exprime, peut s'exprimer par une non-demande. C'est ce que je vis avec certains, avec le jeune que j'ai en tête et puis d'autres que j'ai. C'est assez fréquent. C'est fréquent oui, c'est même plus que la moitié des situations ici. On a quand même les jeunes les plus en difficulté donc forcément pour nous c'est assez fréquent. Peut-être pas pour tous les professionnels. Non, je pense que c'est en lien avec les objectifs du service dans lequel tu bosses.

En fait j'ai plusieurs situations auxquelles je pense, mais bizarrement c'est des situations qui se ressemblent même si chaque histoire est unique il y a des points communs dans les conduites de non-demande. Il faut partir vraiment à la pêche et puis s'armer de patience et puis ne pas donner satisfaction à cette non-demande parce que le risque c'est d'être très rapidement découragé. De prendre l'adolescent au mot sans faire de jeux de mots d'ailleurs. Parce que la plupart du temps ils sont dans l'impossibilité de verbaliser quoi que ce soit, ils sont dans le passage à l'acte. Et ça se traduit la plupart du temps cette non-demande alors que la prise en charge elle, c'est officiel. La prise en charge elle est actée, ça se traduit par des ratés, des rendez-vous ratés par exemple. Ou alors des conduites de fuite lors des rendez-vous ou l'adolescent va ne pas répondre, va être mutique voir même agressif. Et paradoxalement, c'est là où on voit ça. Toute l'ambiguïté de ces situations c'est qu'ils viennent. À partir du moment où ils commencent à venir, même s'ils ne disent rien, la non-demande elle commence à s'exprimer et là on peut se dire que ça y est.
Nous on a des gamins qui ont ces difficultés. Ils ne font pas l'économie de l'ambivalence des adolescents. »

Qu'évoque pour vous l'attitude de substitution du soignant à l'égard de l'adolescent qui se distingue par cette non-demande de soin ?

« C'est un terme qui est nouveau pour moi. Je le découvre avec vous. Ce qui me vient à l'esprit d'emblée c'est la notion de transfert, l'empathie, le transfert. Je suis pas sûr d'avoir bien compris le terme en fait. C'est faire à la place de. L'empathie ? La substitution, ça serait même au-delà du fait de se mettre à la place de alors ?

Oui oui. C'est ça. Parce que j'ai des situations, pleins de situations si ce n'est la grande majorité des situations que l'on rencontre. Dans la mesure où très souvent les adolescents sont dans la non-demande. On n'est pas appelé à travailler auprès d'eux parce qu'ils l'ont demandé. On est appelé par des services, par des adultes et quand on a les gamins en charge eux ils ont souvent un deux voir tout le train en retard. Ils n'ont pas qu'un seul wagon de retard. Ils ont souvent tout le train de retard. Il faut effectivement comme je le disais tout à l'heure mettre des mots sur du vide ou des contradictions, de l'agressivité, pour essayer de mettre un contenu à leurs agissements. Et c'est en ça que effectivement on peut se substituer à leur absence de mots. Je sais pas si je suis dans le sujet. La substitution c'est une notion dont j'avais pas encore entendu parler.
C'est vrai que c'est quelque chose que l'on fait quotidiennement en fait. C'est essayer de traduire en mots les ressentis que l'on a dans le transfert pour essayer de mettre de la consistance à ce que nous amène vers les adolescents en face de nous. Si on attend effectivement qu'ils traduisent en mots ce qu'ils ressentent on peut y rester longtemps. Donc il faut se demander si on n'enferme pas l'adolescent avec la substitution. C'est un risque. Oui c'est un risque. Bien sûr. On fait des hypothèses, mais je sais pas. Personnellement, quand je fais, quand je prends ce genre d'initiative avec les gamins je leur demande toujours si ce que je viens de dire ça correspond à leurs sentiments. En leur disant n'ait pas peur de me contredire. Je peux me planter, tu vois.
Le premier rendez-vous je le connais pas, on se connaît pas. Le deuxième rendez-vous. J'ai l'impression vu ton attitude que tu n'es pas très d'accord avec ma venue. Voilà. Je le dis franco. Maintenant dis-moi ce que tu en penses. Tu veux pas parler. Pourquoi tu parles pas ? Tu es en colère ? Tu as pas envie d'être là ?
En général, je trouve que lorsqu'on adopte ce genre d'attitude on arrive à rentrer en contact. Et effectivement, il m'a fallu un certain nombre d'années pour ça. »

Considérez-vous l'attitude de substitution comme éthique ?

« Au début de ma pratique je n'aurai pas forcément utiliser ça. La substitution. Souvent on est trop pressé d'avoir des résultats, trop pressé d'avoir un gamin idéal, qui parle. Trop pressé de. Mettre la charrue avant les bœufs. Et puis se tromper sur ce qui est important. Sûrement. L'état d'esprit, le ressenti à ce moment-là. C'est souvent ce qui nous échappe la plupart du temps d'ailleurs. Donc c'est vrai que la question de l'éthique se pose, mais sincèrement j'ai rarement pensé dans ce sens.

Je me suis jamais posé la question pour savoir si mon attitude est éthique en fait. Dans le cadre éthique, j'ai toujours pensé que. En fait je me suis toujours arrêté à la notion du lien. Est-ce que j'ai réussi à rentrer en contact. Après, les moyens utilisés, va savoir. Je pense que quand ce contact il est pris, il est établi. On a alors de fortes chances pour se dire qu'on a pris les bonnes décisions. Et dans ce cas, je me pose pas cette question.
Oui. Parce que le fait de faire à la place de l'autre c'est ambivalent.
Quand un des objets de la pédopsy c'est faire en sorte que le gamin parle. Moi je me place toujours dans ça. Je me souviens d'un médecin avec qui je travaillais que face à une question impossible, c'était pas une question d'éthique. C'était en fait la question de se substituer aux parents. Il nous avait dit, agissez comme vous le feriez avec vos propres enfants. Et on avait été tous un peu déroutés par cette phrase. Maintenant, je comprends ce qu'il voulait dire. Je pense qu'un parent se pose pas la question lui de se substituer à son enfant.
L'enfant il est tout petit. Il y a une affaire de ressenti et de connaissance de l'autre qui permet souvent et la plupart du temps pour un parent de se substituer. Au bébé notamment qui n'est pas encore en mesure de.
Nous, on a des gamins qui sont extrêmement disgracieux dans leur développement et souvent qui sont en retard sur beaucoup de plans. Notamment sur le plan affectif, sur le plan de l'éloquence. Et donc on est bien obligé de faire un pas en arrière et de se remettre en position d'être avec des gamins qui bien qu'ils soient dans des corps d'adultes c'est encore des tout-petits. Et j'ai l'impression d'agir voilà comme avec des tout-petits. Il y a une phase en fait. Et là on est bien obligé de se substituer, de faire cet acte de substitution. Se substituer à ce petit qui est en face de nous et qui n'est pas encore devenu grand. De trouver les mots, parce qu'il veut pas pour telles raisons. Donc on fait le pari, on avance des hypothèses, on avance des choses. Demander toujours si on se trompe pas, si on est pas trop à côté de la plaque pour se substituer à l'adolescent pour essayer de rectifier le tir.
Finalement, ça vient au fil du temps. D'abord ça. Après la substitution ça peut poser question. En termes de limites. Si on se substitue, c'est se mettre à la place de l'autre c'est qu'on porte invariablement le risque de ne plus être en mesure de faire le distinguo. Et pour ça, travaillant dans le soin, normalement, on va dire à mes yeux, être capable de mettre en place des mécanismes en tout cas des structures, qui nous permettent de tenir la route. Être éthique. C'est s'appuyer sur le cadre de l'institution, les groupes de paroles. Les temps de supervision, les réunions. Oui toutes ces choses-là. C'est d'autant plus important que les gamins dont on s'occupe très souvent ce sont ses parents qui lui ont pas donné d'espace. Donc on peut être pris dans des relations avec certains adolescents, très rapidement, dans le cadre du transfert.

Avec des gamins qui ont vécu de la violence, on peut être envahi par ça. Très rapidement. Et répondre à ça. On se substitue là aux parents en répondant comme eux. La substitution c'est pas ça. Avoir envie ou répondre de la même manière.
C'est étonnant cette notion de substitution en fait. Je veux dire que ça arrive aussi tard dans ma pratique. C'est pas courant, mais elle existe vraiment et ça pose des questions c'est sûr. »

ANNEXE 4.
Retranscription du verbatim de Mme M., Psychologue

Avez-vous déjà rencontré dans votre expérience professionnelle un adolescent qui se distinguait par sa non-demande ?

« À la PJJ, je dirai que c'est quand même fréquent. Il y a beaucoup de refus donc c'est peut-être ça qui est difficile, de faire la distinction entre la non-demande et le refus. C'est pas évident. Ce qui est particulier c'est que dans les lieux où j'ai pu intervenir à la PJJ il y a cette question d'obligation, c'est-à-dire d'entretien obligatoire avec la psychologue. Ce qui moi m'a posé difficulté puisque le principe pour moi était justement que ça ne soit pas obligatoire. Il a donc fallu expliquer pourquoi je pensais que c'était pas obligatoire, quel était l'intérêt que ça ne soit pas obligatoire. Actuellement il y a des entretiens qui se font avec les jeunes qui le souhaitent. Je suis là, disponible. Sur un temps de permanence et vous venez ou pas. C'est une offre que je leur fais finalement.

Du coup je pense à un jeune qui vient dans l'idée de se sortir d'un contexte, en l'occurrence la détention. Un jeune qui vient prendre un peu l'air on va dire. Qui vient un petit peu discuter. Je dirai que ça c'est la première demande, c'est-à-dire avoir un peu d'air. Après, derrière, l'autre demande, elle vient pas toujours, la vraie demande. Alors peut-être que celui qui vient pour discuter dans ce cas ça pourrait être de la non-demande. De venir dans une idée de prendre l'air, mais pas dans l'idée de se mettre au travail.

En fait, pour moi, la non-demande ce serait le fait de ne rien demander. J'entends plutôt quelque chose de l'ordre de l'engagement. De ne rien demander et de ne rien engager. C'est pas juste de ne rien demander. Je pense que certains pourraient demander, mais ne veulent pas s'engager. C'est un peu ça l'idée pour moi.

Et après il y a des jeunes qui ont pu venir sans demande, mais pour qui au fur et à mesure il y a quelque chose qui s'est dégagé. Et où il y a eu une demande de réfléchir sur soi, sur ce qui les a amenés à un moment dans leur vie.
Je pense vraiment à un jeune très précisément. Celui qui venait au départ pour sortir de sa cellule et puis qui, petit à petit, il s'est dit sans doute que dans cet espace-là il y avait quelque chose à travailler. Et que ça pouvait l'aider à avancer. Je pense qu'il y a eu cette demande à un moment donné, mais elle a pris du temps. Elle est pas arrivée tout de suite. Pour lui, quand je pense à la non-demande, je pense qu'elle a été là un long moment pour lui. Et après il y a quelque chose qui a émergé. Quelque chose qui a émergé et qui s'est engagé de son côté, des deux côtés en fait.
Oui, le refus c'est quelque chose qui peut perdurer alors que la non-demande ça peut évoluer. Le fait de dire « je suis pas fou moi, je vais pas voir la psychologue ». C'est donc travailler sur la représentation. En détention c'est plus difficile. On n'est pas dans le quotidien, voir le jeune, partager un café, on discute. Non. C'est moins possible par exemple. Il y les jeunes qui ont cette représentation-là et puis les jeunes pour qui c'est tout simplement pas possible. Qui sont bien conscients qu'ils pourraient travailler des choses, mais c'est pas possible. On n'est pas dans la même temporalité ici. Ils sont peut-être pas armés pour affronter ça, pour s'engager. Ce sont des défenses finalement.
Du coup, la non-demande je l'associe à la notion de temporalité. Il y a un moment où ça peut être possible et un autre non. Il y a quelque chose qui peut émerger dans le temps. Avec la confiance, le cadre. Et de laisser venir aussi, c'est-à-dire de pas vouloir pour l'autre. Qu'il y ait une demande quoi. Être là, disponible, mais pas à disposition, disponible dans le sens de l'accueil, c'est-à-dire accueillir quelqu'un. Accueillir le sujet en fait. Pour moi c'est une condition à ce que quelque chose émerge. Le temps de laisser ça venir et de pas forcer une demande et demander à leur place. Non. D'être là et d'offrir quelque chose où ça peut se passer ou pas.
Je dirai ça par rapport à la non-demande. »

Qu'évoque pour vous l'attitude de substitution du soignant à l'égard de l'adolescent qui se distingue par cette non-demande de soin ?

« Je trouve que c'est pas facile comme question. Parce qu'il n'y a pas qu'une réponse. C'est pas évident parce que je pense que ça dépend de l'adolescent, du moment dans lequel il est,

du contexte. C'est-à-dire qu'une attitude de substitution peut être pertinente dans un moment donné pour un adolescent dans un contexte donné et elle le sera pas forcément dans un autre contexte à un autre moment. C'est ce qui me vient en tout cas comme ça.
Je me dis que peut-être qu'à un moment donné l'attitude de substitution ça veut pas forcément dire désirer pour l'autre. Ne pas lui imposer ce qu'on voudrait pour lui. En fait c'est pas forcément négatif pourtant ce qui me vient d'abord c'est ça. Ce qui m'est venu en premier c'est que la substitution peut annuler la possibilité que quelque chose puisse émerger du sujet. Ce qui pourrait être négatif c'est que ça vienne annuler toute possibilité que quelque chose émerge de l'adolescent. Sans qu'il y ait une volonté de répondre à ce que l'autre induit par son attitude.
En même temps, je me dis qu'il y a peut-être des situations où s'il n'y a pas cette accroche, certains ne sont pas en capacité de désirer. »

Considérez-vous l'attitude de substitution comme éthique ?

« D'abord, comme ça. Je ne sais pas si c'est clair. Je cherche un exemple, mais. Il y a des jeunes comme ça qui peuvent pas se saisir de quelque chose et je pense que la substitution elle doit être mesurée. C'est un terme que je connais pas. En tout cas là comme ça le mot substitution il y a quelque chose qui me gêne. Dans le mot substitution. Alors sans doute qu'il y a plein de sens, qu'il y a plein de façon de l'entendre, mais en tout cas ce qui me gêne c'est le côté un peu annulation.
Il y a quelque chose de ça oui. Après je me dis que le terme ne recouvre pas que ça, mais qu'il y a aussi ça. C'est là où je me dis qu'il faut que ce soit équilibré et pensé. C'est-à-dire se substituer, mais comment. Je trouve que c'est pas un terme facile à définir. Que justement pour pouvoir utiliser ça dans le travail faut pouvoir déjà penser le sens de la substitution avant de pouvoir le mettre en pratique. Ou alors peut-être que parfois on le fait sans même s'en rendre compte que c'est une attitude de substitution. Euh. Je pense qu'il y a ce côté de disponibilité. Je me dis que ça c'est essentiel. Il y a peut-être quelque chose de ça aussi. En tout cas moi plutôt que le mot substitution c'est plutôt la disponibilité qui me vient. Et l'accueil. Je pense que la substitution doit être associée à ça. La substitution elle peut aussi avoir un côté positif donc, mais c'est justement ça que je n'arrive pas à mettre en mots. J'essaie de le penser. Je pense vraiment que le terme me pose problème. Parce que je me dis que ça peut recouvrir plusieurs choses.

En fait, même s'il y a cette partie d'annulation, de non prise en compte, de non-accueil de ce qui pourrait émerger, ça prend peut-être plus de place pour moi en m'empêchant de penser le reste. Que la substitution est aussi positive finalement. Qu'il y a autre chose là-dedans que d'annuler.

C'est là que je me dis qu'il faut qu'on fasse attention, qu'il y a une vraie limite à avoir. Je pense ça comme pour tout le reste finalement. C'est-à-dire qu'à un moment donné il y a forcément une limite et qu'il faut y être attentif pour pas basculer dans ce qui pourrait être peut-être dangereux ou risqué. Dangereux c'est peut-être un peu fort, mais ça peut l'être vraiment. Donc ça pose la question éthique.

C'est pas évident. En fait elle peut être éthique si elle permet justement d'accompagner la possibilité de laisser s'exprimer une demande. La substitution le serait pas si finalement elle annule l'autre et qu'elle empêche une vraie demande. Une demande qui viendrait vraiment du sujet et pas de soi parce qu'on s'est substitué à l'autre. Il y a la question du désir qui me semble importante avec cette question de la substitution.

En fait, la substitution serait peut-être pas éthique s'il y a pas cette notion d'équilibre et de vigilance. Ça, c'est la limite dont on parlait tout à l'heure. Je pense que si on la franchit sans s'en rendre compte c'est peut-être là que ça serait pas éthique. Peut être que si on se substitue sans être vigilant on peut basculer dans quelque chose qui serait pas éthique. Du coup je pense à plein de jeunes que j'ai pu voir. En particulier à la PJJ où il y a une demande forte des institutions à ce que le jeune voit un psychologue. Les jeunes ils sont pas forcément prêts à ça. Ils n'ont pas de demande. Et des fois c'est une impossibilité dans le moment et dans ce lieu-là. C'est donc un peu l'institution qui vient se substituer à cette non-demande de l'adolescent. Du coup, comment on fait avec ça ?

Je pense à comment on peut proposer aux adolescents un espace où ils peuvent venir, qu'ils peuvent saisir et pas dont ils doivent se saisir. En fait, et c'est là où je fais la substitution, je me dis que c'est pas inintéressant que, en tout cas dans un premier temps, de provoquer peut-être la rencontre. Je me dis là il y a peut-être quelque chose de ça. Se dire que quand un jeune arrive c'est d'abord le rencontrer. Pouvoir permettre ça. Leur dire, par exemple, que c'est juste pour se rencontrer.

Là, finalement, l'idée c'est se présenter très simplement. Et de présenter mon intervention de psychologue dans ce cadre-là, présenter l'entretien individuel ou de groupe. Pouvoir présenter le cadre. Je me dis donc que si il y a pas ça, s'il y a pas ce temps-là du coup on peut ne jamais se rencontrer. Je leur enlève une opportunité de se rencontrer. Du coup je me dis que oui dans ce moment-là on les amène à. Alors que finalement ils pourraient voir qu'il y a quelqu'un. Je

leur propose en tout cas. Avec le jeune de détention dont je parlais, petit à petit, il y a eu un moment de basculement et c'est pas facile de l'identifier ce moment-là, parce que je pense qu'il s'est fait sur plusieurs rencontres. Je pense qu'à ce moment-là si j'avais été dans vouloir pour lui je suis pas sûr qu'il serait revenu. Et on a eu tout un temps où on a avancé sur des questions avec ce jeune-là après. Où il a eu envie de comprendre ce qui se passait pour lui, qu'il y a des choses qui étaient possibles et d'autres pas. Et puis il y a un moment où ça s'arrête des fois. Comme si la demande reste, mais elle se fait un peu à distance. Là moi je peux l'interpeller. Alors je l'interpelle pas directement, mais je peux demander à le voir pour prendre des nouvelles par exemple. Là je suis plus seulement à attendre. Là c'est moi qui sollicite, ce que je fais pas d'habitude. Je me demande si c'est pertinent en fait de se substituer.

Accueillir ce qui vient ou pas. Il a des jeunes qui viennent où ça vient pas. On passe quelques minutes ensemble et puis voilà. Je me dis qu'aller gratter ce serait pas forcément opportun. C'est dans ce moment-là, inattendu, imprévu, dans un moment du quotidien qu'il peut se passer quelque chose. Ce qui est important c'est ce que le jeune va en faire après et pas ce que l'équipe en fait elle. Ce qu'il a amené à ce moment-là. Juste le fait qu'il puisse être comme il est. En apparence, un jeune peut ne rien demander. C'est cette opportunité qu'on lui laisse qui permet peut-être ensuite qu'il se passe quelque chose.

C'est pour ça tout à l'heure que je disais substitution. Il faut pas être dans le forçage. Je pense que c'est un peu ce que j'ai dit avec d'autres mots. Certains, si on a pas cette attitude, on peut attendre longtemps. Mais c'est le côté, c'est-à-dire que c'est pendant un temps. Même sous cet aspect-là ça recouvre d'autres choses la substitution. À un moment il y a une limite. C'est-à-dire que quand tu te mets dans cette position de porter un peu l'autre là où l'autre ne peut pas, ça peut aussi être thérapeutique. En tout cas l'amener à demander. Ce qui deviendrait pas éthique c'est un moment de pas savoir rendre aux jeunes la possibilité de demander sans forcément être porté par l'autre.

Je pense que la limite elle est là de toute façon, comme plein d'autres choses. Comme l'accueil et la disponibilité. Il y a une limite à l'être, tout comme la substitution. »

ANNEXE 5.

Retranscription du verbatim de Mme D., Assistance sociale

Avez-vous déjà rencontré dans votre expérience professionnelle un adolescent qui se distinguait par sa non-demande ?

« Là où ça me parle le plus c'est pour deux adolescents que j'ai pu accompagner. C'était en lien avec leur scolarisation. En fait, il fallait un peu tout faire pour eux, ils se laissaient porter, mais pas trop parce que ce qu'ils voulaient c'était aussi qu'on les laisse un peu tranquilles quoi. En fait, ils n'avaient pas de demande ciblée ou explicite vis-à-vis de moi. Sauf que du fait de la scolarisation obligatoire jusqu'à 16 ans et ben du coup il y a des choses qu'on était amené à faire pour eux, à leur place donc.

La non-demande je pense que c'est comment dire ? Ça représente une majorité en fait. Oui, quand même. C'est beaucoup d'adolescents que j'ai accompagnés. Ils veulent qu'on les laisse tranquilles, qu'on les laisse vivre. Surtout on va dire pour des ados qui ont été placés tardivement. Parce qu'il y a quand même des ados qui ont été placés qu'à l'âge de 12 ou 13 ans et là déjà pour accepter le placement en plus du fait qu'on les amène à dire qu'il faut qu'ils soient rescolarisés, et ben c'est compliqué. Va falloir faire ci ou ça et là c'est plus difficile. On va dire que pour des jeunes qui sont placés dès tout-petits c'était moins difficile. Je vois vraiment une différence par rapport à ce public. Parce que c'est des jeunes qui ont pas trop compris au pourquoi ils étaient placés, qui auraient très bien pu rester vivre comme ils étaient. Ils pensaient pouvoir se débrouiller tout seuls, faire leur petite vie. Mais voilà. Sans aucun adulte qui s'occupe d'eux. Ils voulaient être indépendants.

Des jeunes qui n'avaient vraiment pas de demande vis-à-vis de moi ou alors c'était comme si c'était masqué. Oui. Par exemple, il y en avait une c'était des demandes avec intérêt un peu. On avait une jeune qu'on devait rescolariser. C'était dans une MFR, quelque chose dans le stylisme. Elle avait tout fait avec ses parents pour faire ça. Au final elle a été virée de la MFR malgré les fois où on a dû aller pour essayer de reprendre un peu les choses. Pour qu'au final

elle nous dise, mais de toute façon « moi j'ai jamais voulu faire ça ». On a dit ok donc on l'a amené vers le CIO et finalement, elle voulait faire un CAP Petite enfance.

En fait l'adolescente en question, c'est comme si elle voulait nous donner une réponse afin qu'on la laisse tranquille. On lui a trouvé une place à Morlaix mais comme son foyer était à Brest. C'est un peu comme si on lui avait donné une opportunité pour pas aller en cours, mais juste pour s'échapper.

En fait, par rapport à la non-demande, je pense que ça fait partie de l'adolescence. Un peu comme si à un moment donné de la vie on cherche sa place, un peu ou beaucoup d'ailleurs. Sinon je pense que c'est beaucoup en lien avec l'histoire de vie quand même. Des enfants chez des familles à qui on a pas forcément poussé à faire les choses, qu'on a laissé un peu vivre d'eux-mêmes sans trop avoir d'attentes. La jeune par exemple elle avait tout ce qu'elle voulait. Elle pouvait sortir avec ses copines le soir très tôt, faire des courses avec son père pour avoir de l'alcool. On était sur une jeune qui avait ce qu'elle voulait. Elle était dans la demande, mais du coup elle avait ce qu'elle voulait. Je pense finalement que c'est une ado dont les parents étaient sans doute dépassés par son comportement et qui n'arrivaient pas à poser un cadre. C'était elle l'adulte en fait. Donc sans repères, sans limites. Un cadre sécurisant dans lequel elle puisse grandir. En fait elle était perdue parce que c'était une jeune très rebelle, mais à côté de ça elle m'attendait dans la salle d'attente avec son doudou aussi.

Finalement cette ambivalence et le fait de ne pas demander c'est vraiment courant chez les jeunes que j'ai accompagnés. En fait avec cette jeune, je me suis demandé pourquoi j'ai été aussi loin, jusque là. En fait comme si je l'avais poussée à aller encore plus loin. Parce que c'était un peu ce que moi j'idéalisais pour elle. Je me disais que c'est bon on a trouvé. Elle voulait un peu d'indépendance donc ça va le faire avec la scolarité à Morlaix. On va organiser les choses. Je pense que j'idéalisais beaucoup pour elle et au final elle, ben, elle attendait pas grand-chose.

Pour moi, en tant que référente à la protection de l'enfance, on doit essayer d'apporter ce qu'on peut aux enfants qu'on protège, les amener vers un avenir parce qu'au-delà de dix-huit ans ça y est c'est terminé.

Au final je pense que oui j'en ai fait trop. Et en plus, pour cette jeune, il y a eu une levée de placement même avant sa majorité. Et ça du coup pour nous, enfin pour moi, c'est compliqué. En même temps c'était une libération. C'est quelque chose qui va moins me poser souci parce qu'au final j'ai tout fait pour elle. En fait c'était pas de la reconnaissance que j'attendais, mais lui dire que c'était pour elle qu'elle faisait les choses et pas pour moi. Mais en même temps,

même si la mesure s'arrête je pense qu'elle a pu prendre quand même quelque chose de tout ça.
En fait je me suis dit à ce moment-là, elle aura fait cette expérience, voir que les adultes pouvaient être là pour elle. C'était finalement plus. »

Qu'évoque pour vous l'attitude de substitution du soignant à l'égard de l'adolescent qui se distingue par cette non-demande de soin ?

« Se substituer c'est faire à la place de l'autre c'est ça ? Oui c'est vrai que pour la situation dont je parle je me suis demandé si je faisais pas à sa place.
Je pense que ça vient un peu de moi aussi. De ma personnalité, en plus de l'aspect professionnel, de vouloir les amener là où ils pourraient aller. Être un pion. Enfin, un pion c'est pas le bon mot. D'être une étape qu'ils vont pouvoir prendre ou pas. Je pense en fait que ça vient beaucoup de ma personnalité. Vouloir faire tout pour que les gens s'en sortent. Essayer que les ados arrivent à s'accrocher à quelque chose. C'est pas pour rien que je fais ce métier. Après je pense que j'ai ça en moi, faire tout pour le jeune.
En fait ce que vous appelez l'attitude de substitution c'est un terme que je n'utilise pas, mais ça me parle complètement. Oui oui oui. En fait je le fais au quotidien. Sans se questionner avant je pense que ça vient après. Peut-être trop tard des fois. Mais on le fait forcément ça. Se substituer au jeune. Après, je me dis que même si j'ai souvent fait à la place de l'ado, c'est toujours en l'informant. Jamais de manière cachée. Ça a toujours été clair pour moi de dire les choses, informer. En fait ça dure un temps. Faire à sa place en espérant qu'après il le fasse tout seul. C'est un peu avec tous les adolescents cette attitude.
Je pense à un autre jeune avec un parcours abandonnique. Placé depuis tout-petit avec un papa qu'il ne connaissait pas et qui s'est fait reconnaître par un autre qui a finalement demandé à ne plus s'en occuper à son tour. Donc, il y a eu le moment du placement puis un retour en famille puis un autre abandon. Bref. C'est un jeune qui n'a aucun repère. En fait, moi je suis censée le protéger et lui apporter des choses. Du coup il était presque pas là, il était silencieux. Finalement. Il avait un profil à se faire oublier, dans la fuite, se dire qu'il a pas bien fait, du coup il demandait rien. Après, c'est un jeune qu'on a amené, qu'on a aidé dans les demandes. L'accompagner à faire des demandes, demander pour lui. Des stages, ses relations à l'école ect. En fait c'est un jeune qui avait un peu plus d'élan quand je suis partie quoi. Peut-être

parce que dans un premier temps j'ai pu faire pour lui, je sais pas. Il avait besoin d'être porté, de faire confiance à des adultes pour pouvoir faire de lui-même après. »

Considérez-vous l'attitude de substitution comme éthique ?

« Maintenant, se demander si se substituer à l'ado c'est éthique ? Pas toujours en effet. Mais en attendant, pour moi, on se doit de le faire quand même. Faire à la place, je veux dire. C'est compliqué. C'est-à-dire qu'en tant que professionnel, on a telle mission. Je pense qu'on se doit de faire au mieux pour tous les jeunes. Tenir compte de là d'où il vient, s'épanouir dans ce qu'il est, là où il est, sa famille, son foyer. Je pense qu'on est donc en partie obligé d'avoir un peu cette étape. Pour des adolescents je veux dire.
En fait, en fonction des jeunes je pense que ça vaut le coup d'essayer.
Mais pour moi, dans le fait de se dire qu'il faut respecter l'adolescent, favoriser son autonomie, le fait de se substituer comme vous dites, le fait de faire à sa place, d'abord c'est compliqué. Oui. C'est compliqué de savoir où est-ce qu'il faut s'arrêter, jusqu'où on peut aller avec le jeune. Après peut-être que quand on y va trop et ben on perd aussi la confiance de la personne. Ça arrive. Et je pense aussi que ça dépend vraiment de nous. Parce que dans un autre cadre de travail je sais pas.
En fait c'est quand on accompagne des adolescents que j'ai vraiment l'impression que la question se pose. L'éthique je veux dire. Avec les ados, je vais souvent le faire avec ou, au début, un peu à sa place pour qu'il le fasse tout seul ensuite. Mais il faut peut-être pas aller trop loin non plus, il faut savoir les limites à pas dépasser et ne pas être trop là non plus. Pour moi le plus gros risque c'est d'oublier l'ado, de faire tellement à sa place pour que ça marche que l'ado on y pense même plus en fait.
Il faut toujours avoir le curseur à peu près bien placé. Mais ça dépend du professionnel et de l'ado qu'on a en face de nous quoi. C'est une gymnastique perpétuelle. Souvent finalement je me demande si je suis dans le bon curseur.
C'est vraiment pas évident cette question. J'ai pas une réponse toute faite finalement. J'ai pas d'avis tranché. Ça dépend de chaque situation, mais aussi de l'expérience du professionnel peut-être. Je sais pas en fait. Peut-être que je ferai la même chose dans vingt ans. On se compare avec les collègues. Certaines peuvent être moins dans cette attitude de substitution. Elles vont laisser la personne. Mais pas dans un sens négatif. C'est juste une façon de faire et de penser.

La limite finalement, c'est perdre la relation de confiance surtout, celle qu'on a avec la personne. D'être allé trop loin et de se dire que j'ai peut-être raté quelque chose. Se dire que l'ado se serait peut-être plus mobilisé autrement ou aurait mieux accepté mon accompagnement.

Finalement, ce qui me vient en premier avec cette attitude de substitution c'est ce risque de perdre la confiance du jeune. Le fait d'un peu un rejet parce qu'on voit bien que les ados ils ont envie de dire clairement ce qu'ils pensent et du coup on peut être déçu aussi de leur réponse. Se dire qu'on pense avoir bien fait et qu'au final pas du tout. Il faut faire attention quoi. Toujours garder ce curseur, ce bon curseur dont je parlais. On est des humains donc dans la pratique on le fait souvent, mais il faut toujours penser à ce qu'on fait. »

ANNEXE 6.

Retranscription du verbatim de Mme S., Educatrice spécialisée

Avez-vous déjà rencontré dans votre expérience professionnelle un adolescent qui se distinguait par sa non-demande ?

« Oui fréquemment. Je suis actuellement en poste en ITEP et j'ai été embauchée sur un nouveau dispositif d'accueil séquentiel à destination des adolescents avec qui c'était trop compliqué de travailler dans l'institution. Des jeunes avec qui dans le groupe c'était pas possible, que ce soit dans le groupe avec aucun respect du cadre institutionnel. Beaucoup de violence ou beaucoup d'absentéisme en fait. Des jeunes qu'on ne voit pas quoi. L'idée, dans le cadre de la nouvelle circulaire d'une « Réponse pour tous » était donc de trouver une manière différente de les accueillir, leur proposer une réponse plus adaptée, d'où l'idée de l'accueil séquentiel avec des prises en charge extérieure à l'ITEP pour ensuite, à un moment donné, pouvoir réinclure ces jeunes dans l'institution.

Sur les adolescents que je vois, en l'occurrence c'est assez compliqué. De les voir déjà parce qu'en fait ils sont dans le rien. Ils sont chez eux, ils n'ont aucune demande finalement. Ni vis-à-vis de moi ni vis-à-vis de l'institution.

Je pense à deux adolescents en particulier. Ils sont dans le rien. En fait, je pense à l'un d'entre eux qui est dans le rien, vraiment. Il passe ses journées chez lui, dans sa chambre, avec sa mère à la maison pour jouer à la console. J'ai quand même pu le rencontrer pas mal de fois ces derniers mois, chez lui. On s'est d'abord vu une fois par semaine puis deux fois. Sur des temps d'échanges en voiture ensuite. Il montait dans la voiture avec sa ceinture de sécurité, sans l'enlever et on allait voir la mer. Pas plus. Et face à la mer on discutait. Il me parlait de tout et de rien, de ce qui s'est passé pour lui dans la semaine, mais sans plus. Depuis quelque temps plus rien. Je ne le vois plus. Je me présente à domicile et il ne m'ouvre plus. Plus de contact quoi. Quand je l'ai appelé récemment pour lui demander qu'on se voie, il m'a raccroché au nez.

Il peut pas, il veut pas. Mais je me dis qu'en parallèle il y a un travail d'AEMO renforcé qui, jusqu'à présent, n'arrivait jamais à le voir et maintenant c'est possible. Il rencontre les professionnels, toujours à domicile par contre. C'est un accompagnement autour d'une recherche de stage et en plus c'est un professionnel homme donc peut-être que ça joue.
Des fois je me dis que j'ai peut-être permis d'amorcer quelque chose. Je me dis aussi que pour lui, pour cet adolescent, il ne pouvait pas faire deux choses en même temps. D'abord c'était avec moi, l'ITEP, et maintenant c'est avec l'autre professionnel de l'AEMO.
En fait les adolescents qui ne demandent rien c'est la majorité de ceux que j'ai accompagnés. Avec l'exemple de ce jeune, je me pose plein de questions. Comment faire ? Est-ce que je continue même si l'adolescent ne me demande rien ?
Je continue d'y aller, d'essayer, mais je me demande aussi à partir de quand c'est pas une forme de harcèlement. À partir de quand je dépasse les limites.
Finalement, je me questionne sur la non-demande.
Qu'est-ce que ça veut dire ? Est-ce que vraiment l'adolescent ne veut pas être en contact avec moi ou alors c'est une manière de me dire quelque chose que le fait de rien me demander ?
En fait on se pose plein de questions et c'est compliqué d'avoir une seule réponse. De savoir à partir de quand on déborde de notre mission et à partir de quand je lâche l'adolescent, je n'insiste plus.
Est-ce que c'est bien de le lâcher ou pas ? Est-ce que si je le lâche il va encore penser que c'est encore quelqu'un qui le laisse tomber, un peu comme dans son parcours, sans père, sans collège, sans vraie relation avec l'extérieur ?
Finalement, l'adolescent dont je parle, mais comme les autres qui n'ont pas de demande, je me demande si le fait de le lâcher je ne viens pas abandonner quelque chose ou le harceler. C'est vraiment pas simple cette question.
Je pense à un autre jeune qui lui non plus n'a pas de demande. Lui il s'en fiche en fait. Tout a été essayé par les différentes institutions, mais il fait sa vie. Il répare des scooters et ça lui va très bien comme ça apparemment. Sa mère ne dit rien voir même des fois elle semble aller dans ce sens-là aussi. Je l'ai vu quelques semaines et puis maintenant c'est fini.
Je dirai que le point commun entre ces situations c'est l'absence du père. Depuis leur petite enfance. En termes de structure familiale, c'est très isolé. Il y a l'adolescent et sa mère pour les deux situations dont je parle. Les mères de ces deux adolescents sont dans une forme de protection extrême de leur fils. Par exemple l'une d'elles peut mettre systématiquement des rendez-vous pour son fils au même moment que mes accompagnements. C'est une forme de protection en fait. Pas de demande ni de l'adolescent ni de la famille.

Finalement, je me rends compte que les adolescents qui sont dans cette non-demande sont plutôt silencieux, mais je pense aussi à d'autres qui font plus de bruit, qui s'agitent. Ils ne demandent rien, mais ils font du bruit. Ceux-là, dans ma pratique, c'était moins fréquent, mais ça existe aussi. J'ai pu aussi travailler à la protection de l'enfance en séjour de rupture aussi. Ces adolescents n'avaient pas non plus de demande, mais dans le partage du quotidien quelque chose pouvait émerger au bout de quelques mois.
En discutant avec vous, je me rends compte que cette question de la non-demande ça nous renvoie à beaucoup de questions en lien à notre fonction éducative. Savoir si on est dans nos missions, savoir si on va trop loin ou pas assez loin, c'est pas simple. Tout comme la substitution que vous interrogez. »

Qu'évoque pour vous l'attitude de substitution du soignant à l'égard de l'adolescent qui se distingue par cette non-demande de soin ?

« Ben je me dis que c'est un peu ce que je fais avec les adolescents, en tout cas ceux dont je viens de vous parler, ceux qui ne demandent rien. Je demande un peu pour eux, à leur place même. Au début je fais que ça en fait. Comme si j'amène quelque chose qui permettra à l'adolescent de se saisir d'un truc. En leur proposant des choses auxquelles ils adhèrent ou pas, mais au final on se voit et ils choisissent parmi les propositions que moi je leur fais. Je ne leur donne pas trop le choix sauf entre plusieurs propositions que moi je fais sinon il ne se passe rien finalement. Au début en tout cas il n'y a rien qui vient d'eux. C'est comme si je me mettais en position de faire à leur place oui.
Le fait de faire à leur place, de se substituer comme vous dites, c'est pas simple. C'est pas facile. Parce que moi j'ai encore du mal à trouver ma place entre l'intrusif ou pas quoi. À partir de quand je suis trop intrusive avec eux, à partir de quand ça vient agresser l'adolescent. Et ça je suis pas certaine de trouver encore l'équilibre avec ça. En fait ça me questionne et en fait je pense que ça me prend beaucoup la tête. C'est des adolescents que, au final, je vois pas énormément, mais qui prennent beaucoup de place dans mon cerveau parce que je sais jamais jusqu'où il faut que j'aille. Je me pose beaucoup de questions sur tout ça, sur ma place, sur ce que je propose à ces adolescents. Est-ce que je dois être très ouverte, pas du tout empêchante ou plutôt cadrer en imposant plus, en disant que c'est ça qu'on fera ensemble aujourd'hui ?

Au début je posais la question de savoir ce qu'on allait faire ensemble. Mais, finalement, avec l'adolescent dans la non-demande, j'ai vu qu'il n'y avait rien, ça prenait pas. Maintenant, ils choisissent. Je leur propose et c'est mieux je pense. »

Considérez-vous l'attitude de substitution comme éthique ?

« La substitution je n'employais pas ce terme, mais finalement c'est ce que je fais avec eux. Je fais d'abord pour eux sinon je me dis que je pourrai attendre très longtemps avant que quelque chose émerge. Quand on demande nous ce que l'adolescent veut faire ou quand on attend qu'il parle on n'a pas grand-chose, voir rien au final avec ces jeunes en souffrance. Ensuite, on peut dire qu'au bout d'un certain temps, l'adolescent peut commencer à avoir son propre désir, mais ça peut mettre beaucoup de temps. Ça peut être sur certaines choses. Mais c'est vrai qu'au départ c'est nous les professionnels qui amenons les choses.
Maintenant, je peux me poser la question de savoir si la substitution c'est éthique, effectivement. J'en sais rien en fait. Je suis beaucoup dans le questionnement de toute façon. Je vous parlais tout à l'heure de limite, d'équilibre. Donc je sais pas.
De façon spontanée ça me paraît à la fois éthique et d'un autre côté non. Comme ça je me dis que le fait de faire à la place du jeune c'est comme une étape qui est importante à faire. Au départ c'est important que ce soit le professionnel qui ait un désir, qui fasse pour l'adolescent. Dans l'idée que lui s'en empare. Mais c'est vrai qu'il y a vraiment une question de limite. On peut se demander si on vient pas un peu oublier l'adolescent à faire ou à vouloir faire pour lui. Dans les faits, après, au-delà de l'aspect théorique, je me demande si je viens pas le bousculer finalement. Est-ce que c'est vraiment ça dont l'adolescent a besoin ? Ce qu'il veut ?
Comme j'ai pas de retour parce que l'adolescent ne me parle pas vraiment, qu'il ne me dit rien, je sais pas en fait. D'un autre côté je me dis que le fait de ne pas avoir ce retour c'est peut-être que l'adolescent vient me signifier que mon attitude n'est pas si intrusive pour lui.
C'est compliqué cette question éthique. Parce que dans la réalité, j'ai constaté que me mettre dans cette position de faire pour lui et ben il y a une vraie limite. Je pense par exemple que. Je sais pas en fait. Je pense à plusieurs trucs. Je pense surtout au sentiment de panique que ces adolescents peuvent avoir en pensant qu'ils vont trop se confondre avec le professionnel qui les accompagne. Comme si lui et moi on ne ferait qu'un. Comme si l'adolescent se sentait annuler au final. C'est vraiment la limite de tout ça en fait. C'est ça le plus fort. C'est vraiment significatif pour moi cette limite. »

BIBLIOGRAPHIE

Monographies :

Arjakovsky P. *Dictionnaire de Martin Heidegger : vocabulaire polyphonique de sa pensée*. Paris : Cerf; 2013.

Audi P. *Au sortir de l'enfance*. Lagrasse : Verdier; 2017.

Barruel F, Bioy A. *Du soin à la personne. Clinique de l'incertitude*. Paris : Dunod; 2013.

Benasayag M, Schmit G. *Les passions tristes : souffrance psychique et crise sociale*. Paris : La découverte; 2006.

Benhaïm M. *Les passions vides. Chutes et dérives adolescentes contemporaines*. Toulouse : Erès; 2016.

Bonicco-Donato C. *Heidegger et la question de l'habiter. Une philosophie de l'architecture*. Marseille : Parenthèses; 2019.

Botbol M, Cupa D, Tabatabai H, Branco M, Menetrier C, Meléndez J. « Les destins de l'attachement à l'adolescence ». In : Cupa D et al. *L'attachement, Perspectives actuelles*. Paris : EDK; 2000.

Bouderlique J. « Rencontre et ipséité ». In : Charcosset JP, Dir. *Henri Maldiney : penser plus avant*. Actes du colloque de Lyon. 2010 Nov 13-14. Chatou : La Transparence; 2012.

Boublil E. « Individuation et Intentionalité : le propre de l'ego chez Husserl et Michel Henry ». In : Grégori J, Lecercq J, Dir. *La vie et les vivants. (Re)lire Michel Henry*. Louvain-la-neuve : Presses universitaires de Louvain; 2013.

Bowlby J. *Attachement et perte*. Volume 1. Paris : PUF; 1978.

Braconnier A, Marcelli D. (1983). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson; éd.2004.

Brezis D. *Lévinas et le tournant sacrificiel*. Paris : Hermann; 2013.

Brisson L. (2008). *Platon. Œuvres complètes*. Paris : Flammarion; éd. 2011.

Brun A, Chouvier B, Roussillon R, Dir. *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod; 2013.

Brun A, Chouvier B. « Interaction entre art et clinique : créativité et création ». In Brun A, Chouvier B, Roussillon R, Dir. *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod; 2013.

Butler J, Malabou C. *Sois mon corps. Une lecture contemporaine de la domination et de la servitude chez Hegel*. Paris : Bayard; 2010.

Cadoret M. *Le paradigme adolescent*. Paris : Dunod; 2003.

Castoriadis C. *L'institution imaginaire de la société*. Paris : Seuil; 1975.

Castoriadis C. *Les carrefours du labyrinthe*. Tome 2. Paris : Seuil; 1986.

Chabrol H. *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent*. Paris : Dunod; 2011.

Chartier JP. *L'adolescent, le psychanalyste et l'institution*. Paris : Dunod; 1998.

Chouvier B. « Objet médiateur et groupalité ». In Brun A, Chouvier B, Roussillon R, Dir. *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod; 2013.

Ciccone A et al. *La violence dans le soin*. Paris : Dunod; 2014.

Corcos M. *La terreur d'exister. Fonctionnements limites à l'adolescence*. Paris : Dunod; 2009.

David G. *Cornelius Castoriadis. Le projet d'autonomie*. Paris : Michalon; 2000.

Delion P. *Fonction phorique, holding et institution*. Toulouse : Erès; 2018.

Depenne D. (2012). *Ethique et accompagnement en travail social*. Montrouge : ESF Editeur; éd. 2019.

Depenne D. (2013). *Distance et proximité dans le travail social*. Montrouge : ESF Editeur; éd. 2019.

Depraz N. *Husserl*. Paris : Armand Collin; 1999.

Derrida J. *Psyché, Inventions de l'autre*. Tome 1. Paris : Galilée; 1987.

Dugravier-Guérin N. *La relation de soin. Approches éthiques et philosophiques*. Paris : Seli Arslan; 2010.

Eisler R. *Kant-Lexikon*. Tome 1. Paris : Gallimard; 1994.

Eliacheff C. *À corps et à cris. Être psychanalyste avec les tout-petits*. Paris : Odile Jacob; 2000.

Emmanuelli M. (2005). *L'adolescence*. Paris : PUF; éd. 2009.

Foucault M. *L'usage des plaisirs*. Paris : Gallimard; 1984.

Freda G. « Le désir de soigner ? Le désir est soin ». In Martin-Mattera P, Combier C, Delaleu A, Dir. *Désir de soigner ? Application au champ de la santé mentale*. Paris : L'Harmattan; 2010.

Georgieff N, Speranza M. *Psychopathologie de l'intersubjectivité*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2013.

Griguer JL. « La rencontre. Approche phénoménologique et psychanalytique ». In : Beaune JC, Dir. *Phénoménologie et psychanalyse. Etranges relations*. Seyssel : Champ Vallon; 1998.

Golse B. (1985). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Paris : Masson; éd. 2001.

Gutton P. *Le génie adolescent*. Paris : Odile Jacob; 2008.

Hegel F. (1807). *Phénoménologie de l'esprit*. Paris : Denoël; éd. 1963.

Hegel F. (1817). *Encyclopédie des sciences philosophiques*. Paris : Vrin; éd. 1988.

Hegel F. (1820). *Principes de la philosophie du droit*. Paris : PUF; éd. 2013.

Heidegger M. (1927). *Être et Temps*. Paris : Gallimard ; éd. 1986.

Heidegger M. (1958). *Essais et conférences*. Paris : Gallimard; éd. 1973.

Heidegger M. (1987). *Séminaires de Zurich*. Paris : Gallimard; éd. 1990.

Henry M. « Réflexions sur la cinquième méditation cartésienne ». In : Ijsseling S, Dir. *Phaenomenologica*. Springer : Dordrecht; 1990.

Hochmann J. *Une histoire de l'empathie*. Paris : Odile Jacob; 2012.

Honneth A. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Cerf; 1992.

Honneth A. *Les pathologies de la liberté. Une réactualisation de la philosophie du droit de Hegel*. Paris : La découverte; 2008.

Husserl E. (1935). *La crise des sciences contemporaines et la phénoménologie transcendantale*. Paris : Gallimard; éd.1989.

Husserl E. (1929). *Méditations cartésiennes et les Conférences de Paris*. Paris : PUF; éd. 1994.

Jeammet P. « Les contraintes psychiques de l'adolescence ». In : Choquet M, Dressen C, Dir. *Adolescence plurielle*. Vanves : CFES; 1993.

Jeammet P. *La souffrance des adolescents*. Paris : La découverte; 2007.

Jeammet P. « Les aménagements de la séparation à l'adolescence : place des médiations ». In Brun A, Chouvier B, Roussillon R, Dir. *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod; 2013.

Jodeau-Belle L, Ottavi L. *Les fondamentaux de la psychanalyse lacanienne*. Rennes : Presse Universitaire de Rennes; 2010.

Jousset D. *Le vocabulaire allemand de la philosophie*. Paris : Ellipses; 2007.

Jousset D. « Critique de la raison vulnérable ». In : Jousni L, Poingt P, Saint-André S, Dir. *Vulnérabilité, Vulnérabilités*. Les Carnets de l'EREB. N°6. Montpellier : Sauramps Médical; 2015.

Kaës R. « Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires ». In Chouvier B et al. *Les processus psychiques de la médiation*. Paris : Dunod; 2002.

Kaës R. *Les alliances inconscientes*. Paris : Dunod; 2009.

Kant E. (1781). *Critique de la raison pure*. Paris : PUF; éd.1965.

Lacan J. (1958). *Le séminaire. Livre V*. Paris : Seuil; éd. 1998.

Lacan J. (1964). *Le séminaire*. Livre XI. Paris : Seuil; éd. 1973.

Lacan J. *Ecrits*. Paris : Seuil; 1966.

Le Breton D. « Ethique des soins en situation interculturelle à l'hôpital ». In : Hirsch M, Dir. *Traité de Bioéthique. Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques*. Toulouse : Erès; 2010.

Le Breton D. « Le passage adolescent entre métamorphose et enchantement ». In : Matot JP, Dir. *L'enjeu adolescent. Déconstruction, enchantement et appropriation d'un monde à soi*. Paris : PUF; 2012.

Lèbre J. *Hegel à l'épreuve de la philosophie contemporaine*. Paris : Ellipses; 2002.

Lemay M. *Forces et souffrances psychiques de l'enfant. Le développement de l'enfant*. Tome 1.Toulouse : Erès; 2014.

Levinas E. (1947). *De l'existence à l'existant*. Paris : Librairie philosophique Vrin; éd. 1998.

Levinas E. (1971). *Totalité et infini*. Paris : Le livre de poche; éd. 2001.

Levinas E. (1974). *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Paris : Livre de Poche; éd. 1991.

Levinas E. (1982). *Ethique et infini*, Paris : Fayard; éd. 2012.

Levinas E. (1982). *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*. Paris : Le livre de Poche; éd. 1993.

Levinas E. *Altérité et transcendance*. Saint Clément de rivière : Fata Morgana; 1995.

Lussault M, Paquot T, Younès C. *Habiter, le propre de l'humain*. Paris : La découverte; 2007.

Lyotard JF. *La phénoménologie*. Paris : PUF; 2011.

Maldiney H. *Regard, Parole, Espace*. Lausanne : L'âge d'Homme; 1994.

Maldiney H. *Penser l'Homme et la folie*. Grenoble : Jérome Million; 1997.

Maldiney H. *Existence, Crise et Création*. Paris : Encre Marine; 2002.

Maldiney H. *Art et Existence*. Paris : Klincksieck; 2003.

Maldiney H. « Rencontre et ouverture du réel ». In : Charcosset JP, Dir. *Henri Maldiney : penser plus avant*. Actes du colloque de Lyon. 2010 Nov 13-14. Chatou : Les éditions de la Transparence; 2012.

Malherbe JF. *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal : Fides; 2007.

Masson A. « Pour une clinique de l'événement adolescent ». In : Bournet S, Gutton P, Dir. *La naissance pubertaire : l'archaïque génital et son devenir*. Paris : Dunod; 2004.

Mauss M. (1925). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : PUF; éd.2012.

Nancy JL. *Être singulier pluriel*. Paris : Galilée; 1996.

Neuburger R. *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale*. Paris : Payot; 1988.

Oury J. (1992). *L'aliénation*. Paris : Galilée; éd. 2012.

Passeron R. *Pour une philosophie de la création*. Paris : Klincksieck; 1989.

Racamier PC. (1970). *Le psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. Paris : Payot. éd. 1973.

Rassial JJ. (1990). *L'adolescent et la psychanalyse*. Paris : Payot; éd. 2005.

Renders X. *Le jeu de la demande. Une histoire de la psychanalyse d'enfants*, Bruxelles : De Boeck; 1991.

Ricoeur P. *Du texte à l'action. Essais d'herméneutique*. Tome 2. Paris : Seuil; 1986.

Rigaud B. *Henri Maldiney. La capacité d'exister*. Meaux : Germina; 2012.

Rigaud B. « La souffrance psychique relève aussi de la philosophie ». In : Coum D, Predour N, Dir. *L'adolescent et ses parents : d'une dépendance à l'autre*. Toulouse : Erès; 2014.

Rivelaygue J. *Leçons de métaphysique allemande*. Tome 2. Paris : Grasset; 1992.

Rousseau JJ. (1762). *Emile ou de l'éducation*. Paris : Flammarion*; éd. 2010.*

Roussillon R. « Le besoin de créer et la pensée de Winnicott ». In : Golse B, Roussillon R, Dir. *Winnicott et la création humaine*. Toulouse : Erès; 2012.

Roussillon R. « Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable ». In : Brun A, Chouvier B, Roussillon R, Dir. *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod; 2013.

Stern D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF; 1989.

Spitz R. *Le non et le oui. La génèse de la communication humaine*. Paris : PUF; 1957.

Vallejo MC. *Une approche philosophique du soin. L'éthique au cœur des petites choses*. Toulouse : Erès; 2014.

Villa F. « Avant que la pulsion sexuelle n'occupe la position centrale ». In : Braconnier A, Golse B, Dir. *Winnicott et la création humaine*. Toulouse : Erès; 2012.

Widlocher D. « L'intersubjectivité ». In : Braconnier A., Golse B, Dir. *Bébés-ados : à corps et à cri*. Toulouse : Erès; 2008.

Winnicott D. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot; éd. 1992.

Winnicott D. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot; éd. 1989.

Winnicott D. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard; éd. 2002.

Winnicott D. (1988). *La nature humaine*. Paris : Gallimard; éd. 2014.

Winnicott D. (1986). *Conversations ordinaires*. Paris : Gallimard; éd. 2004.

Winnicott D. *Le bébé et sa mère*. Paris : Payot; 1992.

Zielinski A. *Levinas. La responsabilité est sans pourquoi*. Paris : PUF; 2004.

Articles de périodiques :

Andraud J. *Le soin*. Empan. 2008 Jan;(69) :161-162.

Anzieu D. *La structure nécessairement narcissique de l'œuvre*. Bulletin de Psychologie. 1977-1978;(336) :612-618.

Bastiani F. *Comment survivre ? Une approche phénoménologique de la situation de crise à partir de Maldiney et Pankow*. Revue Cliniques Méditerranéennes. 2017 Fév;(96) :175-190.

Botbol M. *Accès aux soins et non demande en psychiatrie de l'adolescent*. Nervure. 2000 Jan;13(1) :14-17.

Bron N. *Analyser la demande, reconnaître le désir*. Le journal des psychologues. 2006 Mai;(237) :51-55.

Brunel S. *Henri Maldiney. La crise, un appel à exister ?*. Etudes. 2012 Jui;(417) :53-62.

Courtois A. *Le thérapeute d'adolescents. Un passeur de temps. Un apport systémique et anthropologique*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2003 Fév(51) :152-157.

Delafraye J. *L'adolescence : l'entre-deux de tous les paradoxes*. Le Coq-Héron. 2013 Mar;(214) :131-142.

Dethieux JB. *Du temps plein de la fusion à celui de l'individuation : égrener du temps partiel*. Empan. 2008 Jan;(69) :50-56.

Drieu D. *L'intérêt de la co-construction du dispositif thérapeutique avec l'adolescent et ses parents*. Dialogue. 2003 Jan;(159) :31-41.

Fortin B. *Prendre soin*. Le coq-Héron. 2011 Mar;(206) :7-10.

Jeammet P. *Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence*. Revue Française de Psychanalyse. 1980 Mar-Avr ;(44) :481-522.

Jeammet P. *Temps, espace et soins à l'adolescence*. Psychothérapies, 2013 Avr;(33) :203-208.

Kébir K. *Le temps prend corps à l'adolescence*. Empan. 2008 Jan;(69) :38-45.

Le Blanc G. *Penser la fragilité*. Esprit. 2006 Mar-Avr;(323) :249-263.

Malherbe JF. *Les cinq paliers de l'autonomie*. Médecine de l'homme. 1998 Jui-Aou;(236) :4-11.

Marion JL. *La substitution et la sollicitude. Comment Levinas reprit Heidegger*. Pardès. 2007 Jan;(42) :123-141.

Marty F. *Initiation à la temporalité psychique. Que serait la temporalité psychique sans l'adolescence ?*. Revue Psychologie clinique et projective. 2005 Jan;(11) :231-256.

Masson A. *Le moment adolescent : entre saisie par l'instant et constitution du présent*. Figures de la psychanalyse. 2004 Sep;(1) :103-126.

Morhain Y, Morhain E. *La création adolescente*. Adolescence. 2011 Jan;(75) :87-111.

Narbonne JM. *De l' « au-delà de l'être » à « l'autrement qu'être » : le tournant lévinassien*. Cités. 2006 Jan;(25) :69-75.

Pelbart P. *Temps et Folie I : le Temps se Brise*. Chimères. Revue des Schizoanalyses. 2001;(43) :131-145.

Raffoul F. *Derrida et l'éthique de l'im-possible*, Revue de métaphysique et de morale. 2007 Jan;(53) :73-88.

Ricoeur P. *Etude sur les Méditations cartésiennes de Husserl*, Revue philosophique de Louvain. Troisième série. Tome 52. 1954;(33) :75-109.

Ricoeur P. *Le symbole donne à penser*. Esprit. 1959 Jui;(7-8) :60-76.

Ricoeur P. *La crise, un phénomène spécifiquement moderne ?*. Revue de théologie et de philosophie, 1988;(120) :1-19.

Roussillon R. *La dépendance primitive et l'homosexualité primaire en double*. Revue Française de Psychanalyse, 2004 Fév;(68) :421-439.

Sources électroniques :

Duméry H. « *Temporalité »*, Universalis.fr [En ligne], | Consulté le 31 août 2019.
URL : https://www.universalis.fr/encyclopedie/temporalite/

Kaftel F., « Ethique et déontologie relationnelles », *fkaftel.free.fr* [En ligne], | Consulté le 07 janvier 2020.
URL : http://fkaftel.free.fr/

Morel-Brochet A., « Un point sur l'habiter. Heidegger, et après… », *EspacesTemps.net* [En ligne], Livres, 2008 | Consulté le 19 octobre 2019.
URL : https://www.espacestemps.net/articles/un-point-sur-habiter-heidegger-et-apres/

Schmitt M-T., « Habiter. Perspectives philosophiques psychanalytiques et architecturales. Habiter l'espace, habiter le corps », *mthschmitt.over-blog.com* [En ligne], | Consulté le 19 octobre 2019.
URL : https://mthschmitt.over-blog.com/2016/10/habiter-perspectives-philosophiques-psychanalytiques-et-architecturales/

Zenoni A., « Imaginaire, symbolique et réel chez Lacan », *Ecole de la Cause freudienne.net* [En ligne], | Consulté le 05 avril 2019.
URL : https://www.causefreudienne.net/imaginaire-symbolique-et-reel-chez-lacan/

Sources radiophoniques :

Ariès P., Dolto F. *Enfance et société*, Entretien. Emission de la série Dialogues. Radio France Culture; 1977.

Autres sources :

Macary P., « La psychanalyse avec les enfants ». *Introduction générale*, Cours du SUED; 2015.

DOCTORAT EDUCATION
BRETAGNE LANGAGES, INTERACTIONS
LOIRE COGNITION, CLINIQUE

Université de Bretagne Occidentale

Titre : Substitution à la non-demande
Perspectives d'une rencontre co-créative : une éthique de l'attitude substitutive

Mots clés : Adolescent ; Co-créativité ; Non-demande ;
Rencontre ; Responsabilité soignante ; Substitution

Résumé : Au regard de notre pratique soignante en pédopsychiatrie auprès d'adolescents, il apparaît que les plus fragiles d'entre eux se distinguent par leur non-demande de soin. Au-delà d'une forme de psychopathologie du lien, cette position renvoie à la vulnérabilité d'un adolescent et interroge en particulier la dimension éthique de la relation de soin. En effet, si l'expression d'une souffrance psychique mobilise les professionnels, la non-demande déconcerte. Face au silence ou à l'agir bruyant d'un adolescent, la propension du soignant à se substituer à lui est alors palpable et questionne les modalités mêmes de l'accompagnement thérapeutique.
Là où la valorisation d'une parole subjective demeure une valeur essentielle de la fonction soignante, l'attitude substitutive du professionnel est de nature à bousculer ce principe.
Dans cette thèse, en lien avec une lecture phénoménologique du soin psychique, nous cherchons à confronter les différentes composantes relatives à la substitution. Si ses caractéristiques sont complexes et supposent un foyer problématique opposant la subjectivité à l'altérité, sa dimension d'abord aliénante est ensuite dépassée pour en faire le gage d'une responsabilité soignante. Alors qu'un soignant agit désormais pour un adolescent et non pas seulement à sa place, nous souhaitons rapprocher la substitution d'un moment de rencontre à travers sa dimension co-créative. À partir d'une analyse clinique associée à un questionnement philosophique, la substitution à la non-demande est ainsi totalement refondée, le soignant expérimentant avec un adolescent une situation de soin où, ensemble, ils pourront possiblement s'ouvrir à un nouvel horizon d'existence.

Title : Substituting to no-care demand
Prospects of a co-creative encounter : an ethical assessment of the substituting attitude

Keywords : Adolescent ; Co-creative ; No care demand ;
Encounter ; Caregiver's responsability ; Substituting

Abstract : Our experience of paedo-psychiatric care among adolescents often shows that it is the most fragile patients who do not demand care. Beyond a psychopathology of bonding, such a situation conjures up teenage vulnerability and particularly questions the ethical dimension of care bonding. Indeed, if professionals are mobilized by the expression of psychological suffering, they are puzzled by a no-care demand. Confronted to the silence or the noisy acting of an adolescent, a caregiver will tend to substitute for the patient, witch questions the very modalities of therapeutic assistance.
The valuing of subjectivity being a core of patient care, substituting for the patient is bound to upset that principle.
This thesis seeks to confront the different components relating to substituting, coupled with a phenomenological approach to mental care. However complex substituting may prove, with the difficulties of opposing subjectivity to alterity. Its alienating dimension, at the start, then becomes a guarantee of the caregiver's responsability. While a caregiver now acts for the adolescent and not only in his or her stead, we wish to reconcile substituting with a moment of co-creative encounter. Starting from a clinical analysis associated with a philosophical questioning, substituting to no-care demand is thus totally redefined, the caregiver and the adolescent experimenting a care situation in witch they may be able to open up, together, to a new horizon of existence.