



HAL
open science

L'hypersomnie à l'adolescence de la passivité à la symbolisation

Fanny Dubois

► **To cite this version:**

Fanny Dubois. L'hypersomnie à l'adolescence de la passivité à la symbolisation. Psychologie. Université de Lyon, 2018. Français. NNT : 2018LYSE2106 . tel-02055932

HAL Id: tel-02055932

<https://theses.hal.science/tel-02055932>

Submitted on 4 Mar 2019

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.



N° d'ordre NNT : 2018LYSE2106

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 485

Education Psychologie Information Communication

Discipline : Psychologie

Soutenue publiquement le 28 septembre 2018, par :

Fanny DUBOIS

L'hypersomnie à l'adolescence, de la passivité à la symbolisation.

Devant le jury composé de :

Jean-Pierre DURIF-VAREMBONT, Maître de conférences émérite HDR, Université Lumière Lyon 2, Président

Pascal ROMAN, Professeur des universités, Université de Lausanne, Rapporteur

Dolorès ALBARRACIN, Maître de conférences HDR, Université de Poitiers, Rapporteur

Nathalie DUMET, Professeure des universités, Université Lumière Lyon 2, Directrice de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale – pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

Université Lumière Lyon 2

Ecole doctorale EPIC (ED 485)

Institut de Psychologie

Centre de Recherche en Psychopathologie et
Psychologie Clinique

Thèse de Psychologie

Psychopathologie et Psychologie Clinique

En vue de l'obtention du grade de Docteur de l'Université Lumière Lyon 2

**L' hypersomnie à l'adolescence :
de la passivité à la symbolisation**

Sous la direction de la Professeure Nathalie DUMET, Université Lumière Lyon 2

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2018 par

Fanny DUBOIS

46 rue des Diables bleus, 73000 Chambéry

Numéro étudiant : 2083837

Membres du jury :

Nathalie DUMET, Professeure, Université Lyon 2.

Dolorès ALBARRACIN, Maître de conférences HDR, Université de Poitiers.

Pascal ROMAN, Professeur, Université de Lausanne.

Jean-Pierre DURIF-VAREMBONT, Professeur émérite, Université Lyon 2,
(Président du jury).

RESUME

Ce travail de recherche vise à explorer et comprendre ce qu'est l'hypersomnie adolescente, et dans quels contextes psychopathologiques elle survient.

Nous tenterons d'exposer comment l'hypersomnie chez l'adolescent constitue une forme d'agir pour signifier et symboliser les transformations adolescentes, ainsi que le retour de vécus bruts engrammés dans son psychosoma.

En lien avec le mécanisme de passivation première, ce refuge dans le sommeil long et profond permettrait au sujet de se retirer de la scène externe au profit d'une scène corporelle nécessaire à la maturation somato-psychique.

Au travers de la symptomatologie hypersomniaque, l'expérience de rêve lucide permettrait à l'adolescent de figurer des conflits et des événements irréprésentables dans l'aire de jeu que constitue l'espace onirique conscientisé.

En appui sur des éléments épistémologiques transdisciplinaires, nous proposons de revenir sur les caractéristiques cliniques, psychopathologiques et psychosomatiques propres à ce trouble du sommeil qui fait irruption dans la vie de jeunes. A l'aide de plusieurs outils, il s'agit d'explorer les représentations psycho-sociales, les pratiques cliniques et usages autour du sommeil, et d'identifier les principaux facteurs de risque psychopathologique(s) chez l'adolescent.

A partir d'une étude descriptive et analytique et d'une analyse de cas cliniques issus de l'accompagnement psychologique de ces adolescents, nous tenterons d'analyser comment l'écoute de cette hypersomnie participerait d'une relance de la vie psychique du sujet adolescent.

Mots Clés :

Adolescence- Sommeil- Hypersomnie- Traumatisme- Passivité- Symbolisation

ABSTRACT

This research tries to explore and understand the adolescent hypersomnia, and in which psychological contexts it happens.

We try to explain how the hypersomnia at the teenage age constitutes a shape to act and to symbolize the adolescent transformations, as well as the return of rough recorded real-life experiences in its psychosoma.

In connection with the mechanism of passivation (the first one), this haven in the long and deep sleep could allow themselves to retreat from the external scene for the benefit of a physical scene needed for necessary somato-psychic maturation.

Through hypersomnia symptomatology, the experience of lucid dream would allow the teenager to represent conflicts and unrepresentable events in the game's area which establishes the raised awareness dreamlike space.

Based on interdisciplinary epistemological elements, we suggest returning to the clinical characteristics, psychopathology and psychosomatic appropriate to this disorder of the sleep which penetrates the lives of young people. Through a variety of tools, it's about exploring the psychosocial representations, the clinical practices and uses around the sleep, and identifying the main risk factors psychopathology at the teenager.

From a descriptive and analytical study and from the analysis of clinical cases from the counselling of these teenagers, we shall try to analyze how the listening of this hypersomnia could participate in a relaunching of the adolescent's psychic life.

Keywords :

Adolescence- Sleep - Hypersomnia - Trauma - Passivity - Symbolization

Remerciements

Ces remerciements s'adressent à tous ceux qui d'une façon ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de cette thèse, par leur écoute, leurs questionnements, leurs remarques et leur intérêt.

Je voudrais remercier sincèrement la Pr Nathalie Dumet, qui a accepté de m'accompagner dans mes travaux en Psychologie clinique depuis presque huit ans, qui m'a transmis le goût pour la recherche, et l'envie de transmettre. Merci de m'avoir guidée sans relâche tout au long de cette thèse et de m'avoir offert autant d'opportunités de pouvoir participer à des projets scientifiques.

J'exprime tous mes remerciements à l'ensemble des membres de mon jury : Mesdames Dolorès Albarracin et Nathalie Dumet, et Messieurs Jean-Pierre Durif-Varembont et Pascal Roman.

Je souhaiterais adresser mes remerciements à l'école doctorale EPIC, l'Institut de Psychologie et l'Université Lumière Lyon 2 pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce doctorat grâce à l'obtention du Contrat Doctoral Unique, qui a été un véritable tremplin.

Je souhaiterais remercier la Pr Anne Brun ainsi que tous les membres du Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie clinique pour leur accueil et leur aide dans la réalisation de ce travail.

Je remercie spécialement la Dr Patricia Franco qui a cru en cette recherche dans ses prémices et m'a donné l'occasion d'intervenir à ses côtés dans son Institution, et à l'équipe institutionnelle pour leur accueil.

Je remercie également Monsieur Richard Durastante, de m'avoir inspirée, donnée l'occasion de m'exprimer et de franchir les premiers pas dans la peau d'une clinicienne-chercheuse.

J'adresse toute ma gratitude à Mesdames Alexia Blanchet et Martine Baur, qui m'ont apporté « un endroit pour penser », et un regard empathique en supervision.

Je remercie Julia et Théoxane pour leur amitié, leur soutien sans faille et leur relecture fine.

Je tiens à remercier les patient-e-s que j'ai rencontrés et leurs parents, sans qui cette recherche n'aurait été possible. Merci à eux de m'avoir fait confiance, et d'avoir rendu ce travail si passionnant.

J'adresse mes remerciements à Aurore, qui s'est rendue disponible et m'a aidée à penser les aspects éthiques de ma recherche.

Merci à mes collègues du séminaire de recherche et collègues de doctorat, spécialement Mariane, Maxence, Sonia, Célia, Gaïa, Tugce et Nathalie qui m'ont suivie avec bienveillance et conseillée de la meilleure façon.

J'adresse mes remerciements à Vincent, qui m'a soutenue et donnée de la force durant cette thèse.

Je remercie mes parents, mon frère et plus largement ma famille pour leur implication et leur soutien dans cette aventure. J'adresse un remerciement spécial à ma mère pour sa présence et sa relecture avisée.

Enfin, merci à mes ami-e-s d'avoir été présent-e-s et de m'avoir offert tant de bons moments tout au long de ce travail.

En souvenir de Pauline, qui plaçait l'humain au cœur de ses travaux.

« Et toi, t'es pas une ado dans ta tête ?

-« Pré-ado », bientôt, quand je serai en sixième je pense que je serai un peu une ado, même si c'est que à 13 ans qu'on est clairement ado.

- Ça veut dire quoi pour toi « pré-ado » ?

- Ça veut dire qu'on commence à rentrer un peu dans l'adolescence, qu'on commence un peu à changer...et j'essaie de m'en débattre parce que j'ai envie de rester un peu enfant. C'est pour ça que je m'achète des doudous : des doudous aux grands yeux et quand je suis triste, je les serre dans mes bras et ça me fait du bien et je retourne en enfance vraiment et j'adore ça... j'adore, j'adorerais rester toujours dans cette période « pré-ado », comme ça tu restes enfant et en même temps t'es un peu une ado quand t'en as envie... tu choisis au moment où t'en as envie. »

Extrait de « *Entre* », diffusé dans le podcast audio Transfert, de Slate.fr, le 18 avril 2018.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
PLAN DE THESE	13
I. ETAT DE LA QUESTION THEORIQUE	14
I.1. INTRODUCTION	14
I.2. LE SOMMEIL « EN TROP » ET LE REVE AU CARREFOUR DE PLUSIEURS APPROCHES THEORIQUES.....	14
<i>I.2.1. Approche neuroscientifique</i>	<i>14</i>
a. Le regard des neurosciences sur l'hypersomnie.....	15
b. Le rêve lucide.....	16
<i>I.2.2. Approche philosophique et sociologique du sommeil et du rêve.....</i>	<i>17</i>
I.3. LE SOMMEIL ET SES TROUBLES DU POINT DE VUE PSYCHANALYTIQUE	18
<i>I.3.1. Approche psychosomatique du sommeil.....</i>	<i>19</i>
I. 3. 2. <i>Sommeil en « trop », sommeil troublé.....</i>	<i>22</i>
a. Le rêve :.....	23
b. Le rêve lucide, une nouvelle voie vers l'inconscient ?.....	25
c. Clinique du sommeil adolescent.....	26
II. PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE ET DES HYPOTHESES.....	32
III. METHODOLOGIE	35
III.1. CHAMPS DE LA RECHERCHE.....	35
<i>III.1.1 Présentation du lieu de recherche</i>	<i>36</i>
<i>III.1.2 Posture de chercheuse, de l'immersion vers la transformation.....</i>	<i>38</i>
<i>III.1.3 Transformation du cadre, transformation interne.....</i>	<i>40</i>
III.2. DISPOSITIFS DE RECHERCHE	40
<i>III.2.1. Déroulement pratique de la recherche :</i>	<i>41</i>
a. Premier temps de la recherche :.....	42
b. Accueil, présentation, justification des outils et passations :.....	42
c. Deuxième temps de la recherche :.....	45
d. Méthode clinique analytique du transfert et contre-transfert.....	45
e. Utilisation de la méthode du Photolangage© :.....	46
f. Restitution de la recherche.....	47
III.3. POSTULAT ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	48
III.4. ASPECTS METHODOLOGIQUES DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DES DONNEES	48
<i>III.4.1. Posture en recherche clinique.....</i>	<i>48</i>
III.5. ASPECTS ETHIQUES DE LA RECHERCHE	50
III.6. PRESENTATION DU PUBLIC DE RECHERCHE :.....	52
<i>III.6.1. Critères d'inclusion des participants à la recherche.....</i>	<i>52</i>
<i>III.6.2 Présentation des participants à la recherche.....</i>	<i>53</i>
<i>III.6.3. Résultats de l'étude comparative.....</i>	<i>53</i>
a. Résultats issus des questionnaires soumis aux participants à la recherche :.....	54
b. Résultats des échelles soumises aux participants à la recherche :.....	57
c. Premières hypothèses de travail	58
<i>III.6.4. Choix des cas cliniques.....</i>	<i>59</i>

IV. PRESENTATION CLINIQUE.....	60
IV.1. L'HISTOIRE DE LAURA.....	60
IV.1.1. <i>Première rencontre</i>	60
IV.1.2. <i>Une « ado-bulle »</i>	61
IV.1.3. <i>Du lieu d'appartenance au lieu pour soi</i>	64
IV.1.4. <i>« Dans ces moments-là, je me retire en moi »</i>	66
IV.1.5. <i>Comme un écho</i>	67
IV.1.6. <i>« Quand je regarde en arrière... »</i>	69
IV.1.7. <i>Evaluation du sommeil de Laura sur la base de l'agenda du sommeil :</i>	72
IV.2. L'HISTOIRE DE GABI.....	74
IV.2.1. <i>Un lien mis sous silence</i>	74
IV.2.2. <i>Hyperactivité VS hypersomnie</i>	76
IV.2.3. <i>L'histoire d'une rupture de lien</i>	78
IV.2.4. <i>« Parce que j'ai mené plusieurs combats »</i>	80
IV.2.5. <i>Evaluation du sommeil de Gabi sur la base de l'agenda du sommeil</i>	82
IV.3. L'HISTOIRE DE TIM.....	85
IV.3.1. <i>Corps blessé et sommeil troublé</i>	85
IV.3.2. <i>Des rêves pour lutter contre la dépression</i>	86
IV.3.3. <i>« Je ne pensais pas que j'aurai ça en moi »</i>	89
IV.3.4. <i>Evaluation du sommeil de Tim sur la base de l'agenda du sommeil :</i>	90
IV.4. L'HISTOIRE DE JEAN.....	92
IV.4.1. <i>L'adolescent qui venait de loin</i>	92
IV.4.2. <i>Se relever</i>	94
IV.4.3. <i>« Peut-être qu'il m'en veut »</i>	96
IV.4.4. <i>Le schéma familial</i>	98
IV.4.5. <i>Des photos pour se dire</i>	100
IV.4.6. <i>Evaluation du sommeil de Jean sur la base de l'agenda du sommeil :</i>	103
V. L'HYPERSOMNIE ADOLESCENTE : UNE EXPRESSION SYMPTOMATIQUE FACE AUX REMANIEMENTS IDENTITAIRES.....	105
V.1. COMMENT DEFINIR L'HYPERSOMNIE AUJOURD'HUI ? LA QUESTION DE LA CLASSIFICATION.....	105
V.1.1. <i>L'hypersomnie comme trouble de conversion</i>	106
a. <i>Laura : l'histoire d'une ado-bulle</i>	107
V.1.2. <i>L'hypersomnie comme agir somatique</i>	109
b. <i>La rencontre avec Tim : le choc</i>	110
c. <i>La rencontre avec Gabi : le voyageur nocturne</i>	111
d. <i>La rencontre avec Jean : le jeune d'un autre âge</i>	112
V.1.3. <i>Plusieurs éléments de réponse pour une même symptomatologie :</i>	113
V.1.4. <i>Dans l'hypersomnie adolescente, de quels corps parle-t-on ?</i>	114
V.2. ÊTRE ADOLESCENT : AGIR, SE RACONTER, S'INDIVIDUER.....	115
V.2.1. <i>L'appivoisement et le langage du corps</i>	115
a. <i>Laura : « Dans ces moments-là, je me retire en moi »</i>	115
V.2.2. <i>Sur les chemins de la subjectivation</i>	117
b. <i>Tim : L'adolescence endormie</i>	118
V.3. LE PSYCHOSOMA ADOLESCENT FACE A L'HYPERSOMNIE.....	120
V.3.1. <i>Quand le corps semble dysfonctionner</i>	120
a. <i>Jean : La machine et le moi</i>	120
V.3.2. <i>Ce qui sommeille (mais ne peut se dire)</i>	121

b. Gabi : Pourquoi dormir ?	122
V.4. SYNTHÈSE DE LA PARTIE V	123

VI. QUAND LE TRAVAIL SUR LE LIEN REVELE LA CO-EXISTENCE D'ENJEUX PSYCHIQUES DIFFÉRENTS AUTOUR DU TRAUMATISME : DEPUIS L'EXPERIENCE TRANSFORMATIVE ACTUELLE JUSQU'AU RETOUR D'EXPERIENCES TRAUMATIQUES ANTERIEURES..... 125

VI.1. PASSIVITE, PASSIVATION ET MAITRISE DANS LE LIEN : QUAND LE PSYCHOSOMA DE L'ADOLESCENT RACONTE.	125
<i>VI.1.1 Un mécanisme de passivité ou de passivation dans l'hypersomnie ?.....</i>	<i>126</i>
a. Tim : Dormir ou ne pas dormir.....	127
<i>VI.1.2. Fonction mémorielle et expressivité du corps, ce que « le trop dormir » révèle</i>	<i>130</i>
b. Jean : Lequel des deux ?	131
c. Laura : la (re)naissance	133
<i>VI.1.3. Quand la mémoire groupale se fraye un chemin par la voie(voix) du corps.....</i>	<i>135</i>
d. Gabi : Le porte-symptôme familial	136
VI.2. DE L'EFFONDREMENT DU PSYCHOSOMA AU REVEIL DE LA SUBJECTIVITE DE L'ADOLESCENT.....	138
<i>VI.2.1 L'éveil d'un appel à l'autre.....</i>	<i>138</i>
a. Laura : Affects partagés	139
<i>VI.2.2 Le modèle de l'hypersomnie symbolisante.....</i>	<i>140</i>
b. Gabi : au-delà du « trop dormir » :	141
VI.3. SYNTHÈSE PARTIE VI	143

VII. APPORT DU REVE LUCIDE CHEZ LES JEUNES HYPERSOMNIAQUES..... 146

VII.1. LE REVE LUCIDE, UN PROCESSUS SUR LEQUEL S'APPUYER ENTRE REVE ET REALITE	146
<i>VII.1.1. Le rêve lucide comme laboratoire d'expérience</i>	<i>147</i>
a. Tim : Une interface	148
<i>VII.1.2 Le récit de rêve lucide : un outil à médiation dans la rencontre</i>	<i>150</i>
b. Jean : Rêves et mises en scène	151
<i>VII.1.3. Le travail de subjectivation à partir du récit de rêve lucide.....</i>	<i>153</i>
c. Gabi : Vers la co-crédation d'un appareil psychique groupal.....	154
VII.2. SYNTHÈSE DE LA PARTIE VII.....	157

VIII. DE L'IMPORTANCE D'UN DISPOSITIF DE SOIN PSYCHOLOGIQUE EN UNITE DU SOMMEIL..... 158

VIII.1. INTERETS DE L'ECOUTE HOLISTIQUE DU SUJET EN UNITE DE SOINS SOMATIQUES ...	159
<i>VIII.1.1. L'accueil de soi et de l'Autre</i>	<i>159</i>
a. Laura : Trouver sa voix.....	160
b. Tim : Un espace d'entre-deux	162
<i>VIII.1.2 Apport du modèle de la thérapie familiale en unité du sommeil</i>	<i>163</i>
c. Jean : Trouver sa place.....	163
d. Gabi : L'impensable séparation.....	165
VIII.2. REGARDS CROISES, INTERETS ET LIMITES DE LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF PSYCHOLOGIQUE EN UNITE DU SOMMEIL	166
VIII.3. SYNTHÈSE DE LA PARTIE VIII.....	169

CONCLUSION..... 170

BIBLIOGRAPHIE	173
INDEX DES CONCEPTS	182
INDEX DES AUTEURS.....	184
ANNEXES.....	186
ANNEXE N°1 : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PSYCHOPATHOLOGIQUE	186
ANNEXE N°2 : ÉCHELLE MATINALITÉ-VESPERALITÉ.....	187
ANNEXE N°3 : ÉCHELLE MADRS	189
ANNEXE N°4 : ÉCHELLE D'EPWORTH	192
ANNEXE N° 5 : AGENDA DU SOMMEIL.....	193
ANNEXE N°6 : AVIS FAVORABLE DU C.P.P. SUD-EST III	194
ANNEXE N°7 : TABLEAUX DES RESULTATS AU QUESTIONNAIRE ET AUX ÉCHELLES	197
ANNEXE N°8 : COMPTES RENDUS DES ENTRETIENS AVEC LAURA.....	200
ANNEXE N° 9 : COMPTES RENDUS DES ENTRETIENS AVEC GABI.....	216
ANNEXE N° 10 : COMPTES RENDUS DES ENTRETIENS AVEC TIM	248
ANNEXE N° 11 : COMPTES RENDUS DES ENTRETIENS AVEC JEAN	261
ANNEXE N°12 : ÉVALUATIONS GRAPHIQUES DU SOMMEIL ISSUES DES CAS CLINIQUES.....	273
ANNEXE N°13 : PHOTOS ISSUES DE LA SEANCE DE PHOTOLANGAGE©	275
<i>Photos choisies en entretien avec Laura :</i>	275
<i>Photos choisies en entretien avec Gabi :</i>	276
<i>Photos choisies en entretien avec Jean :</i>	277

INTRODUCTION

Le thème de la nuit m'a toujours intéressée. Déjà enfant, je trouvais la nuit intéressante et énigmatique, je m'inventais des scénarii et en m'essayant à la poésie, je m'interrogeais sur ce que vivait le sujet en s'endormant.

J'ai retrouvé cette question en première année de formation à la Psychologie, dans un cours sur les cycles du sommeil chez l'homme.

L'enseignant, qui réalisait à l'époque des expériences sur le sommeil des rongeurs, nous avait expliqué ce qu'était le sommeil chez l'humain sur le plan biologique, comment il se mettait en place à la naissance, ses cycles consécutifs, et ses différences avec l'état de veille.

Cette approche physio-biologique m'avait passionnée car elle parlait d'une fonction vitale pour chaque humain ou mammifère, mais aussi parce que toutes mes questions antérieures me revenaient.

Ce n'est qu'en stage plusieurs années après, que j'ai recroisé la question de l'expérience du sommeil, cette fois-ci chez des adolescents. Durant mon stage de Master 2 Recherche, j'ai observé dans la pratique de soin avec les adolescents, que nombre d'entre eux présentaient des troubles du sommeil, parallèlement à leur problématique propre et à leur demande d'aide qui m'étaient adressée. Ces troubles s'exprimaient sous différentes formes, s'apparentant parfois à de l'insomnie, parfois à de l'hypersomnie, mais d'autres fois, les adolescents me rapportaient des rêves qui les questionnaient et les hantaient.

La clinique du sommeil et du rêve s'est alors imposée à moi, dans la pratique de recherche sur le terrain, dans son caractère une nouvelle fois complexe et énigmatique. Je crois que c'est à ce moment-là que le « goût » de la recherche en psychologie s'est éveillé en moi, à partir de rencontres déterminantes.

Mais avant de procéder à une investigation psychologique plus avancée, je devais m'accomplir sur le terrain de la pratique clinique, me confronter à d'autres publics. Un temps supplémentaire pour me sentir praticienne, avant de continuer dans la recherche en retrouvant ces jeunes qui se définissent comme des « ados marmottes ».

A l'entrée en Doctorat, mes intérêts scientifiques se sont affinés : je souhaitais construire un projet de recherche sur la question de l'éclosion du sommeil, comment les jeunes s'expriment

dans l'espace intime qui s'étire de la nuit jusqu'au jour, et quels enjeux psychopathologiques pouvons-nous entendre et comprendre.

J'ai alors choisi de m'intéresser à l'hypersomnie, trouble du sommeil encore largement méconnu et sous-estimé en France, et pour cause : il n'y a aujourd'hui encore, aucune donnée épidémiologique sur ce sujet. Certaines associations¹ mènent cependant des actions de prévention, d'orientation et de soutien pour la reconnaissance de l'hypersomnie et de la narcolepsie comme maladies à part entière, notamment par la Maison Départementale des Personnes Handicapées. En 2005, un premier Centre de référence des Hypersomnies Rares a été labellisé, avant que d'autres centres du sommeil homologués voient le jour en France. Une enquête² réalisée sur nombre de jeunes gens indique que 34 % des adolescents somnoient au réveil et/ou en journée et 1/3 d'entre eux présente une somnolence pathologique.

Chemin faisant dans la recherche documentaire, j'ai appris qu'aucune étude clinique psychologique ne permettait de mieux comprendre cette symptomatologie grandissante, mais finalement assez méconnue en France. Un travail d'exploration sur ce sujet était donc nécessaire.

Ces jeunes, dorment trop pour la plupart, ce qui rejoint l'idée des représentations sociales du jeune comme un gros dormeur, et généralement peu actif. Mais, se distinguait là encore un caractère pathologique du sommeil, un temps de sommeil excessif. On peut se demander si ce phénomène ne serait pas lié, autant que l'insomnie, aux modifications du sommeil liées à la période adolescente. On sait qu'à l'adolescence, les transformations aussi bien physiques que psychiques mènent le plus souvent à une plus grande fatigabilité. Une étude de Bailly *et al*³. interrogeant 652 adolescents de 15 ans, indique que plus de 35 % d'entre eux présentaient un trouble du sommeil de type insomnie. Il ressort de cette étude, non seulement que les troubles du sommeil résultent de modifications du sommeil inhérentes à l'hypersomnie, mais aussi que ces troubles seraient liés à une souffrance physique, psychique et sociale.

¹ L'Association nationale de Narcolepsie Cataplexie et d'hypersomnies rares, le Réseau Morphée et le site internet « je-dors-trop » notamment :

<https://www.anc-narcolepsie.com/>

<http://reseau-morphee.fr/>

<http://www.je-dors-trop.com/default.asp>

² Résultats de l'enquête « Sommeil de l'adolescent » – INSV/TNS Sofres (2005).

³ Bailly D., et al. (2004), Sleep in adolescents and its disorders. A survey in schools. *L'Encéphale*, Volume 30, Issue 4, 352-359.

Ce travail témoigne donc de la première étude clinique réalisée au plus près de ce que vivent les jeunes porteurs de ce trouble du sommeil, à partir d'un dispositif psychologique articulé à une prise en charge médicale, afin de mieux comprendre ce qu'est l'hypersomnie à l'adolescence. Ce travail intitulé « l'hypersomnie à l'adolescence : de la passivité à la symbolisation » témoigne du cheminement de ces jeunes patients, depuis le constat et les représentations sociétales jusqu'à l'étude d'une symptomatologie riche de sens.

PLAN DE THESE

Dans un premier temps, nous reviendrons sur la revue de la question théorique concernant le sommeil et ses troubles, spécifiquement chez les adolescents. Ce thème se situant au carrefour de plusieurs champs, nous explorerons les bases théoriques préalables à la compréhension psychopathologique de l'hypersomnie à l'adolescence.

Cet état de la question théorique débouchera sur la problématisation de recherche, et les différentes hypothèses qui composent ce travail.

Ensuite, nous reviendrons sur la méthodologie de recherche à partir de l'étude que nous avons réalisée auprès de jeunes gens au sein d'un Centre du Sommeil.

Par la suite, nous présenterons la population de recherche, les premiers résultats quantitatifs, ainsi que les cas cliniques de jeunes patients hypersomniaques.

Dans un second temps, nous présenterons la thèse de recherche, en tentant d'articuler la clinique et les apports théoriques pour discuter la question de l'hypersomnie adolescente comme solution expressive protectrice du corps et du psychisme face à l'actuel des transformations physiques et des remaniements identitaires.

Une seconde partie de thèse sera consacrée au modèle de l'hypersomnie comme agir somatique chez le jeune, traduisant par la voie corporelle le retour d'expériences traumatiques issues de l'archaïque primaire et/ou d'impensés familiaux.

Notre troisième partie proposera de discuter du rôle et des fonctions du rêve lucide dans cette symptomatologie du sommeil en excès, intégré dans un dispositif psychologique : en quoi consiste-t-il ? Qu'apporte-t-il à l'adolescent hypersomniaque ? Comment le clinicien peut-il intervenir dans la clinique du sommeil adolescent ?

Après avoir discuté de l'hypersomnie à l'adolescence, nous tenterons de conclure, en présentant les apports et les limitations de la recherche, ainsi que les perspectives que ce travail ouvre.

I. ETAT DE LA QUESTION THEORIQUE

Dans cet état de la question théorique, nous ferons une revue de la littérature et nous nous intéresserons à la survenue de cette symptomatologie chez l'individu. Celle-ci se situant notamment au carrefour de la Psychologie, de la Santé et de la Sociologie, nous présenterons les apports des théories psychanalytiques, neuroscientifiques et philosophiques, pour enfin penser l'étude psychanalytique et psychosomatique concernant le sommeil, ses troubles et plus spécifiquement la somnolence diurne excessive.

I.1. Introduction

Le sommeil est une fonction vitale. Trop souvent disqualifié au profit du temps d'éveil, le temps de sommeil aménagé par l'humain recule d'année en année, et ce n'est pas sans risque sur sa santé, notamment ses capacités cognitives, mais aussi cardio-vasculaires et immunitaires (Royant-Parola, 2013). Aujourd'hui, plus d'un Français sur trois déclare souffrir de troubles du sommeil au moins trois nuits par semaine (Gourier-Fréry et Fuhrman, 2012). Pour certaines personnes, notamment les adolescents, la période de veille et de sommeil n'est pas aussi évidente. Souvent, il est admis dans notre société que les jeunes dorment beaucoup. Mais derrière les représentations sociales du jeune comme un gros dormeur, se cache une véritable symptomatologie du « trop-dormir ». Revenons tout d'abord sur les apports théoriques concernant le sommeil. Nous ferons ici une revue de la littérature en psychanalyse, mais également dans d'autres champs permettant d'éclairer la question du sommeil, de ses troubles et du rêve.

I.2. Le sommeil « en trop » et le rêve au carrefour de plusieurs approches théoriques

I.2.1. Approche neuroscientifique

Nous présenterons ici les apports théoriques dans le champ de la médecine et des neurosciences afin de mieux comprendre les liens entre sommeil, rêve et hypersomnie.

Lors de sa croissance, l'enfant construit peu à peu son rapport aux états de veille/sommeil. Ainsi, on observe des petits et des gros dormeurs, car chaque sujet possède un sommeil qualitativement et quantitativement unique.

Il existe différents stades de sommeil au cours desquels l'individu est plus ou moins actif. Le premier stade représente le passage du stade d'éveil au stade du sommeil. L'individu

sommeil, il ne produit pas des rêves mais des images hypnagogiques. Puis, vient le stade du sommeil confirmé.

Pour les neurosciences, le sommeil est avant tout un processus dynamique. P. H. Luppi (2015) indique la découverte d'une population de neurones contenant une certaine hormone, ces neurones étant actifs durant le sommeil paradoxal. Selon l'auteur, le rêve a une fonction (pour le cerveau humain) correspondant à l'activation de neurones spécifiques durant le sommeil paradoxal, sommeil au cours duquel nous rêvons la plupart du temps (Luppi, 2015).

Le rêve est incontournable du sommeil, *a fortiori* de la clinique du sommeil et de ses troubles. Il fut découvert en 1957 par W. Dement et N. Kleitman, une équipe de chercheurs à Chicago. Les auteurs ont alors établi une corrélation entre le sommeil paradoxal et le rêve : en réveillant les patients de leur étude en sommeil paradoxal, les sujets se mettaient à raconter avec beaucoup de détails des visions et des sensations qu'ils venaient de vivre dans leurs rêves. Nous savons par les recherches du neurobiologiste français M. Jouvet que le rêve occupe 20% du temps du sommeil, et correspond au 3^{ème} état du cerveau, avec l'état de veille et de sommeil (Jouvet, 2000). L'entrée dans l'état de rêve suppose un fort dosage énergétique durant le temps du sommeil (durant le rêve, on observe une forte dépense énergétique) et mobilise certaines fonctions et aires du cerveau, qui dans la pensée piagétienne se manifesterait comme un « jeu intérieur du cerveau » (Tissot, 1984).

En ce sens, M. Jouvet (1991) a proposé l'idée que le rêve jouait un rôle important dans la question de l'individuation du sujet. L'auteur montre également l'idée d'une fonction « réflexive » au rêve qui parvient à la conscience (Jouvet, 1992, p.142). Le rêve apporterait une source d'élaboration possible à l'individu. Les apports récents des neurosciences considèrent donc le rêve comme un troisième état après celui de l'éveil et du sommeil. Il s'agit d'un état spécifique, qui réagit à des règles propres, et qui comporterait des fonctions « utiles » pour l'individu, comme la « solution créative » à certains problèmes qu'il connaîtrait (Laberge, 1985, p. 229).

a. Le regard des neurosciences sur l'hypersomnie

Définie pour la première fois en 1976 par B. Roth, l'hypersomnie correspond à un excès pathologique du sommeil. Les critères de diagnostic correspondent à plus de onze-douze heures de sommeil par jour et une latence d'endormissement inférieure ou égale à huit minutes. On classe les hypersomnies en deux catégories, parmi elles la narcolepsie et

l'hypersomnie centrale qui présentent des causes biologiques et qui sont donc traitées et explorées et l'hypersomnie idiopathique (sans cause biologique connue) ou hypersomnie post-traumatique, avec cette même remarque faite par les auteurs : aucune étude ne nous permet de mieux connaître cette symptomatologie grandissante, mais finalement assez méconnue en France.

L'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique, peut être rapportée soit à une hypoactivité du réseau de l'éveil, soit à un hyperfonctionnement du système anti-éveil (Gaillard, 1990). L'hypersomnie idiopathique se caractérise donc par une durée de sommeil longue, une somnolence diurne, une grande difficulté lors du réveil. Ce trouble du sommeil peut se manifester sous différentes formes, temps de crise sur une semaine/week-end ou de façon journalière. Cette forme d'hypersomnie est un phénomène peu étudié et considéré par le monde médical comme une maladie chronique et pour laquelle peu de solutions thérapeutiques sont proposées (Billiard et Dauvilliers, 2005). Elle est souvent décrite comme un trouble du sommeil avec son caractère propre, mais qui n'a, aujourd'hui encore, pas de cause déterminée.

Dans la narcolepsie tout comme dans l'hypersomnie, de récentes études montrent une forte activité durant le sommeil, relative à ce que l'on appelle le « rêve lucide » (Ruby, 2011). Ce type de rêves représente 1 à 2% des rêves (Jouvet, 1992). Le rêveur y est particulièrement conscient de son activité onirique, à la fois sur le plan de la cognition mais également dans ce qui s'apparente à une relance de la vie psychique (une mobilisation qui semble faire défaut dans le trouble d'hypersomnie).

b. Le rêve lucide.

Dans un récent article sur le rêve, P. Ruby explique que « l'alliance des neurosciences et de la psychanalyse » au service de la compréhension du rêve apparaît nécessaire (2015, p. 27). En effet, les neurosciences travaillent sur « les invariants », là où la psychanalyse s'intéresse en particulier à l'individu et l'intersubjectivité. Ces deux regards que sont la psychanalyse et les neurosciences peuvent donc être complémentaires, notamment sur la question du rêve. L'auteur s'interroge sur les fonctions du rêve : « nous avons tendance à rêver de manière fréquente de ce qui a trait à nos préoccupations du moment, en particulier interpersonnelles » (Ruby, 2015, p.30). Se pose alors la question de ce qui se joue pour le rêveur : s'agit-il de rêver de soi, de l'autre ? Le rêve, en particulier lucide, permet-il au sujet d'élaborer des

enjeux intersubjectifs ? Si les travaux neuroscientifiques permettent peu à peu d'envisager les fonctions du rêve, d'autres disciplines ont permis, depuis de nombreuses années, d'établir une certaine continuité entre l'état de veille et de sommeil.

I.2.2. Approche philosophique et sociologique du sommeil et du rêve

Au IV^e siècle avant J.-C, Aristote est le premier auteur ayant étudié sur le plan philosophique le sommeil et le rêve. Pour lui, il s'agit de l'activité de l'âme humaine. Il répertorie également les changements corporels et les transformations nerveuses qui ont lieu durant le rêve (Aristote, 1866).

Descartes (1637) fut également l'un des premiers auteurs à écrire à ce sujet (il était lui-même rêveur lucide). Nous retrouvons des aspects similaires dans l'œuvre de S. Freud au sujet des rêves dans les rêves : dans son rêve, l'individu se voit en train d'effectuer cette action. Il interpréta cela comme une vive « affirmation énergétique » et un refus utilisé par le rêve, ce refus prouvant ainsi sa théorie « que le rêve accomplit un désir » (Freud, 1926, p. 362).

Dans les travaux contemporains, le philosophe finlandais A. Revonsuo (2000) a proposé que le rêve serait un endroit sans danger où faire ses expériences et affronter les conflits ou les menaces auxquelles l'individu est alors confronté dans sa vie. Ayant conscience de ces scènes une fois éveillé, le philosophe poursuit que cela permettrait au sujet de gérer plus efficacement les menaces. D'après ce dernier auteur, le rêve serait un lieu « neutre », séparé du temps de l'éveil et donc de la réalité, où l'individu cheminerait et pourrait ainsi « tester » dans l'espace onirique les conflits auquel il ne peut faire face dans la réalité, en toute discrétion.

La spécificité du rêve lucide permet au sujet de garder en mémoire -et en conscience- l'objet de son rêve, ses émotions et ses affects intacts. Ainsi, à partir de l'expérience de ce rêve, cet « apprentissage » serait signifiant pour l'individu.

Nous pensons du reste que l'adolescent qui se retire dans le sommeil, exprime avant tout une présence au monde douloureuse, une difficulté dans le lien avec l'autre. Nous retrouvons ici le phénomène de malaise culturel concomitant du malaise du sujet dans le lien à l'autre, décrit par J.-P. Durif-Varembont (2008) au sujet de l'ennui. L'hypersomnie peut-elle aussi s'entendre du point de vue du lien social dans nos sociétés contemporaines ?

D. Le Breton, évoque d'ailleurs le terme de « disparition de soi », le jeune préférant échapper à « être soi » en présence de l'autre, répit qui peut durer quelques heures, jours ou semaines

(Le Breton, 2015). Ce refuge permet au sujet d'être face à lui-même et à des questionnements d'ordre identitaire, mais aussi à ses conflits et vécus passés ou plus actuels.

I.3. Le sommeil et ses troubles du point de vue psychanalytique

L'activité psychique dans le sommeil va tout d'abord être étudiée par S. Freud (1900). Pour l'auteur, « le fait de dormir est somatiquement une réactivation du séjour dans le ventre de la mère, avec l'accomplissement des conditions de position de repos, de chaleur et de tenue à l'écart des stimuli. » (Freud, 1915, p. 245). Mais très vite, à travers son ouvrage *l'Interprétation des rêves*, S. Freud (1900) va investiguer davantage le rêve et délaisser le sommeil qui d'après lui est un fait physiologique.

S. Freud poursuit sa réflexion dans son ouvrage *Sur le rêve*, et indique que « le rêve est le gardien du sommeil » (Freud, 1901, p. 125), en précisant que cela est notamment valable chez les enfants.

A ce propos, on peut noter que le sommeil prend sa source dans une des premières expériences du bébé, précisément après la tétée. Dans l'ouvrage collectif, *Les rêves, voie royale de l'inconscient*, B. Lewin revient à son tour sur ce phénomène de retour à une situation infantile à travers le sommeil : « le sommeil reproduit une situation infantile déterminée par l'oralité » (Lewin, 1973, p. 205). L'individu recherche donc, au travers du sommeil, le désir d'être rassasié par un « bon sein ». Ce désir pose alors la question de l'activité pulsionnelle qui peut advenir à partir de cette expérience. Ce premier constat corrobore alors l'idée d'une restauration de l'organisme durant le temps du sommeil, et non pas d'un état passif, comme le souligne P. Magnin : « Jusqu'à il y a peu de temps, le sommeil fut considéré comme un événement purement passif par opposition à l'animation de l'état de veille » (1990, p. 5).

Nous nous écartons ici du constat que dormir n'est qu'une perte de temps, pour nous rapprocher de l'idée du sommeil comme d'une entité qui permet non seulement une régénération des fonctions organisatrices de notre organisme (métabolisme, mémoire, énergie pulsionnelle), mais aussi qui serait pour beaucoup dans l'équilibre de la vie psychique d'un individu. Ce système veille/sommeil vient témoigner chez le sujet, à la fois d'une recherche d'équilibre, et a contrario nous retrouvons l'expression d'un déséquilibre que l'on retrouve notamment dans les processus psychopathologiques.

Les travaux de Freud mettaient en exergue le lien qui rapprochait le sommeil de la maladie somatique, dans le sens où « l'état de sommeil représente un retrait narcissique des positions de la libido sur la personne propre ou, plus exactement, sur le seul désir de dormir » (1914, p. 89). En effet, l'individu se détourne de la réalité extérieure au profit du sommeil, et nous retrouvons le même phénomène lié au narcissisme primaire du sujet lorsqu'il est porteur d'une maladie, car le sujet met, avant toute chose, son énergie au profit de sa guérison. Le sommeil tout comme « l'état de maladie » que l'auteur reprend dans les *Cinq psychanalyses*, montrent un investissement libidinal narcissique certain, chose que l'on retrouve spécifiquement dans les troubles du sommeil (Freud, 1909). Qu'en est-il alors du surgissement d'un sommeil pathologique chez le sujet ? Nous pensons que l'approche psychosomatique permet d'en décrypter les enjeux.

I.3.1. Approche psychosomatique du sommeil

L'approche psychosomatique trouve sa source dans le concept de « complaisance somatique » décrit par S. Freud au cours de l'analyse de sa patiente Dora, désignant « les relations entre les pensées inconscientes et les processus somatiques dont celles-ci disposent comme moyen d'expression (...) » (1905, p. 39). C'est ce qui expliquerait notamment pour lui l'hystérie, dans le sens où les pensées inconscientes trouveraient dans le corps une expression et donc une issue possible. L'auteur revient sur ce qu'il appelle « l'état de la maladie » en précisant que la nature chronique d'un état, notamment le symptôme hystérique (voué à se répéter), contiendrait une signification (Freud, 1905, p. 61).

Selon P. Marty et J. Loriod (1986), les manifestations somatiques seraient en lien avec une « carence » représentative. Le sujet psychosomatique présenterait également des « conduites opératoires », sans capacité représentative, et serait dans une situation de « survie » plus que de « vie » (Marty, 1980, p. 94). L'individu ne mentalise pas ses affects puisque la liaison avec le préconscient est rompue et que son inconscient est isolé. Or pour P.-L. Assoun, il y a quelque chose du désir du sujet, encore inconscient, qui va pouvoir se révéler par le biais de la scène du corps. Il revient d'ailleurs précisément sur la notion de symptôme, qui pour lui concerne des « lieux du corps où se montrent -et se répètent (...) - un événement qui, renvoyant à une « autre scène », ne s'en passe pas moins ici, in corpore » (Assoun, 1997, p. 24).

Selon J. McDougall, il existe un fantasme organisateur chez tout sujet : d'avoir « un corps pour deux » avec sa mère, constituant la « matrice somatopsychique » de l'individu (McDougall, 1986, p. 9). Puis, par le processus d'individuation, l'enfant pourra construire la représentation de son unité somato-psychique (notamment par les processus d'internalisation cités par l'auteur, notamment l'incorporation, l'introjection), ainsi que de sa propre subjectivité (McDougall, 1986, p. 10). Le surgissement de manifestations et de troubles somatiques ne traduit pas, selon l'auteur, une pensée désaffectivée mais une « forclusion » des affects qui pourrait être mise en lien avec des carences affectives précoces (absence d'unité mère-enfant).

Le sujet présenterait alors l'entretien d'une « vulnérabilité psychosomatique », se rappelant à l'individu par la voie du soma lorsque la psyché se trouverait entravée ou menacée (McDougall, 1986, pp. 14-15).

A. Green évoque également la notion de psycho(affect)-somatique(crise) : « l'affect en question n'est jamais parvenu à la conscience (...) il ne pouvait s'exprimer qu'à la faveur d'un orage somatique (...) la crise des psychosomatiques (ou de certains d'entre eux) représente un authentique *acting out*. Un agir au-dehors orienté vers le dedans » (Green, 1991, pp. 180-181). Pour l'auteur, chez le sujet psychosomatique, « le corps est surinvesti contre la réalité psychique » (Green, 1991, p. 181).

Si le corps du sujet est agissant, qu'exprime-t-il ? N. Carels fait le postulat qu'« il (ici le corps) est bien un lieu d'enregistrement de la présence disponible pour la mémoire et immédiatement accessible pendant le temps de l'absence : le lieu du corps » (1987, p.668). C'est précisément le corps qui va exprimer le vécu traumatique, l'auteur proposant « cette efflorescence sensorielle comme un moment fécond », soulignant que cette inscription dans le corps peut ouvrir sur une évolution possible (Carels, 1987, p. 670).

N. Dumet et A. Ferrant indiquent quant à eux que « le symptôme corporel se présente ainsi comme un symbole, comme une mise en scène de l'expérience traumatique » (2009, p. 49). N. Dumet écrit également que « le corps apparaît ainsi comme un lieu d'inscription possible de ce qui, chez le sujet, a momentanément échoué à s'inscrire sur la scène psychique » (2008, p. 93). Les événements vécus font donc trace dans le corps du sujet, à défaut d'être représentés psychiquement.

Pour R. Roussillon (2003), cet enregistrement dans le soma constitue une « troisième forme de mémoire (...) Elle re-présente, sans le savoir, un pan de l'histoire vécue, non subjectivé ni historisé, se donnant comme actuel » (Roussillon, 2003, p. 141).

Cet agir permettrait-il par son actualisation sur la scène corporelle une ouverture vers une possible « re-présentation » (Roussillon, 2003) ?

D'après J. McDougall (1989), lorsque le « Je » est fragilisé, c'est le soma qui devient le théâtre de réponses aux conflits forclos qui ne peuvent donc accéder à la conscience.

C'est ici que l'approche psychosomatique psychanalytique peut permettre de mieux comprendre certaines symptomatologies qui prennent place dans le corps du sujet, dès les premiers temps de sa vie. Nous souhaitons revenir rapidement ce qui a été repéré dans la littérature à propos de la clinique infantile.

D'après L. Kreisler, M. Fain et M. Soulé (1987), les symptômes du bébé expriment des dysfonctionnements, notamment liés à la construction de la relation à la mère. Le corps du bébé constitue donc pour l'enfant un « moyen » pour exprimer un conflit psychique (Kreisler, 1983, p.75). Ces contextes forment des états de détresse chez le nourrisson, nommés « passivation » selon A. Green (1999), et qui se révèlent porteurs de messages à destination de l'autre.

M. Fain propose l'hypothèse selon laquelle, lors de relations conflictuelles ou sources de souffrances entre la mère et son enfant, des phénomènes d'inhibitions vont apparaître, notamment au travers du sommeil de l'enfant, et « sans valeur libidinale » (Fain, 1971). Or, pour l'auteur, un des premiers ponts entre le somatique et le psychique serait la « libidinalisation du sommeil » (Fain, 1971). Cette réciprocité de mouvement de repli libidinal va constituer pour l'enfant une des premières occasions d'identification à sa mère. Nous voyons se dessiner ici l'importance de la relation première à l'objet, dans la construction d'un sommeil suffisamment libidinalisé, permettant aux processus psychiques autant que somatiques d'advenir, tout en garantissant un espace sûr au sujet. Toutefois, nous pouvons nous interroger quant à cette construction lorsque les troubles fonctionnels de l'endormissement ou du sommeil surviennent. Tout d'abord, nous proposons de revenir au contexte de surgissement du trouble d'hypersomnie dans la vie d'un individu. Nous passerons donc en revue les différentes notions rattachées à l'adolescence.

I. 3. 2. Sommeil en « trop », sommeil troublé

L'hypersomnie, tout comme l'insomnie, constituent des troubles importants du sommeil chez l'individu : le surgissement du sommeil excessif, à l'allure informelle, perturbe le sujet. Celui-ci exprime alors une gêne, qui peut s'intensifier et devenir un véritable handicap « qui ne se voit pas », néanmoins reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.).

L'hypersomnie est sans doute un des troubles du sommeil les moins connus, après l'insomnie et la narcolepsie. Elle peut constituer un trouble du sommeil important chez le bébé, comme l'a décrit E. Bonneville (2008) dans sa thèse. E. Darchis (2013) répertorie les troubles du sommeil importants qui affectent le bébé. L'auteur décrit des situations où celui-ci est en proie à un besoin de dormir au point d'en souligner un certain repli de la scène extérieure, pouvant aboutir à des troubles relationnels dans la vie de l'individu (Darchis, 2013). Ces perturbations du sommeil peuvent résulter d'états de détresse et alors constituer des signaux d'appel pour l'environnement du bébé (Debray, Belot, 2008).

Il s'agirait alors pour le sujet de « s'envelopper d'un sommeil qui ressemble à une hibernation (chrysalide) » (Marty, 2002, p.468). Si pour D. Houzel la période de 18 mois à 6 ans est une période souvent marquée par les troubles du sommeil, en revanche il note que nombre d'adolescents se plaignent de mal dormir : « le sommeil peut être un refuge contre les conflits réveillés par sa maturation sexuelle » (Houzel, 2005, p. 1686). P. Federn apportait la notion, intéressante, de passage entre la veille et le sommeil : « il y a là perte réelle des frontières du Moi » (Federn, 1952, p. 173). Sachant que les sujets développent un trouble fonctionnel du sommeil lors de la période adolescente, ces jeunes semblent exprimer par le biais de leur corps l'indicible de leur vécu actuel, leur corps se faisant le relais de l'appareil psychique, alors plus ou moins en difficulté de symbolisation.

Nous pouvons faire l'hypothèse que dans le cas des hypersomnies, ce sont les fonctions de régression et de refuge qui sont recherchées, principalement contre la survenue de conflits liés à la maturation identitaire et sexuelle du jeune. Après avoir parcouru certains des apports théoriques sur le sommeil, nous nous interrogeons à présent sur ce qui se joue après le temps de l'endormissement : qu'en est-il de l'activité onirique chez l'adolescent en proie au sommeil en excès ?

a. Le rêve :

Le rêve est incontournable du sommeil, a fortiori de la clinique du sommeil et de ses troubles. Pour S. Freud, c'est une véritable « voie royale qui mène à la connaissance de l'inconscient dans la vie psychique », le rêve apparaît également tel un gardien du sommeil car il tente « d'écarter ce qui trouble le sommeil » (Freud, 1900, p. 96). D'après l'auteur, le rêve est un « processus somatique révélé seulement par certains signes psychiques » (Freud, 1926, p. 121).

Il y a trois grandes théories concernant le rêve : « celles qui supposent que toute l'activité psychique de la veille se retrouve dans le rêve » (comme celle de Delboeuf), celles qui supposent que dans le rêve « il y a une baisse de l'activité psychique », et celles a contrario qui supposent que le rêve serait le lieu de production des activités psychiques et s'inscrirait dans la lignée d'autres états psychiques (Freud, 1900, pp. 100-101). L'auteur explique alors sa méthode d'interprétation basée sur l'association libre et l'analyse des parties du rêve du patient. Il indique comment l'analyse des rêves des patients l'a amené à faire ses propres « auto-analyses » de rêve et à aller chercher ce qui se joue en lui dans l'espace qu'offre le rêve (Freud, 1900).

S. Freud découvre alors que nos rêves gardent en mémoire ce qui s'est élaboré, notamment celle de « nos impressions d'enfance » et des événements vécus dans la prime enfance (Freud, 1900, p. 192). Au fil de ses analyses, il indique que « tout rêve se révèle comme l'accomplissement d'un désir » (Freud, 1900, p. 147). Le rêve est un espace permettant d'agir des choses, il supplée en quelque sorte des actions et permet d'accéder à des désirs. Il note qu'il existe des rêves simples et des rêves plus complexes, confus et aux contours flous. Les cauchemars sont ainsi « des rêves avec un contenu sexuel dont la libido s'est transformée en angoisse » (Freud, 1900, p. 190). En effet, l'état d'angoisse de la veille va importer et influencer dans le rêve, ou au contraire la tension pourra être surmontée par le sujet et celui-ci trouvera alors une issue agréable dans le rêve. Ces éléments nous montrent que l'unité somato-psychique d'un individu est donc impliquée dans l'expérience du rêve.

Pour B. Lewin, il existe un écran du rêve qui semble être représenté en premier lieu par le sein, cet écran blanc serait un « représentant de dormir, c'est-à-dire la régression au narcissisme primaire », véritable accomplissement du désir, déjà évoqué par S. Freud (Lewin,

1973, p. 203). Cet écran du rêve n'est pas perçu consciemment par le dormeur, nous dit A. Garma (Garma, 1970).

S. Freud (1900) ajoute qu'il existe un véritable « travail du rêve » et il peut y avoir d'après lui plusieurs sources à l'origine d'un rêve : un événement récent, plusieurs événements réunis dans le rêve, ou encore un événement passé important dans la vie de l'individu. Le matériel du rêve provient, selon lui, d'éléments de la réalité et d'autres éléments développés par l'esprit. On retrouve donc des éléments provenant d'expériences vécues. De plus, en étudiant le travail du rêve, nous pouvons également accéder à une meilleure compréhension de « la mystérieuse formation des symptômes » (Freud, 1939, p. 97). Le rêve jouerait-il un rôle d'expression et de compréhension de la symptomatologie hypersomniaque ? Quel maillage peut-on faire entre le sommeil et le rêve sur le plan psychanalytique ?

Au-delà de cette vision binaire du sommeil et du rêve, et de celui-ci comme d'un protecteur du sommeil, l'apport de W. R. Bion nous permet de saisir la dimension élaborative, au travers du concept de « pensées du rêve » (Bion, 1962).

C. Dejours indique deux fonctions majeures du rêve : son rôle dans la constitution et la fortification des apprentissages, et sa participation à « la construction de l'histoire individuelle du moi » (Dejours, 2001, p. 54). Le rêve fait le lien entre les connaissances et les expériences vécues par le sujet, apparaissant pour l'auteur comme un véritable « organisateur somato-psychique » (Dejours, 2001, p. 54). Nous faisons donc l'hypothèse que le rêve participe à la construction identitaire des adolescents, à la fois par ses qualités d'inscription mémorielle, de réflexivité, de représentativité et de liaison corps-psyché. Ce dernier point peut être mis en lien avec le concept de « digestion psychique » de D. Houzel (1988).

Cette mémoire du corps qui surgit dans le rêve peut porter la part de soi mais aussi la part de l'autre. R. Kaës (2013), décrit comment le rêve peut être commun et partagé. L'auteur rappelle que la fonction du rêve est avant tout transmise par la mère et le groupe famille à l'enfant (Kaës, 2013). Nous pouvons alors nous demander qui est (sont) le(s) rêveur(s) dans les productions oniriques du bébé, et rejoindre la proposition de R. Kaës selon laquelle le rêve, tout comme le sommeil, est la voie royale de l'inconscient, a fortiori pour réparer les « effractions subies par le moi-peau pendant la veille » (Kaës, 2013, p.238 ; Anzieu, 1985). Le rêve serait aussi le refuge contre le sommeil, dans le cas d'un abaissement du pare-excitateur du moi-peau.

O. Moyano (1998) fait référence à D. Anzieu (1985), lorsqu'il explique la nécessité de l'individu à rêver afin d'éviter que le moi-peau ne se désagrège durant le sommeil par un mécanisme d'abaissement des défenses, et mais aussi pour réparer le moi-peau des agressions et des effractions subies durant la journée.

Selon D. Braunschweig et M. Fain (1975), il existe deux destins ou inscriptions du rêve : la première est celle qui reste inconsciente, et la seconde qui se transforme en récit, qui pourra être verbalisable. Dans cette même perspective, D. Marcelli (1988) écrit que le rêve correspond au récit qui peut être fait à partir de cette production onirique. Pour lui, cela marque une « borne dans le transfert », et il précise que le récit de rêve par un jeune en thérapie est quelque chose de « précieux » (Marcelli, 1988, p. 210). Il accède alors à son intériorité, à sa vie psychique, une « inscription dans la place du transfert » (Marcelli, 1988, p. 211). Cette mise en récit du rêve lucide pourrait justement permettre le partage des vécus de l'individu, et amener le clinicien à écouter les désirs et conflits inconscients auxquels le sujet est confronté.

b. Le rêve lucide, une nouvelle voie vers l'inconscient ?

Si le rêve lucide appartient à la conscience, quel est son rôle ? Est-il un outil d'apprentissage de la vie comme les chamans le disent (Moyano, 1998) ?

A. Garma écrit en 1970 la formule « ceci est un rêve » ; il explique que « le moi du sujet reconnaît les perceptions du rêve, il les reconnaît donc comme internes » (Garma, 1970, p. 64). Pour M. Chétrit (2007), il s'agirait d'une autre explication : le Moi domine les perceptions du rêve non pas parce qu'elles sont internes, mais parce qu'elles restent externes, le moi les mettant alors à distance au profit d'un désir qui serait réalisé dans le rêve lucide (notamment dans le cas où des perceptions désagréables seraient mises de côté ou dominées par le moi du rêveur). Ici, c'est le fantasme originaire du sujet qui pourrait être satisfait par le bais du rêve lucide. Une forme « d'auto-observation » que le sujet pourrait s'offrir le temps d'un rêve (Chétrit, 2007, p. 203).

Dans ce contexte, les apports de Freud sur la question du rêve, de l'inconscient et de la censure semblent incomplets. O. Moyano (1998) lie la pratique traditionnelle du chamanisme au rêve et par cela, se détourne de la définition psychique du rêve telle que Freud l'a décrite, si ce n'est que le rêve était pour lui la façon dont travaillait notre âme pendant le sommeil.

Selon O. Moyano (1998), le rêve est un troisième état du cerveau, telle que la science l'indique actuellement. Selon lui, on se détourne totalement de la « définition psychique traditionnelle du rêve », et il faut donc d'autres outils pour comprendre le phénomène du rêve lucide (Moyano, 1998, p.23).

Le rêve apparaissant comme support de la vie interne du sujet, où se déploie un espace de figuration possible, nous pouvons nous interroger quant à la spécificité de la lucidité présente dans les rêves d'adolescents souffrant d'hypersomnie.

c. Clinique du sommeil adolescent

Après avoir fait un bref état des lieux sur la question du sommeil chez l'enfant, nous vous proposons de parcourir la littérature concernant le sommeil adolescent. D'après S. Freud, le passage pubertaire correspond à « une étape qui mènera la sexualité infantile à sa forme définitive et normale » (S. Freud, 1905, p.111). A la suite de l'âge de latence, le processus adolescent serait donc une forme de transformation en vue d'une structuration de la psyché, d'une subjectivation. Il est intéressant d'évoquer cette catégorie structurelle à travers les apports de travaux contemporains, où l'on retrouve cette modalité processuelle.

P. Gutton parle d'une forme de créativité du pubertaire : « L'adolescence, tel le rêve, se crée, se vit à partir du pubertaire advenu et advenant (...) Elle est une élaboration, (...) un travail de sublimation du pubertaire, défini comme processus puissant dans les ressentis génitaux, les gardant et les élaborant » (Gutton, 2009, p.45).

Cette véritable traversée de l'adolescence permet au sujet non seulement la réactualisation du complexe d'Œdipe, le réveil de la sexualité infantile, mais également, nous dit l'auteur, de faire émerger un processus créateur (au sens du « trouvé-créé » de Winnicott, 1975) en vue d'une nouvelle inscription de son corps, ceci par le biais d'éprouvés génitaux (Gutton, 2009).

Ce point est repris par F. Richard (1998) dans son ouvrage *Les troubles psychiques à l'adolescence*. D'après l'auteur, « Le remaniement pubertaire réactualise le complexe d'Œdipe infantile sur le mode d'un conflit avec les parents (...) », remaniement ne pouvant se réaliser sans « les points de repères symboliques et identificatoires nécessaires à la subjectivation » (Richard, 1998, p. 5-6).

Nous l'avons vu, l'adolescence est un passage au cours duquel le sujet doit se confronter aux transformations physiques et psychiques que cette période impose. Il doit également remanier son mode de lien à l'objet d'amour premier. Pour I. Adomnicai (2004), cela représente l'occasion de mettre au dedans des imagos parentales sécures, structurantes, pour pouvoir s'en détacher progressivement et aller à la rencontre de nouveaux objets.

Tout d'abord, il nous semble important de préciser que l'adolescent n'est pas seul dans cette traversée pubertaire. Celle-ci s'inscrit au cœur d'une histoire familiale, groupale et sociétale. L'adolescence et le travail de subjectivation ne peuvent donc s'opérer sans un Autre, et donc sans modalités identificatoires et narcissiques.

Au travers de la configuration familiale, nous pouvons également assister à l'émergence de la figure de l'intrus. Initialement décrite par J. Lacan (1938), elle est à distinguer de celle du « bouc-émissaire » et consiste en une mise en scène qui permet au jeune de devenir l'intrus, en fonction des réactions de son environnement, un autre qui se différencie, ou au contraire apparaît dans sa dimension « aliénante » (Duez et Blanquet, 2008). La figure de l'intrus vient ainsi conflictualiser, remanier mais aussi cristalliser quelque chose de l'histoire familiale. Cela met en exergue une indifférenciation dans les générations parmi les membres de la famille, au sein de laquelle le corps-soma de l'adolescent semble utilisé comme mode de figuration possible de leur trop plein d'excitations traumatiques (Durastante, 2011).

L'adolescence pose en elle-même la question de l'originaire et des places de chacun dans la filiation, ainsi qu'entre les différentes générations. Mais cette période transitoire interroge également le processus de transmission. En quoi consiste celui-ci ?

Le sujet naît dans un environnement collectif, comme le souligne S. Freud dans son ouvrage « Totem et Tabou » : « Nous postulons l'existence d'une âme collective (...) et la possibilité qu'un sentiment se transmettrait de génération en génération se rattachant à une faute dont les hommes n'ont plus conscience et le moindre souvenir » (Freud, 1912-1913). Quelques années plus tard, l'auteur fait référence à la notion d'« héritage » : « Les résidus psychiques de ces époques primitives ont constitué un héritage qui, à chaque génération nouvelle, a dû être non pas reconquis, mais rendu au jour » (Freud, 1938, p.177).

Ce qui se vit et se transmet, depuis l'autre jusqu'au sujet, témoigne donc de l'espace et du temps (passé, présent) du collectif. R. Kaës a apporté un éclairage sur la transmission, rappelant que « la question du sujet se définit de plus en plus nécessairement dans l'espace

intersubjectif, et plus précisément, dans l'espace et le temps du générationnel, du familial et du groupal... » (Kaës, 1997, p.1).

Dans un article, nous avons mis en avant l'idée que l'irreprésentable violence de ces scènes marquait le sujet, qui en gardait alors la trace dans son corps, « pour la déployer à son insu à défaut de la verbaliser » (Durastante, Dubois et Dumet, 2015). La famille va à son insu mettre en scène et rejouer l'impact traumatique de l'effraction causée par les transmissions passées et transgénérationnelles, venant alors s'immiscer dans le présent de la construction identitaire du jeune et du lien à l'autre (Durastante, Dubois et Dumet, 2015).

Or, nous savons que l'adolescent devra traiter les questions de la séparation et de l'individuation, *a fortiori* s'il s'avère héritier de l'histoire familiale. La transmission et la séparation se croisent donc dans ce passage adolescent. Comment le sujet peut-il intégrer et rendre signifiants les éléments et vécus intersubjectifs afin de consolider sa construction identitaire et génitale ?

La proposition de « mémoire au corps » de M-J. Del Volgo (1997, 2006) est intéressante à introduire ici car elle signale combien le corps du sujet, tout comme le corps familial, possède une fonction de mémorisation des effractions. Si la génitalité constitue bien une telle effraction dans le psychosoma du sujet adolescent, réciproquement il n'est pas interdit de penser que les empreintes, traces plus anciennes voire traumatiques existant chez lui, puissent alors aussi se réactualiser dans ce moment de vie qu'est l'actuel de la crise adolescente.

Lors de la traversée adolescente, l'individu « prend une conscience aiguë des effets déformants et disruptifs de ce lien collusif avec la mère » (Khan, 1974, p.74). Cette spécificité du traumatisme du lien primaire nous paraît intéressante pour comprendre son aspect répétitif et débordant, qui va trouver un lieu où s'inscrire dans le corps du sujet, ne serait-ce que par l'effraction dont celui-ci a fait l'objet. Ainsi « le corps constituerait une aire où se répéterait le traumatisme, débordant par la même l'adolescent » (Durastante, 2011, p. 37).

Comme nous le savons, l'adolescent est en proie à des poussées pulsionnelles liées aux remaniements du pubertaire. Souvent, la parole de certains adolescents se trouve entravée, et ces derniers ne peuvent alors exprimer pleinement ce qu'ils vivent, ressentent, *a fortiori* les situations/événements traumatiques vécus, lesquels vont justement s'inscrire dans leur psychosoma. Parfois, à défaut d'être représenté et symbolisable par la voie psychique et

verbale, ce qui fait trauma prend place dans le psychosoma de l'adolescent et celui-ci se fait alors porteur, à l'insu du sujet, de traces et de contenus irréprésentables qui siègent en lui.

Le franchissement de ce que F. Marty (2002) nomme le « seuil pubertaire » se réalise alors par les voies de l'agir (et l'agir corporel ou somatique), de comportements, notamment, lorsque l'adolescent ne peut avoir accès à la mise en mots de ce qu'il vit.

Cette expression par le corps, à travers l'acte, pourrait alors se manifester sous le symptôme de l'endormissement, d'un temps de sommeil anormalement long, d'un réveil difficile voire impossible. En effet, le rapport du sujet avec son sommeil s'en trouve parfois modifié, le trouble devenant une modalité d'expression, comme l'est par exemple le trouble d'insomnie : L. Kreisler (1983) le classe ainsi dans la clinique de l'expression somatique.

L'hypersomnie, a contrario, correspond à un sommeil anormalement long et profond, et apparaîtrait donc comme un procédé somatique « de refuge ». L'endormissement y constituerait une mise en scène par laquelle l'adolescent s'absenterait de ses objets internes et externes dans une sorte d'enveloppe sonore, de rêveries et de bercement.

G. Abraham écrit à ce propos que le sujet est parfois « réfugié justement dans un état de sommeil, le préférant à l'état de veille », qu'il peut présenter une « résistance à quitter la passivité nocturne » (2007, p. 243). L'auteur décrit l'importance du fonctionnement ou du dysfonctionnement du système sommeil-veille, car en plus d'une couche somatique, on trouve dans ce système une couche « psycho-émotionnelle », liée à la mémoire et à la perception, qui sera donc réactive à l'environnement du sujet (Abraham, 2007).

De plus, et en lien avec les apports en psychosomatique exposés précédemment, nous pourrions proposer l'hypothèse selon laquelle cette symptomatologie, touchant la fonction du sommeil, contiendrait en elle-même les moyens de s'exprimer et de se dire.

Au moment de son adolescence, l'espace thérapeutique peut justement amener le sujet à une reprise de cette « mémoire au corps », comme l'évoque M.-J. Del Volgo : « Et justement à de tels moments de reviviscence de la crise à l'occasion d'un évènement nouveau, la possibilité pour le patient, de réordonner son histoire subjective dans un "instant de dire", ne devient-elle pas l'occasion d'une construction ? » (1997, p.96).

L'espace psychothérapeutique permet de saisir également la problématique de l'isolement dû au sommeil excessif en lien avec la réorganisation familiale. Nous observons que dans la plupart des cas, la cellule familiale se réorganise autour de la symptomatologie du sujet, excluant parfois le reste de la fratrie. Ce trouble du sommeil vient alors brusquement s'immiscer dans la vie de la famille, déclenchant des scènes particulièrement effractantes pour les membres qui la composent.

La reprise de ces scènes « brutes » avec l'adolescent et les membres de la famille met à jour et en mots des conflits jusque-là plus ou moins inélaborables. Le clinicien est alors à l'écoute des signes infra-verbaux, et à l'écoute des « théâtres du corps » comme le souligne J. McDougall (1996). N. Dumet (2011) a démontré dans ses travaux que le thérapeute pouvait aussi mettre son propre corps, ses propres éprouvés corporels au service de l'écoute de la subjectivité du patient, dans une perspective de liaison corps-psyché, là où souvent la déliaison est à l'œuvre.

Nous nous sommes donc interrogées sur la survenue du trouble d'hypersomnie : cela constitue-t-il une « solution » subjective pour le jeune ? L'idée de C. Dejours (1989) selon laquelle certaines somatisations s'inscrivent dans un mouvement de réorganisation interne et de reprise correspondrait alors à cette étape de passivité nécessaire à une symbolisation des vécus passés, que ceux-ci soient de l'ordre d'une séparation brutale d'avec l'objet d'amour premier, la mère, ou plus simplement aient avoir avec l'adolescence en tant qu'évènement qui met en crise l'individu et son lien à l'autre.

Cet « évènement » consiste à penser le jeune « entre-deux » rives, celles de l'enfance et de l'âge adulte, sous le regard de la société, de son environnement et bien entendu de ses pairs. Parmi les transformations liées au pubertaire, on observe une modification des cycles du sommeil du jeune, et parfois l'émergence de troubles du sommeil qui caractérisent alors le corps du jeune comme dysfonctionnant.

L'adolescent pourrait-il avoir recours au sommeil pour exprimer le désir de retrouver le lien premier à l'objet d'amour, plutôt que se risquer à des vécus et des blessures narcissiques de type séparation (inhérentes à l'adolescence par ailleurs) ? La somnolence diurne excessive est-elle un mécanisme de défense et un mode d'expression ? La symptomatologie, du sommeil en excès ici, relève-t-elle d'une vie psychique déficitaire ou d'une hystérie de conversion ?

En ce sens, l'hypersomnie serait alors une passivation nécessaire mais symbolisante, (pour reprendre le concept de somatisation symbolisante de C. Dejours, 1989). Selon N. Dumet (2004, 2013), ce passage par le corps, par l'expérience de la maladie permet au sujet de se réorganiser psychiquement. C'est, pour l'auteur, une forme primaire de symbolisation (Dumet, 2004, 2013). L'hypersomnie, du point de vue psychanalytique, ne serait donc pas à considérer uniquement comme le résultat d'un mécanisme de défense, mais aussi comme une solution subjective à écouter dans son expression symbolisante.

II. PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE ET DES HYPOTHESES

A partir de ces premiers éléments, nous pouvons noter une possible alliance féconde entre les champs psychologique, psychanalytique et médical. Si le thème du sommeil ne fut que peu abordé dans la littérature, la recherche sur ses troubles a récemment mobilisé les auteurs, notamment dans la distinction des symptômes somatiques afin de dégager une classification chez les neuroscientifiques et des enjeux psychopathologiques chez les cliniciens et psychanalystes.

La littérature scientifique met toutefois en exergue le manque d'information et de connaissance sur les enjeux psychologiques liés à l'hypersomnie chez les jeunes.

Les apports de l'ethnologie et de la sociologie nous permettent de penser le sommeil excessif comme un phénomène sociétal. Quant aux apports récents des neurosciences, ils indiquent des hypersomnies idiopathiques ou post-traumatiques, pouvant être rapportées soit à une hypoactivité du réseau de l'éveil, soit à un hyperfonctionnement du système anti-éveil.

Dans le champ psychanalytique, les apports théoriques permettent de penser le lien chez le bébé et l'enfant entre l'hypersomnie et ce qui se joue dès les premiers temps de la vie psychique de l'individu. Le rapport à l'environnement, et notamment à la mère est alors prégnant dans la constitution des enveloppes psychiques et somatiques du bébé. L'expression par le sommeil sert alors de porte-voix à l'enfant, notamment lors d'états d'excitation intenses et de détresse. Le soma du sujet se transforme en lieu de mémoire, qu'il s'agisse de traces ou vécus propres à l'enfant ou familiaux.

Jusqu'alors peu étudiée, l'hypersomnie représente un phénomène grandissant dans nos sociétés contemporaines⁴ et confronte chercheurs et patients à la question énigmatique du sommeil et du rêve. En effet, lorsque le sommeil en excès apparaît dans un contexte adolescent, il serait l'expression d'une souffrance, la manifestation d'éléments indicibles ou d'une défense contre la dépression.

⁴ « Somnolence et Adolescents », Résultats de l'enquête Sofrès/ISV - février 2005.

Cela nous amène à problématiser la question de l'hypersomnie à l'adolescence de la façon suivante : compte-tenu des aspects symptomatologique, somato-psychique et psychopathologique de nombreux troubles du sommeil, en quoi les hypersomnies adolescentes viendraient-elles masquer et révéler des enjeux somatiques et psychiques à la faveur de la mobilisation du corps ?

Dans quelle mesure le rêve lucide et l'hypersomnie, dans leur dialectique activité-passivité, mèneraient-ils à un processus d'éveil, d'expression et de symbolisation de vécus bruts au travers du psychosoma adolescent ?

Nous présentons ici une hypothèse générale à notre propos, il s'agit de l'hypothèse directrice qui permet d'introduire d'autres hypothèses plus spécifiques à la démonstration de la thèse. Nous proposons l'hypothèse directrice suivante : l'hypersomnie chez l'adolescent constituerait une forme d'agir ayant pour but de signifier et de symboliser les transformations adolescentes ainsi que le retour de vécus bruts engrammés dans le psychosoma du sujet.

Notre première hypothèse concerne l'expression somatique de l'hypersomnie : l'hypersomnie adolescente représenterait une solution expressive protectrice du sujet face à une difficulté à « être » dans l'actuel des transformations physiques et des remaniements identitaires.

Notre seconde hypothèse permet d'introduire le trouble hypersomniaque dans sa modalité expressive, comme porteur d'un message adressé à l'autre : l'hypersomnie constituerait une forme d'agir somatique traduisant le retour d'expériences traumatiques issues de l'archaïque primaire et/ou d'impensés familiaux.

Notre troisième hypothèse repose sur le rôle et les fonctions du rêve lucide et de cette symptomatologie du sommeil en excès : la spécificité du rêve lucide et de l'hypersomnie permettrait à l'adolescent de mettre en scène et en représentation ses conflits psychiques, offrant une nouvelle voie d'accès à l'inconscient du sujet.

Enfin, notre quatrième et dernière hypothèse concerne le dispositif méthodologique et ses effets : en appui sur un dispositif psychologique étayant, la reprise et l'élaboration de ces contenus « mis en sommeil » mèneraient à une relance de la vie psychique de l'adolescent.

Après avoir tenté de développer les bases théoriques préalables à la compréhension psychopathologique de l'hypersomnie à l'adolescence, puis de problématiser notre objet de recherche, nous proposons de répondre aux différentes hypothèses à partir de l'étude que nous avons réalisée auprès de jeunes gens au sein d'un centre du sommeil. La méthodologie de la thèse sera présentée dans la partie qui suit.

III. METHODOLOGIE

Nous proposons dans cette partie de présenter le cadre de la recherche, ainsi que les aspects méthodologiques. Cette recherche et ses questionnements ont pour origine la pratique de terrain et la rencontre clinique avec des sujets.

Dans une première partie, nous présenterons la méthodologie de recherche inhérente à l'étude qui fut menée dans le cadre de cette thèse de doctorat en psychopathologie et psychologie clinique.

Dans une seconde partie, la méthodologie clinique et les aspects relatifs à la relation transféro-contre-transférentielle seront traités, puisqu'il s'agit avant tout d'une recherche en psychopathologie et psychologie clinique, au plus près de ce que vit le sujet. En effet, nous pensons que la clinique et la recherche sont intimement liées dans la pratique du clinicien-chercheur. En ce sens, le travail méthodologique permettrait à la fois d'explorer du côté de la subjectivité du patient (ici en proie à l'hypersomnie), et également de penser la mise en place du dispositif psychologique adapté au sujet, à son environnement et à l'institution, avec comme perspective que ce dispositif puisse être éventuellement développé et repris dans d'autres espaces thérapeutiques.

C'est en effet en qualité de praticienne-chercheuse que j'ai⁵ mené une étude clinique, démarche initiée dans mon parcours de formation, et qui paraissait plus appropriée sur le plan thérapeutique.

III.1. Champs de la recherche

Cette recherche prend sa source dans un précédent travail⁶ qui avait mis notamment en évidence le lien existant entre les traces traumatiques issues du transgénérationnel et l'hypersomnie chez les jeunes. Il m'a donc paru intéressant de construire mon objet de recherche de thèse sur la question de l'hypersomnie, trouble du sommeil encore rare et méconnu en France.

La partie méthodologique présentera donc quel a été le parcours d'investigation psychologique, depuis l'immersion sur le terrain de recherche jusqu'à l'élaboration du dispositif de recherche spécifique à la symptomatologie et au type de public rencontré. En

⁵ Le « Je » sera utilisé pour différencier ce qui a trait à la démarche méthodologique de la clinicienne-chercheuse, du « Nous » pour débiter et conclure le propos de la thèse.

⁶ Dubois, F. (2013). *Le marchand de sable est passé, ou l'endormissement à l'Adolescence. Quand l'histoire familiale mise en sommeil fait éruption sur le corps* (Mémoire de master 2 recherche, CRPPC, Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon 2, Lyon).

guise de préambule, je partirai de quelques chiffres qui semblent particulièrement parlants du point de vue de la recherche.

Selon une étude, sur 11 078 266 franciliens de tous âges⁷, la prévalence des troubles du sommeil permet d'estimer que 997 044 personnes sont atteintes d'insomnie et 420 974 d'hypersomnies, soit environ 26% de la population est touchée par cette dernière. A l'échelle européenne, entre 5 et 20% de la population souffre de somnolence diurne excessive (Ohayon, 2007).

Ce trouble du sommeil appelé hypersomnie, n'a été que peu étudié et diagnostiqué, et il n'existe pas de données épidémiologiques à ce jour. L'hypersomnie se définit par un excès pathologique du sommeil (Billiard et Dauvilliers, 2005) et ses critères de diagnostic correspondent à une durée de sommeil égale ou supérieure à douze heures par jour et une latence d'endormissement inférieure ou égale à huit minutes.

Dans la littérature médicale, nous retrouvons des étiologies neurologiques pour l'hypersomnie centrale, et sans cause médicale connue pour l'hypersomnie idiopathique. Le lien avec des symptômes dépressifs ou psychiatriques est possible : en effet, 46,9% des personnes interrogées dans l'étude de Ford (1989) présentaient une somnolence diurne excessive et des symptômes dépressifs avec un risque relativement plus élevé que dans une cohorte de population générale (Bixler et al, 2005).

Les enjeux psychologiques et psychopathologiques semblent de ce fait au cœur de l'hypersomnie. La littérature scientifique comportant très peu d'information sur ceux-ci, nous reviendrons sur l'approche qui nous a permis d'investiguer ce qui surgit sur la scène corporelle, tout autant que l'expérience singulière de l'individu. Nous souhaitons présenter le lieu où s'est déroulée la recherche, ainsi que la démarche d'exploration et de recueil de données.

III.1.1 Présentation du lieu de recherche

En initiant mon projet de thèse, j'ai remarqué qu'aucune étude clinique ne nous permettait de bien comprendre ce « phénomène ». J'ai rencontré la Dr P. Franco, une médecin-pédiatre travaillant dans un centre du sommeil référencé (au sein d'un hôpital pédiatrique) qui me confiait être en difficulté face à ces jeunes porteurs d'une hypersomnie idiopathique, sans

⁷ Rapport sur le thème du sommeil (2006). Ministère de la Santé et des Solidarités, France.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000899.pdf>

cause biologique connue. Nous avons donc décidé de travailler ensemble, la Dr P. Franco sur le versant médical, et de mon côté, j'ai proposé la mise en œuvre d'un dispositif psychologique au long-cours, dispositif jusque-là inexistant dans leur service. Nous avons toutes deux comme objectif de construire une passerelle entre nos deux espaces, ce qui représentait un travail institutionnel de liaison, en quelque sorte.

Le service du sommeil dans lequel je suis intervenue accueille des patients de la naissance à 18 ans souffrant de diverses symptomatologies du sommeil. Le lieu abrite une salle d'attente et un espace d'accueil, un pôle d'enregistrement au centre du service avec trois infirmières qui décryptent en direct les enregistrements du sommeil sur des ordinateurs, ainsi que des chambres, des bureaux médicaux et salles de travail. Au mur, sur un large tableau, sont inscrits les noms des patients qui sont répartis dans les chambres de part et d'autre du pôle d'enregistrement, avec au-dessus du tableau les écrans télévisés retraçant en direct « la vie » des quatre lits, en permanence occupés par les jeunes patients. En moyenne, une hospitalisation résultant d'une plainte d'« hypersomnie » est prévue par semaine (hospitalisation de trois jours), avec une liste d'attente de plusieurs mois. En effet, de plus en plus de jeunes et leur famille venant de toute la région, sont adressés par leur médecin traitant.

Durant cette hospitalisation, le sommeil du patient est recueilli à l'aide d'électrodes placées sur la tête comme une sorte de casque. Le sommeil de l'adolescent est enregistré nuit et jour, soumis à différents tests, parmi lesquels le temps moyen de latence d'endormissement (appelé T.I.L.E., il permet notamment de distinguer l'hypersomnie d'une narcolepsie⁸), au cours duquel l'infirmier demande au patient de s'endormir quatre fois durant l'après-midi. C'est à la fois un environnement qui induit une certaine contenance, mais aussi, comme souvent dans les unités de soin somatique, un lieu où le corps est placé au premier plan (dont son fonctionnement biologique), et où la voix du sujet n'est pas tellement -ou peu- prise en compte.

A la suite des enregistrements du sommeil, un diagnostic en faveur d'une hypersomnie idiopathique peut alors apparaître (lorsque ses critères de diagnostic sont positifs et que rien

⁸ L'hypersomnie se caractérise par une somnolence diurne excessive, des accès de sommeil sans cataplexie (relâchement du tonus musculaire sans altération de la conscience), contrairement à la narcolepsie qui s'accompagne de cataplexie et qui plonge le dormeur en sommeil paradoxal (<https://fondationsommeil.com/troubles-du-sommeil/troubles-du-sommeil-frequents/lhypersomnie-idiopathique/>).

ne permet aux médecins de conclure à une narcolepsie ou une hypersomnie d'origine biologique). Si généralement un traitement pour stimuler l'éveil est proposé, à base de molécules éveillantes, l'enquête « Sommeil 2013 »⁹ met en évidence que seuls 18% des patients qui dorment mal obtiennent un traitement, dont les deux tiers sont médicamenteux. L'approche pharmacologique n'est parfois pas proposée car jugée peu « adéquate » face à un trouble d'hypersomnie idiopathique pour lequel le médecin pressent une problématique psychologique. Face à ces situations délicates, la mise en place d'un dispositif psychologique a pour fonction d'accueillir, de soutenir la plainte et d'ouvrir sur une nouvelle réponse thérapeutique.

III.1.2 Posture de chercheuse, de l'immersion vers la transformation

Pour effectuer cette recherche sur le sommeil et ses troubles, je suis donc intervenue au sein d'une unité de soins somatiques spécialisée sur l'étude du sommeil. Sur place, mon premier contact était celui avec la médecin-pédiatre du sommeil, mais très vite, celle-ci m'a proposée de participer à des séminaires et d'intégrer, pour un temps du moins, des organismes de recherche médicale.

Ce temps d'immersion avait plusieurs objectifs : le premier était de saisir les enjeux de santé et les récentes découvertes de la médecine, autant sur les affections du sommeil que sur le développement des dispositifs de soin. Un autre objectif était davantage pratique : les connaissances acquises, notamment sur l'hypersomnie, les examens du sommeil et les résultats des différentes recherches médicales en cours, me permettraient de mieux comprendre et d'analyser le parcours et le processus de soin engagé par le patient dans une unité du sommeil. Dans la construction de ma méthodologie de recherche, il m'a semblé important à la fois d'accueillir et d'accompagner l'adolescent et sa famille avec un regard spécifique, mais aussi de trouver un langage commun, tant avec l'équipe médicale qui accompagne le patient et avec laquelle je m'apprêtais à travailler, qu'avec les patients qui se renseignent et sont souvent très documentés, ou bien se posent des questions précises sur le sommeil et ses troubles.

Mon immersion a pris différentes formes : dans un premier temps, j'ai souhaité observer comment fonctionnait ce service, quels étaient les enjeux institutionnels, la tâche primaire de

⁹ Enquête Sommeil et environnement, INSV-MGEN, 2013, France
<http://www.institut-sommeil-vigilance.org/wp-content/uploads/2013/03/Enquete-2013-Sommeil-environnement.pdf>

cette unité. Dans cette position interstitielle, je découvrais alors le parcours des jeunes souffrant du « trop dormir », et comment certains d'entre eux venaient poser question dans le service. J'ai rencontré et échangé avec la psychologue clinicienne présente jusqu'alors, avant que celle-ci parte en congés (et ne soit finalement jamais remplacée). Dans ce même temps, j'ai cherché à me documenter sur l'hypersomnie, suivi des événements scientifiques de santé, de médecine et de psychologie clinique psychanalytique me permettant de faire un « état des lieux » des données recueillies, mais également des développements qui restaient à faire.

Néanmoins, il était important de pouvoir trouver ma propre place, celle de la psychologue venue intégrer ce service pour réaliser une recherche. L'accent des recherches et des pratiques en place était mis sur l'aspect somatique et biologique de l'hypersomnie, au sommeil dans son fonctionnement et son dysfonctionnement. Par conséquent, le fait d'étudier les processus psychiques des individus présentant une somnolence diurne excessive semblait à la fois innovant et complémentaire avec ce qui était déjà en place. Certains des membres de l'équipe soignante reconnaissant l'urgence qu'il y avait à travailler sur le soin psychique des patients, cela est venu se confirmer par le travail d'articulation qui fut mis en place avec la médecin pédiatre du sommeil. Celle-ci accompagnant déjà certains de ces jeunes gens, et ayant observé l'expression d'une souffrance psychique ou un état dépressif chez d'autres récemment accueillis, il nous paraissait prégnant de mettre en place cette articulation entre le dispositif de recherche psychologique et le dispositif médical en place.

Ainsi, à partir de cette posture d'immersion, j'ai trouvé du sens à cette démarche et il m'a été peu à peu possible de m'en dégager pour choisir ma propre méthodologie, ma façon d'accompagner aussi les patients participant à la recherche.

Tout au long de mon parcours de formation, j'ai pensé la recherche en psychologie clinique comme reliée à la clinique, à ce qu'il se passe sur les terrains de pratique. J'insiste sur ce point, car je n'imaginai pas travailler l'un de ces aspects sans l'autre. Ainsi, l'aspect clinique m'a permis de conduire la recherche suivant un modèle de recherche à partir de la pratique. Cela a été un véritable outil permettant d'effectuer une recherche au long cours avec les participants, et de développer un travail thérapeutique avec certains d'entre eux.

Dans l'après-coup de la mise en place de cette recherche dans ce service, son succès et le vif intérêt partagé par les participants, leur entourage et des soignants, cela m'a amenée à une réflexion d'ouverture d'un dispositif psychologique articulé dans des espaces hospitaliers

dédiés en premier lieu au somatique. Ainsi, seront présentés dans cette thèse des données, les cas et les vignettes cliniques qui sont issus d'entretiens de recherche.

III.1.3 Transformation du cadre, transformation interne

Trouver ma place supposait tout d'abord de transformer le cadre de mon travail, à savoir accueillir un sujet pour un accompagnement psychologique dans un espace de consultation médicale. J'ai rapidement ressenti l'importance de créer un espace confortable, intime, au profit d'une écoute holistique du sujet où le corps défaillant ne serait plus au premier plan.

Il m'a donc fallu « débarrasser » la pièce du lit médical, et disposer les chaises en cercle, loin du bureau. L'espace d'entretien en face à face ainsi constitué pouvait alors ouvrir la voie aux différents langages de l'individu, à l'intimité et à la confidentialité. Cet espace « autre » que celui de la consultation médicale et de l'espace d'hospitalisation constituait alors un espace « tiers » fondamental dans le travail psychologique.

J'observais dans les premières rencontres avec les participants à la recherche, un processus qui naissait en moi mais qui semblait également présent chez les sujets : de la même façon que l'adolescence est une période processuelle et de transition entre l'enfance et l'âge adulte, l'entrée en doctorat consistait en un passage. Il s'agissait de construire sur le terrain un travail autour des dispositifs d'accueil au plus près des besoins de l'adolescent, dans un mouvement de transformation, de trouvé-créé (Winnicott, 1975). J'ai souvent pensé au parallèle avec le jeune qui, après avoir cheminé jusqu'à l'âge adulte, quittait progressivement le « cocon » familial. L'immersion puis cette construction fut un temps d'apprentissage.

Ce double mouvement inaugurerait quelque chose de la relation transféro-contre-transférentielle à venir. Or, pour ces jeunes, c'est précisément la question du lien à l'autre qui intervient dans la symptomatologie du « trop-dormir ». C'est sur ce fil, dans cet étroit passage, que cette recherche pourrait trouver sa valeur initiatique.

Après avoir présenté le champ de la recherche, nous souhaitons à présent préciser les conditions méthodologiques et pratiques de la recherche.

III.2. Dispositifs de recherche

La méthodologie de ma recherche consiste en un recueil de données cliniques par le biais d'un suivi psychologique au long-cours dans une unité du sommeil d'un service pédiatrique.

La survenue du trouble du sommeil hypersomnie apparaissant lors de la période adolescente (ou pré-adolescente), l'étude est proposée aux adolescents filles et garçons âgés de 13 à 18 ans accueillis dans l'institution de soin, présentant une somnolence diurne excessive.

La recherche s'étend sur dix-huit mois, selon la date de rencontre entre le jeune, sa famille et la clinicienne-chercheuse. Ainsi, certains patients sont suivis sur une durée maximum de dix-huit mois, date de la fin d'étude.

Il s'agit de proposer, au sein d'un centre du sommeil, un dispositif permettant d'accueillir et d'accompagner ces jeunes sur le plan psychologique et de revenir sur les caractéristiques propres à ce trouble du sommeil, afin, d'une part, d'explorer la compréhension psychologique du sujet présentant ce trouble et, en définitive, de développer des outils et un dispositif de soin, et d'autre part, d'identifier les mécanismes psychiques qu'engagent ce trouble.

Cette recherche n'aurait pu être mise en place sans le travail en équipe interdisciplinaire. La question de l'articulation corps-psyché est donc au premier plan en clinique du sommeil : comprendre en effet quel est le lien entre les conflits psychiques du sujet et le trouble fonctionnel qu'il vit en son psychosoma.

Lorsque la demande de soin émerge, la recherche de la cause des troubles du sommeil mène souvent l'adolescent et sa famille à de multiples examens du sommeil, nécessitant une hospitalisation. Dans cet espace, on observe un corps passivé, soumis à divers enregistrements et procédures, où la psyché ne semble guère avoir sa place. Lorsque le diagnostic est posé en faveur d'un trouble « sans cause connue », les sujets sont en proie à un vide, à un isolement, mais également à beaucoup de colère mêlée à de l'incompréhension. Je me suis donc interrogée sur le parcours de soin et l'après-hospitalisation de ces jeunes, pour établir une méthodologie de la recherche au plus près de mes objectifs mais aussi adaptée à ce que vivent ces jeunes.

III.2.1. Déroulement pratique de la recherche :

La méthodologie de la recherche, ici, vise à décrire comment s'est déroulée l'exploration sur le terrain pratique. L'étude réalisée est qualitative, descriptive et documentaire. Ainsi, mon intervention se fait après une orientation du médecin du sommeil référent, mais aussi auprès d'adolescents hospitalisés pour effectuer des examens du sommeil.

La recherche se fait en deux temps d'entretien : lors du premier entretien, je rencontre l'adolescent et sa famille (un des deux parents ou tuteurs légaux au moins) et dresse avec eux, à partir d'un questionnaire et de tests, un tableau de sa situation personnelle, familiale, scolaire et médicale (ces outils sont décrits ci-dessous et en annexe). Le second temps de la recherche, à partir du deuxième entretien, consiste en un suivi de type psychothérapeutique de l'adolescent.

Ces deux temps distincts durant la recherche me permettent à la fois de faire un état des lieux global sur la situation et l'anamnèse du jeune et de sa famille, puis d'établir des caractéristiques comparatives entre les sujets de l'étude (dans les tableaux référencés dans le chapitre consacré à la présentation clinique). En l'absence de données épidémiologiques sur le sujet, ce premier temps renseigne et donne un aperçu descriptif de cette pathologie et les représentations qu'en ont les sujets porteurs.

Dans un second temps je mène l'investigation clinique, au plus près du sujet à travers un travail de type psychothérapeutique. Ces données-là sont donc liées au vécu inter et intra-subjectif, mais permettent également de faire des liens d'un individu à un autre pour tenter de dégager un modèle de compréhension clinique de l'hypersomnie à l'adolescence.

a. Premier temps de la recherche :

Lors du premier entretien, j'accueille le patient et le(s) membre(s) de sa famille (ou tuteur légal) l'accompagnant, et je leur explique l'étude. Ensuite, je réalise un entretien qui a la particularité d'être semi-directif, à l'aide de plusieurs outils (présentés ci-dessous) et je décris la fiche d'information et de consentement sur la recherche qu'ils auront à signer.

b. Accueil, présentation, justification des outils et passations :

Le questionnaire :

Parmi ces outils, j'ai construit un questionnaire (présenté en Annexe n°1) permettant de faire un état des lieux de la situation individuelle du jeune mais aussi de sa famille. En effet, aucun de ceux que j'avais consultés ne me paraissait rendre compte de l'état de la situation du sujet et de ses représentations quant à sa symptomatologie. Ce questionnaire m'a donc semblé le plus approprié comme ouverture vers le thème du sommeil et la recension des éléments d'anamnèse, des relations intrafamiliales et des relations aux pairs.

Une partie du questionnaire est centrée sur le jeune et l'autre partie concerne la famille. Certaines questions appellent donc à une réponse subjective et personnelle de l'adolescent, d'autres à des réponses du jeune et de son parent. Précisément, la première question concerne la date approximative de surgissement du trouble du sommeil. Puis deux autres questions proposent un gradient, certaines échelles varient de 0 à 5 et portent sur la gêne et/ou la difficulté éprouvée. Des questions concernent la prise d'un traitement ou médicament, les activités extra-scolaires, les antécédents médicaux. Les dernières questions consacrées au jeune portent sur ses représentations liées à sa symptomatologie, et aux relations qu'il entretient avec sa famille et ses amis.

Les questions consacrées à l'histoire familiale concernent l'histoire de l'arrivée au monde du jeune, de son enfance et de son parcours scolaire. Viennent ensuite les questions sur la constellation familiale présente, sur les antécédents familiaux (sur une ou deux générations).

Ainsi, je lis le questionnaire oralement et en fonction des réponses données, je complète la feuille. Cet outil a pour fonction d'établir une description de l'histoire au sens large et de la situation présente du jeune, de son rapport à ses troubles et à la maladie, de connaître le type de lien qu'il établit avec le monde et comment se déroule son parcours scolaire. Il ne permet pas d'établir des diagnostics, mais de dresser un état des lieux et une orientation possible ou non vers la recherche, ou vers un autre type d'orientation (par exemple, une hospitalisation), si nécessaire, après discussion avec la collègue médecin-pédiatre.

Je n'avais pas prévu lors de la construction du questionnaire d'interroger l'adolescent sur le thème du rêve en présence de son (ou ses) parent(s). J'ai pensé qu'il serait important de permettre à l'adolescent de s'exprimer sur ce sujet dans la suite de son suivi psychologique. A cette occasion, la parole et les vécus partagés par les patients de l'étude ont permis de découvrir, qu'au même titre que les sujets narcoleptiques (Arnulf, 2014), les sujets hypersomniaques avaient également tendance à faire des rêves lucides.

Les échelles :

L'utilisation d'échelles protocolisées (présentées en Annexes n°2, 3, 4) au commencement de la recherche permet d'observer le rapport du sujet avec son sommeil. Si la médecine du sommeil les utilise « pour mieux apprécier l'origine et l'importance des troubles du

sommeil » (Léger, 2017), elles m'ont également apparues pertinentes pour recouper ou non avec les traditionnelles étiologies de l'hypersomnie (comme par exemple l'échelle de la dépression). Ainsi, l'échelle de Matinalité-Vespéralité (Horne et Ostberg, 1976) est proposée pour évaluer la préférence du patient à faire des activités le matin ou le soir. L'échelle M.A.D.R.S (Svanborg et Asberg, 1994) permet quant à elle d'évaluer l'état mental du patient (échelle de dépression et anxiété).

J'ai enfin proposé l'échelle de Somnolence d'Epworth (Murray, 1991) dans le but d'évaluer la plainte du patient au niveau de son sommeil et de son état de vigilance.

Ces échelles permettent donc de faire un état des lieux de la situation du patient, depuis son anamnèse jusqu'au présent de la rencontre clinique. L'utilisation d'échelles est aussi intéressante car elle apporte notamment un regard sur les représentations des enjeux psychopathologiques de cette affection du sommeil, ainsi que des caractéristiques descriptives chez les sujets qui permettent de mieux comprendre sa survenue, et comment l'hypersomnie se manifestait chez ces jeunes gens.

L'agenda du sommeil, un objet de médiation

L'agenda du sommeil (présenté en Annexe n°5) apparaît comme un outil d'exploration complémentaire. Habituellement proposé par le médecin du sommeil, il permet de mieux connaître les manifestations de l'hypersomnie (par crise ou de façon permanente), de travailler dans la continuité un lien co-construit avec l'adolescent afin de mieux comprendre ses habitudes quant à son éveil et à son sommeil. Cet agenda est libre d'utilisation, et permet d'observer comment le sujet se l'approprié, comment il se représente ce qui était alors irréprésentable dans la manifestation de l'hypersomnie. C'est un outil qui lui permettra de se repérer temporellement, et qui plus est, fera partie du cadre de l'accompagnement psychologique.

L'utilisation de l'agenda du sommeil a un rôle fondamental tout au long de l'accompagnement psychologique. Il constitue un repère important, c'est en quelque-sort le fil rouge car il introduit une continuité et une temporalité dans le soin, tout en permettant de saisir les enjeux transférentiels à l'œuvre durant ce suivi au long-cours. Il est présenté au participant dès la première rencontre, avec la consigne de le remplir et de l'amener en entretien régulièrement (tous les trois mois environ) pour mesurer la représentation qu'a le jeune de son sommeil (Comment a-t-il dormi ? Qu'est-ce qu'il a ressenti ? Le patient-a-t-il des choses/associations à ajouter ?).

Cela constitue également pour le jeune un support d'expression de ses difficultés, tissant un lien entre l'espace des entretiens et chez lui, l'espace personnel et familial qu'il investit. Il m'est apparu comme un objet de médiation dans la rencontre avec le jeune dans l'unité du sommeil. Cet agenda du sommeil est donc « ce qui est au milieu » (Chouvier et al., 2002, p.3). Il permet ainsi de mieux saisir les enjeux des relations inter et intrasubjectives, et favorise une démarche active d'autonomisation dans le soin pour le jeune, fondamentale dans son accompagnement psychologique.

c. Deuxième temps de la recherche :

A partir du second entretien, je propose un suivi psychologique à l'adolescent et avec son accord ainsi que celui de ses parents (ou tuteurs). Les entretiens sont de type non-directifs, individuels ou familiaux, selon la demande, l'évolution personnelle du patient et l'évolution du suivi psychologique. L'intérêt de « mailler » un accompagnement psychologique avec des entretiens individuels et familiaux peut, dans un premier temps, rassurer le parent et l'adolescent se présentant dans une relation de type fusionnel. Le respect du rythme de chacun fait peu à peu émerger une demande subjective de l'adolescent, afin de profiter d'un espace différencié de son parent.

Par la suite, les entretiens familiaux favorisent une contenance et la circulation de la parole, lorsque les non-dits et la violence sont à l'œuvre dans les liens intra-familiaux. Ces temps constituent des « étapes » dans le transfert, afin de reprendre certains éléments en faveur d'une mise en sens et d'une écoute croisée entre la famille, le jeune et le clinicien.

d. Méthode clinique analytique du transfert et contre-transfert

La méthode clinique analytique repose sur le principe de non-directivité des entretiens et le travail à partir de la libre associativité du sujet, les observations cliniques, sur les éléments transférentiels et contre-transférentiels résultant des entretiens psychologiques, individuels et familiaux. Ces entretiens sont réalisés sans prise de note directe, mais je réalise un compte-rendu dans leur après-coup. L'accompagnement évolue de manière individuelle, dans le respect de la singularité du sujet. Le rythme des entretiens est établi en accord avec le patient

et les parents en respectant une rencontre au minimum par mois. La durée des entretiens est de quarante-cinq minutes.

L'observation clinique et l'analyse du transfert et du contre-transfert me permettent de mieux comprendre les mécanismes psychiques qui sous-tendent la symptomatologie (ici l'hypersomnie), ce qui se joue dans la vie psychique du sujet et se déploie dans le lien et l'intersubjectivité. Ainsi, le référentiel psychanalytique constitue un cadre de recherche, par le recueil des données au plus près de la subjectivité du patient adolescent, puis la construction d'une problématisation et d'une élaboration théorico-clinique.

e. Utilisation de la méthode du Photolangage© :

Lors du dernier entretien de recherche, je propose à l'adolescent de prendre un temps pour revenir sur le travail et le cheminement réalisés à l'aide du Photolangage©. Initialement outil à médiation groupale, les échanges intersubjectifs par la pensée en images (par le biais de la photo), puis la mise en mots et enfin la mise en représentation des conflits psychiques « permettent d'accéder à une réalité inconsciente » (C. Vacheret, 2010, p. 13). Le Photolangage© est donc un objet médiateur malléable par « ses aspects transformationnels » en vue d'une subjectivation et d'une symbolisation des vécus du sujet en appui sur l'utilisation de la photo (C. Vacheret, 2000, p. 183).

Le dernier entretien prévoit de faire choisir au participant une ou deux photos pour favoriser l'émergence des affects et des représentations. C'est l'occasion de revenir avec le jeune patient sur son processus de soin, de raconter là où il en est par le biais de la photo : « retisser une pensée en image, réceptacle de contenus psychiques nouveaux » (Durastante et Joubert, 2013, p. 53). Cette pensée en image permet au sujet l'accès à son monde interne et d'activer les processus de liaison, de représentation dans une perspective de symbolisation. Le Photolangage© « trace le chemin qui conduit de l'image à la parole » (Kaës, 2000, p.7).

Pour le sujet, la figuration en image de ses représentations et ses désirs inconscients puis en mots, constitue pour le sujet un support et un objet de médiation mettant en perspective et en lien ce qui a été abordé lors de ces entretiens, et de vivre la fin de l'accompagnement psychologique. J'utilise cette médiation avec le participant comme outil pour revenir sur son rapport au sommeil, et enfin mettre en mots la séparation liée à la fin de la recherche. La fin

de l'accompagnement psychologique est aussi l'occasion, lorsque le sujet le demande, de proposer une orientation vers un Centre Médico-Psychologique ou un psychologue en libéral.

f. Restitution de la recherche

Une restitution de la recherche est proposée auprès de l'adolescent et de sa famille. Elle concerne les données issues de la recherche. Cette restitution est envoyée au participant à l'issue de la soutenance de la thèse de doctorat. Elle met ainsi en lumière certains des aspects et résultats globaux de la recherche, ainsi qu'un compte-rendu de l'accompagnement du participant et un bilan quant aux objectifs de la recherche, sur lesquels nous allons revenir à présent.

III.3. Postulat et objectifs de la recherche

Par le biais d'objectifs de recherche, nous souhaiterions mieux comprendre certains des aspects psychologiques de la personnalité des jeunes patients présentant une pathologie hypersomniaque.

Les objectifs de l'étude auprès des jeunes participants sont de développer et d'évaluer sur le plan psychologique (via les outils suivants : questionnaire, échelles et agenda du sommeil, dispositif d'entretiens psychologiques, Photolangage©) le rapport du sujet au sommeil, à son trouble et les évolutions quant à sa symptomatologie. Ce dispositif a ainsi/aussi pour finalité de permettre un meilleur accompagnement du patient, une autonomisation de celui-ci dans le processus de soin, et une meilleure prévention des troubles du sommeil chez l'adolescent.

Après cette revue des objectifs liés à la recherche, nous proposons de revenir sur la mise en place du recueil de données et leurs traitements.

III.4. Aspects méthodologiques de recueil et de traitement des données

III.4.1. Posture en recherche clinique

La situation clinique correspond à la rencontre singulière d'un individu avec un autre individu. La clinique du sommeil pose la question de l'articulation corps-psyché. Il s'agit là de saisir et de comprendre quel(s) lien(s) existe(nt) entre la vie psychique du sujet et le trouble fonctionnel qu'il vit en son soma. J'évoquerai tout au long de cette thèse l'approche psychodynamique qui fut un véritable outil d'investigation et qui m'a également permis de mener à bien cette recherche : la psyché est considérée comme étant en mouvement, et non pas déterminée. Je pars du fait que la vie psychique d'un individu n'est pas figée dans la normalité ou la psychopathologie (pour reprendre les travaux de Canguilhem, 1966).

L'écoute psychodynamique de l'hypersomnie en terrain médical se propose d'articuler les domaines de la médecine et de la psychologie clinique, afin de mieux comprendre les mécanismes psychiques, voire psychopathologiques qui sous-tendent le sommeil et ses troubles. L'articulation est aussi importante dans le dispositif que je tente de mettre en œuvre dans l'unité du sommeil (au sein de l'institution hospitalière) : il y a la partie médicale de tests du sommeil et l'espace de mon étude psychologique, laquelle s'inscrit sous la forme d'un suivi psychothérapique. Je tente de construire un espace « d'entre-deux », introduisant une tiercéité entre l'institution médicale, les sujets adolescents et leur famille, en tenant parfois le rôle de médiateur entre eux.

Je propose un dispositif sur-mesure, c'est à dire l'accueil du jeune et de sa famille tels qu'ils sont, au rythme qu'ils désirent, nous nous rencontrons le plus souvent toutes les trois semaines ou un mois, ce délai et cette forme de distance étant souvent demandés par le jeune ou les parents qui l'accompagnent. Cela amène à une co-construction entre le soignant et l'adolescent au plus près de ses besoins, à travers un suivi individuel (interne à l'institution ou non) permettant d'ouvrir un espace malléable et contenant de soin afin d'accueillir cette histoire inscrite dans le corps du jeune, mais aussi dans le corps familial.

Partant du postulat que le jeune n'est jamais seul, et qu'il traverse la période adolescente dans un environnement précis, j'ai choisi un dispositif d'accueil basé sur un étayage groupal, dans un groupe « du dedans », pour reprendre les termes de R. Kaës (1979, p. 11). En effet, la mise en place d'un véritable dispositif contenant et sur-mesure s'inscrit dans une perspective de reprise des vécus du jeune en souffrance, d'inscription ou de réinscription dans la cellule et le « corps familial » par le biais de scènes, et peut ouvrir sur un travail de subjectivation pour le jeune.

La « malléabilité » du cadre est également une des caractéristiques importantes dans le dispositif d'accueil (Roussillon, 1995). Le sujet peut ainsi prendre appui et s'approprier de façon subjective le cadre souple proposé par le clinicien. La prise en compte de l'histoire au sens large du jeune et de la groupalité du symptôme (Bleger, 1976) est également au cœur du dispositif proposé. C'est pourquoi les entretiens peuvent être individuels et/ou familiaux à d'autres moments, suivant le désir, l'évolution du jeune patient et la réalité des modalités de liens intersubjectifs.

Ma réflexion méthodologique porte donc sur l'étude psychodynamique du trouble du sommeil, de ses enjeux chez le sujet singulier comme parfois aussi chez son entourage, au travers de la mise en œuvre d'un dispositif psychologique innovant dans un service pédiatrique d'exploration du sommeil. Dans ce que j'ai pu observer, l'hypersomnie survient entre 13 et 14 ans en moyenne. Tous les jeunes confient que cela a eu des conséquences sur leur vie (scolarité, activités, vie relationnelle et familiale). La plupart d'entre eux n'investissent pas une activité extra-scolaire, et multiplient les retards et les absences à l'école. Ils sont souvent dans une année scolaire « charnière », par exemple en terminale ou en fin de cursus au collège. Dans ce passage d'un cycle de vie à un autre, ils se sentent souvent en décalage avec les autres, « là mais pas là ». La plupart d'entre eux témoignent d'un désir de trouver un lieu pour eux, une place où comprendre ce qu'ils vivent, qui ils sont, comment

être en relation avec d'autres. Ils se présentent souvent inhibés, comme coupés de leurs émotions et de leurs ressentis. Je fais l'hypothèse que la survenue d'une telle symptomatologie de troubles du sommeil lors de cette traversée adolescente, indiquerait par le biais de leur corps un message, un appel lancé à l'autre. Le corps se constituerait le relais de l'appareil psychique du sujet, alors en difficulté ou panne de symbolisation, à ce moment-là de son développement.

Cet espace de consultation sert donc de support d'expression par le jeune sur cette même scène du corps, dans une vision prenant en compte la subjectivité et le psychosoma du sujet. L'écoute psychologique à partir d'un cadre malléable et contenant permettrait en effet la prise en compte du sujet dans son unité somato-psychique, au-delà de la simple image ou manifestation « du corps malade ». Ces aspects méthodologiques permettant de mieux saisir notre démarche et nos références, nous souhaitons à présent détailler les procédures éthiques liées à cette recherche.

III.5. Aspects éthiques de la recherche

L'éthique concerne la mise en place de la recherche elle-même. J'ai effectué une démarche de déclaration de la recherche auprès de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé, pour obtenir un numéro de recherche déposé et effectuer une demande d'avis auprès d'un Comité de Protection des Personnes. Les Comités de Protection des Personnes (CPP) sont chargés d'émettre un avis préalable sur les conditions de validité de toute recherche impliquant la personne humaine, au regard des critères définis par l'article L 1123-7 du Code de la Santé Publique (CSP).

Les termes de « recherche impliquant la personne humaine » désignent, tout essai ou expérimentation organisé et pratiqué sur l'être humain, en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales. La loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 introduit la notion de « recherche impliquant la personne humaine », celle-ci remplace le terme de « recherche biomédicale ».

Les CPP se prononcent sur les conditions dans lesquelles le promoteur de la recherche assure la protection des personnes et notamment des participants, sur le bien-fondé et la pertinence du projet de recherche et sur sa qualité méthodologique.

L'avis favorable d'un CPP est indispensable, en plus de l'autorisation de l'Agence Nationale du Médicament et des Produits de Santé (ANSM), pour pouvoir commencer une recherche en

milieu médical¹⁰. Le protocole de la recherche a ainsi reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (C.P.P.) Sud-Est III lors de la séance du 9 août 2016 (avis présenté en Annexe N°6).

Au niveau de ma recherche, l'inclusion des patients se fait sur accord du médecin qui les suit dans le service, et qui constitue le premier contact pour les jeunes et leur famille après avoir été accueillis dans le centre du sommeil. Lors du premier entretien, j'accueille le patient et l'étude lui est expliquée (ainsi qu'à ses parents/tuteurs). Je soumetts ensuite la notice d'information aux parents/tuteurs, en vue de la signature par ceux-ci.

Présenter la recherche et informer le futur participant n'est pas un acte anodin. Il influe sur la relation entre le clinicien-chercheur et le sujet, dans le sens où le consentement éclairé du participant à la recherche scelle un contrat. Je suis consciente que cette démarche puisse engendrer des biais à la recherche. Je pense notamment au biais de séduction dans le transfert, le biais lié à l'engagement du participant (le fait d'être un bon objet), au regard du chercheur sur le participant.

Toutefois, la Recherche sur l'humain en France étant de plus en plus règlementée et de plus en plus supervisée, j'ai eu en effet obligation d'informer les patients que j'ai rencontrés de mon intention de réaliser une recherche sur l'hypersomnie à l'adolescence, de même que de réaliser une démarche de demande d'avis sur la recherche auprès d'un CPP. Le document à signer correspond à une notice d'information pour les participants à la recherche. Ainsi, ceux-ci pouvaient connaître les objectifs, les conditions de déroulement, leurs droits, le rapport bénéfice-risque de cette recherche en particulier. Cela devait être signé par au moins un des deux parents¹¹.

Je tenais également à réaliser un exemplaire pour l'adolescent, qu'il lirait et signerait s'il en était d'accord. Si cette signature ne trouve pas de légitimité vis-à-vis de l'aspect légal (la signature du mineur n'est en effet pas reconnue dans les recherches bio-médicales), elle peut représenter une valeur symbolique pour l'adolescent. Cela implique la reconnaissance du patient mineur comme acteur du soin, et même investigateur de son propre trouble du sommeil. Cette lecture et signature ouvrent, par une démarche active et incarnée, sur un

¹⁰ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/comites-de-protection-des-personnes-cpp>

¹¹ Les deux parents doivent pouvoir signer ce document, mais en pratique il ne nous a pas été possible de rencontrer les deux parents du jeune lors de la signature de la notice d'information.

engagement dans le soin psychologique pour l'adolescent. La recherche peut prendre aussi du sens pour lui vis-à-vis de la préoccupation, de la disponibilité et l'intérêt du clinicien-chercheur. L'engagement est donc établi de façon réciproque dans la relation soignante.

Je suis consciente des enjeux transférentiels liés à la signature d'un consentement à la recherche pour les participants. Le clinicien est dans une position d'attente vis-à-vis au matériel clinique, et le sujet se prête à la recherche en tant que « bon objet » dans l'espoir d'ouvrir de nouveaux horizons quant à sa symptomatologie peu connue. Les biais liés à l'information donnée aux participants sur cette recherche ont donc été évalués, et j'ai fait le choix éthique de la transparence et du respect des droits des patients.

Après avoir évoqués les aspects méthodologiques de la recherche, nous allons débiter la présentation des patients participant à la recherche, puis des cas cliniques choisis pour la thèse.

III.6. Présentation du public de recherche :

Comme précédemment évoqué, la population désignée pour ce type de recherche concerne les adolescents filles et garçons âgés de 13 à 18 ans qui sont hospitalisés dans le Centre du sommeil pour une suspicion du trouble d'hypersomnie.

III.6.1. Critères d'inclusion des participants à la recherche

Durant la recherche, j'ai choisi de retenir des sujets qui présentaient une somnolence diurne excessive, liée à une hypersomnie diagnostiquée ou non, associée avec d'autres troubles du sommeil, car je souhaitais étudier ce phénomène de façon générale, et non seulement limiter la recherche aux participants diagnostiqués avec une hypersomnie sans cause médialement connue. Ensuite, il apparaît dans le choix de ces participants des adolescents filles et garçons, car je voulais faire apparaître comment la symptomatologie survient chez les deux sexes, et tenter d'écrire une analyse comparative des résultats recueillis auprès d'adolescents filles et garçons.

J'ai également choisi de retenir des participants prenant ou non un traitement médicamenteux, afin de mettre en perspective les effets éventuels de la mise en place d'un accompagnement psychologique au long-cours auprès de ces jeunes.

Enfin, j'ai retenu des sujets rencontrés en hospitalisation ou qui ont pu être adressés par la médecin du sommeil. Cela m'a permis de mettre en lumière ce qui s'est joué dans la rencontre avec le sujet, ainsi que la question de l'accès au soin psychique, ceci à différentes phases de son processus de soin.

Ces critères d'inclusion permettent donc une approche descriptive, et *a fortiori* comparative de l'hypersomnie.

III.6.2 Présentation des participants à la recherche

J'ai mené une étude sur un panel de 20 participants (soit 11 adolescents et 9 adolescentes), dont 8 en accompagnement psychologique, de 6 à 18 mois selon la date de la première rencontre. La demande de l'adolescent n'étant pas formulée verbalement comme une demande de soin, il s'agit souvent d'une plainte d'ordre somatique, d'un trouble « transparent » qui handicape le sujet et mobilise beaucoup la famille. La démarche de demande de soin est un processus long à mettre en place, témoignant d'une temporalité psychique écrasée, « hors du temps ». Il s'agit alors de repérer ce qui, dans les signes infra-verbaux, notamment du corps, est en faveur d'une demande. Lorsque je rencontre ces jeunes, certains sont dans une forme d'errance au sein d'un monde médical qu'ils ressentent comme mal défini, et ce depuis plusieurs mois, parfois des années. J'interviens après discussion et orientation du médecin du sommeil référant, du psychologue remplaçant, ou directement en hospitalisation en proposant au patient une étude sur l'hypersomnie.

Après cette brève présentation du public de recherche, explorons comment se manifeste cette symptomatologie au regard de données recueillies et d'extraits cliniques issus de la rencontre entre le patient adolescent et une clinicienne-chercheuse.

III.6.3. Résultats de l'étude comparative

Les résultats et tableaux présentés ci-dessous proviennent du questionnaire soumis à vingt adolescents (11 garçons et 9 filles) accueillis dans un centre du sommeil (les tableaux sont également présentés en Annexe N°7).

a. Résultats issus des questionnaires soumis aux participants à la recherche :

Les résultats mettent en évidence l'âge de survenue du trouble hypersomniaque à environ 13ans, avec un âge plus grand pour les filles (14,33) que les garçons (13,1). La gêne et une difficulté d'attention conséquentes à ces troubles sont exprimées par tous les jeunes interrogés, avec une moyenne supérieure chez les filles (3,37 ; 2,54) que chez les garçons (2,87 ; 2,16). Les résultats mettent en évidence que la majorité des sujets ne prennent pas de traitement médicamenteux (11 Non < 9 Oui).

Tableau 1

Le tableau présente l'âge de survenue du trouble hypersomnie chez les adolescentes filles et adolescents garçons ainsi que la moyenne d'âge totale.

Sujet	Filles	Garçons	Moyenne
Âge	14,33	13,1	13,68

Tableau 1 : Age moyen d'apparition de l'hypersomnie

Tableau 2

Le tableau présente la moyenne de gêne occasionnée (sur une échelle de 0 à 5) par l'hypersomnie et la difficulté de concentration chez les adolescents filles et garçons ainsi que la moyenne générale.

Sujet	Gêne occasionnée (de 0 à 5)	Difficulté de concentration (de 0 à 5)
Filles	3,37	2,87
Garçons	2,54	2,16
Moyenne	2,89	2,5

Tableau 2 : Gêne occasionnée et difficulté de concentration

Tableau 3

Le tableau présente le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons prenant un traitement médicamenteux au cours de la prise en charge de leur hypersomnie, et le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons qui ne prennent pas de traitement médicamenteux.

	Prise de traitement médicamenteux	Pourcentage
Oui	9	45
Non	11	55

Tableau 3 : Prise de traitement médicamenteux

Tableau 4

Le tableau présente le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons témoignant de leurs relations familiales satisfaisantes, non satisfaisantes ou qui ne se prononcent pas sur les relations familiales.

Dans la sphère sociale, le questionnaire soumis révèle que 35% estiment avoir des difficultés à être en lien avec les autres (pairs) et 50% ont des relations familiales jugées « non satisfaisantes ».

	Qualité des relations familiales	Pourcentage
Satisfaisantes	7	35
Non satisfaisantes	10	50
Ne se prononcent pas	3	15

Tableau 4 : Qualité des relations familiales

Tableau 5

Le tableau présente le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons qui jugent leurs relations amicales satisfaisantes, non satisfaisantes ou qui ne se prononcent pas sur les relations amicales.

	Qualité des relations amicales	Pourcentage
Satisfaisantes	9	45
Non satisfaisantes	7	35
Ne se prononcent pas	4	20

Tableau 5 : Qualité des relations amicales

Tableau 6

Le tableau présente le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons présentant des antécédents médicaux. Dans cette population, 70% présentent des antécédents médicaux (asthme, ostéogondrite, traumatisme crânien, épilepsie, purpura, mononucléose) et 65% ont des antécédents médicaux familiaux.

	Antécédents médicaux	Pourcentage
Oui	14	70
Non	6	30

Tableau 6 : Antécédents médicaux

Tableau 7

Le tableau présente le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons qui présentent des antécédents médicaux familiaux (parents et/ou grands-parents). On observe ainsi que 65% d'entre eux reconnaissent avoir eu des antécédents médicaux dans leur famille - dans la deuxième ou troisième génération - contre 35% qui n'en reconnaissent pas.

	Antécédents médicaux familiaux	Pourcentage
Oui	13	65
Non	7	35

Tableau 7 : Antécédents médicaux familiaux

Ces premières données nous permettent donc de mettre en lumière certaines caractéristiques propres à ces adolescents souffrant de somnolence diurne excessive.

Ce trouble du sommeil survient à l'adolescence chez la totalité des sujets, à 13ans en moyenne. Tous décrivent une gêne et une difficulté d'attention conséquentes à ces troubles. La majorité des sujets ne prend pas de traitement médicamenteux (11 Non < 9 Oui), présente des difficultés scolaires et ne fait pas d'activité extra-scolaires. Parmi ces jeunes, 30% ont des difficultés à être en lien avec les autres (pairs), 50% ont des relations familiales jugées « difficiles » (conflits) et 70% présentent des antécédents médicaux (affection de type asthme, ostéogondrite, traumatisme crânien, épilepsie, purpura, mononucléose), et 65% depuis une ou deux générations (affection de type cancéreuse, diabète, Alzheimer, accident, troubles du sommeil).

Concernant leur anamnèse, des résultats peuvent être avancés : 35% sont nés dans des conditions difficiles (difficulté lors de l'accouchement, séparation avec mère ou père, ou encore état dépressif de la mère post-partum), 40% déclarent avoir eu une enfance difficile, notamment dans les relations sociales et familiales, et 35% sont dans une famille qui s'est réorganisée depuis leur naissance (divorce ou séparation et remariage).

Enfin, leur parcours scolaire a également été impacté car 60% le décrivent comme difficile (notamment à l'arrivée au collège, temps qui précède l'apparition de l'hypersomnie).

b. Résultats des échelles soumises aux participants à la recherche :

Durant la recherche, 8 adolescents parmi les 20 (3 filles et 5 garçons) ont accepté de participer à un suivi psychologique au long-cours.

En débutant l'accompagnement, les patients ont réalisé des passations d'échelles pour évaluer leur état psychologique (échelle de dépression, leur préférence de temps d'activité, leur fatigue et capacité de somnolence. Les résultats des échelles mettent en évidence certaines tendances, qui ne sont toutefois pas généralisables ni concluantes. Ces données quantitatives peuvent néanmoins servir de repères. La majorité des jeunes présente un état de type dépressif (62,5%), dont une plus grande propension chez les adolescentes filles (17,16% contre 13,9 chez les garçons).

Les résultats au test de somnolence révèlent que les jeunes estiment être matinaux, dont 25% avec une somnolence diurne excessive, et 25% avec une dette de sommeil. Les résultats au

test de Matinalité-Vespéralité montrent que la totalité des patients se sent plus concentrée et efficace dans les activités matinales (100%) que vespérales (0%).

c. Premières hypothèses de travail

A partir de ces premiers résultats et estimations, plusieurs questionnements émergent : D'où viennent ces jeunes en proie au sommeil en excès ? Quelles données et premières caractéristiques pouvons-nous dégager ?

Tout d'abord, nous pouvons proposer plusieurs constats :

L'hypersomnie surgit dans la vie de l'individu à l'adolescence, période de crises et de remaniements, tant sur le plan somatique (les cycles du sommeil du jeune), que sur le plan psychique. Ce surgissement de la symptomatologie hypersomniaque serait en lien avec un contexte de pathologie somatique (ou en après-coup), qu'elle soit individuelle ou collective ;

Dans la vie quotidienne, ce trouble du sommeil affecterait l'individu et son environnement, notamment sur le plan de ses capacités cognitives et sociales ; l'hypersomnie a également une composante affective, car elle survient lors du passage adolescent, où des enjeux liés à la reconstruction identitaire et à la séparation/individuation sont à l'œuvre. Elle viendrait révéler la problématique de la séparation dès le plus jeune âge (naissance dans des contextes fragiles et difficiles), puis à travers de multiples ruptures (conjugale, familiale) et des réorganisations.

Cette problématique pourrait avoir des effets pour ces jeunes dans les relations subjectives, à savoir qu'il leur est difficile d'établir un lien avec l'autre, a fortiori dans le contexte du trouble du sommeil. Nous faisons l'hypothèse qu'il y aurait un lien entre la survenue de l'hypersomnie et des difficultés sociales et familiales réactivées ou réactualisées à l'adolescence. Comme le témoignage de ses jeunes patients l'indique, la survenue de l'hypersomnie serait liée à un contexte de souffrance psychique, masquant souvent un état dépressif ou qui prendrait forme dans le sommeil excessif.

De plus, les témoignages de ces jeunes patients traduisent une confusion quant à leur vie d'avant l'apparition des troubles du sommeil ; certains ressentent un trouble à l'allure informel, et ce depuis plusieurs années. Ils témoignent alors d'une difficulté à être eux-mêmes. Lorsque le diagnostic est posé en faveur d'un hypersomnie idiopathique (sans cause

biologique connue), les jeunes et leur famille se sentent en proie à un vide, à un isolement, mais également à beaucoup de colère mêlée d'incompréhension.

Comment aborder dans ce contexte « l'après-diagnostic » ? Nous allons continuer notre réflexion et confirmer ou infirmer certaines de ces hypothèses, en présentant ici les données cliniques issues de l'accompagnement psychologique de quatre adolescents (1 adolescente et 3 adolescents) accueillis au centre du sommeil et examinés pour une hypersomnie.

Nous avons choisi ces quatre cas cliniques pour répondre à la problématisation de thèse, car ces patients ont pu bénéficier de la mise en place du dispositif psychologique au long cours, dans une forme continue et ce, durant plusieurs mois. Ceci nous a permis d'observer une évolution de leur état somato-psychique et d'analyser un matériel clinique conséquent et varié quant à la symptomatologie hypersomniaque.

III.6.4. Choix des cas cliniques

Le choix de ces quatre cas cliniques fut celui de la diversité : des adolescents garçons et filles aux âges et histoires de vies différents, et qui ont suivi un parcours de soin distinct. Il nous a semblé intéressant de pouvoir rendre compte d'un certain nombre de données, que ce soit au commencement de la recherche avec Laura, ou au fil de notre intervention dans l'institution comme pour Gabi, Tim ou Jean. Décrire les accompagnements d'une adolescente et de trois adolescents rend compte selon nous de la représentation proportionnelle des jeunes rencontrés en rapport avec leur genre (une majorité d'adolescents garçons rencontrés dans le cadre de la recherche) et de leur désir de participer à la recherche : une majorité d'adolescents garçons était volontaire, contre une minorité d'adolescentes. Il nous a également paru important d'explorer, par l'étude de ces quatre cas, en quoi consiste le rêve lucide, et d'interroger la survenue de l'hypersomnie au regard des enjeux liés à l'identitaire. Enfin, nous avons fait le choix de vous proposer l'histoire de Jean, qui renvoie à la complexité des troubles du sommeil, puisqu'il fut initialement accueilli pour une « parasomnie » et plus précisément un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) associé à une hypersomnie.

IV. PRESENTATION CLINIQUE

IV.1. L'histoire de Laura¹²

IV.1.1. Première rencontre

Laura est la première patiente que j'ai¹³ rencontrée dans le cadre de ma recherche. J'ai souhaité présenter ici son histoire, ainsi que son accompagnement psychologique qui s'est déroulé jusqu'à la fin de la recherche, durant donc dix-huit mois (les comptes rendus d'entretiens sont présentés en Annexe N°8).

Je reçois Laura accompagnée de sa mère sur orientation du médecin du service. C'est une jeune de 18 ans, suivie depuis un an par une pédiatre et qui avait initié un travail auprès de la psychologue du service, lequel s'est arrêté après le départ de celle-ci. Laura me renvoie l'image d'une petite fille aux grands yeux interrogateurs, se tenant les épaules affaissées.

Lorsqu'elle avait 16 ans, les crises d'hypersomnies sont apparues dans sa vie. Ce n'est que quelques-mois après, à son arrivée à l'hôpital, qu'une suspicion de syndrome de Kleine-Levin¹⁴ a été évoquée puis l'exploration de son trouble du sommeil s'est poursuivie dans un autre Centre du sommeil agréé à sa majorité. La jeune femme vit actuellement avec ses parents et un grand frère âgé de 21ans.

Elles s'installent toutes deux face à moi, puis la mère débute le récit de l'histoire de sa fille : elle a appris tardivement sa grossesse, vers deux mois et demi. Laura est née à terme à 1kg 800, sa mère dit « mon placenta ne l'alimentait plus ». Laura est donc restée en couveuse quinze jours puis est rentrée chez elle avec ses parents et son grand frère.

Laura prend la parole et me décrit une enfance bonne, elle se souvient seulement d'un accident en tout début de maternelle, où elle est tombée et a eu un trauma crânien à la suite de sa chute. Elle en garde des souvenirs qui lui reviennent tels des « flashes ».

¹² L'adolescente a été renommée conformément à la mesure de confidentialité des données de recherche.

¹³ Le « Je » est utilisé pour différencier ce qui a trait au positionnement dans la clinique, du « Nous » pour débiter, discuter et conclure le propos de la chercheuse.

¹⁴ Le syndrome de Klein-Levin est une affection neurologique rare caractérisée par des épisodes récurrents d'hypersomnie, des troubles cognitifs et des troubles du comportement (alimentaire et sexuel, notamment) plus ou moins marqués.

Laura a toujours été autonome dans son travail, et a commencé l'équitation à 9ans jusqu'à l'âge de 17ans, date où les crises d'hypersomnies ont été trop handicapantes pour elle.

Avant ce qu'elle nomme « les crises », elle décrit des moments où elle présentait des migraines (dont l'étiologie serait génétique après examens), antécédent présent dans la famille de son père.

Elle décrit l'apparition de ses troubles du sommeil, qui se manifestent sous la forme de crises de cinq ou six jours. Le premier jour, son sommeil s'étend de 23h/24, puis le sommeil se réduit pour des nuits de dix heures. Durant ces crises, Laura ne parle pas à sa famille ou son petit ami, ne regarde pas si quelqu'un l'a appelée, elle exprime le fait que « c'est une bataille » avec son corps, cette maladie que personne n'explique. Elle est dans une forme de « combat » avec elle-même. Elle décrit des rêves lucides durant ses heures de sommeil, des rêves où elle est consciente. Sa famille s'efforce d'être là, et le grand frère part chez sa copine à chaque crise « pour rester tous les trois ».

Laura reconnaît la fin des crises à des cauchemars qu'elle fait à chaque fois. Les crises sont survenues 8 fois l'année dernière (où elle prenait un premier traitement de psychostimulant), puis 3 cette année (la dernière date d'il y a six mois). Elle ajoute avoir commencé un nouveau traitement médicamenteux au lithium pour rester éveillée. Je lui demande si elle lie ces crises à certains événements, elle répond qu'elle ne voit pas de lien, sa mère intervient pour dire que lors de la dernière crise, toute la famille s'apprêtait à partir en vacances, mais le jour J, Laura ne s'est pas réveillée.

Ces crises ont eu beaucoup de conséquences, comme son redoublement de 1ère au lycée. D'un autre côté, sa mère dit qu'elles sont maintenant plus proches qu'avant toutes ces difficultés. Je suis quelque peu déçue par cet élément, imaginant ce qui peut relier la mère avec l'endormissement excessif de sa fille. Toutes deux m'assurent que Laura va bien mieux depuis la prise en charge, l'adolescente considérant que ses troubles la gênent moins qu'avant, notamment dans la sphère scolaire.

IV.1.2. Une « ado-bulle »

Au cours des entretiens suivants, je propose à Laura de la recevoir seule ce qu'elle accepte. Elle décrit une crise d'hypersomnie d'une semaine durant les fêtes de Noël, et a le sentiment d'avoir perdu du temps de vacances, notamment pour s'avancer dans son travail.

Elle exprime également des difficultés dans sa relation avec son petit ami, les crises les amènent à se disputer souvent, elle s'interroge quant à une possible séparation. Elle ne semble pas parvenir à se représenter le lien qui l'unit à lui.

Puis, l'adolescente revient sur sa dernière crise d'hypersomnie : cette crise a duré sept jours, et ne s'est pas soldée par un cauchemar (répétitif ou une personne est dans sa chambre, menaçante), en revanche il y a eu des rêves où elle était « consciente ». Elle témoigne également de sa gêne quant à sa symptomatologie et la perte de temporalité : « Je ne me rappelle pas de ma vie avant les crises, c'est comme si je portais cette maladie depuis toujours », dit-elle avec émotion. A ce moment, j'observe qu'elle a du mal à respirer, sa respiration s'accélère comme une sorte d'asthme. Elle me confie arrêter son traitement à chaque crise, car elle n'a pas la force de le prendre.

Elle est contrariée par son orientation, il ne lui est pas facile de faire des choix, de se séparer d'avec ses parents, ce qu'elle ressent comme un déchirement pour eux. Je ressens de la colère, est-ce en lien avec ce qu'elle semble réprimer en elle alors qu'elle me parle de son sentiment d'étouffement ?

Je lui propose de participer à l'écriture d'un agenda de veille, qui sera notre fil rouge, et qui mettra en avant les représentations qu'elle a de son sommeil, même lorsqu'elle n'est pas en « crise ». Elle accepte cet engagement.

J'invite souvent la mère de Laura à nous rejoindre à la fin des entretiens. Cela permet de faire circuler la parole entre les membres de la famille, et la mère fait part de sa déception de ne pas avoir pu fêter Noël en raison de la crise d'hypersomnie de sa fille, tout en ponctuant « mais le docteur se doutait que Laura ferait une crise d'ici la fin de l'année ! ». La mère de Laura dépose ses inquiétudes dans l'espace d'écoute psychologique.

Je ressens peu à peu une alliance et la naissance d'un lien dans la rencontre, surtout avec Laura qui semble plus investie dans le transfert, témoignant plus d'affects même si ceux-ci me semblent encore très inhibés.

Cela fait trois mois que je suis Laura. L'adolescente est souriante, semble détendue. Elle s'investit dans la tenue de son agenda du sommeil et le commente : « Ici, c'était une semaine de cours, j'ai fait un cauchemar ». Elle décrit celui-ci par une dispute entre elle et une très bonne amie qui est actuellement en couple avec le jumeau du petit ami de Laura. Elle

explique que ce mauvais rêve est en rapport avec le conflit qui oppose les deux adolescentes. L'amie de Laura est dans une forme de rivalité avec elle, tout comme celle entre les frères jumeaux.

Puis, elle associe avec le contexte familial qui semble s'être apaisé : durant les vacances, elle est partie une semaine avec ses parents et une semaine avec ses amis. Elle semble ravie mais également étonnée de l'écoute de sa mère vis à vis de ses envies : « elle fait des efforts » me dit-elle, en ajoutant que ses parents partent de plus en plus en week-end tous les deux, laissant à Laura la possibilité d'expérimenter la solitude. Au départ, Laura se demandait ce qu'elle pourrait bien faire toute seule, elle angoissait d'ailleurs se retrouver seule. Elle organisait des rencontres avec des amis.

Laura est très étonnée que sa mère prenne en compte ses projets d'étude-et donc d'émancipation- : « Ma mère m'a même demandée quand je voudrais partir en vacances cet été pour avoir le temps de trouver mon propre appartement ». Elle semble émue et satisfaite à la fois. Je ressens une réflexivité chez l'adolescente et lui fais part de ceci, ainsi que la diminution de ses crises d'hypersomnie.

Un mois plus tard, elle revient sur les deux dernières années passées au lycée, sur ses absences à certaines rentrées car elle avait fait des « crises » pendant les vacances. Je m'interroge quant à cette temporalité. Elle me parle de sa fatigue, de son tiers temps précieux pour se concentrer et terminer ses épreuves préparatoires au bac. Elle évoque également sa relation à son corps, ce corps qui n'a cessé de changer, lui apparaissant parfois étranger, parfois familier. Elle reprend l'exemple de son acné en disant « j'en ai presque fait une maladie ! ».

L'adolescente revient sur l'intime de ses nuits, des nuits qu'elle juge « bizarres », avec des cauchemars et où elle est « toute perdue » en se réveillant. Lorsque l'adolescente décrit un épisode de confusion lors d'un réveil récent, elle indique avoir reconnu son frère plutôt que son petit ami dans son lit. Une indifférenciation qui me rappelle la gémellité du petit ami, et la notion de miroir que Laura avait évoqué lors de la troisième séance.

Sur le plan médical, Laura souhaite arrêter son traitement (qu'elle a déjà diminué) et revient sur l'image de son corps déformé selon elle depuis la puberté. Je me questionne sur ce poids

du corps : que porte Laura en elle ? J'entends cette douleur comme une angoisse qui surgirait dans le même temps que l'accès au corps sexuel mature, et à une identité sexuelle définie.

Parallèlement, Laura ne fait plus de crise d'hypersomnie. Cependant, son sommeil est encore instable. Elle raconte avoir diminué le traitement, mais aussi la peur que cela revienne, surtout durant les vacances (des périodes où ses crises se déclenchaient). Toutefois, elle se sent mieux et a le sentiment que cela a un impact sur son corps. Je lui demande à quoi est-elle attentive en ce moment. Elle répond être à l'écoute de son corps lorsqu'elle se sent fatiguée.

Elle exprime son besoin d'être soutenue par ses parents dans ce qu'elle fait-notamment sa préparation de baccalauréat- et qu'on lui fasse confiance.

Elle a également plus confiance dans l'image qu'elle renvoie, elle est plus à l'aise dans son corps. L'adolescente mesure cette évolution : « Si je regarde, il y a un an, je faisais tout le temps des crises, je n'arrivais pas à penser à moi, à me projeter. Maintenant, je me sens bien, et même s'il y a un risque, je fais attention ». J'entends cette possibilité de prendre soin d'elle. Je me fais la réflexion qu'elle se pose et pense, après s'être réveillée de cette mise en sommeil. Concernant ses projets pour l'avenir, Laura ne veut pas se projeter trop vite : « D'abord je dois décrocher mon Bac, ce serait la libération ! » Je lui demande ce que cela signifie : « J'aurai ma vie, les études que j'aurai choisies ! Finalement, le redoublement scolaire a eu du bon, et puis, je me sens plus mature, je sens un décalage avec les petits du lycée, j'ai envie d'en partir... ».

Laura se sent déjà ailleurs, en transition vers l'âge adulte ? Je lui fais également part de son évolution, mais aussi des ressources qu'elle semble identifier, qui lui permettent d'être là et de faire ce travail psychologique ici.

IV.1.3. Du lieu d'appartenance au lieu pour soi

Deux mois plus tard, Laura me contacte par e-mail ainsi que la médecin-pédiatre qui l'a suivie jusqu'à ses dix-huit ans. Elle nous fait part de l'obtention du baccalauréat et nous remercie pour notre soutien.

Je suis agréablement surprise par la faculté de Laura à « s'être remise au travail », y compris dans la sphère scolaire, où elle semble avoir repris la main. Je lui réponds et la félicite dans l'attente de notre prochain entretien.

Lors de l'entretien qui suit, Laura revient sur cette étape franchie : « Malgré le nombre de points à rattraper, j'ai eu mon bac ». Me revient l'image que je ressentais au début de l'accompagnement, celle d'une adolescente qui ratait le train, ou le prenait en marche. Cette fois-ci elle l'a pris, elle est même arrivée dans le wagon où sa place l'attendait, et je me dis que ce sommeil était nécessaire pour prendre le bon train.

En effet, elle sort de la visite d'un appartement. Elle a l'opportunité de vivre avec une amie et sa grande sœur. Elle explique sa difficulté à se projeter dans cet appartement, elle est hésitante, cherchant ses mots et marquant des silences.

Avant d'avoir cette proposition, elle avait décidé d'aller dans son université en voiture et en train, de faire les trajets. Mais maintenant, elle se dit que c'est peut-être mieux d'être sur place. Elle tente de se rassurer en énonçant les personnes qui pourraient être là pour elle l'année prochaine.

Elle revient sur sa participation à un rassemblement avec des personnes atteintes du syndrome de Klein-Levin. Elle me dit que cela a été un temps fort, ainsi elle a pu s'exprimer et se rendre compte qu'elle n'était pas seule à éprouver des difficultés. Elle a cependant observé un décalage dans le fait qu'elle n'a pas fait de crise depuis bientôt un an, contrairement aux autres présents qui souffrent actuellement des effets de la maladie. Laura témoigne du chemin parcouru, elle a pris de la distance et que la situation de « crise » de ces patients la touche.

J'invite alors ses parents à nous rejoindre à la fin de l'entretien comme cela était prévu. Les parents m'expliquent qu'ils vont bien, ils ont eu des vacances. Ils sortent d'une visite d'appartement pour Laura, une bonne solution selon eux. A cet instant, Laura semble perdue, elle a du mal à s'exprimer. Je ressens une vive émotion partagée entre les trois membres de la famille lors de l'évocation de la séparation prochaine. Je nomme alors le fait que c'est difficile pour Laura de partir, tout comme pour les parents de voir leur fille s'en aller. Laura et sa mère se regardent alors, et laissent venir l'émotion de ce changement dans leur vie. Elles pleurent. Laura rit et dit à sa mère : « Tu m'énerves ! ». J'exprime combien il est normal de laisser sortir ses émotions, que le contraire serait étonnant (que Laura n'éprouve rien...). Je suis moi-même émue et soulagée par ce qui peut se partager dans l'expérience de la séparation, d'observer que Laura arrive à adresser à sa mère un affect de colère, irreprésentable jusqu'alors.

Le père précise « C'est sûr que si elle partait vivre loin, ça aurait été très dur. Mais là, on sait qu'elle n'est pas loin et elle aussi ». J'exprime que nous la soutenons avec ses parents, et décris une nouvelle fois les ressources qui la poussent à prendre de nouvelles décisions. Nous décidons alors de nous revoir l'année prochaine, chose qui sera facilitée par la courte distance d'avec le logement de Laura.

IV.1.4. « Dans ces moments-là, je me retire en moi »

L'adolescente m'écrit un mois plus tard pour demander un nouvel entretien. Elle évoque le fait qu'elle n'ait pas pris d'appartement, qu'elle a des difficultés pour trouver du temps pour venir en entretien. Finalement, rendez-vous est pris durant les vacances, sept semaines plus tard. Lorsque nous nous retrouvons, Laura semble un peu morose : « Ça va, c'est la routine », dit-elle. Elle parle de sa vie en ce moment, des aller-retours à l'Université pour y suivre les cours. Laura ne sort plus, elle reste chez elle généralement le week-end, et va à l'occasion dans le chalet de ses parents en montagne, avec eux ou son petit ami, comme la dernière fois il y a quelques semaines. Elle exprime que c'est plus par flemme que par rapport à d'éventuelles crises.

Laura semble coupée une nouvelle fois de ses affects, ne parlant pas de ce qu'elle ressent. Son discours factuel semble faire écran à certaines contrariétés, comme sur son visage quelque peu figé. Je m'interroge sur ce qui ne l'autorise pas à exprimer ce qu'elle ressent. La parole semble si difficile lors de cette séance que je me mets à lui poser des questions sur la vie chez elle. Elle dit qu'il y a actuellement des conflits avec ses parents, notamment à cause de son irritabilité : « Je me plains et je le montre », dit-elle. Elle parle alors de sa bande d'amis à l'Université, ceux qui ne viennent pas toujours en cours, et demandent alors à Laura, qui elle y reste, de noter leur présence à leur place.

Elle précise que ce n'est pas tellement cette action, qui la gêne, mais plutôt le fait de se retrouver seule : « C'est pas sympa », dit-elle. Elle rit. Je lui demande ce qu'elle ressent à propos de cette situation. Elle me répond qu'elle ne comprend pas, et j'observe pour la première fois l'expression d'une colère chez Laura. Je lui fais remarquer et elle ajoute « Je suis trop gentille ». Je reviens sur l'importance de partir d'elle-même, de ce qu'elle ressent, de ce qu'elle désire. Je suis par ailleurs assez rassurée d'avoir perçu des affects de colère chez elle.

Cela fait à présent un an que nous avons débuté un accompagnement psychologique. Laura passe les fêtes en famille, malgré un sommeil agité. Elle sort et teste une soirée en boîte de nuit pour l'anniversaire d'une de ses amies : « Normalement je n'ose pas trop...mais là je me suis dit que mon amie aurait 20 ans qu'une fois et que j'ai moi-même 19 ans, je peux aussi faire des choses. Mais cette décision a été compliquée à prendre, je ne savais pas si je devais rentrer ou pas jusqu'à ce que je décide de rester. Je suis restée et durant cette soirée, quelque chose que j'avais en moi depuis au moins six mois est sorti ». Je lui demande des précisions quant à ce « quelque chose ». Elle explique qu'elle s'est beaucoup amusée et qu'elle ne regrette pas cette soirée même si elle a été fatiguée après. Souvent après certaines soirées, elle est tombée malade, mais que cette fois-ci cela ne s'est pas produit.

J'associe cette « maladie » avec les crises d'hypersomnies, qui ne se sont plus produites depuis plus d'un an. Elle décrit des moments dans la journée où elle est prise d'un manque de sensations (comme le toucher ou l'odorat) et dit « Je me retire en moi ». Elle ne sait pas d'où cela vient mais cela date d'avant le changement de traitement. Elle pense d'ailleurs continuer son traitement, et se questionne beaucoup sur ses sensations.

Je pense alors au lien avec le refuge dans le sommeil. Je lui demande ce qu'elle ressent lorsque cela arrive : « Je suis anxieuse, plus quand je ne suis pas chez moi, je suis comme dans une bulle ».

A ces mots, j'entends le sommeil long et profond comme un mécanisme de défense, peut-être une inhibition, mais face à quoi ?

Je lui demande d'où vient, selon elle, cette anxiété. Elle répond qu'elle ne sait pas. Je lui demande alors si quelqu'un d'autre est anxieux dans son environnement proche. Elle répond que sa mère n'a jamais été sereine quant à elle. Elle est plus tranquille avec son grand frère, elle ne comprend pas spécialement pourquoi. Laura associe sur l'activité de gymnastique qu'elle a pratiqué de 9 à 11ans, date à laquelle elle a décidé d'arrêter car la notion de compétition ne lui convenait pas. Je ressens que Laura commence à interroger et à analyser certaines de ses réactions défensives, en lien avec ses relations familiales.

IV.1.5. Comme un écho

Trois mois plus tard, j'observe à l'aide de l'agenda du sommeil qu'elle dort assez bien : « C'est pas mal », dit-elle, non sans une certaine satisfaction.

Elle évoque la difficulté de tisser du lien et ses relations avec ses amis, le fait qu'elle ne soit pas forcément attirée par les mêmes choses que les jeunes de son âge. Elle aime aller à la montagne, passer du temps avec ses parents avec lesquels cela se passe mieux.

Laura associe alors avec les moments où elle se replie et dit se retrouver en elle-même, lorsqu'il y a du monde autour d'elle, contrairement aux temps où elle est chez elle, au calme. Elle demande s'il existe un lien entre une anxiété et cette impression. Je lui retourne la question : « Qu'est-ce que tu en penses ? – Peut-être. Des fois je suis là mais pas là en même temps... », dit-elle. Elle situe le début de ces moments d'anxiété lors d'une après-midi où elle était chez elle et où elle a alors « halluciné » d'avoir vu/entendu quelqu'un hors de la maison. Elle s'est alors levée du canapé où elle était installée et a fermé les volets.

A ces mots, je me rappelle ce qu'elle a dit précédemment de sa mère qui n'a jamais été tranquille avec elle. Je demande alors à Laura si elle peut décrire l'enfance et l'adolescence de sa mère. Sa mère lui a raconté une enfance avec un cadre très strict, puis lorsqu'elle a eu son bac et qu'elle est venue étudier à la ville, « Ma mère m'a raconté qu'elle avait vécu des moments de solitude durant les temps de pause à midi. Elle était seule à errer dans la ville...elle m'a dit ensuite qu'elle ne voulait pas que je vive ça ».

Je perçois une grande angoisse d'être seule (abandonnée ?) non seulement chez Laura, mais également chez sa mère. Je ressens alors une sensation soudaine : j'entends un écho en parlant avec Laura, un écho qui bourdonne dans mon nez. J'ai tout à coup l'impression de parler dans un micro, avec une sensation désagréable. Je me fais la réflexion : « Cette seconde voix qui vient d'en haut ne peut pas s'arrêter de se manifester !? ». J'ai l'impression d'avoir déjà ressenti cette sensation lors d'autres entretiens avec Laura, à laquelle je n'avais pas porté d'attention, mais à présent cela me questionne quant à mon contre-transfert. Serait-ce une manifestation de la notion du double venant rappeler la gémellité du côté de la relation mère-fille cette fois-ci ? Un écho à une voix plus lointaine ? Ces éléments peuvent-ils prendre sens quant à la difficile séparation mère-fille et la possibilité de trouver une place et une parole individuées pour Laura ?

Je tente alors de me représenter la détresse que vit parfois l'adolescente, et qu'a pu vivre la mère de Laura à l'âge de sa fille, détresse qui n'a pu se dire, sinon de se « réveiller » et de se manifester au moment où sa fille quitte peu à peu le cocon familial.

Je reviens sur l'avenir et sur également la poursuite du travail que nous faisons ensemble. J'encourage Laura à privilégier la continuité, avec un autre thérapeute, ce à quoi elle semble plutôt encline.

La jeune patiente s'interroge sur ses relations aux autres, elle décrit des moments où elle sent un décalage entre elle et les autres : lors d'une sortie avec sa mère, l'adolescente ne s'est pas sentie à l'aise, ce qu'elle a exprimé à sa mère car elle pensait que celle-ci ne l'avait pas comprise. Laura tente d'expliquer cet état comme le fait d'être dans une bulle. Elle me demande une nouvelle fois si cela a un lien avec quelque chose de psychologique. Je lui renvoie alors sa question : « Peut-on faire cette hypothèse ? –Peut-être » répond-t-elle. Cela me permet d'évoquer la fin de l'accompagnement psychologique, prévu dans un mois, chose à laquelle elle répond ne pas y avoir vraiment pensé, car elle aime venir parler ici. Nous prévoyons la date du dernier entretien ensemble, un entretien sous la forme d'une séance de Photolangage© afin de revenir sur les différents temps de l'accompagnement et d'en tirer le bilan avant de se séparer et de penser la suite.

IV.1.6. « Quand je regarde en arrière... »

Laura est accompagnée de ses deux parents pour ce dernier entretien. Elle vient cependant seule pour la première partie. J'ai préalablement disposé sur le bureau les photos (en couleurs et en noir et blanc). En rentrant, Laura se rend compte de la présence des photos, elle pose son sac par terre et je lui annonce que nous allons faire une séance de Photolangage©. Je lui indique ensuite la consigne : à l'aide d'une ou deux photos, elle tentera de décrire son évolution, ce qu'elle a pensé du suivi. Elle réfléchit un moment, un silence se forme. Je l'invite à circuler tout autour du bureau, tout en me déplaçant pour choisir également une photo. Elle choisit la photo en noir et blanc de l'alpiniste qui arrive au sommet d'une montagne avec son équipement :



Photo N°432 : Silhouette d'homme sac au dos

Puis, elle saisit une seconde photo en couleurs d'une femme dans une boutique de vêtements se regardant dans le miroir, en train d'essayer sur elle un vêtement. Cette femme est souriante et semble heureuse :



Photo N° 31 : Jeune fille magasinant pour vêtements

Je choisis pour ma part la photo en couleurs d'une mouette volant dans le ciel bleu :



Photo N°21 : Goéland dans ciel bleu

Je l'invite à s'installer et à décrire sa photo. Elle prend sa première photo, celle de l'alpiniste : « depuis un an et demi que l'on s'est rencontré, il y a eu des hauts et des bas, mais j'ai beaucoup évolué et j'ai suivi ma voie. C'est vrai que quand je regarde en arrière, j'ai beaucoup changé et j'ai beaucoup évolué » dit-elle. Elle semble émue à ce moment-là et me dit qu'il y a peu de chance pour qu'elle obtienne son année à l'Université.

L'adolescente confie sa déception, mais précise qu'elle veut mettre toutes les chances de son côté pour avancer et être à l'aise en deuxième année. Je lui demande : « As-tu parlé de cette déception à tes parents ? -Pas vraiment... Des fois je pleure dans ma chambre toute seule. Je suis vraiment triste, je ne pensais pas me retrouver dans cette situation ». Je lui renvoie tout l'investissement qu'elle a mis dans ses études, qu'elle semblait très impliquée dans cette

année. Elle confirme cela et se rappelle alors : « C'est vrai qu'avec la maladie, j'étais dans ma bulle...je me rappelle du premier rendez-vous où je suis venue avec ma mère, nous étions dans la petite salle...j'étais perdue, je ne savais plus quoi faire ». Sa venue ici lui a permis de parler, de pouvoir se raconter.

Elle présente alors sa deuxième photo : « C'est une femme qui est dans une boutique de vêtements, elle est bien, elle est heureuse, et j'ai choisi cette photo pour dire que je vais bien, je suis heureuse dans ma vie ». Elle me fait passer sa photo et je reviens sur ce qu'il s'est passé en dix-huit mois, comme l'arrêt des crises d'hypersomnie avec la mise en place du traitement médicamenteux mais aussi du suivi psychologique.

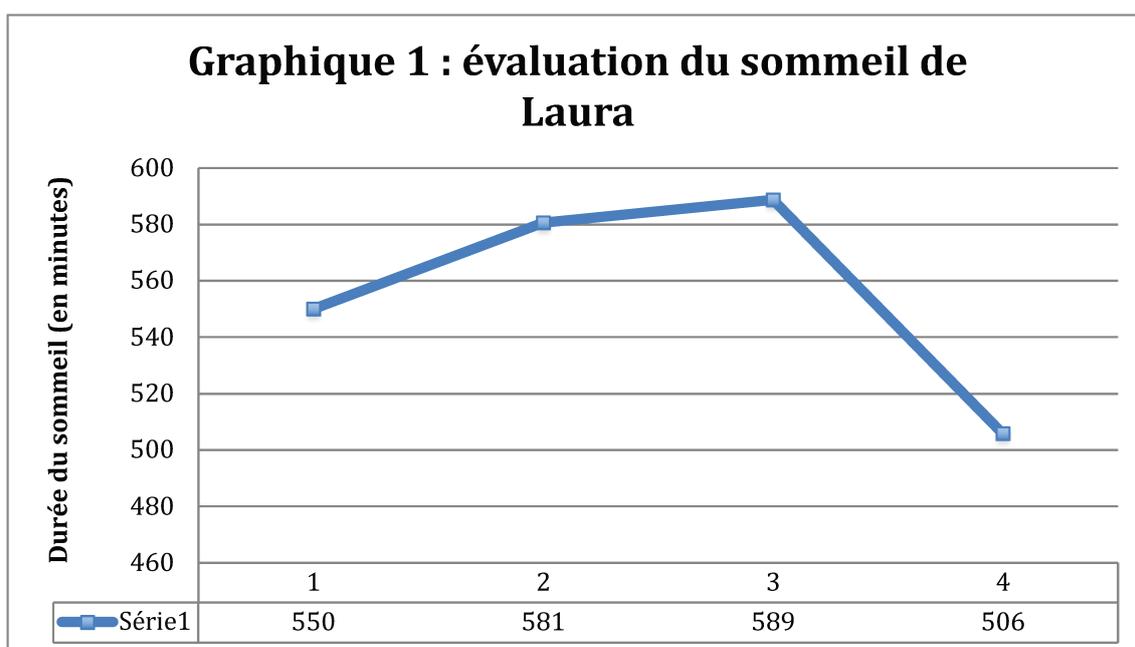
Réfléchir sur son sommeil et ses troubles, poser des mots sur ce qu'elle ressentait dans son corps et parler de ses émotions l'a aussi sûrement aidée. Je lui fais remarquer combien elle avait de la difficulté à décrire ses émotions à notre rencontre. Puis, peu à peu, Laura est devenue davantage maîtresse de sa vie. Elle a fait ses choix. J'introduis à cet instant la photo de la mouette. Elle s'écrit : « C'est une mouette qui vole, c'est la liberté, faire ses propres choix ! ».

Elle associe sur ses choix pour cette année, qu'elle a dernièrement fait le choix de demander un redoublement, elle veut essayer, elle ne veut pas forcément prendre un appartement car ses parents financent déjà l'Université. Je lui réponds que ses parents la soutiendront mais qu'il est important qu'elle se sente à l'aise dans cette nouvelle année.

Nous rangeons alors les photos et convions ses parents à nous rejoindre. A l'arrivée des parents de Laura, ils s'installent et je leur demande ce qu'ils ont pensé de l'accompagnement de leur fille. Ils disent qu'ils ont perçu une évolution, d'abord grâce au traitement qui l'a sorti des crises, puis également qu'elle a beaucoup grandi. Ils pensent que cet espace lui a fait du bien. Je propose la possibilité pour Laura de continuer à voir quelqu'un pour disposer d'un espace à elle, en ajoutant les coordonnées d'un confrère psychologue clinicien à côté de son université. Ils me remercient tout comme Laura qui évoque notre travail ensemble, avec une idée de co-construction, idée que je retiens également. Je les informe de la fin de l'étude et d'une restitution prévue après la soutenance. L'entretien prend fin avec une émotion partagée.

IV.1.7. Evaluation du sommeil de Laura sur la base de l'agenda du sommeil :

Laura a bénéficié d'un temps d'accompagnement psychologique au long cours durant dix-huit mois, l'adolescente a donc rapporté son temps de sommeil durant une semaine, et ce à quatre reprises. Elle s'est investie dans l'écriture et a ainsi consigné ses heures de coucher et de lever chaque jour en y ajoutant des faits importants et remarques quant à son sommeil, comme des rêves, des réveils nocturnes. Elle a par ailleurs jugé la qualité de son sommeil. Elle a indiqué à plusieurs reprises des réveils nocturnes faits durant les trois premières semaines de sommeil. Elle a également fait part d'un cauchemar effectué lors de la deuxième semaine. Sur l'ensemble des données enregistrées, nous pouvons observer que le sommeil de Laura s'étend de 8h25min à 9h48min avec une certaine irrégularité, et ce sans temps de sieste. On note donc une hausse puis une forte baisse du temps de sommeil en moyenne, comme le présente le graphique ci-dessous :



Laura s'est bien saisie de l'agenda du sommeil, autant pour l'aspect factuel des heures que pour ses observations subjectives comme ses réveil nocturnes et son cauchemar. L'utilisation de l'agenda du sommeil de Laura m'a permis d'échanger avec elle sur sa perception du sommeil et de son traitement médicamenteux qui se sont peu à peu modifiés. Après la mise en place conjointe du suivi médical et du suivi psychologique, Laura n'a plus subi de crises d'hypersomnie. S'agissait-il d'une contention du syndrome de Klein-Levin ou d'une forme d'hypersomnie révélatrice d'un conflit névrotique surgissant sur la scène du corps ?

Prenant déjà un traitement médicamenteux, son temps de sommeil semble régulé, même si une faible augmentation m'interroge : est-ce que l'accompagnement psychologique a ravivé chez elle cette « retraite en elle » ? Je ne le pense pas au regard de la baisse assez conséquente de son temps de sommeil dans la dernière partie du suivi et la baisse du traitement médicamenteux opéré. Laura a-t-elle repris la main et a-t-elle construit un équilibre durable de son sommeil ?

IV.2. L'histoire de Gabi

Nous vous présentons à présent la rencontre avec un patient adolescent que nous avons choisi de renommer Gabi, signifiant « Nuit » en Tagalog (les comptes rendus d'entretiens sont présentés en Annexe N°9).

IV.2.1. Un lien mis sous silence

Je rencontre Gabi lors de son hospitalisation pour un « bilan hypersomnie » dans le service, il est alors accompagné de son père. C'est un jeune garçon âgé de 14 ans, à l'allure sportive. Lorsque je rends dans sa chambre, je remarque son regard vif, il se relève et se met en position assise dans son lit, comme s'il attendait que nous commencions une conversation. Je lui propose, ainsi qu'à son père, de répondre à un questionnaire durant cette première rencontre.

Son père explique que ses troubles ont débuté il y a plus de deux mois, il s'est mis à dormir 18h par jour. Il a été déscolarisé durant trois semaines, et a dû être hospitalisé dans la ville la plus proche puis son sommeil a repris un rythme suffisamment normal en semaine pour réintégrer le collège. La structure s'est adaptée à son trouble puisqu'il bénéficie de temps de sieste dans la journée s'il en éprouve le besoin.

Gabi a toujours été un gros dormeur, et avant l'apparition de ses troubles son père dit de lui « qu'il s'était remis en route ». Je questionne cette phrase, et le père explique qu'il avait organisé sa vie d'adolescent : il était très investi dans la sphère scolaire et faisait beaucoup de sport, principalement du rugby.

Depuis un an, son frère Paul, âgé de 20 ans, est revenu vivre au domicile familial, mais depuis lors, Gabi et lui s'évitent, ne se parlent plus. Gabi prend la parole et décrit l'évènement déclencheur de ce conflit : lors d'un repas, il se sentait très énervé par son grand frère, notamment par le fait qu'il soit passif à la maison...il s'est levé et est allé à sa chambre en se disant qu'il ne lui parlerait plus. Cette passivation du lien me sidère, j'ai du mal à rassembler mes pensées et à me représenter comment ce conflit « mis sous silence » a pu durer dans le temps. Comment cette famille a-t-elle pu s'organiser autour de cela ?

Le père ajoute que le grand frère est aujourd'hui suivi sur le plan psychologique près de chez eux et a trouvé récemment un stage. Puis, le père regarde son fils et dit : « je ne pense pas

avoir délaissé Gabi ». Cette phrase semble contraster avec le début de notre échange...elle prendra en effet sens plus tard au cours du suivi.

Je demande si d'autres enfants composent la fratrie, le jeune répond qu'il a un autre frère de 17ans, nommé Julien, avec lequel il s'entend bien. En suivant la trame du questionnaire, je l'interroge sur sa perception du trouble du sommeil : l'adolescent explique combien ce trouble le gêne dans sa vie quotidienne, cependant il explique ne pas avoir de difficulté d'attention. Il ne prend pas de traitement médicamenteux. Gabi voit toujours ses amis, et communique surtout au téléphone et sur un réseau social.

Père et fils me racontent leur histoire : la grossesse s'est bien déroulée, ainsi que la naissance. Le père confie, non sans une certaine joie, que sa femme étant restée en salle de travail après la naissance, c'était lui qui avait réalisé le temps de peau-à-peau avec son fils. Son enfance a été bonne, Gabi indique le souvenir d'un déménagement à l'âge de 3 ans qui l'a marqué. Il a toujours fait beaucoup de sport.

En questionnant le père sur les antécédents médicaux dans la famille, celui-ci raconte que la mère de Gabi a souffert d'un cancer du sein il y a plusieurs années, que le grand-père maternel dort beaucoup et que la grand-mère maternelle a eu quelques problèmes cardiaques. Puis il ajoute que Gabi lui-même a souffert d'ostéogondrite (affection du genou) il y a deux ans et qu'il a demeuré en fauteuil roulant et en rééducation kinesthésique durant 8mois. Gabi prend la parole et dit avec émotion qu'il ne voyait alors plus ses amis, c'était « très dur » pour lui. Il n'a donc repris toutes ses activités que depuis quatre mois. L'adolescent ne comprend pas pourquoi il est si fatigué alors qu'il avait repris toutes ses activités préférées et ses relations avec ses amis il a seulement quelques mois, depuis la rentrée scolaire. J'associe à cet instant avec l'idée d'un « effondrement » de Gabi dans le sommeil excessif.

Durant la nuit, Gabi explique qu'il rêve les yeux fermés, il est bien, conscient, et n'a pas envie de bouger. Il réfléchit à de multiples choses durant ces rêves pas comme les autres.

Je lui propose alors ma recherche sur la base de ce qu'il a pu exprimer de ses incompréhensions, mais aussi des interrogations et des souffrances toujours palpables. Il accepte et semble très enclin à débiter un suivi psychologique. Nous prévoyons de nous revoir dans un mois.

IV.2.2. Hyperactivité VS hypersomnie

Trois semaines après ce premier entretien, Gabi revient une nouvelle fois avec son père ; celui-ci exprime une colère massive, réactivée par la passivité de ses enfants, qui tranche avec le discours idéal de son fils. Je suis confuse et quelque peu agacée par ces réactions, et demande alors à Gabi s'il peut évoquer un de ses rêves. Ais-je besoin de m'évader et d'entrer en rêverie avec eux ? Gabi exprime de la gêne et un silence lourd se forme. Je propose de débiter des entretiens individuels afin que Gabi puisse disposer d'un endroit pour lui. Je pense à ce qui m'a poussée à faire cette proposition incongrue : j'identifie un ressenti de colère, celui-ci a-t-il un lien avec celle de Gabi, qui semble sommeiller en lui ?

Cela fait deux mois que je suis Gabi, quand son temps de sommeil baisse et se stabilise. Conjointement, des conflits intrafamiliaux apparaissent dans l'espace familial, et il apparaît difficile de communiquer entre les membres de la famille, *a fortiori* depuis que Gabi et son frère ont rompu le lien qui les unissait. Le père, très en colère, reproche cette situation à ses deux fils, plus encore leur « passivité » disant qu'« ils se contentent de peu » à l'école. Il ajoute que Paul -son fils aîné- reste beaucoup collé à la mère, tandis que lui-même et Gabi se rapprochent car il l'accompagne beaucoup dans les démarches de soin, notamment ici.

En parallèle de la colère du père, Gabi se met à s'agiter (j'observe qu'il lève la tête et la baisse, puis touche frénétiquement le bureau). Le père dit que ses trois fils sont comme ça : « Ils ne franchissent pas la barrière pour aller plus loin ». Il ajoute que ça l'agace beaucoup car lui-même n'est pas comme cela. Je lui demande alors quel adolescent il était ; son fils le regarde intensément, et son père répond qu'il était dans une forme d'hyperactivité, mais surtout qu'il n'avait pas le même train de vie que ses enfants maintenant et qu'il n'hésitait pas à faire des petits boulots pour gagner un peu d'argent de poche. Gabi intervient alors en disant qu'il serait lui-même intéressé pour avoir des petits boulots, mais il n'en a pas encore l'âge.

Gabi, qui est manifestement pris dans une problématique œdipienne avec son père, auquel il ne peut adresser sa colère et ses doutes, clame cependant son envie de faire des jobs, d'être plus autonome. D'ailleurs, il sait ce qu'il veut faire plus tard : kinésithérapeute. Cela aurait-il à voir avec sa prise en charge lorsqu'il était en fauteuil roulant, blessé ? L'adolescent confirme combien cette prise en charge lui a fait du bien et lui a donné l'envie de prendre soin des autres plus tard. A ce moment-là de l'entretien, Gabi est plus calme, plus concentré et me

regarde. Je tente de revenir sur le caractère douloureux de cette « mise en immobilité » de l'adolescent, alors qu'il était jusqu'alors dans une forme d'hyperactivité (comme son père). Gabi acquiesce, disant qu'il a pu en parler avec ses parents à l'époque.

Comme cela apparaît, la mise en place d'entretiens individuels permet à Gabi de débiter un travail de subjectivation, lequel semble encore difficile. L'impression glaçante que je ressentais lors du premier entretien laisse peu à peu la place à une impression de chaleur, de mouvements, mais lesquels peuvent être révélateurs d'un trop plein d'excitations, notamment exprimés par Gabi en début d'entretien à travers ses rires communicatifs.

Parallèlement, Gabi revient sur différents et récents événements, qui semblent bien liés les uns aux autres sur les plans psychoaffectif et psychosomatique : il faisait de l'athlétisme et, en courant, il a ressenti comme une gêne à la poitrine, il se sentait oppressé et s'est alors allongé par terre en attendant du secours. Arrivé à l'infirmerie, il a été envoyé à l'hôpital mais les soignants n'ont rien trouvé de médicalement significatif. Le médecin a donc conclu que Gabi avait fait une crise d'angoisse.

L'adolescent n'a pu expliquer ce malaise à ses parents, n'y comprenant lui-même pas grand-chose sur le moment. Il relie aujourd'hui l'évènement à des angoisses de perte, avec en toile de fond la question de la séparation. En effet il explique être très lié d'amitié avec des jumeaux plus âgés que lui, confiant même que « c'est comme si les jumeaux avaient remplacé (s)on frère ». Gabi a eu peur de perdre l'un d'eux, « qu'il parte à tout jamais ».

A ce moment, je ressens une forte angoisse, pensant à la mort de cet ami, ce que Gabi ne supporterait pas. Celui-ci raconte que peu avant sa crise d'angoisse, il a été témoin d'une scène de binge drinking entre les frères jumeaux, et de l'alcoolisation intense de l'un des deux. Après cette conduite à risque, celui-ci a fait une sorte de malaise, suivi d'une crise d'épilepsie. Gabi ainsi que ses amis et son frère ont prévenu les parents (alors couchés) et les secours, et l'adolescent a été amené à l'hôpital.

Devant la violence de la situation, Gabi s'était empressé de secourir son ami. Le jeune patient révèle avoir eu peur de le perdre, peur qu'il ne meure. Cette angoisse ne s'est toutefois pas manifestée tout de suite, mais en après-coup, et c'est en y repensant, que Gabi a senti monter en lui une grande angoisse durant sa séance d'athlétisme.

Il semble que le jeune, dans cet élan moteur que constitue la course, et donc en rupture avec la figure passive de Paul, ait été pris par une sensation angoissante qui lui « serrait la poitrine »

jusqu'à en perdre son souffle. Gabi précise que la relation est rendue «difficile avec son frère car il ne fait rien». Pour lui, son aîné devrait être une référence, un double (ou jumeau) sur lequel s'appuyer. N'ayant pas ce soutien de la part de son aîné, Gabi a donc « préféré » rompre le lien entre eux. Cette séparation, datant pourtant d'un an, habite encore massivement Gabi.

Pour l'adolescent ce frère qui « s'est arrêté de grandir », fut quelque chose de très angoissant pour lui, alors en mal de figures identificatoires et de repères.

IV.2.3. L'histoire d'une rupture de lien

Trois mois plus tard, Gabi vient en entretien et confie un cauchemar récent qui l'a marqué, qu'il a trouvé bizarre. Il est au collège et un camarade s'approche de lui avec une scie pour le blesser en rigolant. Gabi tient aussi une scie. Celui-ci se met en colère et scie la main de son camarade. L'autre ne réagit pas, ils se mettent à rire et tous deux continuent leur récréation. Gabi est troublé par ce rêve. Je l'interroge sur le fait de s'être mis en colère et de s'être défendu en « coupant » directement la main menaçante de son camarade. Il répond que justement, ses proches et ses profs lui reprochent de se mettre facilement en colère, de s'emporter. Ce changement d'attitude et de positionnement déstabilise l'environnement familial.

Je rencontre la mère de Gabi un jour en fin de consultation, au moment de programmer un nouvel entretien. Elle exprime son soulagement quant à l'accompagnement psychologique : « Il a envie de venir, et même si cela fait des kilomètres, c'est pour qu'il aille mieux ». La mère ajoute qu'il a énormément changé ces derniers mois, et qu'elle aimerait retrouver son fils qu'ils appelaient jusqu'à il y a peu avec son mari « bébé ». Cette parole indique à la fois le besoin de rester indifférencié, de ne pas se séparer, mais aussi ce mot tranche avec l'allure du jeune patient.

Il me semble important pour Gabi qu'il continue à bénéficier de cet espace dont il se saisit déjà bien. Il met peu à peu des mots sur la fragilité des liens familiaux, notamment dans sa relation avec Paul.

Quelques semaines plus tard lors d'un entretien, il évoque : « J'ai l'impression qu'il s'est arrêté de grandir...mais ça ne justifie pas le fait qu'il soit comme ça à la maison...je peux pas le voir. C'est vrai que j'attends des excuses, ce qu'il n'a pas fait ». Il ajoute alors : « je me rappelle de

mon rêve maintenant : je suis dans une ville, la nuit, il fait noir, et je me bats contre un énorme monstre. Au départ je n'ai pas d'arme avec moi, alors que lui oui. Alors je me construis une armure comme pour me protéger et le vaincre. Mais après, je me suis réveillé ». L'adolescent ajoute : « Ça ne me fait plus rien, comme si Paul était un étranger ».

Au fil du suivi, j'apprends que le frère aîné a été hospitalisé et selon l'avis du psychiatre, il va devoir aller faire une thérapie familiale avec ses parents et Julien (le frère cadet). Gabi ne souhaite pas accéder à cette proposition, car il n'arrive pas à lui parler.

Néanmoins, il semble mettre en scène le conflit qui l'anime avec son frère aîné à travers ses rêves lucides, des rêves d'une extrême précision : Gabi raconte qu'il est dans un bâtiment, deux personnes armées sont à sa recherche. Il se cache derrière une porte et attend qu'on vienne l'aider. Il aperçoit alors une silhouette dans l'ombre, qui passe devant lui. Désespéré, il observe alors une seconde personne passer près de lui ; il s'agit de Julien, et son appel est alors entendu par lui et il réussit à s'échapper avec lui : « Julien me sauve », dit-il. Je lui demande ce que lui évoque ce rêve : « Pour moi, la silhouette dans l'ombre c'est mon frère, c'est Paul. Il n'entend pas mon appel, il passe devant moi sans m'aider. C'est Julien qui me sauve. J'ai pensé et repensé à ce rêve, pourtant je ne pense pas à Paul dans la réalité, mais dans mes rêves ça m'arrive », répond-t-il. Je lui renvoie alors le fait qu'il existe quelque chose entre eux deux, le lien et le conflit qu'ils partagent s'expriment à travers ses rêves, dans son inconscient.

Ce rêve illustre en quelque sorte la scène dans laquelle Gabi s'est retrouvé, ainsi que les rôles et places de ses frères. Je ressens, à ce moment-là de l'accompagnement, l'adolescent beaucoup plus actif et participatif, il associe et revient toujours sur son conflit avec Paul. Les rêves lucides semblent un moyen de mettre en scène ce qu'il ressent, rejouant la scène de la séparation d'avec son frère. Je note également que c'est la première fois qu'il considère dans son discours la filiation avec Paul.

La détresse et le besoin de son frère reviennent sous la forme d'autres rêves que Gabi confie les semaines suivantes : « Dans ce rêve, le gardien c'est comme Paul, il ne m'aide pas, il fait même pire que de ne pas m'aider », « c'est une affaire entre lui et moi ». Il confie qu'il a eu de la peine pour son grand frère lorsqu'il a appris son hospitalisation, et ne comprend pas pourquoi ils ne peuvent toujours pas s'entendre. J'observe que Gabi fait preuve de réflexivité, notamment dans la mise en récit de ses rêves lucides.

Cela fait à présent un an que j'ai rencontré Gabi. Il me fait part d'un rêve répétitif : Il est en colère dans sa chambre, il sort et saisit un objet dans le but d'assommer son frère Paul. Puis il prend un couteau et lui met plusieurs coups à la poitrine. Il ressent alors un gros soulagement...puis il se réveille. Il ne comprend pas pourquoi il fait ce type de rêves et se demande s'il ne devient pas fou. A ces mots, Gabi, très ému, me regarde intensément. Je tente de soutenir son regard, malgré la violence de la scène onirique que je viens d'entendre, et essaie d'accueillir ces éléments. Il dit alors : « Si je lui pardonnais, je ne sais pas ce qu'il se passerait ». Pour lui c'est une situation sans issue. Il précise qu'il ne souhaite pas spécialement qu'il meure, mais plutôt qu'il aimerait ne plus le voir. Il répétera et reviendra plus tard sur ce rêve.

A cette époque, Gabi ressent une forte angoisse vis à vis de Julien, peur d'un abandon qui rappelle finalement l'abandon de Paul qui n'a pu, pour des raisons qui lui sont propres, soutenir une relation avec son petit frère.

Je tente d'associer quant à ces éléments : finalement cette question de l'abandon, de la perte, de la séparation non symbolisée ferait-elle trace dans l'histoire familiale ? Le père n'a pas grandi avec un père lui-même, menant aujourd'hui à une forme de répétition dans les modalités de liens familiaux. A ces mots, il lâche alors : « On a ça en commun avec mon père : il a été abandonné par son père comme j'ai été abandonné par mon frère ». Cette phrase lancée comme une bombe me fait prendre une nouvelle fois conscience de la lucidité de Gabi à propos des fragilités inscrites dans les liens autour de la question de la séparation et de la perte, perte encore irréprésentable pour Gabi lors de notre première rencontre. J'imagine dans le même moment Gabi dans la peau du chat avec ses bottes de sept lieux, parcourant beaucoup de chemin.

IV.2.4. « Parce que j'ai mené plusieurs combats »

Peu après cet entretien, l'adolescent me demande combien de rencontres il nous reste dans le cadre de ma recherche. Je lui indique qu'il nous en reste deux. Gabi formule alors la demande de continuer ce travail, avec un ou une psychologue plus proche de chez lui. Je lui propose de chercher un ou une confrère/consœur. L'adolescent me répond : « Je trouve que j'ai une belle vie. Le seul problème que j'ai, c'est celui avec mon frère. Je souhaiterais avancer et travailler sur ce point, que cela évolue pour moi et ne plus avoir de problème ».

Il me demande également d'inviter sa mère à nous rejoindre car il a besoin de lui confier certaines choses dans l'espace que nous avons co-construit.

Un mois plus tard, je reçois mère et fils en entretien. Lorsqu'ils sont installés, j'explique la situation : Gabi souhaiterait lui parler de Paul et de leur relation à tous les trois. Il essaie actuellement de mettre du sens sur ce qu'il s'est passé, c'est pour cela qu'il cherche à savoir comment sa mère a vécu ces moments difficiles. Gabi semble très ému, il ne parle pas.

Elle me répond, me regarde puis Gabi, et dit qu'elle avait compris pourquoi elle devait venir aujourd'hui. Elle dit qu'elle a beaucoup évolué sur ce sujet, par rapport à cette histoire, après avoir vécu des moments très durs. Elle s'adresse à Gabi en disant que « Paul a aussi évolué » même si cela ne s'est pas passé aussi rapidement que pour Gabi. Elle joute « Paul t'aime », Gabi est alors très ému, tout comme sa mère.

Elle souhaiterait que Gabi avance maintenant et tourne la page. Il répond qu'il n'est pas encore prêt à lui parler. J'aborde la question de la consultation familiale, ce qui avait été d'ailleurs initié lors de l'hospitalisation de Paul, et qui conviendrait mieux pour poser les choses ensemble. Même si Gabi ne peut pas parler, il saura écouter. J'évoque également la suite, avec l'idée qu'un collègue pourrait suivre Gabi après la fin de la recherche. Gabi semble enclin à cette proposition. Nous programmons le dernier entretien dans trois semaines, sa mère nous précisant que ce sera son mari qui accompagnera Gabi au dernier entretien. Elle me remercie, et nous nous disons au revoir.

Un mois plus tard, Gabi vient pour ce dernier entretien accompagné de son père. Dans un premier temps, je le reçois seul. Je lui présente les photos du Photolangage© pour revenir sur l'ensemble du suivi, en prenant un ou deux photos pour exprimer ce qu'il pense de son évolution. Il regarde attentivement les photos, puis en choisit deux en couleurs : une photo avec deux antilopes qui combattent :



Photo N°34 : Combat d'Antilopes

Et la photo d'une mouette qui vole dans le ciel bleu :



Photo N°21 : Goéland dans ciel bleu

Je lui signifie que j'ai également choisi cette photo et que chacun d'entre nous dira ce à quoi cette photo nous a fait penser. Il débute par la photo des mammifères : « C'est deux gazelles dans un combat, et j'ai pris cette photo parce que j'ai mené plusieurs combats. Et actuellement encore, je suis dans une forme de combat avec mon frère ». Gabi est ému en prononçant ces mots, ce qui me fait ressentir également une vive émotion. « Le chemin est long mais il y a une évolution », dit-il.

Il a eu envie d'aller vers Paul depuis le dernier entretien, d'aller le voir, mais Gabi a appris entre-temps que son frère aîné avait perdu son nouveau travail (pour cause d'absentéisme). Il me dit que rien ne change pour Paul, il ne fait pas d'effort. Ces événements le mettent en colère, si bien qu'il n'a pas fait de démarche auprès de lui. Je tente de revenir sur la discussion avec sa mère.

Selon Gabi, cela lui a fait du bien de parler avec elle, il ne pensait pas que son frère l'aimait encore. Je lui renvoie qu'en effet, il a mené de nombreux combats : son combat en fauteuil, puis son combat contre l'hypersomnie, et enfin celui dans la relation avec Paul. J'ai le sentiment que ses troubles du sommeil se sont déclarés alors qu'il n'arrivait pas à exprimer ce qu'il avait vécu.

A cet instant, je lui propose de présenter la seconde photo de la mouette, une mouette qui suit sa direction, qui vole de ses propres ailes. « C'est une mouette qui est libre, qui vit sa vie, comme moi », dit-il. Il va justement commencer un nouveau travail qui va lui permettre d'être autonome. Il est content car il a une bonne relation avec son père et se rend compte de

l'investissement de celui-ci auprès de lui, son soutien pour l'aider dans ses difficultés. Il pense que son père est plus à l'aise avec lui qu'avec ses deux premiers fils, et fait référence à la fois où le père a dit cette même phrase quelques mois auparavant. Gabi ne sait pas encore comment il va pouvoir concilier sa nouvelle vie après notre séparation et l'été, mais il aimerait continuer à travailler sur lui.

Son père nous rejoint et exprime qu'il n'est pas facile pour lui et sa femme de s'organiser et de prendre du temps, mais qu'ils ont toujours fait cela pour leur fils. Les parents appréhendent la prochaine formation de Gabi, en disant qu'il aura peu de vacances, de temps de repos. Ils ont opté pour l'internat. L'entretien se termine et Gabi, ému, me remercie chaleureusement de l'avoir aidé, son père également, je les remercie pour leur confiance. Nous nous disons au revoir et gardons contact pour prévoir un relais.

Le relais n'a pas pu se dérouler comme prévu, le collègue pressenti pour le faire ne pourra finalement pas l'accompagner. Je lui indiquerai plusieurs thérapeutes à proximité de son nouvel établissement scolaire, mais après plusieurs mois son père tentera de me contacter pour reprendre rendez-vous, expliquant que Gabi a besoin d'aide. Le lien restait-il encore trop fragile pour que l'adolescent puisse s'approprier un soin psychologique individuel ? Gabi a-t-il pu s'approprier une demande de soin psychologique ?

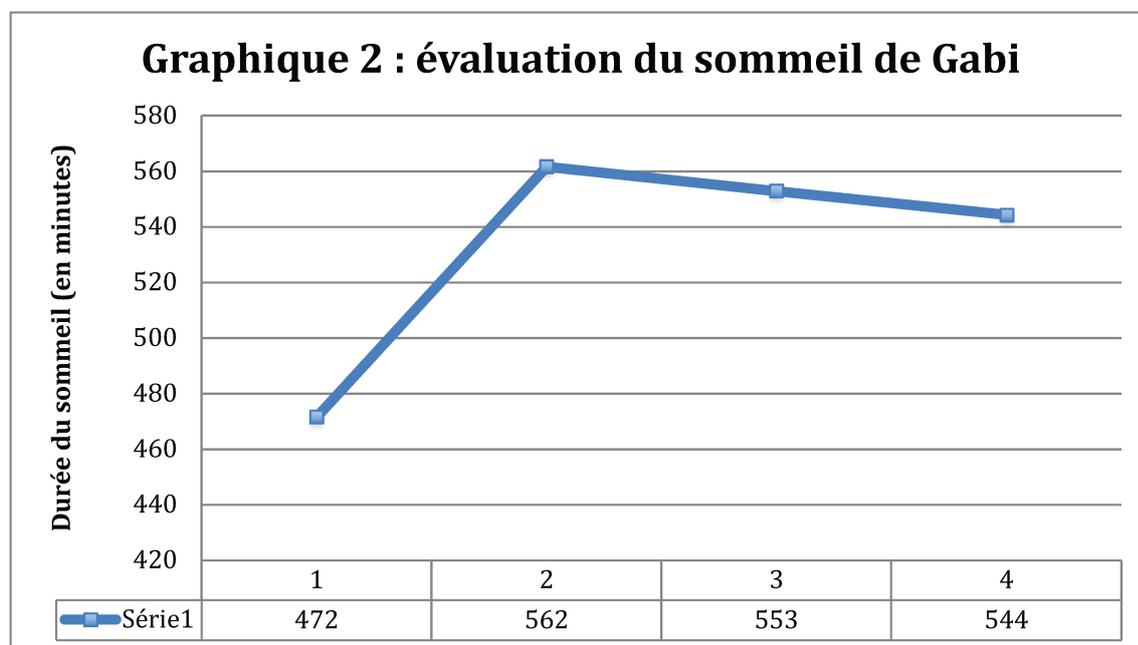
La rencontre clinique et la construction d'un appareil psychique groupal et familial ont permis pour Gabi de découvrir que cela était possible de trouver un espace, de s'y faire une place, d'être acteur dans le soin, mais aussi de se confronter au cadre, dans ses limites (limites que nous nous étions fixées). Ce fut un travail initié ensemble autour de l'imaginaire paternelle, car ce fut, au-delà de l'histoire de la fratrie, la recherche aussi des origines, de l'être fondateur, du père. Le père de Gabi a pu aussi élaborer une position pour lui, en s'investissant notamment auprès de son fils.

IV.2.5. Evaluation du sommeil de Gabi sur la base de l'agenda du sommeil :

Gabi a bénéficié d'un temps d'accompagnement psychologique au long cours, il a donc rapporté son temps de sommeil durant une semaine, et ce à quatre reprises. Il a ainsi consigné

ses heures de coucher et de lever chaque jour en y ajoutant des faits importants et remarques quant à son sommeil, comme des rêves ou des réveils nocturnes. Il a indiqué à plusieurs reprises des siestes faites durant les trois premières semaines consignées. Il a également fait part de rêves et cauchemars effectués chaque semaine. Sur l'ensemble des données enregistrées, nous pouvons observer que le sommeil de Gabi s'étend de 7h52min à 9h22min avec une certaine irrégularité et un sommeil de type hypersomnie durant la dernière semaine rapportée (toutefois sans temps de sieste).

On note donc une hausse puis une baisse constante du temps de sommeil en moyenne, comme le présente le graphique ci-dessous :



Il a été difficile pour Gabi d'amener régulièrement et de façon spontanée son agenda du sommeil, l'adolescent a par conséquent créé lui-même un agenda du sommeil. J'ai entendu ces résistances comme l'expression d'une difficulté à investir un nouvel objet. En vertu des éléments recueillis, l'agenda du sommeil a toutefois permis à Gabi de faire trace de son rapport au sommeil, rapport qui s'est transformé au fil des entretiens psychologiques. Dans les premiers temps du suivi psychologique, on pourrait faire le lien entre ce qui a été mis au travail psychiquement chez l'adolescent et l'augmentation de son sommeil. Puis, dans le second temps du suivi on observe que ce sommeil se stabilise, et l'adolescent n'éprouve plus le besoin d'aménager des temps de sieste. Pourrait-on percevoir ici un lien entre une relance de sa vie psychique et l'apaisement de l'hypersomnie ?

IV.3. L'histoire de Tim¹⁵

Nous vous présentons la rencontre avec un patient adolescent que nous avons choisi de renommer Tim (les comptes rendus des entretiens sont présentés en Annexe N°10).

IV.3.1 Corps blessé et sommeil troublé

Je rencontre Tim, adressé par la psychologue du service. Auparavant, il a engagé un suivi avec elle, mais celle-ci étant en remplacement, elle a préféré l'orienter vers l'espace d'entretiens psychologiques que je propose. Je reçois un jeune homme de dix-sept ans à la corpulence normale, il est accompagné de sa mère. Son regard oscille entre un air enjoué et craintif par moment. Ils s'installent et la discussion s'engage : ses troubles ont débuté lorsqu'il avait quatorze ans, six mois après avoir subi une agression au collège. Il dormait alors 18 heures par jour. Lors de notre première rencontre, il dort en moyenne 11h par jour et prend un traitement constitué d'un psychostimulant et d'un antidépresseur. Cependant, ses troubles le gênent, il dit avec émotion avoir « perdu beaucoup de choses ». Il se plaint de ne plus pouvoir lire, ce qu'il aimait beaucoup, et ne pas beaucoup sortir aussi.

Au lycée, il est en terminale, il a des retards, absences (l'adolescent témoigne de la difficulté à se lever le matin). Il a beaucoup de difficultés pour se concentrer en cours, et a arrêté de jouer en compétition au basket. Ceci l'immobilise et le gêne beaucoup. Il dispose d'ailleurs d'un tiers temps (car il est reconnu porteur à +50% de handicap par la Maison Départementale des Personnes Handicapées).

Concernant l'anamnèse de Tim, sa mère dit de lui que sa naissance a été précieuse. Elle m'explique qu'ayant des problèmes de santé plus jeune, elle ne pensait pas avoir d'enfant normalement. En effet, lors de sa troisième grossesse, elle a été vivement critiquée par le corps médical, lui renvoyant qu'elle "mettait leur vie en jeu". L'accouchement a donc été très médicalisé, elle déclare : « J'ai dû lutter pendant trois jours pour le garder en sécurité dans mon ventre...j'ai eu peur pour mon enfant ». Tim est né plus de trois semaines avant le terme. Il a grandi avec un frère et une sœur plus âgés qui ont également des problèmes de santé. Durant son enfance, il avait toujours le sourire : « C'était la joie incarnée » s'écrie sa mère. Son parcours scolaire a été classique, mais cela a été un véritable « calvaire » pour l'adolescent qui, par ailleurs, a été diagnostiqué précoce.

¹⁵ L'adolescent a été renommé conformément à la mesure de confidentialité des données de recherche.

Cette première rencontre me laisse une impression de vide, je suis glacée, comme s'il n'y avait pas de place pour des affects. Tim semble comme « coupé » de ses émotions, sauf lorsqu'il parle de ses pertes relatives à son hypersomnie. Il semble dans une relation fusionnelle avec sa mère, l'image qui me vient est celle d'une dyade mère-bébé. D'ailleurs, dans les premiers entretiens, je ressens à certains moments le sentiment d'avoir accès à la part bébé de Tim, un bébé pris entre la vie et la mort.

IV.3.2. Des rêves pour lutter contre la dépression

Au fil des entretiens, Tim vient peu à peu seul, s'autorisant un espace pour lui. Il se sent à part, et confie ses rêves lucides, des rêves dans lesquels il est conscient et qu'il peut contrôler, et où il est question de sa propre vie et celle de sa mère, comme en écho une nouvelle fois à l'agression dans sa potentialité mortelle et destructrice, mais aussi la naissance de Tim, qui a mis leur vie en jeu. Lorsqu'il me présente pour la première fois son agenda du sommeil, celui-ci ne semble pas rempli durant la semaine prévue car Tim est tombé malade, « un rhume carabiné » précise-t-il. Il a donc noté son sommeil de la semaine précédant l'entretien, où il a fait une sieste, beaucoup de rêves et de cauchemars.

Il confie en avoir toujours fait, depuis son enfance, et se met à raconter un de ses derniers rêves : il est dans une serre et observe des singes qui évoluent. Il se sent bien. Ce récit m'amène aussi dans une forme de rêverie, je me sens emportée avec lui et comme « témoin » de ce rêve, je l'imagine observant silencieusement les singes. Je lui demande s'il fait souvent des rêves, il répond que oui et en raconte un autre, cette fois-ci un cauchemar. Il sort de chez lui et voit un cerf qui s'approche de son portail, dans la rue devant chez lui. Il a du mal à ouvrir le portail mais y arrive finalement. Il voit ce cerf qui porte un bras d'humain, mais pas sanguinolent. Ce bras tient une clef. Il suit le cerf pour aller dans la rue, puis l'adolescent se fait happer et se fait écraser par une voiture. C'est le noir, le néant et il se réveille.

Comment s'est-il senti à ce moment-là ? Au réveil, il ne sait pas s'il est réveillé ou s'il erre un panorama de rêves enregistrés dans son cerveau. Il m'explique ainsi qu'il peut choisir parfois un rêve, le mettre en pause, le parcourir, en partir. Ce deuxième rêve me fait penser à ce qui se joue dans le transfert, à cet espace de parole qui lui est proposé, non sans risque, dans une unité du sommeil qui s'attache en premier lieux aux maux du corps.

Il raconte également un cauchemar récurrent qu'il fait depuis environ l'âge de huit ans : il est dans sa maison, et un personnage menaçant avec une tête de citrouille le pousse à courir autour de sa maison. Il s'arrête boire du jus de melon, précisant que s'il échoue dans sa tâche, il meurt. Il indique que la citrouille est un de ses légumes préférés, et qu'il adore le jus de melon. Et puis sa maison est très importante pour lui, il y est attaché. A cet instant, il semble apeuré. Il m'explique qu'il a cherché longtemps la signification de ses rêves, avant de laisser tomber. Il aime bien analyser les choses. Je ne peux m'empêcher de penser à ce moment-là à sa venue au monde, à l'importance que Tim représentait pour sa famille, pour sa maison, à la tâche qui l'attendait et à la place qui lui serait conférée.

Je ressens une lourdeur, comme une forme d'élan dépressif, comme si l'excitation du premier rêve laissait place à une angoisse de mort pesante.

Actuellement dans une période de passation du baccalauréat, Tim hésite quant à son orientation : quitter le domicile familial pour une école et alors "couper le cordon" avec sa mère, ou rester vivre avec eux pour aller dans une école, et profiter encore un peu de ce que lui confère le "cocon protecteur" que représente ses proches.

Trois mois plus tard, Tim revient sur son agression au collège, où il a cru mourir à cause du trauma crânien subi lors de sa chute. Lors de cet événement, il s'est senti expulsé dans le monde réel, où les dangers sont palpables et où la violence peut surgir. Il confie : « A ce moment-là, je suis sorti de mon monde de « Bisounours » ». Puis, l'adolescent raconte une autre fois, un an plus tôt, où il est tombé à vélo de cinq mètres. Il était alors blessé à la tête, et ses parents ont mis trois jours avant de l'amener à l'hôpital malgré ses plaintes de douleur au niveau du bras et de la tête. Tim demandait de l'aide, et cet appel à l'autre n'a pu être entendu. Il dit s'être senti seul et en colère lorsque son père l'a réveillé le lendemain de son accident en lui lançant un coussin à la tête.

Comment interpréter l'agressivité ambiante dans ce huis-clos familial ? J'associe sur la formule : comme si « se séparer serait fatal », comme un écho à la venue au monde de Tim. C'est seulement au bout de trois jours où sa mère l'a amené à l'hôpital que les douleurs du jeune adolescent purent être entendues. Je lui renvoie l'impression d'une solitude le concernant. Il associe alors sur son mal être dans ce monde où il ne trouve pas sa place. Il me répond qu'il a eu longtemps peur, étant enfant, que ses parents disparaissent. Les ennuis de santé de sa mère ont fait naître chez lui une angoisse de mort à son sujet. Il confie d'ailleurs un cauchemar à propos d'elle : il voit sa mère en hauteur à travers de grandes baies vitrées.

Lui ne peut lui parler et aller la secourir car il se trouve en contrebas et n'a pas accès à elle ; il la voit tomber puis remonter à l'aide de ses ailes vers le paradis. Lui aussi meurt, il voit sa dépouille qui monte elle aussi aux cieux. Dieu, figure rassurante pour lui, est parfois dans ses rêves, à côté de lui.

Parallèlement à cette mise en récit, la symptomatologie de Tim s'apaise peu à peu, tandis que ses rêves lucides, qui suivent les entretiens, l'aident à nommer ce qu'il vit. Il se sent à part, et ce depuis longtemps : enfant, il pensait déjà à mettre fin à ses jours, parce qu'il était malheureux et qu'il pensait être plus heureux ailleurs, dans une autre vie. Depuis, faire plaisir et rendre heureux les autres lui procure beaucoup de joie. Mais s'il avait à choisir pour se sacrifier pour un autre, il le ferait. D'ailleurs, ses rêves montrent souvent une dualité où l'un des deux doit mourir. Je m'interroge sur cette situation, qui rappelle en écho les circonstances de sa naissance. Je ressens dans un second temps de la tristesse, et pense une nouvelle fois au fœtus-Tim, dont la vie était ombrée par des pensées de mort sur lui.

Cela fait six mois que je suis Tim, et j'observe qu'il parvient à aménager son temps de sommeil de sorte à investir plus son environnement extérieur. Il obtient son baccalauréat et décide de partir vivre dans une autre ville pour une formation d'ingénieur informatique, et exprime : « si je ne trouve pas ma place, c'est peut-être à moi de la construire ». Il semble tout d'abord bien s'adapter à sa nouvelle vie d'étudiant, même s'il appréhende de rencontrer de nouvelles personnes, et se questionne de ce qu'il peut dire et cacher de lui, s'il vaut mieux parler de ses émotions. A travers son discours intellectualisé, il semble coupé de ses émotions. J'ai moi-même des difficultés à le rencontrer, ou à le joindre au téléphone.

La mère de Tim me contacte quelques fois, très angoissée, pour décrire les rechutes somatiques de son fils (des symptômes tels que la grippe, allergie, sommeil). Selon elle, c'est compliqué pour lui de me contacter. La mère de Tim parle d'un état de dépendance vis à vis d'elle, comme avant, et elle ne "peut plus" faire face aux difficultés de son fils après un autre problème somatique (abcès dentaire). Elle est en détresse, sentant l'envie de le protéger, mais aussi le besoin d'autonomie de son fils. Nos conversations téléphoniques permettent le surgissement d'une demande d'aide psychologique et d'un espace pour elle, afin d'en parler et d'aller mieux. Je l'oriente vers deux thérapeutes (un pour lui et un pour elle) et continue à voir son fils qui vit difficilement sa prise d'autonomie mais aussi sa solitude.

Je retrouve Tim deux mois plus tard, et lui demande comment il s'est senti ces dernières semaines. L'adolescent répond qu'il s'est senti de plus en plus mal dans le mois d'octobre jusqu'à la dernière semaine avant les vacances où ses parents sont finalement venus le chercher : « j'ai pu revoir vraiment ma famille et mieux dormir...Je ne peux plus transformer mon énergie en bonne fatigue, du coup je suis déprimé, faible, comme une eau qui stagnerait et qui pourrirait ». Cette image me renvoie ce qu'il pense de lui-même, une pourriture, un moins que rien. Cette violence me confuse au niveau de la temporalité : plusieurs fois, j'aurai besoin durant l'entretien que Tim spécifie la date des différents événements, comme pour me confirmer ce qu'il vit dans le présent.

IV.3.3. « Je ne pensais pas que j'aurai ça en moi »

Le mois suivant, je suis étonnée de le voir arriver. Il arbore un look rock : il porte deux boucles d'oreilles noires, un tee-shirt noir et un jogging gris. Je remarque l'acné sur son visage, chose que je n'avais jamais observée. Il semblait jusque-là avoir une "peau de bébé". Il dit que cela va mieux qu'à un moment. En effet, il a eu des conflits avec son père. Néanmoins, sa formation lui plaît, tout autant que la vie en la résidence universitaire. « J'ai l'impression de revivre », dit-il.

Je reprends sa phrase et le questionne : qu'a-t-il l'impression de vivre précisément ? Il parle d'une période adolescente : « je ne pensais pas que j'aurai ça en moi ». Il raconte les rencontres avec les autres, comment cela lui a été naturel de lui parler de sa maladie, comment les autres se confient aussi à lui. Tim parle d'échange, de partage, d'entraide dans le travail. Il qualifie certaines de ses relations de fusionnelles tant cela semble intense. Je me dis à ce moment-là « c'est en trop ou en pas assez » dans ses relations, comme pour son sommeil, où il tente de trouver des limites et un certain équilibre.

L'adolescent souhaiterait moins voir ses parents, prendre de la distance, vivre davantage sa vie. Je remarque qu'il parle en sujet désirant pour la première fois : « je peux faire les choses dont j'ai envie ». Cette période de test en tout genre s'accompagne d'un apaisement de l'hypersomnie, sauf sans un cas particulier : la veille d'un jour où sa mère devait venir le chercher. Il s'est couché tôt en pensant avoir le temps d'aller en cours et de ranger son appartement. Puis il ne s'est pas réveillé avant l'après-midi. Cet « agir » le questionne. Il avoue qu'il était nerveux à l'idée que sa mère vienne dans son intimité. Tim témoigne bien du

cheminement adolescent, dont la mise à distance des figures parentales pour pouvoir investir des objets extérieurs. Il parle plus en son nom propre, en tant que sujet désirant, et ses manifestations liées au pubertaire et son désir d'autonomisation me rassurent.

Sa mère me rappelle après cet entretien car elle est assez inquiète pour lui, elle doit veiller à l'appeler pour qu'il prenne ses médicaments mais est consciente que son rôle de mère est limité. Elle aimerait lui donner de la santé. Je comprends aussi qu'elle-même et ses autres enfants sont aussi malades et fragilisés en ce moment, et cette conversation autour de Tim et de leur vie semble lui faire du bien.

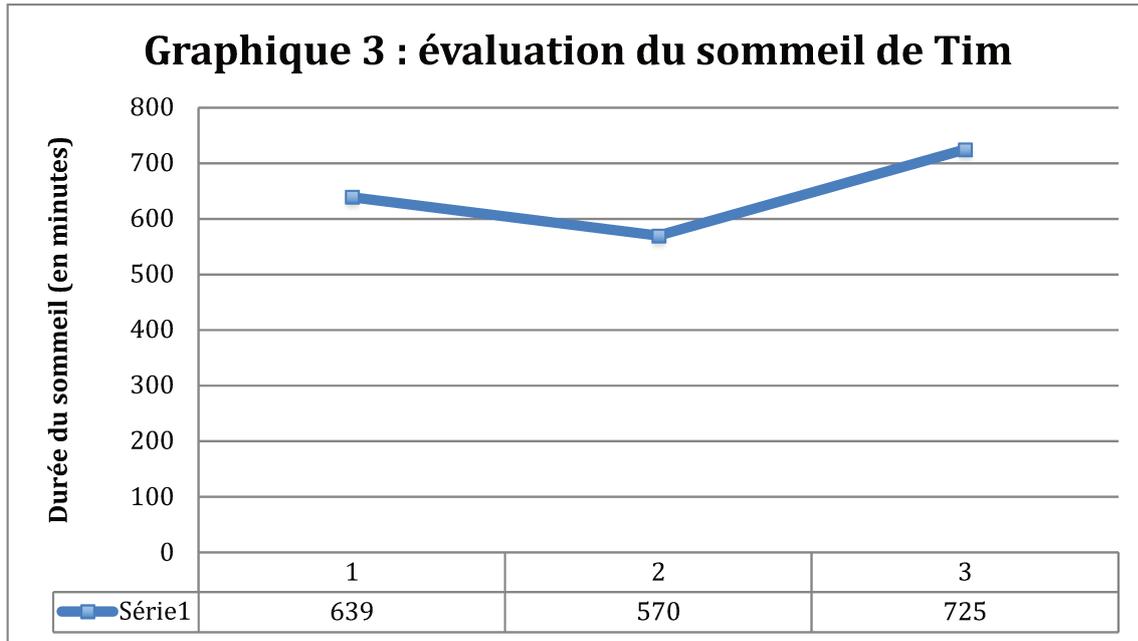
Dans un dernier entretien téléphonique avec Tim (il ne nous a pas été possible de trouver une date pour se voir), il m'explique avoir demandé au médecin de prendre le traitement médicamenteux comme il le souhaitait. Sa parole a été entendue et il se sent encore un peu plus autonome dans le soin. Après des débuts compliqués notamment dans sa formation dont les responsables « ne comprenaient pas la maladie », les projets réalisés lui redonnent confiance, il éprouve du plaisir et se sent sécurisé.

Il a depuis nos derniers entretiens pris conscience qu'il y avait un conflit avec sa sœur, qu'il avait toujours souhaité réussir comme elle et qu'il ressent maintenant de l'énervement à son égard. Je ressens le besoin pour le jeune de parler, de continuer à cheminer quant à son histoire, et à se construire pour continuer d'aller vers les autres. Aussi, je lui conseille un confrère qui consulte non loin de son lieu de vie, mais Tim dit très vite qu'on lui a conseillé un psychiatre et qu'il souhaite faire cette démarche seul. Je retrouve l'adolescent que j'ai appris à identifier chez lui et à connaître, se positionnant chaque jour un peu plus en tant que sujet désirant et autonome. A-t-il déjà fait le deuil de la relation thérapeutique ?

IV.3.4. Evaluation du sommeil de Tim sur la base de l'agenda du sommeil :

Tim a bénéficié d'un temps d'accompagnement psychologique au long cours mais avec peu d'entretiens réalisés. Toutefois, il a rapporté son temps de sommeil durant une semaine, et ce à trois reprises. Il a ainsi consigné ses heures de coucher et de lever chaque jour en y ajoutant des faits importants et remarques quant à son sommeil, comme des rêves ou des réveils nocturnes. Il a indiqué à deux reprises des siestes faites durant les deux premiers jours de la dernière semaine consignée.

Parmi les trois semaines de sommeil, nous pouvons observer que le sommeil de Tim s'étend de 10h39min à 9h30min puis à 12h05min ce qui révèle une certaine irrégularité et un sommeil de type hypersomniaque durant la troisième semaine étudiée. On note donc une légère baisse puis une hausse du temps de sommeil en minutes sur les trois semaines consignées, comme le présente le graphique ci-dessous :



Tim a su se saisir de l'agenda du sommeil pour décrire de façon précise la qualité de son sommeil, mais aussi les nombreux rêves qui ont composé ses nuits. Toutefois, il a été difficile pour Tim de s'inscrire dans un travail psychologique au long cours et dans la continuité, me contraignant à réaliser des entretiens téléphoniques. J'ai eu à plusieurs périodes le sentiment de « porter » Tim et sa mère, en proie à des états dépressifs et d'angoisse. L'instabilité du sommeil du jeune au cours des mois qui composent son suivi permet-elle de faire un lien avec l'irrégularité de l'accompagnement, et plus largement les modalités de lien à l'objet chez Tim ?

IV.4. L'histoire de Jean¹⁶

J'ai souhaité présenter ici l'histoire d'un adolescent qui a été renommé Jean (les comptes rendus d'entretiens sont présentés en Annexe N°11).

IV.4.1. L'adolescent qui venait de loin

Jean vient accompagné de sa mère pour ce premier entretien. Il vient sur les conseils de sa pédiatre avec qui je travaille. C'est un grand garçon à la stature imposante, habillé d'un long trench noir. Il semble timide à première vue, parle d'une grosse voix, rit, s'agite durant l'entretien. Il semble assez nerveux. Il s'exprime avec un langage semblant d'« un autre âge », « limite soutenu » comme dit sa mère, ce qui tranche avec son âge. Il est âgé de 16ans, et ne peut vraiment dater la date de début de ses troubles.

Sa mère explique : « on m'a dit que cela pouvait remonter à l'enfance. Il était hyperactif plus petit, mais pas agressif. Un médecin en a conclu récemment que cela pouvait être en réalité un trouble du sommeil. Auparavant, j'ai toujours pensé que c'était lié avec l'accident de mon mari durant la grossesse, des médecins m'avaient dit que l'hyperactivité devait être liée au « choc » qu'il avait ressenti dans mon ventre à ce moment là ».

Jean prend la parole et explique que depuis qu'il a sa machine à oxygène (pour traiter une apnée du sommeil diagnostiquée à l'unité il y a quelques mois), il se sent beaucoup mieux, ne prend pas d'autre traitement médicamenteux, et ne souffre pas d'une quelconque gêne. Mais lorsque je lui demande si ce trouble du sommeil a eu des conséquences sur sa vie, il dit avec émotion qu'il a « foiré » beaucoup de choses dues à son irritabilité, il a eu des soucis avec des personnes, principalement dans la sphère scolaire. Il explique également qu'il y avait beaucoup de conflits avec « le paternel », il était très en colère à cette période-là, et ils en sont venus aux mains une fois (où sa mère s'est intercalée entre eux). Maintenant il a une relation plus satisfaisante avec son père, ils se taquinent. Il dit « revivre » depuis qu'il utilise sa machine pour dormir.

Il effectue deux activités extra-scolaires qui lui font du bien : l'aïkido et le théâtre depuis six ans, et cela lui plaît toujours. Cependant, il exprime un problème depuis son arrivée dans son lycée : il n'y a pas retrouvé ses amis du collège donc ils se sont perdus de vue. « Je me fais de

¹⁶ L'adolescent a été renommé conformément à la mesure de confidentialité des données de recherche.

nouveaux potes au lycée », précise-t-il. Il a un petit frère de douze ans avec lequel il s'entend bien.

La mère de Jean raconte : la grossesse s'est mal passée en raison de l'accident de son mari, elle se met à rire puis dit qu'elle n'a pris que cinq kilos car à mesure que son fils grandissait dans son ventre elle perdait du poids « mon gamin m'a tout bouffé », déclare-t-elle.

La naissance s'est bien passée par césarienne. En questionnant l'enfance de Jean, il fait la moue et dit que le monde social n'était pas son truc, la mère ajoute qu'il était dans son monde, il approchait les autres enfants en faisant des bruits d'animaux, il était en décalage, l'entrée en 6^{ème} a été l'année la plus dure. C'est l'année suivante que sa carrure s'est développée, sa façon « pompeuse » de parler faisait rire autour de lui, Jean ne trouvait pas sa place. Son parcours scolaire fut normal, il a redoublé une fois et actuellement il suit une formation en seconde professionnelle d'aide à la personne : « parce-que j'ai subi des mauvaises choses, je veux aider à mon tour les autres (il souhaiterait devenir psychologue, me dit-il) ».

Je demande alors à sa mère qu'elle fille et adolescente elle fut. Elle raconte : elle fut fille unique (sa mère n'a pu avoir d'autres enfants malgré deux autres grossesses), elle a passé son enfance dans un centre de cancérologie car elle avait un cancer. « Bercée par la maladie », elle a toujours eu honte de ses cicatrices, et quand elle a été mieux, c'est sa mère qui a alors souffert d'une myopathie. En disant ces mots, elle est émue, son fils lui caresse l'épaule en la réconfortant. Je suis touchée non seulement par ce que confie Jean, mais aussi l'histoire de sa mère, ce dont elle a souffert.

Celle-ci précise qu'il y a eu beaucoup de femmes touchées par le cancer dans sa famille, et depuis son accident, le père de Jean reste à la maison, dans l'attente d'une nouvelle greffe de foie. Ils ont mis quatre ans à avoir leur fils, car elle se considère comme une « fille distilbène », un médicament qu'a pris sa mère en étant enceinte, et qui a, selon elle, eu des conséquences sur sa propre fertilité. Elle dit alors qu'enfant, Jean leur avait dit avoir été adopté, mais l'adolescent s'en défend en disant qu'il n'avait pas bien compris quelque chose à ce moment-là. Il semble embarrassé par cette révélation, le regard figé sur le sol.

Je ne pense pas le questionner davantage en présence de sa mère, car il s'agit de respecter son intimité, donc je présente ma recherche. Jean semble enclin pour prévoir un accompagnement individuel avec un entretien en deux temps : un temps seul à seul puis un temps à la fin de

l'entretien où sa mère-ou son père- peut nous rejoindre.

IV.4.2. Se relever

Le mois suivant, nous nous retrouvons à deux, comme nous l'avions décidé ensemble. Jean exprime le souhait de venir pour mieux se connaître. Il a des questionnements sur lui, et il aimerait en savoir davantage. Il rappelle qu'il a beaucoup souffert en étant plus jeune, du regard des autres, néanmoins avec la prise en charge liée à son apnée du sommeil il se sent mieux. Il précise : « c'est une machine qu'on branche et un masque qu'on met sur le visage, les élastiques derrière la tête. Avec la première machine, ça n'a pas été facile, car une nuit je me suis retourné, et le tuyau étant assez court, je me suis réveillé le lendemain avec de l'eau partout sur le sol. Avec la nouvelle machine, on a fait un système sur ma commode de lit de sorte à ce que le tuyau soit plus long et que je puisse faire les mouvements, me retourner dans la nuit ».

J'observe que cette machine prend beaucoup de « place » dans la vie nocturne de Jean. Il ajoute son goût pour la lecture : « je suis dans un livre qui me plaît beaucoup en ce moment. C'est l'histoire d'un jeune personnage qui joue à un jeu vidéo en mettant un casque. Le but de ce jeu est de monter une tour de cent étages, en survivant parmi des ennemis qui veulent le tuer ». Jean s'inspire des jeux-vidéos actuels.

Il aime le côté presque « impossible » de cette mission du personnage, d'autant plus que le héros prend conscience à un moment donné qu'il ne peut pas sortir du jeu, il est « bloqué » dedans et doit tout faire pour s'en sortir. Je perçois une résonance dans cette histoire qui plaît beaucoup à Jean, s'identifiant au personnage principal, avec sa propre histoire, un casque, la tour d'où il ne peut sortir, le « blocage », la solitude...je lui exprime ces associations, il paraît surpris puis dit « ah oui tiens, c'est ça ! ». Son visage s'éclaire, il paraît touché par mes paroles.

Je lui demande comment se passent ses nuits. Il dort bien, il a déjà fait des rêves où il était conscient de rêver. Il a fait un rêve dernièrement, ou plutôt un « cauchemar », car il s'est « réveillé en sueur, en haletant et en vérifiant son bras gauche ». Il raconte son rêve : il est dans une ville, il marche seul, blessé, il se rend compte qu'il a eu le bras gauche arraché. Il marche alors, demandant de l'aide aux autres qui passent, mais se rend vite compte que ce ne sont que des « stick-man », des hommes-bâtons.

Au départ, ces personnages n'ont pas d'expression, puis Jean voit leur sourire moqueur et leur côté voyeur. Le jeune patient dit : « c'est comme-ci, vous savez... », puis il se lève brusquement, s'approche du pilier dans la pièce, se cache derrière et mime le visage des personnages. Je regarde Jean, arborant un sourire moqueur, mesquin, et suis quelque peu étonnée par cette réaction. L'adolescent se rassoit, me dit qu'il s'est réveillé peu après avoir fait ce rêve inquiétant, et a mis d'ailleurs du temps à comprendre que c'était un rêve. Il était dans la confusion.

Il revient ensuite sur un événement marquant : « mes parents ne sont pas vraiment au courant », dit-il d'une petite voix, comme si on pouvait l'entendre dehors du bureau. Il a rencontré une fille via internet. Elle habite dans la même région que lui, et ils ont décidé de se rencontrer un jour où Jean se promenait avec ses parents. Il l'a alors regardée « bizarrement », il se lève une nouvelle fois pour mimer la façon dont il la regardait d'en haut. Je suis moi-même plus bas que lui, assez étonnée par cette scène à laquelle je suis témoin. Jean lui a demandé ensuite si elle ne l'avait pas reconnu.

Je demande : « Qu'a-t-elle répondu ? -Elle m'a dit qu'elle m'avait vu et reconnu, mais avec mes parents ce n'était pas possible. On s'est donc retrouvé un autre jour où je suis allé chez elle ». Ils ont passé du temps chez lui puis ils se sont mis ensemble. Ils sont allés ensuite chez elle et ont fait chambre à part. Jean dit être agréablement surpris par la réaction des parents de sa petite amie « on a deux ans d'écart, ça compte énormément à notre âge ». Il exprime son contentement d'être en couple avec elle depuis quelques semaines.

A ces mots, un médecin frappe à la porte et nous interrompt. Je pense alors à sa mère qui attend la deuxième partie de notre entretien, et propose à Jean qu'elle puisse nous rejoindre. Il accepte et elle rentre dans la salle, s'installe. Je m'adresse à elle et lui demande de ses nouvelles, elle répond que ça va mais semble très surprise par ma question.

S'en suit alors un silence. Elle dit être préoccupée par le prochain conseil scolaire auquel ils sont invités avec Jean. A ces mots, l'adolescent rit beaucoup, je ressens une excitation chez lui. Elle dit : « tu vois, le problème c'est que tu n'es jamais sérieux quand on parle ». D'après elle, Jean est parfois dans la contradiction, lorsqu'il a une idée générale sur quelque chose, cela ne change pas. Jean s'explique : il a mal vécu les conseils de classe et les rencontres parents-professeurs au collège. Il lui était renvoyé qu'il était nonchalant, bavard, hautain : « Je ne supporte pas qu'on puisse me juger seulement sur quelques heures de cours par semaine ».

Je lui renvoie alors qu'il pourrait peut-être exprimer cette appréhension à ces professeurs, ses difficultés au collège aussi. Il me regarde intensément.

La mère reprend : « Leur dire ça, vraiment ? », ce à quoi je réponds qu'il est important de pouvoir exprimer ses émotions et ses difficultés aux autres. Jean évoque certains de ses professeurs, dont de très bons enseignants, souvent compréhensifs. Il pense pouvoir leur parler. Nous arrivons à la fin de l'entretien et je leur propose de se voir trois semaines plus tard, mais comme cela est compliqué pour la mère de l'adolescent, nous convenons de nous revoir dans un mois.

IV.4 3. « Peut-être qu'il m'en veut »

Cela fait trois mois que je suis Jean. A l'occasion d'un entretien où il est accompagné par son père (qui est resté en salle d'attente), l'adolescent évoque ses sentiments par rapport à lui : « en fait je déteste mon père, il est simplement venu m'accompagner, mais je n'ai pas confiance en lui ... ». Jean ne se rappelle pas sa petite enfance avec lui, mais seulement vers 5-6ans où il lui a confié un secret, que son père a raconté à un de ses amis, puis tout le village a su ce secret. « Je ne peux pas compter sur lui, il nous fait toujours des mauvais coups. C'est comme s'il voulait nous pourrir la vie, et j'avoue qu'il y arrive plutôt bien » dit-il. Il prend l'exemple de son souhait de cadeau pour Noël : un long manteau noir. Son père n'aime pas ce style vestimentaire et préférerait que son fils mette un manteau moins long. Jean ne comprend pas cette réaction, et semble très en colère contre son père.

Il associe sur la situation financière de ses parents : sa mère travaille beaucoup pour subvenir aux besoins de la famille, car après son accident, son père fut dans l'incapacité de continuer son travail. Il investit cependant une association et pour cela achète beaucoup de matériel : « cette année fut dure, on a dû se serrer la ceinture. Mais plus ma mère travaille pour subvenir à nos besoins, plus mon père dépense l'argent pour ses trucs personnels. J'ai bien pensé à travailler en dehors de l'école pour aider ma mère, mais à mon âge c'est pas facile de trouver un job ».

Jean ne comprend pas cette situation, et voit dans le comportement de son père un lien possible avec un évènement : « peut-être qu'il fait tout ça depuis son accident, parce qu'il ne peut plus faire les choses d'avant. Mais j'ai l'impression que c'est comme si ça avait été « lui

ou moi ». Je l'interroge alors sur cette proposition ; il répond « peut-être qu'il m'en veut pour quelque chose, mais je ne sais pas quoi ».

Je tente de mettre en mots ce que j'ai perçu dans son discours : il s'inquiète pour la situation financière, il porte un poids sur ses épaules. En effet, Jean semble avoir pris la place de son père, et se voit « réparer » les erreurs de celui-ci, plutôt que de vivre sa vie d'adolescent, de penser à lui. Il semble très proche de sa mère « une mère c'est très important », dit-il avec un air admiratif.

Je perçois le caractère fusionnel de leur relation, qui laisse transparaître un désir incestueux de Jean. Celui-ci semble tiraillé entre le désir de se différencier, de penser pour lui-même (comme pour le choix du manteau) mais aussi de demeurer dans l'indifférenciation, comme l'illustre le contexte incongru de rencontre avec sa petite-amie. La « fusion » dans la relation maternelle se caractérisant plus tard dans le langage par le surnom de « bébé », serait-ce en lien avec une séparation non symbolisée ? Cette situation semble réactiver les vécus issus de la venue au monde de Jean dans un contexte difficile (accident du père, et après avoir eu un cancer pour sa mère), précieuse, et qui maintient aussi l'équilibre familial (avec le comportement tyrannique du père qui semble en grande souffrance).

Je questionne ensuite le jeune patient sur l'histoire des autres membres de la famille. Il raconte l'histoire de ses grands-parents maternels, puis ensuite de son père ; Je ressens alors une confusion et lui demande de préciser de quel côté de la famille il parle. Il se reprend en disant « des grands-parents paternels ». Il ne comprend pas le comportement de ses grands-parents, qui sont d'après lui peu tournés vers les autres, tout comme son père : « Je ne me sens pas comme eux, je me sens à part ». Il situe ce « nœud » familial à la génération de ses grands-parents. Je ressens de la colère et de l'incompréhension à ce moment-là. Est-ce en lien avec la colère ressentie et exprimée dans les liens intrafamiliaux ?

Puis il associe sur son comportement parfois, où il se regarde dans la glace et ne se reconnaît pas : « je vois quelqu'un en colère, mais je ne pense pas être comme ça dans la vie. C'est comme si d'un coup j'avais un autre regard, et des gros mots dans la tête. Pourtant, j'essaie d'aider les autres dans la vie. C'est comme si j'avais quelque chose en moi que je ne comprenais pas ».

Je lui renvoie alors qu'il s'agit peut-être d'une colère en lui qu'il ne peut identifier pour l'instant. Mais le lien qu'il fait dans son discours avec ses grands-parents semble exister. Je reprends l'idée de la transmission semblant à l'œuvre, parfois lourde et difficile à comprendre. Comment peut-on se construire avec cette histoire-là ?

Puis, Jean regarde la porte, et dit : « je crois qu'ils sont là ».

Son père et son petit frère entrent alors et s'installent. Je leur propose comme prévu de programmer le prochain entretien. Le père s'absente au téléphone, tandis que Jean semble mal à l'aise. Nous trouvons une date pour se revoir un mois plus tard.

IV.4.4. Le schéma familial

Après les fêtes, Jean me fait part qu'il a présenté sa petite-amie à ses parents. Il se sent très bien avec elle, ils s'entendent bien. Il cherche un cadeau pour elle. Il souhaitait trouver quelque chose qui lui plaise, et associe sur le moment où sa copine lui a renvoyé qu'il ne pensait pas suffisamment à lui.

Puis, il en vient à parler de l'empiètement maternel (des scènes où sa mère passe regarder dans sa chambre ce qu'il y fait), mais tempère : « je la comprends ma mère... C'est compliqué pour elle de me voir grandir ». Il évoque les difficultés liées à la distance avec sa petite-amie, ainsi que sa pudeur.

La tension monte chez lui car sa mère travaille beaucoup. Le budget familial est toujours serré. De plus, Jean ne comprend pas pourquoi son père lui fait des remarques désobligeantes. Il décrit le comportement de son père lorsqu'ils sont seulement tous les deux : « je ne sais pas pourquoi il s'acharne sur moi quand ma mère n'est pas là. J'ai essayé de lui dire, mais ma mère ne lui dit rien car elle n'était pas là quand cela se produit ». Il ajoute qu'elle a pu voir la fois où ils en sont venus aux mains.

Puis, l'adolescent prend l'exemple d'une scène récente où il était dans sa chambre, en train de lire un livre. Son père est venu le voir et lui a demandé de ranger quelque chose. Il lui a répondu qu'il rangerait une fois sa page terminée. Jean se lève alors et nous montre que son père revenait sans arrêt pour insister. Il est agité, refait le mouvement puis revient s'asseoir. Je lui exprime la colère qu'il semble comprimer en lui.

Il acquiesce et dit qu'il ne comprend pas pourquoi il fait ça avec lui, d'ailleurs, il ne se rappelle pas spécialement de bons moments avec son père lorsqu'il était enfant : « il n'en fait

qu'à sa tête et ne nous écoute pas », dit-il. Cette déclaration montre bien le souci et le poids familial qui pèsent sur l'adolescent.

Comment comprend-t-il la relation tendue entre son père et lui ? Cela vient de son accident, « ça l'a changé », et je lui renvoie que le rôle de père a dû être difficile pour lui à incarner, alors tout juste remis de son coma. Je sens une forme d'urgence, Jean a besoin de comprendre. Mais il dit que son père n'est pas dans la communication. Je lui demande quelle était l'enfance de son père. « C'était difficile avec ses parents, qui ne le gâtaient pas autant que les autres de la fratrie », confie l'adolescent.

Je formule le besoin qu'a Jean de communiquer avec son père, ainsi que l'importance de trouver sa place afin de se construire et aussi de devenir davantage autonome. J'invite alors la mère de l'adolescent - restée dans la salle d'attente - à venir nous rejoindre pour programmer le prochain rendez-vous. Elle ne supporte de faire le tampon entre son fils aîné et son mari, la situation est de plus en plus difficile. Elle aimerait qu'ils fassent des efforts et se met à pleurer. Jean est triste, essaye d'apaiser sa mère. La mère de Jean confie : « je suis énervée de m'être mise à pleurer, je ne voulais pas en arriver là ». J'exprime que j'entends ces éléments, la situation est difficile pour les membres de la famille. Jean interroge et tente de mettre du sens sur son histoire.

Deux mois plus tard, Jean m'annonce que sa relation avec son père a beaucoup changé. Cela s'est fait naturellement des deux côtés, « il vient moins me chercher et m'énervé, et du coup moi aussi je lui parle plus normalement ». Il évoque une sortie en voiture où tous deux ont discuté et même plaisanté : « C'était assez agréable ».

Que pense-t-il de cette évolution ? Il pense avoir compris des choses, comme le fait que son père n'est plus le même depuis l'accident (chose qui a été évoquée par sa mère lors du dernier entretien). Cela a pris du sens pour lui. Il pense qu'ils n'en parleront pas forcément tous les deux, ni ne rattraperont le temps perdu (« les conflits passés »), mais à présent ils sont passés à autre chose. Jean ajoute « je pense avoir mûri également ». Je lui confirme le recul pris par rapport à la relation avec son père, il se trouve dans une démarche de recherche de sens.

Mon regard change : il me semble grandi physiquement.

Il confie qu'en grandissant, il se pose aussi des questions sur le fait de devenir père un jour. « Il ne faut pas que je recrée le schéma familial », dit-il, puis il précise l'enfance malheureuse

de son père que sa mère lui a raconté, défavorisée par rapport au reste de la fratrie. Il évoque une scène où sa famille était en sortie, où son père avait des chaussures trouées contrairement aux autres membres de la fratrie. Jean aimerait comprendre des choses et avancer sans faire les mêmes erreurs, il n'aimerait pas avoir d'accident et que son enfant éprouve la même culpabilité que lui a ressentie.

Il s'interroge à cet instant : « mon père pensait-il à moi et à ma mère en fin de grossesse ? A t'il fait une erreur de conduite ou fut-il moins attentif à ce moment-là ? » Ce questionnement, adressé à son père, lui permet de revenir sur l'image de père de protecteur que lui renvoient certains de ses amis, en tant qu'il sait écouter et qu'il témoigne d'une certaine maturité. Sa mère nous rejoint et témoigne de l'évolution de son fils. Elle est émue et s'écrit « mon bébé! ».

Le mois suivant, Jean évoque sa formation d'aide à la personne. Je perçois un discours très factuel. Le jeune a peur de mal s'y prendre avec les résidents. Il associe sur la peur d'être coupable de quelque chose, puis revient sur l'accident de son père. Il aimerait savoir ce qu'il s'est réellement passé à ce moment-là, or son père ne se « rappelle pas l'accident ». Il est important pour lui de mettre du sens sur cet accident ainsi que sur sa venue au monde. J'imagine alors des pulsions de mort particulièrement intenses chez les membres de la famille à la naissance de Jean, comme si, de lui ou de son père, il n'en fallait qu'un.

Je lui demande comment il aborde la fin de l'accompagnement. Il répond : « Je vais mieux, ça me fait du bien de parler, je suis passé à autre chose. Et puis ça va bien mieux avec mon père et mon sommeil aussi avec la machine. Même ma mère me laisse plus autonome ! ». L'adolescent aide de plus en plus aux tâches ménagères à la maison.

Son père nous rejoint et confirme que cela va mieux entre eux, Jean est plus présent.

IV.4.5. Des photos pour se dire

Je retrouve Jean pour ce dernier entretien (le huitième exactement), et lui présente le dispositif du Photolangage© lorsqu'il entre dans la pièce. Il est attentif et regarde directement les photos. Il sourit, prend le temps pour les regarder et en choisit deux : « Je vais prendre une pour l'avant (la photo en couleurs d'une fille repliée sur elle-même, assise sur un lit)... » :



Photo N°29 : Jeune fille prostrée devant affiche.

« (...) et une pour l'après (la photo en couleurs d'une mouette volant dans le ciel bleu) pour exprimer mon évolution ! » s'exclame-t-il d'un air enjoué pour accompagner son geste :



Photo N°21 : Goéland dans ciel bleu

Je choisis la photo en noir et blanc de l'alpiniste arrivé au sommet d'une montagne :



Photo N°432 : Silhouette d'homme sac au dos

Je lui demande de commencer à présenter sa première photo. Il prend la photo de la fille sur un lit en position de repli, et dit que c'est vrai qu'il y a eu une vraie évolution chez lui. Avant il était isolé, triste et n'avait envie de rien. Puis, lorsque le médecin lui a présenté ma recherche, il s'est dit qu'il serait bien de contribuer à une recherche sur les troubles du sommeil à l'adolescence. Un silence se forme. L'adolescent avait besoin de parler, de comprendre des choses. J'interviens pour dire l'importance, à ce moment-là de sa vie, de comprendre des choses. Il acquiesce et présente sa deuxième photo, celle de la mouette : « c'est une mouette qui vole dans le ciel, s'exclame-t-il, elle est bien, elle prend une direction, elle est elle-même ». J'évoque qu'en effet Jean a pris de l'assurance, il est plus maître de sa vie et acteur dans ses choix comme la mouette.

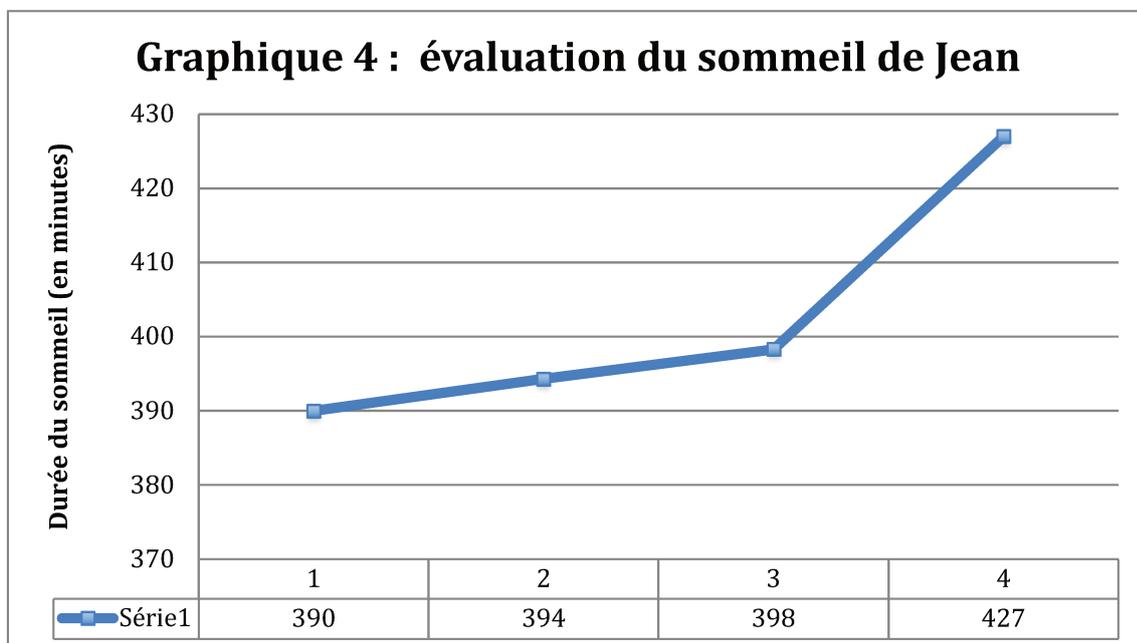
Puis, je présente alors ma photo : celle du grimpeur, et explique qu'à l'image de l'ascension de cet alpiniste, Jean a suivi sa route et malgré les difficultés il est arrivé à faire l'ascension de cette montagne et à entreprendre de grandes choses comme cette année de formation et ses stages. J'imagine que cet alpiniste a des compagnons de cordée qui l'assurent (à ce moment-là Jean fait mine de tomber en arrière puis rigole), rendant l'ascension plus sûre, et donnant les conditions nécessaires à l'alpiniste pour réaliser cette traversée. Je propose à présent que sa mère puisse nous rejoindre.

Elle s'installe et je lui explique ce que nous avons fait avec le Photolantage©. Je lui résume brièvement ce qui s'est dit, notamment autour de la notion d'évolution personnelle de Jean. En effet elle a vu son fils grandir, aller plus vers les autres qu'avant, même si elle pense qu'il pourrait encore plus à l'aise.

Elle a également pris conscience qu'il avait trouvé sa voie professionnelle, que cela se passait très bien, d'ailleurs pour lui « c'est plus intéressant avec des personnes âgées qu'avec des plus petits enfants ». Il a gagné en assurance et en prise d'initiative. La prise en charge fut bonne, notamment le suivi psychologique. Elle me remercie d'avoir été là et de les avoir accompagnés. Elle espère que son fils pourra bénéficier d'un espace pour lui et souhaiterait prendre contact avec un Centre Médico Psychologique. Je les remercie pour leur confiance et nous nous disons au revoir.

IV.4.6. Evaluation du sommeil de Jean sur la base de l'agenda du sommeil :

Jean a bénéficié d'un temps d'accompagnement psychologique moins long que les autres cas cliniques présentés. Toutefois, il a rapporté son temps de sommeil durant une semaine, et ce à quatre reprises. Il a ainsi consigné ses heures de coucher et de lever chaque jour, et n'a pas souhaité rapporter de remarque quant à son sommeil (bonne, très bonne ou mauvaise qualité, réveils nocturnes) ni les rêves dont il se souvenait. Néanmoins, au fil des entretiens, il m'a fait part de certains d'entre eux. Il n'a pas indiqué faire de sieste durant la journée. Parmi les quatre semaines de sommeil consignées, le sommeil de Jean s'étend de 6h30min à 7h06min, ce qui ne constitue pas une hypersomnie. Toutefois, on note une légère augmentation constante du temps de sommeil en minutes sur les quatre semaines consignées, comme le présente le graphique ci-dessous :



Ces éléments montrent tout d'abord que Jean n'a pas investi l'agenda du sommeil comme un support d'expression à propos de ses nuits. Toutefois, il s'est saisi des entretiens psychologiques pour exprimer ses représentations quant à son sommeil depuis son suivi médical et son appareillage, apparaissant comme un environnement sécurisé, voire étayant. Il a pu également raconter certains de ses rêves. Parallèlement à cette prise en charge médico-psychologique, son sommeil semble se stabiliser, et ce sur plusieurs mois. Si durant le dernier trimestre de suivi psychologique son temps de sommeil augmente en moyenne, cela ne constitue pas une hypersomnie sur le plan des critères diagnostiques médicaux. A contrario, cela

pourrait indiquer un sommeil de meilleure qualité. Peut-être pouvons-nous entendre la plainte du jeune patient de cette forme d'hypersomnolence comme un appel à l'aide plus global ?

V. L'hypersomnie adolescente : une expression symptomatique face aux remaniements identitaires

V.1. Comment définir l'hypersomnie aujourd'hui ? La question de la classification

Nous souhaiterions débiter cette démonstration par la question de la classification de l'hypersomnie.

Nous pourrions résumer ce questionnement sous le titre suivant : sommes-nous en présence d'un trouble inhibiteur, d'une hystérie de conversion, ou d'une forme d'agir ?

Au travers des histoires de Laura, Tim, Jean et Gabi, l'hypersomnie ne se résume pas à un état dépressif. Il serait réducteur de présenter ce trouble du sommeil par une seule et même étiologie. Leur corps, jusque-là pris dans une étape transformative, ne semble plus répondre, plongé dans un état de sommeil qui semble un véritable refuge.

Car, au-delà de la pathologie somatique, ce sont durant les entretiens, des vécus psychologiquement douloureux qui sont exprimés, dont nous pouvons proposer qu'ils soient liés, notamment, aux remaniements du passage adolescent. Pour ces jeunes, il nous semble également que le fait que cela soit une pathologie jusque-là méconnue, renforce le sentiment d'incompréhension et d'étrangeté en eux, mais également dans le lien aux autres. Lorsque la plainte du corps peut être entendue –au delà du diagnostic médical posé-, une demande en faveur d'un soin psychique peut alors émerger, laissant la possibilité d'un travail d'élaboration dans l'espace d'entretiens psychologiques proposé.

Le point de départ de cette démonstration se situe dans une temporalité spécifique de l'adolescence qui fait crise, notamment au travers de trouble du sommeil (comme réponse en corps), qui vient dire quelque chose d'une désorganisation à l'œuvre.

En effet, nous pouvons observer que le trouble surgit certes durant la période adolescente, mais aussi dans différents contextes psychopathologiques, impliquant les questions du corps et du sommeil à l'adolescence, où l'expression du corps serait sous-tendue par des enjeux somatiques et/ou psychiques.

Nous pourrions tout d'abord les différencier en quatre types de contexte :

- Surgissement du trouble dans un contexte post-pubertaire dans le cas de Laura
- Surgissement du trouble dans un contexte post-traumatique dans le cas de Tim

- Surgissement du trouble dans un contexte post-médical dans le cas de Gabi
- Surgissement du trouble associé à une apnée du sommeil dans le cas de Jean.

De plus, il semble nécessaire de penser l'hypersomnie et de proposer un statut métapsychologique à ce phénomène grandissant dans la population des 15-25ans.

Comment finalement classer ce trouble dans le champs psychopathologique et psychanalytique ?

V.1.1. L'hypersomnie comme trouble de conversion

Ici, nous faisons référence aux travaux fondateurs de S. Freud. C'est à la lueur des travaux de cet auteur qu'il nous a semblé retrouver le caractère symbolique du sommeil excessif chez ces adolescents. Nous pensons en effet que « le choix de l'organe » (ici le corps entier immobilisé) n'est pas anodin dans l'histoire de la maladie chez ces jeunes.

Freud distingue deux types de somatisations : l'hystérie de conversion et la névrose actuelle. La première est liée aux conflits sexuels dans l'histoire infantile du sujet, alors que la deuxième révèle, par le biais somatique, une frustration des désirs et pulsions sexuels dans le présent de l'individu. La première a trait majoritairement au corps imaginaire alors que la seconde touche le corps biologique. S. Freud (1895, 1909) définit l'hystérie de conversion comme « véritable saut du psychique dans l'innervation somatique ». L'analyse de cette « complaisance somatique » révèle l'existence d'« une dualité d'opposition : besoin sexuel excessif et aversion sexuelle exagérée » (Freud, 1905, p. 53).

Nous pensons à l'image issue du conte de la « Belle au bois dormant », dans laquelle, la plongée dans le sommeil préserve la jeune fille de tout désir sexuel inconscient. Car c'est bel et bien dans un contexte de passage de la puberté à l'adolescence que nous observons l'éclosion de l'hypersomnie. Le but du symptôme de conversion ne semble pas être la décharge ou la mise au dehors de toute excitation, mais bien de refouler tout désir sexuel inconscient, car le vivre serait conflictuel. Pour M. Sami-Ali, la conversion hystérique s'opère sur un corps « pétri de fantasmes » (Sami-Ali, 1985, p. 418). Cela crée donc un conflit qui va se convertir, faute de représentation intrapsychique, et venir se loger dans le corps du jeune. Pour N. Dumet (2002, 2009), si le symptôme de conversion constitue une des « bornes » dans le champ psychosomatique, aucune étiologie médicale ne peut le justifier, malgré qu'il puisse

limiter en grande partie la vie de l'individu. Nous nous retrouvons face à la même réalité avec l'hypersomnie.

a. Laura : l'histoire d'une ado-bulle

Rappel : Laura est la première adolescente que j'ai¹⁷ rencontrée durant ma recherche sur le terrain. L'hypersomnie chez elle se manifeste par des crises de sommeil de six à sept jours. Les manifestations de son trouble du sommeil ne permettant pas d'établir un diagnostic clair, Laura est orientée vers le dispositif psychologique que je propose.

Elle, tout comme ses parents, m'ont fait confiance en premier lieu et gardent de ce fait une place importante dans l'élaboration théorique clinique. Ce cas illustre tout particulièrement ce qu'il se joue pour le sujet adolescent face à un corps jugé dysfonctionnant dont l'étiologie reste obscure. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons présenter l'analyse clinique de son histoire dans ce début de démonstration de thèse.

Au cours du passage adolescent, le sujet réactualise des pans de son histoire inscrits dans le corps familial et dans le sien propre, jusque-là innommables, ceci afin de construire sa propre identité. Ici, nous observons que Laura retrouve une place analogue à celle des premiers temps de sa vie, de même que l'inquiétude de ses parents semble réactualisée. Le lien n'est pas sécure, tout comme cette image que l'adolescente dégage d'être toujours entre la vie et la mort. D'ailleurs, la mère témoigne de l'aspect fusionnel retrouvé de leur relation, se préservant ainsi des angoisses de mort collectives (Durastante, Dubois et Dumet, 2015). Au cours de sa dernière année en tant que lycéenne, Laura est face à l'épreuve de séparation d'avec ses parents.

La survenue de la symptomatologie d'un long et profond sommeil questionne quant à la fonction de celui-ci, qui lui permet (à nouveau) un temps de « couveuse » face au contexte de séparation actuelle, en réactivant le souvenir de la séparation première, forcée et prolongée. Parallèlement à la mise en place d'un traitement médicamenteux, Laura accède à la demande de soin psychologique, et peut alors raconter ce qu'elle vit, ce corps-à-corps avec la passivité, et accéder à la représentation du génital.

¹⁷ Le « Je » est utilisé pour différencier ce qui a trait au positionnement dans la clinique, du « Nous » pour débiter, discuter et conclure le propos de la chercheuse.

Peu après l'apaisement du trouble hypersomniaque, j'ai été frappée par l'apparition chez l'adolescente de l'acné sur son visage, qui m'apparaissait jusqu'alors avoir une « peau de bébé ». Sa silhouette se définissait, son look vestimentaire s'affirmait par un passage à des vêtements plus féminins, colorés. Laura devenait enfin adolescente.

Ce partage de langage du corps a permis ensuite à Laura de partager ce qui était douloureux et de le penser avec ses parents. Elle s'est alors autorisée à adresser à sa mère une forme de colère, qui a pu être contenue dans l'espace qu'offrait le dispositif psychologique.

D'après J. McDougall, « dans les créations hystériques le soma prête ses fonctions à la psyché afin de traduire symboliquement les conflits pulsionnels » (McDougall, 1978, p. 165). La valeur symbolique est ainsi transmise par la voie des symptômes. Ce trouble du sommeil serait-il porteur de message concernant la problématique génitale œdipienne ?

Le corps passivé par le sommeil, pourtant en soi « mouvement corporel » (Carels, 1987, p. 666), pourrait donc exprimer ici la continuité des transformations vécues à l'adolescence, un espace refuge et de maturation face au difficile accès à la génitalité et à la finitude de la construction sexuelle. L'espace-temps de l'adolescence lui permet de remanier ses repères identificatoires, ainsi que la période œdipienne.

Dans l'exemple de Laura, l'hypersomnie serait une manière de remettre en scène certains éléments liés aux enjeux intrasubjectifs, comme sa vie intra-utérine et sa naissance qui furent éprouvantes, le rapport à soi et à la pulsion sexuelle. Ce sommeil « à son corps défendant » vient également révéler le douloureux rapport que la jeune entretient avec son corps, les changements brutaux qui ont constitué une véritable « impasse pubertaire » pour reprendre la formule de F. Marty (2002, p. 54).

Nous pensons comme P. Roman et N. Dumet (2009), qu'il est important de questionner le sens et les fonctions des agirs à l'adolescence dans une perspective de travail de subjectivation. En effet, la temporalité chez Laura, aura permis de comprendre la représentation du génital que l'adolescence suppose, qui faisait conflit chez elle. Les éléments transféro-contre transférentiels nous ont permis de mieux identifier la sortie de la latence psychique et l'éveil à une sensorialité qui pouvait enfin se partager.

Lors de son accompagnement, certains entretiens me laissaient parfois dans l'inquiétude et la perplexité. Lorsque sa demande en faveur d'une baisse de son traitement fut validée, elle en fut satisfaite, comme si cette reprise en main n'était pas uniquement physiologique, mais participait d'un réel travail psychique. En parallèle, ma préoccupation était de soutenir sa pensée et de pouvoir lui renvoyer ce que je ressentais face à son discours, ses silences, ses questions. Lorsqu'il lui était difficile de poser des mots, je l'interrogeais quant à ses ressentis. Cette écoute au plus près de ce qu'elle pouvait vivre m'a donc amenée à interroger les enjeux liés notamment à la configuration œdipienne génitale.

L'adolescence est un passage permettant un remaniement profond de l'identité du sujet, son histoire infantile et ce qu'il s'apprête à vivre en se détournant de ses objets parentaux afin d'aller investir de nouveaux objets. Le complexe d'Œdipe infantile fait retour, ainsi que les représentations incestueuses qui deviennent possibles, par l'avènement de la génitalité. Cela implique un re-positionnement du sujet et favorise pour le jeune l'établissement d'une « digue » contre ces représentations (F. Richard, 1998). Il s'agit pour lui de composer avec ce qui fait retour, mais également ce qui se transforme, notamment son rapport « au manque et au désir » (Morhain, 2009, p. 7). C'est tout l'enjeu pour Laura, qui peine à accéder à ces représentations en s'absentant dans le sommeil-refuge.

Ici, le symptôme de conversion est à mettre en lien avec les difficultés à faire face aux transformations adolescentes, autant psychiques que somatiques. Cette « coque » protectrice dans le sommeil long et profond, permet à la jeune fille de se protéger et d'endormir le désir sexuel, comme l'agressivité, en mettant à l'écart les figures parentales.

Le sommeil ne signifie alors plus le repos du corps et de l'esprit, mais la révélation dans son caractère excessif de conflits liés au processus adolescent.

Au-delà de l'hypersomnie résultant d'un conflit de type névrotique, nous avons observé chez certains adolescents une autre forme d'expression clinique de ce trouble du sommeil.

V.1.2. L'hypersomnie comme agir somatique

Au-delà de cette symptomatologie, se dessine une façon pour l'individu de s'exprimer. Pouvons-nous alors parler d'agir, ou s'agit-il plutôt de pathologie du non-agir ? N. Carels

(1987) met en avant le sens que l'on attribue à l'acte en référence selon l'auteur à la métapsychologie freudienne. Nous pouvons lier cette modalité expressive à la notion décrite par J. McDougall d'« acte-symptôme » permettant d'avancer que le symptôme somatique peut être également un agir en soi (McDougall, 1992, p. 96). Selon N. Dumet et P. Roman, l'agir peut advenir comme le « prolongement de l'expérience subjective d'un corps transformé/transformable » (Dumet, Roman, 2009, p. 209).

Cet espace à soi, pour soi, serait nécessaire pour accéder à la représentation et à la conflictualisation de ce type de vécus transformationnels ou non-suffisamment représentés. Cela suppose donc que ce premier postulat s'oppose à la théorisation proposée par P. Marty et collaborateurs (1980) de l'Institut psychosomatique de Paris selon lequel le trouble psychosomatique témoignerait d'un processus de désorganisation psychique. Nous ne sommes pas toutefois partisans d'une approche déficitaire et négative des agirs psychopathologiques, tout comme M.-J. Del Volgo (2002), qui explique que l'acte peut être positif en soit, au-delà de son aspect défensif. Cette idée est également énoncée par N. Dumet (2002) qui décrit l'expérience de l'agir somatique comme une possibilité pour le sujet de se réorganiser psychiquement. Quel serait le sens de cet agir hypersomniaque en tant que mise en scène adolescente ? Cette expression spécifique sous forme de solution subjective du sujet ouvrirait-elle à un travail de reprise possible ?

Nous souhaitons à présent comprendre et décrypter la spécificité du trouble hypersomniaque en tant qu'agir somatique à l'adolescence avec les cas de Gabi, Jean et Tim.

b. La rencontre avec Tim : le choc

Rappel : Tim présente une hypersomnie consécutive à une agression physique perpétrée à la sortie de son établissement scolaire. Depuis, le sommeil en excès semble masquer un état dépressif.

Lorsque Tim entre dans l'adolescence, il est victime d'une agression qui l'effracte dans son corps, dans sa subjectivité. L'agression violente, suivie d'une chute, a gravement marqué l'adolescent, au point qu'il n'ait eu la possibilité de mettre du sens et des mots sur cet épisode. Je pense alors à sa première chute à vélo, et très vite la question qui ressort du premier entretien c'est celle d'être entendu. Tim s'est-il jamais vraiment relevé ou réveillé ? Lorsqu'il

évoque cet évènement, je suis frappée par l'aspect présent de son discours. Je suis également surprise par la violence des faits racontés par l'adolescent. Cette chute l'a, selon lui, fait sortir d'un « monde de Bisounours », d'un environnement idéal pour une réalité extérieure brute, et parfois violente. Cela a été vécu comme un choc à partir duquel rien n'a plus été pareil. Cet évènement, que je qualifierais de traumatique, a eu pour conséquence une désorganisation somatique à travers le sommeil prolongé.

Cet évènement est-il venu faire écho à d'autres traces traumatiques anciennes, créant un nouveau « choc » et entravant le processus de liaison somato-psychique, déjà fragilisé ? Le voici replongé dans un état jugé inquiétant, où sa vie est en danger. L'effondrement dans un sommeil lourd a donc suivi, comme s'il n'avait pu se « relever » de cet acte. Est-ce pour signifier ce qui fait trace, mais aussi ce qui est source de souffrance ? Est-ce pour éviter le rapport à l'Autre ?

c. La rencontre avec Gabi : le voyageur nocturne

Rappel : J'ai rencontré Gabi lors de son hospitalisation. Après avoir subi une affection du genou durant plusieurs mois, puis avoir guéri, il s'apprêtait à reprendre ses activités (scolaires, loisirs) quand il se mit à dormir excessivement sans aucune raison. Gabi et ses parents sont donc à la recherche d'une explication concernant le trouble du sommeil du jeune patient.

Lorsque la parole est rendue difficile par les remaniements que suppose le pubertaire, le sujet s'exprime plus facilement par l'agir. Ici, c'est l'agir somatique, et c'est par le biais d'un espace de traitement du somatique que le sujet va émettre une demande de soin, sortir de sa somnolence... Ainsi, Gabi et ses parents formulent-ils une demande de soin médical, pour répondre à un corps souffrant, environnement médical qu'ils connaissent d'ailleurs déjà (tels que la maladie du genou de Gabi et le cancer de la mère). Dans cet espace, l'équipe médicale veille à créer autour du jeune un espace contenant, une enveloppe physique rappelant l'enveloppe ou la « bulle » de l'hypersomnie. C'est donc à partir de l'expression du corps que peut advenir ensuite une parole en faveur d'une demande de soin psychique.

Le cas de Gabi permet d'apprécier la place que prend l'hypersomnie chez le sujet adolescent. En effet, lorsque Gabi entre dans l'adolescence, il est touché de plein fouet par une maladie infectieuse qui attaque son corps réel (le genou précisément). Quasiment immobilisé dans son fauteuil, l'adolescent est dans une position de dépendance à l'égard de ses parents, alors même qu'il est dans une période de sa vie où il s'autonomisait et investissait des objets externes. Il vit alors difficilement le retour de son frère aîné à la maison et la passivité dont celui-ci fait preuve simultanément. Face à ce frère déchu de son rôle de modèle dans la psyché de Gabi, celui-ci décide de l'éviter. Ce passage à l'acte puis la survenue de l'affection somatique, et enfin l'hypersomnie semblent convoquer des éléments inélaborables à la faveur d'une expression du corps.

d. La rencontre avec Jean : le jeune d'un autre âge

Rappel : Jean est le premier adolescent que je rencontre et qui souffre d'une hypersomnie associée à un autre trouble du sommeil, à savoir l'apnée du sommeil.

Lors de notre rencontre, je suis frappée par une impression concernant Jean : il me semble venu d'un autre âge. Son apparence fait penser à un homme solitaire et mystérieux (il est vêtu de noir avec un long manteau). Son phrasé me paraît soutenu, utilisant des expressions singulières, qui n'ont rien de commun dans sa génération. Sa mère me confirme d'ailleurs sa diction particulière. Je m'interroge : qu'est-ce qui de Jean revient de loin ?

Puis, sa mère nous décrit sa propre histoire : elle-même « bercée » par la maladie cancéreuse. Après sa rémission, la grossesse a été miraculeuse. Puis, dans les derniers mois de grossesse, le père de Jean fut victime d'un accident de la route, le plongeant dans le coma. Par la suite, il en est ressorti avec un lourd handicap, et Jean est né et a grandi avec une attitude jugée comme « hyperactive ». Suite à des consultations médicales, ce qui avait été renvoyé aux parents était la conséquence du choc de l'accident ressenti par Jean encore dans la vie intra-utérine.

Je perçois ici le rapport de la famille à la maladie, et comment la symptomatologie se déplace dans le groupe famille (mère-père-fils).

V.1.3. Plusieurs éléments de réponse pour une même symptomatologie :

A partir de ces trois derniers cas cliniques, le sommeil apparaît pour ces adolescents hypersomniaques, comme un agir du corps offrant une protection contre le retour ou la gestion de ces vécus douloureux.

De quel type d'agir s'agit-il ici ? Il nous semble important de reprendre la modélisation décrite par N. Dumet (2009, 2014) d'un « continuum de formes cliniques complexes » (Dumet, 2009, p. 113), impliquant des somatisations au pluriel (un panel de somatisations touchant à la fois le corps imaginaire et le corps réel. Cette modélisation nous amène à penser non pas une hypersomnie, mais des hypersomnies de différentes formes cliniques, de type conversionnel à l'agir somatique suivant les enjeux qui les sous-tendent, et qui surgissent par ailleurs, sous le primat de l'adolescence, dans des contextes psychopathologiques distincts (de type chronique, symptôme associé dans un contexte de parasomnie, de dépressivité).

Nous souhaitons présenter ce qui distingue le trouble d'hypersomnie du trouble psychosomatique.

Selon N. Dumet (2002), le trouble psychosomatique est un trouble qui cause une lésion somatique, ce qui n'apparaît pas dans l'hypersomnie, qui, a contrario, est un trouble du sommeil. Y. Ranty (1994) rappelle que les troubles du sommeil ne sont généralement pas lésionnels, donc réversibles chez le sujet. Toutefois, lorsque nous sommes confrontées à un sommeil immobilisant quasiment le sujet, nous pouvons nous demander s'il s'agit d'une « problématique vitale » (Dumet en référence aux travaux de Marty, 2002, p. 27) touchant le corps biologique du sujet.

Si nous ne sommes pas dans un contexte de décompensation somatique grave, néanmoins nous pourrions dire qu'il fonctionne au ralenti, à la manière du mammifère qui hiberne. Dans la pathologie du sommeil excessif, le sujet parvient à assurer les fonctions d'autoconservation.

Toutefois, les signes de la puberté et des changements corporels tardent parfois à apparaître.

V.1.4. Dans l'hypersomnie adolescente, de quels corps parle-t-on ?

Dans la littérature, les travaux de C. Dejours (2001, 2009) nous permettent de mieux nous repérer. Ainsi, l'auteur rappelle que le bébé construit une représentation de son corps érogène dans les premiers soins prodigués par le parent. Il se distingue peu à peu du corps biologique, aussi appelé corps réel, et mène au processus de subversion libidinale qui désigne la capacité du sujet à mobiliser la partie du corps non seulement en tant que fonction, mais en tant qu'organe capable d'apporter du plaisir. Ce corps érotique peut ensuite devenir imaginaire.

Or, lorsque le sujet ne peut pas s'appuyer sur des expériences suffisantes pour se représenter un corps érogène et libidinalisé, cela constitue, selon l'auteur, un facteur de vulnérabilité, qui lui-même peut mener possiblement à une somatisation. Il s'agit de penser le trouble hypersomniaque -le plus souvent chez les patients présentés- de nature idiopathique, en considérant à la fois le corps biologique mais aussi le corps imaginaire, le corps fantasmé. Lequel ou lesquels de ces corps sont représentés dans l'hypersomnie adolescente ?

En appui sur les travaux de M. Sami-Ali (1987), nous pourrions dire que les jeunes se mettent littéralement en sommeil, en se coupant de la réalité extérieure. Nous retrouvons ici notre hypothèse selon laquelle le corps, pris dans une forme de présence-absence, pourrait constituer une forme d'appel à l'extérieur de soi, dont le but recherché serait d'être entendu et aidé.

V.2 . Être adolescent : agir, se raconter, s'individuer

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'hypersomnie peut constituer un trouble du sommeil important depuis le plus jeune âge, mais nous avons observé que l'hypersomnie survient principalement chez le sujet durant la période pubertaire ou la période adolescente. A cette période justement, de nombreux « changements » perturbent l'individu, et viennent troubler son rapport au sommeil, son corps et son identité. La question du lien à l'autre et de soi à soi est donc particulièrement prégnante à cet âge de la vie, et l'adolescent présentant une affection du sommeil n'échappe pas à cette règle.

V.2.1 L'appivoisement et le langage du corps

Selon Freud, la puberté correspond à la période menant à « la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale » (Freud, 1905, p. 109). Les effets de cette période pubertaire peuvent être douloureux, voire source de conflits psychiques pour le jeune et sa famille, comme dans le cas de Laura.

a. Laura : « Dans ces moments-là, je me retire en moi »

Rappel : L'adolescente en proie à des crises massives d'hypersomnie, décrit ce qui se joue en elle comme un véritable combat et suscite des questionnements dans son suivi médical.

Lors de la rencontre avec Laura, j'observe le comportement d'une enfant qui ne s'autorise pas à penser. Elle semble éloignée de tout vécu perceptif. Je suis frappée par l'image d'une enfant qui me laisse inquiète, voulant vérifier si elle était vivante ou endormie (inconsciente ?) à elle-même. Elle décrit les moments où « (elle) lutte contre la maladie » en dormant jusqu'à 23h par jour, se levant exclusivement pour ses besoins biologiques.

Il lui alors est difficile de communiquer, d'accéder au langage oral et de décrire ce qu'il se passe, donner des nouvelles à sa famille. Elle échange des regards avec eux et part se recoucher. Son discours me happe, je l'imagine dans une bulle lorsque j'entends ces mots : « dans ces moments-là, je me retire en moi ».

La survenue de ses crises lors des temps de vacances m'interroge, que donne-t-elle à voir ? Il me semble que ces crises mobilisent beaucoup et mettent la famille dans l'attente, les parents demeurant très protecteurs à son égard. Que souhaite-t-elle inconsciemment mobiliser dans l'organisation familiale ?

La famille semble réorganisée autour de l'hypersomnie de la jeune et trouve des bénéfices secondaires dans ce rapprochement. L'inquiétude des parents dans les premiers temps de sa vie semble réactivée par sa symptomatologie présente. Son discours me renvoie à une image de corps-à-corps : en proie à un conflit interne innommable, Laura se replie sur elle-même et se coupe du monde. Le frère disparaît de la scène, ce qui n'est pas sans rappeler les fantasmes meurtriers qui peuvent survenir dans la fratrie.

L'organisation familiale à trois me rappelle celle en néonatalogie lorsque les parents entouraient Laura en couveuse, et donne à voir une scène primitive plus latente, des premiers temps de la vie. Je peux mesurer ici l'inquiétude (voire la culpabilité) vécue par la mère, qui a accouché d'un si petit bébé qui avait besoin de soins médicaux et d'assistance. L'hypersomnie serait ici à entendre en écho à ce temps éprouvant de leur vie. L'image de Laura endormie dans un sommeil lourd et profond sans réveil possible n'a-t-elle pas réactualisé cette inquiétude première chez la mère ?

Certaines difficultés entraînent un évitement ou une impossibilité d'accès à la génitalité.

L'adolescence peut être vécue parfois comme une véritable violence. Ph. Gutton (2002) écrit qu'il y a deux types de violence de l'enfant tiraillé entre le désir de partir et de rester, tout comme le sein chez le bébé, à la fois trop présent et trop absent. Cette notion de violence peut s'éprouver ainsi par le jeune, notamment face à la « topique intersubjective élargie » (Gutton, 2002, p. 97), liée à ses propres éprouvés mais aussi à l'effet des réactions de son environnement, en l'occurrence les objets parentaux et éléments liés au transgénérationnel (Durastante, Dubois, et Dumet, 2015). Nous développerons d'ailleurs cet aspect de l'économie du psychique mais aussi somatique de l'adolescent au regard des liens intersubjectifs dans une prochaine partie.

A l'adolescence, la question de la limite corporelle et des enveloppes qui délimitent le dedans du dehors est à redéfinir. I. Admonicaï (2004) explique combien l'adolescent est pris dans une « oscillation entre le dehors et le dedans d'un corps malade » (Admonicaï, 2004, p. 7). L. Slama (1987) évoque la spécificité du travail clinique auprès de l'adolescent malade, blessé dans son corps mais aussi dans son narcissisme.

En effet, comment le sujet peut retrouver ses repères et vivre son adolescence dans un corps qu'il ne parvient plus à comprendre ?

Outre la problématique œdipienne exposée précédemment, le cas de Laura met en évidence le processus d'éveil à son intériorité, et à la mise en mots du processus adolescent.

Ce processus d'intériorité est passé par l'expérience de partage sensoriel, notamment à partir de la prise en compte des ressentis de la jeune et de la clinicienne-chercheuse en entretien. Laura nous inquiétait, par son aspect d'être « entre deux eaux », la vie et la mort.

Sur ce fil, nous avons entendu la plainte de l'adolescente qui peinait à ressentir des émotions, chose qu'elle mettait en lien avec son traitement. L'élaboration d'un certain nombre d'éléments douloureux, lui avait ensuite permis de poser des mots (et de s'entendre dire ?) sur sa souffrance. Ce passage sensoriel était-il le préalable à un travail de subjectivation ? D'après P. Aulagnier « l'émotion modifie l'état somatique et ce sont ces signes qui s'offrent au regard (...) le corps de l'un répond au corps de l'autre, mais comme l'émotion concerne le Je, on peut aussi bien avancer que ce dernier est ému parce que son corps lui donne à connaître et à partager du vécu du corps de l'autre » (1986, p. 110).

Ici, nous pouvons supposer que l'apparition de la symptomatologie hypersomniaque est venue se collusionner chez Laura, avec l'effraction liée au pubertaire. L'adolescente ne reconnaît plus son corps ni ses changements, et semble en quête de reconnaissance. Elle témoigne alors des démarches entreprises avec un groupe de patients porteurs du syndrome de Klein-Levin. Ce cheminement témoigne-t-il d'un besoin d'appartenance et de reconnaissance par le biais de ses pairs ?

V.2.2. Sur les chemins de la subjectivation

C'est auprès de ses pairs que le sujet va pouvoir obtenir des outils indispensables à son individuation. Parfois, devant la brutalité et la violence liée au pubertaire, ce processus est mis à mal. J. Jung (2015) rappelle à juste titre que, dans ce passage, l'environnement possède une fonction majeure, celle de miroir. Le jeune, qui se détache progressivement de ses figures parentales, peut s'étayer sur ses pairs afin de s'« autoreprésenter » et intégrer un véritable « miroir interne » (Jung, 2015, p. 157). La notion du double permet ici d'accompagner l'adolescent vers un travail de réflexivité et de subjectivation. Toutefois, lorsque cette figure ne peut être trouvée par l'adolescent alors en mal de figure identificatoire, la relation avec

l'autre (médecin, éducateur, infirmier, psychologue) et le déploiement d'une écoute peut être véritablement étayante.

b. Tim : L'adolescence endormie

Rappel : L'hypersomnie de ce jeune patient est survenue à la suite d'une agression. Il est suivi médicalement et a bénéficié d'un accompagnement psychologique, au cours duquel émergent des éléments traumatiques anciens réactivés par l'agression.

Après plusieurs entretiens individuels, j'observe que Tim se positionne davantage en sujet désirant, et je vis avec lui un temps marquant dans l'accompagnement psychologique lorsqu'il déclare « si je ne trouve pas ma place, c'est peut-être à moi de la créer ». Cette parole indique qu'un véritable travail de subjectivation est à l'œuvre. D'ailleurs, je reçois un jeune homme qui a changé d'allure : j'observe ses boucles d'oreilles, son tee-shirt d'allure rock et j'observe que sa barbe commence à pousser, à percer sa « peau de bébé ». Son allure correspond désormais à celle d'un adolescent, comme si la sortie de l'hypersomnie lui permettait de vivre les mutations qu'il ne pouvait vivre auparavant.

Tim se « reconnecte » avec sa vie de lycéen et décroche son bac. La période qui suit est pour lui l'occasion de revenir sur la douloureuse séparation qui l'attend avec sa mère. Cela génère par ailleurs beaucoup d'inquiétude chez celle-ci, qui m'appelle et déverse ses doutes : est-ce que son fils va y arriver ? Est-ce qu'il va bien ?

Le départ du cocon familial et l'entrée dans le monde universitaire sont marqués par différentes manifestations qui prennent place dans le soma de Tim (œdème de Quincke, abcès dentaires, grippe). Face à ce nouvel environnement universitaire, le jeune s'émeut et fait l'expérience de la solitude. Sa relation avec ses parents évolue : il explique en effet qu'il est en conflit avec son père, il rejette son côté paternaliste et clame son indépendance. Il a récemment adressé sa colère à son père lorsque celui-ci lui rendait visite dans son nouvel appartement. Jusque-là, le père était absent du discours de l'adolescent, tout comme sa sœur. Tim semble accéder et faire une place à l'autre.

Par ailleurs, il est inquiet par rapport à l'état de santé de sa mère. Il semble que Tim revive quelque chose de sa relation œdipienne, une scène de triangulation qui a refait surface lorsque la symptomatologie hypersomniaque s'est apaisée. Eprouve-t-il de l'agressivité envers le tiers

- en la personne de son père - qui lui rappelle les interdits fondamentaux ? Il éprouve également de la tendresse pour sa mère et l'inquiétude est vécue en miroir.

En effet, celle-ci me contacte beaucoup pour exprimer ses doutes et son inquiétude à l'endroit de son fils. Je tente de contenir sa douleur face à la séparation, dans la crainte qu'ils puissent avec son fils éprouver le manque et la perte dans le transfert. Je pense souvent à orienter la mère à un confrère, jusqu'à ce qu'un jour, elle me contacte et m'en fasse la demande. La difficile séparation peut alors se dire dans la famille, et la mère trouve un espace différencié pour parler de ses difficultés.

Nous avons donc débuté cette recherche sur l'hypersomnie avec l'idée d'un travail autour des dispositifs d'accueil au plus près des besoins de l'adolescent, un espace potentiel de co-création et de transformation (Winnicott, 1975). Ce dernier point révèle la présence d'un processus transitionnel dans toute recherche, d'un travail sur le lien. Nous pensons alors au parallèle avec le jeune qui, après avoir cheminé jusqu'à l'âge adulte, quitte progressivement le « cocon » familial.

Nous « entamions » ce travail de thèse tout comme les sujets que nous rencontrions, « entamaient » leur adolescence. Ce double mouvement inaugurerait quelque chose de la relation transféro-contre-transférentielle à venir. Or, pour ces jeunes, c'est notamment la question du lien à l'autre qui est présente dans la symptomatologie du « trop-dormir » : nous pouvons faire l'hypothèse que le sommeil permet de protéger l'individu, tant la relation à l'autre et au monde est difficile à établir. Selon A. Birraux, « le jeune a besoin d'éprouver sa capacité à se séparer de ses parents, et à rencontrer l'autre (...) » (2010, p. 60). Nous avons identifié quelques-uns des mouvements conscients et inconscients à l'œuvre à l'adolescence, et comment les jeunes hypersomniaques sont impliqués dans ce processus.

V.3. Le psychosoma adolescent face à l'hypersomnie

Dans cette première partie du développement de notre thèse, nous souhaitons revenir sur la rencontre avec Laura, Tim, Jean et Gabi que nous avons découvert au sein d'une unité du sommeil.

V.3.1. Quand le corps semble dysfonctionner

Les premiers soins inscrits dans le psychosoma de l'individu trouvent un écho dans un contexte d'hospitalisation. Comme le souligne M. Khan (1974), les défaillances dans le lien mère-enfant (la mère prêtant son moi-auxiliaire et sa protection au bébé) peuvent conduire à une première série d'empiètements traumatiques. Une sorte de soin en « trop » sur lequel l'enfant ne peut mettre de sens. D'après l'auteur, l'adolescence constitue un moment de conscientisation de cet empiètement, qui, dans un contexte d'hospitalisation, se réactualise.

J'avais donc à assurer un accompagnement psychologique qui ne plongerait pas totalement ces adolescents dans une position régressive. Cela a été difficile parce que dans un premier temps, j'avais le sentiment d'initier un travail autour du portage (au sens du « holding » de Winnicott, 1956), ne serait-ce qu'au niveau de l'émergence d'une demande de leur part en faveur du soin psychique. Une expérience qui a débuté lorsque j'ai proposé à ces jeunes patients un accompagnement en individuel. Ils se sont saisis de cette proposition, ce qui les a probablement mis dans une position active (« prendre soin d'eux-mêmes », pensais-je).

a. Jean : La machine et le moi

Rappel : En plus de présenter une apnée du sommeil, l'adolescent est en proie à un sommeil excessif. L'articulation des prises en charge médicale et psychologique révèle un état dépressif associé à une histoire familiale lourde au sein de laquelle Jean tente de mettre du sens.

Lors de notre rencontre, Jean décrit son trouble d'apnée du sommeil, il raconte qu'il se réveillait auparavant fatigué et déprimé. L'apnée se manifestant chez les individus comme un

arrêt respiratoire, le sommeil devient alors une menace létale. Depuis plusieurs mois, Jean bénéficie de la mise en place d'une machine à oxygène à laquelle il est relié par un masque qu'il doit porter. Je m'interroge sur cette machine : que représente cet auxiliaire pour l'adolescent ? Lorsqu'il parle d'une forme de renaissance, je ne peux m'empêcher de l'imaginer reprendre son souffle, revenir vers la vie, en écho à l'histoire de sa conception et de sa naissance.

J'assimile également ce mouvement à l'identification avec le réveil du coma de son père. Cette mise en place médicale et psychologique permet au jeune de sortir de la passivité liée à l'apnée et l'hypersomnie. Si la machine est un auxiliaire physiologique, elle n'en est pas moins symbolique, car le cas de Jean met également en évidence que le fait d'être entendu le mène à un processus d'éveil à son intériorité psychique.

Cet appareillage viendrait marquer une temporalité dans une configuration où le jeune hypersomniaque en est éloigné. A ce propos, V. Boucherat-Hue (2016) interroge la fonction du handicap dans l'économie psychosomatique du sujet. D'après l'auteur, il donnerait du sens à une affection qui, notamment, peut se chroniciser. Est-ce que la reconnaissance de son apnée a permis à Jean de travailler ensuite la question de son identité et de son rapport au corps mis en sommeil ?

V.3.2. Ce qui sommeille (mais ne peut se dire)

Quel sens donner à cette symptomatologie ? Comment le trouble hypersomniaque prend sens dans l'histoire de ces jeunes patients ? N'est-il pas seulement repos mais aussi répit comme l'explique D. Le Breton (2015) ? Lorsque l'individu dort, il n'est pas tout à fait inactif. Et lorsqu'apparaît sa forme psychopathologique, il s'agit d'en mesurer les enjeux. Si l'hypersomnie est un agir de défense, contre quoi se manifeste-t-il ? Pour G. Groddeck (1969), le Ça en plongeant l'homme dans la maladie, le protège du monde extérieur potentiellement néfaste pour le sujet.

Ce qui ne peut se dire, s'agit dans le sommeil, se faisant alors le révélateur de souffrances et/ou de traces traumatiques. Comment parvenir à un éveil de ces éléments mis en sommeil ?

b. Gabi : Pourquoi dormir ?

Rappel : Ce jeune patient a développé une hypersomnie à la suite de son rétablissement somatique, l'invalidant fortement à nouveau. Hospitalisé pour des examens approfondis du sommeil, Gabi est enclin à un suivi psychologique, lequel lui permet de revenir sur la relation conflictuelle avec son frère et la souffrance qui en découle.

L'hypersomnie, qui advient temporellement secondairement chez Gabi, surgit chez l'adolescent comme un moyen d'expression et de gestion, chez le jeune, des enjeux actuels qui sont les siens : par sa fonction de pare-exciteur, il s'agirait ici d'éviter l'activité de l'éveil et aussi ce que cet éveil pourrait justement venir mobiliser, à savoir l'agressivité envers le père. L'hypersomnie apparaîtrait comme une tentative de se différencier du père et de rejoindre le frère dans la passivité, voire signifier la passivation du lien entre Gabi et son frère justement, et de leur séparation irreprésentable.

En ce sens, l'hypersomnie constituerait chez Gabi, au-delà du refuge, un appel à l'autre. Dormir serait un moyen de rejoindre le frère dans la passivité, et de le garder encore comme modèle identificatoire et comme objet d'étayage dont il a fondamentalement encore besoin, pour se différencier du père actif, qui plus est, en faisant corps en somme avec ce frère pour pouvoir faire face au père.

V.4. Synthèse de la Partie V

Au cours de cette première partie, nous avons tenté d'articuler le champ psychopathologique psychanalytique et la clinique, afin de présenter l'apparition de l'hypersomnie pour exprimer, voire actualiser différents processus chez l'individu.

Cela est lié au surgissement de l'adolescence dans sa dimension de crise, mais aussi aux difficultés que celle-ci suppose.

En tant que symptôme de conversion chez Laura, l'hypersomnie est directement liée aux remaniements identitaires et au difficile accès à la génitalité dans un contexte adolescent.

Dormir signifie pour elle de bénéficier d'un temps de couveuse supplémentaire (qui renvoie aux premiers temps de Laura-bébé), lui assurant en somme une « virginité somatisante », tout en mettant la cellule familiale à distance (Albarracin-Manzi, 2003, p.379).

Chez l'adolescente, nous avons observé l'éclosion de transformations corporelles au fil des entretiens. Le travail de subjectivation dès lors amorcé, elle prenait la parole pour parler de ce qui se passe à l'intérieur d'elle.

Les cas cliniques de Jean, Tim et Gabi permettent de proposer que la survenue de l'hypersomnie serait liée à un contexte de souffrance psychique, et serait cette fois-ci un trouble à entendre comme agir, pour trouver une voie d'expression de souffrances par le biais du corps.

L'hypersomnie aurait également une composante affective importante, car elle survient lors du passage adolescent, où des enjeux liés à la re-construction identitaire. En cela, il s'agirait d'un agir somatique signifiant à l'adolescence.

Ensuite, nous faisons l'hypothèse qu'il y aurait un lien entre la survenue de l'hypersomnie et les difficultés passées et encryptées dans les liens inter-subjectifs (notamment les relations intra-familiales et les relations aux pairs), qui peuvent réactualiser sur la scène du corps, le retour d'expériences non-symbolisées ou de traces traumatiques. Nous faisons ici référence aux premiers résultats de l'étude recueillis à l'aide du questionnaire, mettant en avant que 35% des adolescents hypersomniaques ont vécu une naissance difficile, dans un contexte d'insécurité ou de séparation forcée. Quels enjeux autour de la naissance peuvent-être réactualisés à l'occasion du passage adolescent ?

Ces traces provenant notamment de l'archaïque infantile, temps où les objets parentaux agissent quelque chose de leur état psychique au sein de la vie intra-utérine, ce qui est mis à jour à la naissance. De plus, le corps permet au bébé d'exprimer une souffrance ou un conflit interne (Kreislér, Fain et Soulé, 1987).

Si le mode d'expression premier reste la voie corporelle, « ce qui ne peut se dire » revêt un état mystérieux chez le sujet devenu jeune, et reste à identifier pour enfin être mis à jour. Nous emprunterons la notion de « corporéité communicante » de P. Mazet (2004, p. 171), appelant alors à un tiers qui se fera le traducteur de ses maux du sommeil.

Le cas de Gabi met en lumière la façon dont son corps réagit parfois de façon impressionnante, mais c'est à la mesure des transformations qu'il vit, et des souffrances avec lesquelles il est aux prises. Le retour de vécus psychiques et somatiques bruts a emmaillé l'accompagnement que nous avons initié, avec la possibilité d'en faire une reprise.

Auprès de Jean, il a fallu établir un travail de subjectivation à partir de la « re-naissance » somato-psychique à la suite de son appareillage. Cela participait à lui redonner une place, lui permettant de s'ouvrir sans crainte à sa subjectivité et à re-contextualiser des pans de son histoire (individuelle mais aussi plurielle) que l'on pourrait entendre comme un lieu étendu.

Ce trouble traduit non seulement l'expression symptomatique d'une difficulté à « être », notamment chez Tim qui, au moment de son agression, se voit revivre sa venue au monde traumatique. Son histoire nous a permis d'étudier quels mécanismes sous-tendent le surgissement du trouble d'hypersomnie dans un contexte post-traumatique.

Le travail avec les jeunes patients hypersomniaques a permis de découvrir la représentation que le jeune a de son corps, si passage adolescent il y a eu. Il nous semble que dans un premier temps, nous nous sommes confrontées à différentes scènes corporelles à décrypter. L'hypersomnie constitue une forme d'agir somatique, révèle une pluralité d'états symptomatiques, liés à des enjeux actuels (l'adolescence et l'accès à la génitalité), ou plus anciens (archaïques et traumatiques), ainsi que l'a montré N. Dumet (2009) dans sa modélisation des états psychosomatiques. A mesure que nous nous écartons d'une vision déficitaire de l'hypersomnie, cette question émerge : pourrait-elle comporter des aspects potentiels et créatifs ?

Nous verrons plus loin dans notre démonstration dans quelles circonstances le sommeil apparaît dans sa dimension symboligène.

VI. Quand le travail sur le lien révèle la co-existence d'enjeux psychiques différents autour du traumatisme : depuis l'expérience transformative actuelle jusqu'au retour d'expériences traumatiques antérieures.

VI.1. Passivité, passivation et maîtrise dans le lien : quand le psychosoma de l'adolescent raconte.

Dans cette partie de thèse, nous présenterons comment la survenue de l'hypersomnie chez le jeune traduit la co-existence d'enjeux psychiques différents, dont le retour du traumatisme chez ces adolescents. Nous tenterons en effet de comprendre comment l'hypersomnie peut permettre au sujet de signifier un certain nombre d'éléments, depuis l'expérience adolescente actuelle jusqu'au retour d'expériences traumatiques antérieures. Pour cela, nous avons choisi de nous intéresser aux modalités de lien à l'objet choisies par ces jeunes et d'en percevoir le sens.

Plus spécifiquement, nous reviendrons sur l'expression de vécus issus de l'actuel, ainsi que la fonction mémorielle du psychosoma dans l'hypersomnie, pour ensuite envisager la symptomatologie à la lumière et de l'archaïque du sujet et de l'histoire familiale. Pour cela, nous poursuivrons notamment les commentaires et analyses cliniques des rencontres avec Jean, Tim et Gabi.

En effet, ces études de cas présentent l'adolescence comme un temps de remaniements identitaires individuels mais aussi familiaux.

Dans ce contexte, la survenue du trouble hypersomniaque amènerait le sujet adolescent à tenter d'éviter les enjeux qui lui sont propres, et paradoxalement de faire émerger des éléments anciens, dont il pourrait se sentir héritier malgré lui.

Dans quelle mesure le corps du jeune hypersomniaque peut révéler des éléments anciens, qu'ils soient subjectifs ou appartenant au groupe famille ? Comment lier ce que le corps raconte avec la parole exprimée, dans une perspective subjectivante ?

Dans un premier temps, nous vous proposons d'étudier le mécanisme premier de l'hypersomnie. S'agirait-il ici de passivité, de passivation ou de tentative de maîtrise dans le lien à l'autre ?

VI.1.1 Un mécanisme de passivité ou de passivation dans l'hypersomnie ?

Il nous importe à présent de discuter l'hypersomnie et les mécanismes psychiques qui sous-tendent possiblement ce trouble fonctionnel du sommeil. Nous avons avancé dans une précédente partie ce qu'était l'hypersomnie au regard du champ psychopathologique psychanalytique. Quels mécanismes sont en jeu ici ?

Dans l'hypersomnie, nous percevons à première vue la notion de passivité, tant le corps est plongé dans une forme d'inertie lorsque le sujet s'endort, et ce massivement. Les représentations sociales considèrent d'ailleurs que les jeunes vivent leur adolescence en cherchant une forme de complaisance dans la passivité. S. Freud (1920) a proposé la notion de passivité chez l'enfant dans l'expérience puis l'activité du jeu de la bobine.

Dans cet exemple, passivité et activité ont comme but la jouissance, la recherche du plaisir. Si nous pouvons percevoir la dimension du fantasme de retour dans le ventre de la mère, qui fait suite à la position du sommeil chez le sujet, ici les jeunes expriment la dimension effractante de la symptomatologie qui vient prendre place dans leur corps, générant une douleur psychique.

A. Green (1999) a travaillé également cette question en distinguant passivité et passivation. Selon l'auteur, la passivation « serait ce qui contraint à subir et non simplement un mode de jouissance recherché » (Green, 1999, p. 1587). La passivation serait, selon l'auteur, subie par le nourrisson en état de détresse psychique. Nous pouvons d'ailleurs relier cet état avec l'effet effracteur de l'évènement traumatique, qu'ils puissent s'agir de l'histoire vécue du sujet et/ou des enjeux liés aux remaniements identitaires familiaux. Tout comme l'expérience du coma, l'hypersomnie semble faire vivre au sujet une passivation qui s'accompagne d'une perte de maîtrise du corps (Minjard *et al.*, 2013).

Par l'expérience de l'hypersomnie, l'adolescent vivrait un état de passivation liée à l'immobilisation de son corps et l'inertie de l'hypersomnolence, en écho avec la détresse vécue dans les premiers temps de sa vie.

Alors comment le sujet peut-il gérer et/ou transformer cet état de passivation ? Est-ce que la symptomatologie du « trop dormir » répétée serait une défense contre la dépression et contre le retour d'états liés à la passivation première (Matha, 2010) ? Nous souhaitons à présent nous

pencher sur le lien entre l'hypersomnie et la question du lien à l'autre, qui sera illustré par l'analyse d'une séquence clinique issue de l'histoire de Tim.

a. Tim : Dormir ou ne pas dormir

L'apparition de l'hypersomnie chez Tim se situe après avoir subi une agression par un pair dans la sphère scolaire. En le rencontrant, je¹⁸ perçois une fragilité chez lui. Ce ressenti semble corroboré par le fait que la grossesse de la mère fut précieuse et la naissance de Tim particulièrement douloureuse pour elle, tout comme le discours du jeune traduisant les éléments traumatiques qui ont jalonné sa vie.

Je perçois dans le parcours de Tim et sa famille leur vécu d'impuissance et le fait qu'ils se remettent passivement à l'ordre médical. Je ne peux alors m'empêcher de faire le lien du vécu douloureux d'après l'agression et l'histoire infantile de Tim, lors de la grossesse à risque et l'accouchement difficile. Tim s'est toujours senti différent, « pas à sa place », autant dans la sphère sociale que dans son collège, ou même dans la cellule familiale. De son discours transparait l'impression d'une parole (et sa pensée) en attente de représentation et de différenciation.

Regagner le domicile familial, s'« effacer » de la scène pour un sommeil réconfortant et auprès de parents hyper-protecteurs, peut être ici analysé comme une tentative pour Tim de se mettre à l'abri de l'incompréhension et de l'intolérance suscitées par sa différence. Un écho me parvient entre sa venue au monde inespérée permettant à sa mère de s'affirmer dans son rôle de mère après la maladie, alors même que celle-ci confie avoir tout fait pour garder son bébé à l'intérieur. Que signifiait cet agir pour cette mère ?

J. McDougall évoque le concept d'« un corps pour deux » à partir de ses observations auprès de patients qui présentaient une problématique de l'altérité (McDougall, 1986, p. 13). L'auteur étudie notamment les représentations inconscientes des enfants chez les mères qu'elle rencontre. Est-ce un « corps étranger » ou au contraire « une unité fusionnelle mère-nourrisson ? » ici (McDougall, 1986, p. 17) ?

¹⁸ Le « Je » est utilisé pour différencier ce qui a trait au positionnement dans la clinique, du « Nous » pour débiter, discuter et conclure le propos de la chercheuse.

Je ressens qu'il est difficile de séparer mère et fils durant notre rencontre. Est-ce le signe que le sevrage-ou du moins la séparation- n'a pas été symbolisée (Durif-Varembont, 2002) ?

Ceux-ci semblent dans une relation indifférenciée, la mère parlant souvent pour son fils. J'axe donc plusieurs fois mes questions à destination de l'adolescent afin de percevoir ses représentations, et ses propres éléments vécus. Dans le discours de Tim, se dégage une ambivalence, car le jeune parle sous couvert de la présence de sa mère, alors qu'il semble demander une intimité.

Je pense que l'expérience de la grossesse et de la mise au monde de Tim a été particulièrement éprouvante et douloureuse pour sa mère. Est-ce que cette tentative de protection s'est avérée bénéfique pour Tim lors de sa naissance ? Dans le cas de Tim, je suppose que cette expérience bébé de venue au monde difficile est restée encryptée en lui (Ciccone, 2012). G. Rosolato (1978) décrit ce qu'il nomme le « traumatisme initial », un traumatisme intervenant dès la venue au monde du sujet. L'intérêt de cette notion est l'établissement d'un lien entre la pathologie névrotique et la relation mère-bébé, la relation se trouvant impactée sur le plan corporel et généralement sur le lien de « contenant à contenu » (Rosolato, 1978, p. 109). Comment reprendre et mailler cette histoire confuse, « insensée » quand l'adolescence pointe son nez ?

Dormir permet de faire taire sa voix, dans un mécanisme de passivation, pour ne pas mobiliser ce qu'il s'est passé durant l'infantile et plus récemment, l'agression physique. La dimension compulsive de cette symptomatologie met alors un voile sur la réalisation du désir d'être soi, différencié et sexué. La théorie de l'inconscient amential de Dejours (1986) nous permet de penser ce qui a pu se jouer pour le jeune. D'après l'auteur, le psychisme a précédemment engrammé des vécus bruts, caractérisés par la violence. Ceux-ci sont en attente de traitement, dans une forme de clivage. De son côté, N. Dumet (2008) évoque la symptomatologie du corps comme rémanence d'expériences traumatiques encryptées, alors en attente de symbolisation. C'est sur la base de ces éléments théoriques que l'histoire clinique de Tim prend sens : l'hypersomnie viendrait manifester chez lui la présence d'éléments de sa vie passée incorporés, ceux-ci étant dans l'attente d'un travail de mise à jour et d'historicisation.

Au travers des premiers entretiens individuels, j'observe et écoute Tim avec une attention flottante. Une impression étrange se dégage de son discours. Lorsqu'il raconte son agression,

ses paroles expriment l'expulsion vécue hors de son monde protégé, et cela me fait associer sur sa venue au monde. Je prends conscience que sa peau a les aspects d'une peau de bébé. Suis-je en présence d'une présentation de lui dans l'actuel ou d'un passé antérieur ?

A partir de ces éléments, nous proposons l'hypothèse selon laquelle l'adolescent déposerait ses « parts bébé » (Ciccone, 2012) dans l'espace des entretiens psychologiques. Ces éléments de type transféro-contre-transférentiels semblent en lien avec des vécus infantiles mis en sommeil (liés aux premiers temps de la vie ?). Ainsi, ce retrait dans l'hypersomnie se manifesterait telle une reviviscence d'éléments sensoriels anciens afin de s'en figurer une représentation. Serait-ce une solution transitoire pour le jeune, littéralement le « souhait de dormir du moi » (Pedinelli, 1988) ?

Dans le refuge que constitue le « trop dormir », l'excitation dans le lien à l'autre est alors figée et mise à distance, constituant pour l'adolescent un état de passivation.

Il apparaît donc complexe d'intervenir au sein de ce duo, mais nous ressentons après confirmation que Tim est prêt pour un travail psychologique individuel.

En effet, l'articulation du soin médical avec la demande de soin psychologique apparaît ici pertinente et permettrait à l'adolescent de « reprendre la main » sur sa psyché. Les jeunes patients peuvent s'appuyer sur ce dispositif pour se montrer davantage « acteur » et reprendre contact avec (l'histoire de) leur corps.

Cette prise de position active de la part du jeune nous permet de lui proposer ce type d'accompagnement, dans la rythmicité étirée des entretiens, avec la possibilité de jouir d'un état de passivité a minima. L'activité de penser peut potentiellement déboucher sur la révélation de ce qui (a) fait conflit/est douloureux dans le lien à l'autre, ceci dans une perspective de symbolisation.

VI.1.2. Fonction mémorielle et expressivité du corps, ce que « le trop dormir » révèle

Nous souhaiterions débiter cette partie en discutant des fonctions du sommeil excessif. Dans le travail psychologique engagé avec ces adolescents, il ne s'agissait plus seulement du « trop dormir », mais du « trop plein » d'excitations vécues, jusque-là non-dit, non représenté et non-subjectivé.

Pour R. Debray et R.-A. Belot (2008), le sommeil est une affaire de famille, notamment dans le rythme du sommeil qui se construit peu à peu chez le bébé. De plus, l'économie psychique maternelle contient dans un premier temps celle du bébé, ce qui peut en affecter le bébé en cas de débordement de la mère (Debray, Belot, 2008, p. 78). Ainsi le bébé porte en lui des empreintes relatives à sa propre histoire mais aussi à partir des pare-excitations maternel et paternel, lui permettant de se construire un sommeil libidinalisé (Debray, Belot, 2008). C'est donc en fonction des premières expériences de la vie infantile que le sujet va pouvoir se construire son rapport au sommeil.

Or, nous savons que les particularités et pathologies viennent perturber le rapport sommeil-veille. Elles surviennent d'après G. Abraham (2007) sur différents plans, notamment au niveau somatique impliquant la mémoire corporelle, mais également dans la sphère psycho-émotionnelle liée aux enjeux intersubjectifs.

Toutefois, en l'absence d'une suffisante libidinalisation de la mère au bébé dans l'apprentissage du « bien dormir », ou lorsque la fonction de pare-excitation du moi-corporel se trouve lésée dans un contexte post-traumatique, le sommeil devient alors le rempart contre l'éveil pulsionnel et pourrait constituer un compromis au service de l'expressivité et de la mémoire corporelle.

De plus, cette forme de mémoire ne serait pas conscientisée et subjectivée par le sujet, elle agirait dans l'actuel sans reconnaître ce qui fait lien avec l'histoire du sujet (Roussillon, 2003). Nous pensons que l'agir du corps prêterait à l'hypersomnie une fonction littéralement signifiante. Au travers des séquences cliniques de Jean et Laura, nous souhaiterions préciser ce que peut venir représenter, exprimer et révéler le « trop dormir ».

b. Jean : Lequel des deux ?

Rappel : Au fil de son accompagnement psychologique, Jean s'interroge quant à son identité et tente de mettre du sens sur un schéma familial peu élaboré, mettant de la distance par rapport à ses troubles du sommeil de type apnéique et hypersomniaque. A l'occasion du passage adolescent, il témoigne de la réactivation du conflit œdipien et d'un évènement traumatique qui semble avoir figé l'économie psychique familiale.

Ce qui ressort de l'histoire de Jean dès notre rencontre, c'est la relation conflictuelle avec son père. Il présente celui-ci comme immature, et peu présent pour partager des choses avec lui. Il raconte que depuis son accident, son père a changé : « il n'est plus le même ». Selon lui, il est très colérique et impulsif : « ils en sont déjà venus aux mains » expliquera la mère de Jean. Je ressens que l'adolescent a cherché à s'identifier à lui, puis, devant la présence-absence de son père et sa violence, il s'en est détourné pour aller investir des figures identificatoires extérieures. Dans son groupe d'amis, il apparaît en figure protectrice et aimante. Je pense qu'il joue un rôle paternel, mais vient également exprimer l'effet de la perte de cette figure. Il joue également ce rôle dans la cellule familiale lorsque la situation financière devient ingérable. Je ressens un vécu d'abandon, et pointe à Jean le basculement qui s'opère dans les générations.

Au-delà de cet aspect générationnel, ce qui ressort des derniers entretiens psychologiques est la culpabilité de Jean à l'égard de son père. En effet, ils n'ont jamais pu reparler du fameux accident. Jean et sa mère précisent que le père ne se rappelle plus la scène, ce qu'il s'est passé pour qu'il se retrouve dans le coma à l'hôpital. Face à cette amnésie, l'adolescent s'interroge : « Ai-je fait quelque chose de mal pour qu'il ait cet accident ? Peut-être qu'il pensait à moi, aux derniers temps de la grossesse, et qu'il a eu un moment d'inattention... ». Je réponds alors : « comme s'il ne pouvait en rester qu'un ».

Je ressens avec violence ces paroles, des paroles que Jean peut enfin prononcer. Cet accident l'a impacté via sa mère qui fut très inquiète et triste devant l'état de santé de son mari, mais aussi que Jean fut impacté sinon mis en danger par cet évènement effractant l'équilibre familial.

Cet évènement traumatique nous permet de rappeler ici la théorie du traumatisme selon S. Freud (1920): lorsque la charge pulsionnelle effracte le pare-excitateur du moi, cela ne permet

pas au sujet de lier et de se représenter le débordement pulsionnel. Ici, s'est créé dans le groupe-famille de l'adolescent ce que S. Ferenczi évoque comme étant un traumatisme : « le « choc » est équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le Soi propre » (1982, p. 139).

L'évènement traumatique a-t-il plus encore mis le moi de Jean en péril ? Nous pensons qu'il a vécu un état de détresse similaire au bébé attendant la réponse de son environnement afin de pouvoir se construire un « sentiment continu d'exister » et permettre de construire des limites sécurisées pour border son moi (Winnicott, 1975).

Devant l'impossibilité d'élaborer ce questionnement, Jean s'est muré dans une forme de silence. Se sent-il autorisé à questionner son entourage et pouvoir comprendre ce vécu qui le touche dans son psychosoma (il s'agit ici du système psycho-somatique du sujet, tel qu'il (dys)fonctionne) et qui touche la famille par un « interdit du savoir du passé du corps » (Del Volgo, 2006, p. 102) ?

Dans l'actuel, le jeune ne comprend pas son père, et exprime de la colère à son égard. Fantasme-t-il de l'écartier de la scène œdipienne pour mieux rejoindre sa mère, notamment lors des scènes conflictuelles entre père et fils ?

Devant l'apaisement de ses troubles du sommeil, Jean exprime qu'il est désormais compliqué pour lui de trouver de l'intimité chez lui : « ma mère ne souhaite pas que je ferme ma chambre » dit-il.

Que réactive ce besoin d'intimité pour sa mère ? Jean désire s'individuer, ce qui est difficilement envisageable pour ses parents qui retiennent la passivité de leur fils dans la vie quotidienne. D'ailleurs, nous pourrions dire qu'au-delà de son apnée du sommeil, la part « active » de l'hypersomnie réside dans la construction d'un rempart contre l'excitation et l'agressivité qui pourraient venir faire « crise » dans les relations intra-familiales.

Or, le Je de l'adolescent doit pouvoir s'individuer, s'extraire du nous groupal/du groupe familial pour investir l'Autre à l'extérieur justement, de la famille.

Le fait de pouvoir reprendre ces scènes en posant des mots sur la destructivité et la violence à l'œuvre permet de reprendre ce qu'il se joue dans les liens intersubjectifs.

Le cas de Jean nous montre en quoi le psychosoma semble être un lieu de mémoire d'éléments issus du transgénérationnel. Lorsqu'une génération a vécu un évènement particulièrement effractant (de l'ordre de l'irreprésentable), les traces qui en résultent traversent les générations à l'insu des protagonistes de la famille. Les éléments issus du transgénérationnel transitent dans le corps groupal familial, jusqu'à être déposés dans le corps-soma de l'adolescent.

Le symptôme serait ici groupal mais trouverait une voie d'expression par le corps du jeune (Durastante, 2014). A défaut de pouvoir intégrer les éléments d'une scène familiale traumatique, Jean les a-t-il incorporés dans l'attente de les mettre en mots ? Le jeune patient tenterait d'envoyer un message concernant ce mal-être qui l'habite, non pas par le biais des mots, mais par le biais de son corps et de son esprit souffrants.

A partir des fonctions mémorielle et expressive du corps du jeune, nous voyons apparaître l'hypersomnie comme manifestation de ce qui se joue dans les liens intersubjectifs. Dans le cas suivant, nous verrons comment le travail de compréhension de l'hypersomnie passe par la reconnaissance de ce trouble du sommeil en tant que possibilité de « reprise élaborative » (Dumet, 2002, 2008).

c. Laura : la (re)naissance

Rappel : Les crises invalidantes d'hypersomnie n'apparaissant plus, l'adolescente reprend peu à peu la main sur son corps, souhaitant ressentir des affects, et poser un regard nouveau sur son corps.

Ce qui apparaît lors des premiers entretiens avec l'adolescente, c'est la modalité défensive de son fonctionnement psychique, qui s'exprime lorsque Laura peine à parler de ses émotions, mais aussi des transformations qu'elle vit, autant psychiquement par son processus d'autonomisation que somatiquement et physiologiquement. Puis, au fil des entretiens, les mots se constituent, elle commence à parler de sa puberté, des kilos qu'elle a pris.

Devenir une jeune femme lui semble un passage étrange, elle ne s'aime pas physiquement. Lui revient un souvenir de voyage en famille, où le fait de se montrer en maillot de bain lui a été difficile. Elle ne se reconnaissait pas. Puis, elle a souffert d'une acné qu'elle ne pouvait cacher au regard des autres. Face à ce complexe supplémentaire, Laura a demandé un

traitement contraceptif. C'est d'ailleurs à ce moment-là qu'elle situe le commencement des crises d'hypersomnies.

Pour la jeune patiente, l'arrivée de la puberté et les changements vécus dans son corps furent difficiles à intégrer. Ensuite, Laura est entrée dans l'adolescence avec cette souffrance psychique liée à son corps étranger et, dans ce contexte, survint alors rapidement le trouble du sommeil comme, selon notre hypothèse, véritable « écran » aux remaniements identitaires. L'enjeu pour Laura est donc d'identifier le sens du « trop dormir » au moment où il intervient. Que vient-elle mettre en sommeil et réveiller dans l'espace de soin psychologique ? Quel corps Laura offre-t-elle à voir ? Le corps dysfonctionnant pourrait-on, premièrement, évoquer, mais au-delà de ce sens manifeste, la jeune patiente met en mots une lutte contre elle-même, contre « cette chose informe ».

Nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle l'hypersomnie lui permettrait de traiter l'irruption de la puberté et la survenue de l'adolescence de façon défensive. Dormir serait-il alors un temps d'élaboration et de travail de l'adolescence ? L'actualité de la puberté fut particulièrement difficile à vivre pour cette adolescente, celle-ci étant dans l'incapacité de l'exprimer en mots, cela a entraîné ensuite la survenue de troubles du sommeil. Nous pensons que l'intensité de ces transformations vécues lors de la puberté et au commencement de l'adolescence par la jeune patiente viendrait indiquer une souffrance qui ne peut se dire. Cette souffrance inélaborable pour Laura, s'exprimerait donc par le biais de son corps, et resterait à symboliser.

De plus, dans la relation transférentielle, de nombreux éléments témoignent d'une difficulté à la différenciation pour la patiente. La question du double, qui intervient à l'adolescence, est souvent revenue dans le discours de Laura, en évoquant par exemple son petit-ami et son jumeau, lorsqu'en évoquant l'adolescence de sa mère, elle semble évoquer ses propres angoisses, et le bourdonnement que nous ressentons dans notre nez dans les secondes qui suivent l'état confusionnel de son discours. Est-elle dans un premier temps à la recherche d'une relation en miroir dans l'espace des entretiens psychologiques afin de trouver une parole différenciée ?

Plus encore, lorsque qu'elle révèle être dans une forme de combat avec la maladie, nous pensons à un « corps-à-corps primaire » qui pourrait alors commencer à se représenter en elle psychiquement (Taine, Condamin, 2015, p. 111).

Selon N. Dumet, l'agir et la pathologie chez les individus apparaissent comme des « expressions de leur théâtre interne » (2008, p. 141).

Ici, qu'exprime Laura de son théâtre interne au-delà de l'accès à la féminité ? S'agit-il d'une angoisse au sujet de l'expérience douloureuse de séparation qu'elle s'apprête à vivre ?

Ou souhaite-t-elle revenir sur le caractère traumatique de la période pubertaire, resté tu, (pourrions-nous dire même endormi) jusque-là ?

VI.1.3. Quand la mémoire groupale se fraye un chemin par la voie(voix) du corps

Le sujet prend conscience dans le passage adolescent de ce qui le lie aux autres, ce qui l'origine, les enjeux autour de la filiation et la transmission. Pour S. Freud, il s'agit d'époques qui priment à l'individu, constituant un héritage (Freud, 1938, p. 177). Cet héritage passe par des objets de transmission qui transitent de génération en génération. Les objets de transmission peuvent être marqués par le négatif, notamment lorsque ce qui transite dans l'espace intersubjectif ne peut être contenu, comme « la faute, la maladie, la honte, le refoulé, les objets perdus ou encore endeuillés » (Kaës, 1997 (2005), p. 4). C'est cette transmission « brute » que les adolescents comme Gabi nous permettent d'explorer. S'agit-il d'éléments reconnaissables pour le jeune ?

Nous pensons que ce qui forme son héritage et ses origines historiques fut transmis dès les premiers temps de la vie du sujet, et ce, sur plusieurs générations. Il n'est pas rare que le corps se rappelle au sujet pour signifier ce qui fait souffrance dans la transmission. D'après C. Dejours, la somatisation chez le sujet peut révéler que « le corps aurait une histoire singulière impliquant au moins deux générations » (1989, 2009, p. 192). La survenue d'évènements réactualisant cet héritage pousserait le jeune à endosser le rôle de « porte-symptôme » de l'histoire familiale. Dans un précédent travail (Durastante, Dubois et Dumet, 2015), nous avons proposé qu'à travers l'hypersomnie, l'adolescent rejoue « à son corps défendant » les transmissions transgénérationnelles, dans leur caractère effractant et traumatique.

L'adolescent, alors en quête de soi et de son entourage pour se construire, partirait à la recherche de ce qui le rend héritier malgré lui, ouvrant à un travail sur le sens de sa symptomatologie. Voyons ensemble quelle peut être l'association entre le trouble du sommeil de Gabi et l'histoire du traumatisme qui a touché sa famille.

d. Gabi : Le porte-symptôme familial

Rappel : Après avoir subi une affection du genou durant plusieurs mois, puis avoir guéri, le jeune patient est « tombé » dans un sommeil qu'il ne pouvait plus contrôler. Au fil des entretiens, je perçois que l'histoire de la maladie somatique ne s'arrête pas à Gabi. L'adolescent prête alors sa voix pour comprendre la place que prend la maladie somatique à la lueur de l'histoire familiale.

Tout comme l'existence d'un roman familial (Freud, 1909), l'existence d'un « roman de la maladie » (Del Volgo et al., 1994) appelle ici à une lecture des différents troubles somatiques comme d'une même histoire qui s'inscrit et s'exprime par le corps, lors de périodes de crise notamment. Comment la symptomatologie du sujet familial prend un sens à la lumière de l'histoire familiale ?

En contextualisant l'histoire de la maladie somatique dans son ensemble, depuis celle de la mère jusqu'à celle de Gabi, j'ai compris que cette mère, dont le rôle fut « mis en sommeil » durant les premiers entretiens, apparaissait cependant dans le récit des affections somatiques qui ont touché l'organisation familiale. Ainsi, après le déclenchement de la maladie maternelle puis sa rémission, Gabi souffre soudainement d'une affection du genou.

La maladie est inscrite dans le corps familial, et avec elle les traces traumatiques issues des différentes affections somatiques mais aussi des deuils non-faits et des non-dits toujours à l'œuvre. Ce passage adolescent est donc une période propice pour interroger la relation à l'objet d'amour afin de s'en dégager progressivement (se préparer à en faire le deuil, notamment), notamment par le biais de mises en scène, dans l'attente d'un retour de son entourage (Durastante, 2011).

Gabi prendrait symboliquement la partie malade chez l'autre, ici sa mère, la transposer sur lui pour tenter de se la représenter. J. Guir (1993) explique que la lésion se manifeste dans le même endroit du corps que celui de la personne perdue. Comme si cette partie du corps pouvait être déplacée, transposée d'un corps à l'autre. Si cette « pratique de l'incorporation » (Gutton, 1984) révèle à certains égards l'ambivalence du travail de deuil de l'objet d'amour (Dumet, Porte, 2008), nous pensons que ce processus révèle simultanément ce qui fait trace dans le corps familial, et dont le psychosoma de l'adolescent devient alors le dépositaire (dépositaire du soi familial et pas seulement du moi propre).

Ainsi, pourrions-nous dire que Gabi est le porte-symptôme de l'histoire familiale, tant il met en scène et exprime par le biais de son corps ce qu'il a pu hériter de non-symbolisé et qui fait trace dans l'économie psychique familiale. Si le « lieu du corps » peut être considéré comme lieu d'enregistrement et de mémoire (Carels, 1987), quels événements sont venus s'inscrire dans le corps du jeune Gabi ?

Le développement de J. Guir (1993) concernant le trouble psycho-somatique comme « poinçon corporel de l'histoire familiale » nous renseigne sur l'existence d'une potentialité pour chaque famille de faire corps, tant sur le plan symbolique que sur le plan organique.

Dans le cas de Gabi, nous supposons un processus d'incorporation du symptôme au sein du corps familial, là où transitent précisément des traces traumatiques en attente de symbolisation. Nous assistons ensuite chez l'adolescent à l'apparition de crises d'angoisse qui prennent place au même endroit somatique que celui de la maladie de la mère, avec une impression chez Gabi d'étouffement.

Comme nous l'évoquions précédemment, cette séparation impossible semble liée à l'angoisse psychogénétique plus ancienne de perte de l'objet maternel. Nous pensons qu'à l'occasion de la maladie maternelle, le lien qui l'unissait à Gabi fut fragilisé, voire a pu faire vivre à celui-ci la menace de perte de l'objet. Lorsque cette fonction contenante n'a plus été assurée par la mère, cela a-t-il produit des défaillances dans le lien qui font retour à l'occasion de l'adolescence de Gabi ?

Le corps du jeune garde-t-il la trace de ces expériences traumatiques infantiles ? S'agit-il d'une forme de « mémoire corporelle » (Roussillon, 1999) ?

Si tel est le cas, et en appui sur les travaux de N. Dumet, l'expression somatique est à considérer comme un « lieu de mémoire » (2008, p. 90). Nous pensons que Gabi porte en lui

les traces de l'expression somato-psychique familiale en mal de symbolisation. Dans ce contexte, comment accompagner le jeune vers une prise en compte de ces enjeux intersubjectifs et transgénérationnels ? Par quels processus peut-on percevoir un (r)éveil de la subjectivité ?

Nous proposons à présent de considérer ce qui peut se construire dans le travail psychologique.

VI.2. De l'effondrement du psychosoma au réveil de la subjectivité de l'adolescent

VI.2.1 L'éveil d'un appel à l'autre

Lorsque nous avons rencontré ces jeunes, force était de constater que leur psychosoma semblait ne plus répondre, n'être plus présent à la rencontre, avec un état de dépressivité chez certains d'entre eux. A propos d'un cas de dépressivité, J.-L. Pedinelli dégage la notion de « mourir-dormir » permettant l'arrêt de la circulation pulsionnelle (Pedinelli, 1988, p. 339). L'hypersomnie est d'ailleurs souvent associée à un état dépressif chez le jeune, or si l'on veut comprendre avec le jeune le sens de cet effondrement, il faut pouvoir réaliser un travail de maillage historique, de « continuité entre sa vie passée et présente » (Laufer, Laufer, 1993, p. 20).

Si l'aspect traumatique concerne le passé infantile du sujet, la période pubertaire avec les transformations qu'elle comporte peut faire éprouver au jeune un trop plein d'excitations, et mobiliser des contenus irréprésentables.

Cette effraction n'a d'ailleurs pas forcément pris de forme, laissant le sujet dans un vécu d'impuissance face à l'irréprésentable, évoqué d'ailleurs par P. Roman et O. Lempen « l'informe » (Roman et Lempen, 2013). Ce magma contenant l'indicible et l'irréprésentable cherche donc à se frayer un chemin vers la représentation et un contenant suffisamment étayant. Ce travail de mise à jour et de reprise féconde surgit à certaines périodes de la vie, comme le temps de l'adolescence et le temps bébé sont deux âges de la vie pouvant se croiser (Golse, 2012).

L'adolescent va donc pouvoir entamer un travail d'appropriation subjective, à partir de ce qu'il a vécu dans l'infantile, mais aussi plus récemment. C'est précisément lors de la survenue du trouble somatique, que s'offre au sujet l'occasion de s'approprier cet évènement. N. Dumet et A. Ferrant ont conclu à une « circularité psychosomatique » : « un va-et-vient continu entre psychique et somatique, entre traumatismes et « réponses » psycho-ou somato-pathologiques à ceux-ci, s'offre comme une source possible de revitalisation, de (re)création subjective » (Dumet, Ferrant, 2009, p. 62). Cette possibilité d'obtenir des solutions subjectives et d'amorcer un dire au-delà de l'hypersomnie implique alors un tiers qui pourrait entendre cet appel et accueillir, parfois pour la première fois, ce qui serait partageable. Poursuivons donc notre réflexion sur le corps et l'intersubjectivité, à travers ce qui fut abordé par Laura et sa famille durant son accompagnement.

a. Laura : Affects partagés

Rappel : Cela fait plusieurs mois que je suis Laura, et qu'il n'est plus question de ses crises d'hypersomnies. Il est temps pour elle de passer les épreuves du bac, et d'envisager le moment de la séparation d'avec ses parents.

L'accompagnement psychologique prend un nouveau tournant lorsque le départ en vacances d'été approche. Il est temps de faire un premier bilan de cette demi-année de suivi avec Laura puis ses parents. Il s'agit de nommer la fin de l'année scolaire pour Laura, de passer un important rite de passage qu'est celui du Bac et de l'après-Bac. Sur ce seuil, l'adolescente semble déchirée entre son désir de partir du cocon familial pour vivre sa vie d'adulte et son désir de rester vivre avec sa famille et de profiter encore un peu de leur protection.

Au-delà de la séparation d'avec l'espace thérapeutique durant plusieurs semaines, se joue la séparation entre la jeune et ses parents. L'émotion est vive durant cet entretien, j'en suis moi-même envahie. Je ressens cet entretien comme un tournant, illustré par le passage adolescent qui bouleverse les repères et met à mal l'équilibre familial, ceci pouvant venir se reprendre dans le dispositif psychologique.

La mère peine à prendre la parole, nous sommes tous les trois pendus à ses lèvres. Que va-t-elle s'autoriser à dire ? Va-t-elle parler pour elle ? Finalement, mère et fille se laissent aller à exprimer leur tristesse de se séparer, et Laura peut lui adresser une parole de colère tout en

partageant ses pleurs avec ceux de sa mère. Ce moment permet de partager pour l'adolescente des affects avec ses parents, la séparation peut s'évoquer et se représenter en famille. J'observe l'évolution de Laura, depuis la survenue de l'hypersomnie jusqu'à la mise à distance du groupe-famille.

Ici, Laura semble franchir un pas, en reconnaissant ses émotions et en les liant avec ce qu'elle vit et élabore depuis quelques mois déjà. Pourrait-on rapprocher l'évolution de Laura avec ce que C. Matha décrit comme « un travail de liaison » (Matha, 2010) ? J'associe à cet instant avec l'image de Laura, davantage à s'émanciper : elle sort de l'impasse et semble peu à peu trouver, voire reconstruire un positionnement subjectivé.

Nous pouvons donc supposer que l'hypersomnie est apparue comme une solution temporaire pour Laura, afin de ne pas éveiller les différents remaniements inhérents à l'adolescence. La possibilité de reprendre ces éléments a pour objectif que le symptôme somatique puisse retrouver du sens et s'inclure dans l'histoire du sujet. Ce travail apparaîtrait comme un « moyen d'appropriation et de la re-présentation psychique » (Roussillon, 2003, p. 128). Ce dernier point permet d'introduire une partie de notre questionnement central : dans quelle mesure l'hypersomnie, à partir de son processus d'éveil, peut-elle permettre d'initier un travail de symbolisation de vécus traumatiques mis en sommeil dans le psychosoma de l'adolescent ?

VI.2.2 Le modèle de l'hypersomnie symbolisante

Revenons tout d'abord sur le concept princeps de « somatisation symbolisante ». C. Dejours a introduit ce concept correspondant à un type de somatisation créant ou appelant à un « mouvement de réorganisations et de reprise de l'évolution mentale » (1989, 2009, p. 29). Nous souhaitons nous appuyer sur ce concept pour tenter de comprendre quelles sont les potentialités derrière la symptomatologie somatique, ici hypersomniaque. En effet, les troubles du sommeil chez le sujet, ici adolescent, pourraient comporter des enjeux intersubjectifs et des expériences douloureuses, en attente de pouvoir se dire comme nous l'avons précédemment évoqué, mais aussi en attente de pouvoir être représentés, et donc symbolisés par le sujet.

Il s'agit donc de comprendre par quels moyens cela peut ouvrir sur un travail de symbolisation, d'être à l'écoute de ce qu'apportent les patients dans l'analyse, notamment les

« sensations corporelles » provenant de « traces perspectives hallucinées » (Roussillon, 1999, p. 127). L'analyse des éléments transféro-contre-transférentiels est aussi essentielle pour renvoyer et guider le sujet, ici l'adolescent, vers une (re)construction et une appropriation subjective.

De plus, nous pouvons considérer que l'expression symptomatique, cet agir hypersomniaque du corps, comprend une valence positive. Si l'importance de ce que M.-J. Del Volgo (2012) nomme « possibilité de se dire », est fondamentale dans le travail de symbolisation chez le sujet, nous pensons que l'adolescence offre en elle-même la possibilité de reviviscence et d'une réécriture subjective, pour peu que le jeune puisse être accompagné dans cette expérience restaurative. Avec le jeune Gabi notamment, un réel travail psychologique a lieu, ouvrant sur ce qui fait véritablement souffrance chez lui.

b. Gabi : au-delà du « trop dormir » :

Rappel : Depuis la survenue d'une affection somatique du genou, puis l'éclosion du sommeil en excès, Gabi exprime à présent sa souffrance. Il apparaît peu à peu qu'un élément l'aide : le rêve lucide tient un rôle important dans la secondarisation de ses vécus.

Au fil des entretiens, j'envisage l'hypersomnie du jeune comme signifiante au regard de la passivité du frère, voire de la passivation du lien entre Gabi et son frère qui soulignerait ici leur séparation irréprésentable. La nécessité de dormir permettrait dans un premier temps à l'adolescent, qui peine à trouver sa place propre, de le garder encore comme modèle identificatoire et comme objet d'étayage dont il a fondamentalement encore besoin, pour se différencier du père actif qui plus est, en faisant corps en somme avec ce frère pour pouvoir faire face au père. Le second temps fait suite à l'apaisement de l'hypersomnie, dans ce qui s'apparente à une reprise par le rêve, alors au « service de la pensée et de son développement » (Houzel, 1988) puis à l'éveil de la parole.

Les récits de rêve de Gabi traduisent qu'une conflictualisation de la relation à Paul est possible, ainsi que la représentation du manque d'étayage de celui-ci. Cet enjeu fraternel peut s'expliquer par le fait qu'une relation avec un frère peut constituer « un lieu privilégié d'émergence et de traitement psychique de la violence » (Houssier, 2002, p. 132-133). Je ressens la violence à l'œuvre dans la relation entre Gabi et son frère, la solitude du jeune patient exprimée, ainsi que le caractère brut et sidérant du lien à l'autre dans les rêves

répétitifs du jeune. Le rêve lucide apparaît comme un espace de figuration, où l'adolescent met en scène un certain nombre d'éléments douloureux.

L'hypersomnie adolescente serait-elle à entendre comme un processus qui participe à l'élaboration de la crise adolescente, constituant alors une forme de symbolisation primaire ? Chez Gabi, on observe une difficulté majeure à se séparer, que ce soit de sa mère, d'un frère, ou d'un double (comme le souligne la confusion qui existe dans le lien transférentiel quant à sa fratrie et à ses amis). C'est justement ici que réside la difficulté du passage pubertaire, car le jeune aura tendance à retrouver une position régressive sur une modalité de lien à l'objet premier (Adomnicai, 2004).

L'hypersomnie serait aussi une (autre) manière de se protéger ainsi des affres de la séparation, sans compter qu'à travers cette passivité, Gabi pris dans la rivalité œdipienne réactivée avec son père, tenterait peut-être alors aussi de se différencier et de se séparer de cette figure paternelle. Dormir plus que de raison permettrait à l'adolescent de créer non seulement une « zone blanche » de passivité, mais aussi un espace potentiel en faveur d'un travail de subjectivation (Durastante, Dubois, et Dumet, 2015). Le jeune peut alors s'initier à « un rétablissement de la continuité psyché-soma » (Boubli, 2003). A partir de ces éléments, l'hypersomnie nous apparaît peu à peu dans sa dimension symbolisante. Chez Gabi, elle présenterait une fonction organisatrice dans le sommeil complété par l'espace du rêve, pour se figurer des éléments somato-psychiques traumatiques, tels que l'absence d'identification au père, l'angoisse d'abandon de la mère due à son affection somatique, et plus récemment la rivalité avec le frère débouchant sur une séparation.

VI.3. Synthèse Partie VI

Les cas de Gabi, Tim, Laura et Jean nous ont permis de comprendre ce qui constitue et signifie la clinique du sommeil adolescent, lorsque le « trop dormir » fait rage. Au-delà de l'aspect symptomatologique premier, les accompagnements psychologiques de ces jeunes ont révélé chez eux d'autres problématiques d'ordre traumatiques.

Le retour d'expériences se fait non seulement par les voies de l'agir somatique chez eux, mais dans le sommeil prolongé et l'inertie du corps, ce qui semble par conséquent « geler » les affects. Nous nous sommes interrogées sur le sens de cette symptomatologie : qu'est-ce que cela raconte de leur monde interne ?

Est-ce un refuge transitoire nécessaire ? L'occasion de traiter et se figurer le traumatisme ?

Chez Tim, c'est une réalité très brute dans son histoire infantile qui vient rencontrer l'effraction traumatique vécue dans son corps, le projetant ainsi dans l'adolescence sans aménagement et représentation préalable. Chez ce patient, comme dans les cas de Gabi et Jean, nous avons pris la mesure de l'économie psychique familiale sur leur corps, endossant alors le rôle de « porte-voix » dans des familles où l'expression somatique est privilégiée, mais aussi de l'héritage traumatique qui transite à travers les générations. En tentant d'adresser un message à l'autre, le symptôme hypersomniaque assure alors une forme de symbolisation primaire.

L'hypersomnie constituerait donc une forme d'agir somatique, et signerait le retour de vécus bruts psychiques et somatiques, d'expériences traumatiques.

Dans le cas de Laura, c'est à l'occasion de la puberté, puis de l'adolescence, que surgit le trouble d'hypersomnie. Auprès de cette jeune patiente, nous avons pu découvrir une forme singulière et plus complexe de son hypersomnie. Il ne s'agissait plus seulement ou simplement d'une manifestation de conversion comme solution temporaire, car d'autres enjeux liés à la séparation sont apparus plus tard dans l'accompagnement de l'adolescente. Bénéficier d'une coque protectrice dans le sommeil n'est-il pas aussi un moyen pour elle de se représenter (ou de retrouver des éléments en lien avec) une naissance traumatique ?

A partir de l'analyse de ces cas cliniques, comment lier ce que le corps raconte et accompagner le jeune vers l'éveil d'une parole subjectivée, afin que cela fasse sens ?

Il nous semble que c'est tout d'abord l'écoute du sujet dans une approche psychodynamique qui nous permet de considérer l'adolescent sous ses aspects ambivalents, et l'hypersomnie comme un symptôme comportant un message de plus d'un sujet. Ensuite, il s'agit d'identifier ce qui, dans nos vécus, nos interrogations et nos ressentis, peut aider à faire sens.

Le travail sur le lien entre le corps et l'intersubjectivité révèle la co-existence d'enjeux psychiques différents autour de l'adolescence : entre le choc actuel et le retour d'expériences traumatiques dans l'histoire du sujet « au sens large ». Par-delà l'aspect pathologique du sommeil, c'est alors que se déploie une des potentialités essentielles à la survie de l'humain en proie à des souffrances sans nom : la créativité par l'activité du rêve lucide. Dans une prochaine partie, nous tenterons d'en dégager certains des aspects concrets qui ont pris place dans l'espace thérapeutique, et qui ont permis d'établir des perspectives plus générales sur le sommeil normal et pathologique.

*« Je suis dans un rêve. Je ne sais pas quand ça a commencé ... ou quel rêve c'était.
Je sais seulement que j'ai dormi longtemps. Et puis...un jour je me suis réveillée.
Votre voix est la première chose dont je me souviens.
Et maintenant, je comprends enfin ce que vous essayiez de me dire.
La chose que vous avez voulu depuis ce premier jour ».*

Extrait de Westworld, 2016. Episode « The Bicameral Mind »,
diffusé sur HBO le 04/12/2016.

VII. Apport du rêve lucide chez les jeunes hypersomniaques

VII.1. Le rêve lucide, un processus sur lequel s'appuyer entre rêve et réalité

Le dispositif psychologique, jusqu'alors inédit dans ce service du sommeil, se propose comme un support d'expression du jeune sur la scène de son corps, dans une perspective prenant en compte celui-ci, mais aussi sa psyché.

Au fil de notre pratique, nous avons également découvert l'importante proportion de rêveurs lucides parmi les adolescents hypersomniaques. Cette capacité active – et créative – de prise de conscience du rêveur durant son sommeil nous a permis de faire une place au récit de rêve, qui survient au-delà de la plainte du « trop dormir ». Le rêve lucide fut défini par la psychologue et philosophe C. Green comme « un rêve dans lequel le sujet est conscient de rêver » (Green, 1968, p. 15).

Quelle est la place et le rôle du rêve lucide chez l'adolescent hypersomniaque ?

Peut-être pourrions-nous auparavant rappeler certaines propriétés du rêve « normal » chez l'individu. Freud a tout d'abord évoqué que le rêve serait le « gardien du sommeil » en accomplissant les désirs, et en assurant le sommeil du sujet (1926, p. 154). Le rêve posséderait également la fonction de révélateur d'éléments passés et de la vie actuelle (Lucrèce déjà décrivait les liens qui unissaient les expériences du sujet dans la journée et ses productions oniriques, la nuit venue). On retrouverait donc dans les rêves des matériaux issus de la vie infantile du sujet, mais aussi une partie de l'héritage « archaïque », soit des éléments véhiculés dans les rêves depuis des générations.

Selon l'auteur, « un rêve normalement constitué, se tient pour ainsi dire sur deux jambes dont l'une s'appuie sur la cause principale et actuelle du rêve et l'autre sur un événement déterminant de l'enfance du rêveur » (Freud, 1905, p. 144-145).

Le rêve posséderait-il plusieurs fonctions chez l'humain, en plus de permettre l'accomplissement de désirs inconscients durant le sommeil ?

Selon P. Magnin (1990), le sommeil était jusqu'à peu considéré comme un état passif, alors qu'il permet à l'organisme de se régénérer. En effet, comme l'a décrit M. Jouvet (1992), le rêve occupe 20% de notre temps de sommeil et apparaît comme le gardien des fonctions neuronales.

Selon D. Anzieu (1985), une des fonctions vitales du rêve est également de réparer l'enveloppe psychique le Moi-Peau du dormeur « des effractions subies pendant la veille » (1985, p. 238). Ces effractions dans le Moi-Peau après un ou plusieurs événements traumatiques peuvent donc, à travers l'activité onirique, trouver une scène de reprise et de représentation signifiantes.

P. Ruby, chercheuse en Neurosciences, a depuis repris les travaux de M. Jouvet. Dans un récent article sur le rêve (Ruby, 2015), elle explique le fait que « l'alliance des neurosciences et de la psychanalyse » au service de la compréhension du rêve apparaît nécessaire. En effet, les neurosciences travaillent sur « les invariants » là où la psychanalyse s'intéresse à l'individu et l'intersubjectivité. Ces deux regards peuvent donc être complémentaires, notamment sur la question du rêve.

L'auteure s'interroge sur ses fonctions, à toutes ces heures passées à rêver : « nous avons tendance à rêver de manière fréquente de ce qui a trait à nos préoccupations du moment, en particulier interpersonnelles » (Ruby, 2015, p.30). Que permet donc le rêve lucide ?

VII.1.1. Le rêve lucide comme laboratoire d'expérience

Tout comme le rêve qui semble recouvrir plusieurs fonctions pour le sujet, le rêve lucide semble très présent chez les individus présentant des hypersomnolences. En effet, dans la narcolepsie tout comme dans l'hypersomnie, de récentes études montrent une forte activité durant le sommeil, relative à ce que l'on appelle le « rêve lucide » (Ruby, 2011). Nous l'avons vu, ce type de rêves mobilise beaucoup le dormeur, à la fois sur le plan de la cognition mais également dans ce qui s'apparente à une relance de la vie psychique.

Selon L. Walker (2007), le rêve lucide regroupe plusieurs spécificités témoignant d'une véritable activité chez le sujet (aspects biologique, sensoriel, identitaire, imaginaire) lui permettant de se positionner. Repérons ici comment le rêve lucide est vécu et constitue la toile de fond des expériences adolescentes de nos jeunes porteurs d'hypersomnie.

a. Tim : Une interface

Rappel : Lorsque je¹⁹ l'ai rencontré, Tim présentait une hypersomnie consécutive à une agression physique perpétrée à la sortie de son établissement scolaire. Je découvre grâce à son témoignage qu'au-delà du sommeil en excès, Tim se mobilise beaucoup dans des rêves où il est conscient.

Tim vient souvent en entretien individuel avec un ou plusieurs rêves à raconter. Il décrit des rêves où il est dans une forme de conscience éveillée, il vit son rêve en sachant ce qu'il se passe. Véritable « oniraunote » (Walker, 2007), il exprime qu'au fil du temps il a acquis, en s'y intéressant, un certain niveau de capacité et de maîtrise dans ce type si particulier de rêve. A ces mots, j'imagine une interface dans laquelle il peut voyager entre ses rêves. L. Walker (2007) décrit cet explorateur pouvant vivre des expériences avec « une formidable acuité sensorielle », permettant de considérer le rêve lucide comme « une interface entre la psyché et le corps » (Walker, 2007, p. 34).

Tim raconte pour la première fois l'un d'entre eux : il s'agit d'un rêve où il est au milieu d'un endroit inconnu et entouré de singes. Il se sent observé par eux. Je pense à cet instant à la question du regard, si fondamentale à l'adolescence. Je rapproche son positionnement avec le fait de se sentir différent des autres. Puis, il associe sur un autre rêve dont il précise qu'il s'agit d'un cauchemar : il est chez lui, et aperçoit un cerf qui lui tendra, au bout de son bras humain, une clef. Tim essaie d'aller chercher la clef, et quand il arrive à ouvrir le portail, il se fait brusquement écraser. Ici, de nombreux symboles sont évoqués, ainsi qu'une tension résultant de la réactivation de l'angoisse de castration.

Puis, il confie un troisième rêve qui prend également place dans sa maison. Il fait la rencontre d'un personnage à la tête de citrouille qui lui propose un défi sportif. S'il ne parvient pas à réussir cette épreuve, il devra mourir. Ce rêve me rappelle certains rites de passage importants entre l'enfance et l'âge adulte, permettant de se défendre et de montrer que le sujet peut protéger les siens. De plus, il peut être un allié du sujet dans le cas où il tenterait de traduire la transformation du corps à l'œuvre (Dejours, 2001). Ce rêve est-il l'occasion pour le jeune de mettre en scène sa maturité psycho-sexuelle ?

¹⁹ Le « Je » est utilisé pour différencier ce qui a trait au positionnement dans la clinique, du « Nous » pour débiter, discuter et conclure le propos de la chercheuse.

Plus tard dans l'accompagnement, Tim me fait part d'un rêve lucide où il s'est senti projeté vers le futur : il était à table pour dîner avec sa femme et ses enfants, et précise qu'il devait alors prendre un certain nombre de décisions, « être responsable ». Cette projection est-elle de l'ordre du fantasme ou du rêve ? Selon J. Jung, « l'adolescent trouvera dans les multiples usages qu'offrent les espaces virtuels matière à explorer les potentialités de la puberté » (2015 p. 160).

Nous faisons l'hypothèse que le rêve lucide est pour Tim une interface virtuelle telle une nouvelle aire transitionnelle (Winnicott, 1951) permettant le jeu, l'expérimentation. Du fait de ses caractéristiques malléables, le rêve lucide permettrait à l'adolescent de tester des situations afin d'anticiper et de se préparer psychiquement, mais aussi corporellement à « tenir debout ». Lorsque la possibilité de rêver de façon conscientisée s'offre à lui, Tim est actif, non plus allongé et immobile dans son lit mais debout et observe les autres, doit faire face à des tâches vitales, ou est propulsé dans un scénario d'anticipation. En effet, les états modifiés de conscience (dont le rêve lucide) ont « une fonction de défense des situations menaçantes qui peuvent produire l'anxiété » (Lapassade, 1987, p. 80). Est-ce en lien avec les ressentis que j'éprouve d'être esseulée et propulsée avec lui dans un endroit face à une situation impossible ? A travers ces récits, j'observe une absence de conflictualisation, mais demeure toujours la question de la perte. La question du manque est donc incarnée sinon illustrée dans les rêves lucides de Tim. D. Albarracin (2016) décrit le nécessaire choix sexuel inconscient inhérent à la période adolescente : la séparation du sujet avec son objet d'amour primaire impliquera une perte et un vécu lié au manque de cet objet. Il semble que l'actualité de la rencontre avec l'autre permet à Tim d'effectuer ce choix sexuel inconscient, pour accéder à la génitalité et se dégager de l'objet maternel et de vécus d'empiètement.

L'adolescent rêveur lucide pourra donc se saisir de ces espaces oniriques potentiels pour former une continuité de penser avec l'état d'éveil. Nous pouvons supposer que cette mise en représentation de ce qu'il vit lui permettrait, dans un premier temps, de visualiser les conflits et difficultés auxquels il ne peut faire face, puis dans second temps, de reprendre ces éléments qui restent ancrés dans sa mémoire pour les questionner. Le rêve lucide lui permettrait-il de gagner en confiance dans le but de maîtriser les expériences qu'il va vivre dans le rêve (S. Laberge, 1985) ? Nous percevons ici Tim reprendre la main sur ce qu'il a vécu, sur qu'il se passe actuellement en lui en appui sur le rêve lucide.

Selon D. Houzel, le rêve révèle le « travail psychique qui est à l'œuvre (...) pour permettre au processus adolescent de se dérouler au service du développement de la pensée » (Houzel, 1988, p. 312). C'est également ce que l'on peut avancer du côté d'un travail psychique qui s'engage pour lui, lui permettant une certaine réflexivité, notamment à travers l'interprétation du rêve lucide, c'est-à-dire à la mise en sens qu'il en fera. L'espace de parole et de co-construction lui permet de s'autoriser un temps pour lui, de travailler la question de la séparation et de la place d'homme grandissant qu'il tente de trouver, notamment au travers de ses rêves et leur récit.

VII.1.2 Le récit de rêve lucide : un outil à médiation dans la rencontre

Chaque sujet rêve durant la nuit, cependant, certains individus ne s'en rappellent pas et d'autres éprouvent une réelle liberté et y trouvent un grand intérêt. Ce qui se produit est avant tout de l'ordre d'« une communication de soi à soi » (Lahire, 2018, p. 284), mais le besoin de partager son rêve est un sentiment ressenti par de nombreuses cultures (Moyano, 1998).

Le récit de rêve et l'apport de la méthode d'association libre permet au sujet de reprendre certains éléments, les mailler et les démêler. Toutefois, selon S. Freud, il en resterait toujours un « point obscur » (Freud, 1926, p. 549).

Le rêve n'appartient pas seulement à un seul sujet, car il se partage et se raconte à l'autre. Est-il « nécessairement interactif » (Nathan, 2016, p. 45) ?

Dans le dispositif psychologique que j'ai proposé et à travers l'étude de l'hypersomnie, je pensais faire une place aux rêves. J'ai été surprise par les récits de rêves lucides des patients, qui décrivaient un état de conscience spécifique avec une mémorisation émotionnelle et sensorielle accrue. C'est donc par le biais de la mise en récit de leurs rêves lucides que j'ai découvert ce processus encore méconnu et peu traité en psychologie clinique.

Nous allons à présent mettre en lumière comment le récit de rêves lucides peut permettre au sujet un travail de « re-tricotage » qui invite également à un processus d'appropriation et d'historicisation pour le jeune.

b. Jean : Rêves et mises en scène

Rappel : Jean est le premier adolescent que j'ai rencontré et qui souffrait d'une hypersomnie associée à un autre trouble du sommeil, à savoir l'apnée du sommeil. Dans l'espace de soin psychologique, Jean exprime des scènes, issues notamment de ses rêves pas comme les autres.

Au fil de l'accompagnement de Jean, celui-ci éprouve lors de son récit le besoin de se lever de sa chaise pour me donner à voir ce qu'il se joue. Il théâtralise ce qu'il vit, mais cela vient également rappeler son hyperactivité infantile. En effet, comment lutter contre la dépression sinon en évacuant la charge d'excitation, qui submerge le sujet ?

Le premier récit de rêve lucide est l'occasion pour Jean de se lever et de mimer des personnages. Le rêve semble s'être imposé au jeune patient, qui pour y trouver du sens et y répondre, doit pouvoir passer par l'élaboration avec un tiers (Nathan, 2016). Je suis tout à coup plongée dans ce rêve où Jean erre, blessé, parmi plusieurs silhouettes de bâtons qui s'animent mais ne prêtent pas attention à lui. La rencontre avec eux semble brute, à l'image de la levée brutale de sa chaise. Puis, il mime sa réaction, et semble apeuré, pas entendu. J'ai froid, je ressens cette solitude et l'indifférence qui nous entourent, ce qui me permet de renvoyer ces éléments à Jean, qui se rassoit pour tenter de parler de ses émotions. A cet instant, je comprends qu'il lui a fallu revivre ce rêve, pour pouvoir en dire quelque chose, se représenter ce qu'il s'était passé dans le lien à l'autre.

Il s'agit de partir dans le passé du rêve, voire même à l'instant de l'évènement vécu dans la vie du sujet, pour le revivre, le découvrir en après-coup (Walker, 2007). Ce rêve lucide n'est pas sans rappeler la personnalité de Jean et ses relations avec l'autre, mais aussi la maladie de la mère dans son enfance, puis l'accident paternel et la blessure -autant physique que psychique- qui a attaqué les liens familiaux.

La seconde fois où Jean exprime corporellement ce qu'il a vécu, correspond à sa rencontre avec sa petite-amie. Il se lève et mime ce moment de cache-cache qu'il a partagé avec elle : « est-ce toi que j'aperçois ? ». J'observe ici le jeu qu'il se représente autour de la reconnaissance de soi et de l'autre.

Puis il se lève une troisième fois pour expliquer la relation avec son père, le comportement de celui-ci. En s'asseyant, il exprime sa colère. Traduit-il par le biais de son corps ce qu'il ne peut supporter, mis à part dans le sommeil ?

Enfin, lors de notre dernier entretien, lors du temps de bilan à l'aide du Photolangage©, je présente la photo de l'alpiniste qui a réalisé l'ascension d'une montagne, photo qui caractérise selon moi son évolution au cours de l'accompagnement psychologique. Il fait mine de tomber à la renverse avec sa chaise puis se rattrape et se met à rire. Je lui renvoie alors qu'il n'est justement pas tombé. « Oui, il est attaché » dit-il. Cet agir renvoie-t-il au risque lié à la séparation, au risque de la mort également ? La corde pourrait symboliser le lien, celui qui rattache Jean à ses parents, à sa machine, à ses pairs, mais aussi l'alliance thérapeutique avec moi, puisque ce dernier entretien signe la fin de l'accompagnement et qu'il va falloir se séparer.

Alors, que tente de signifier l'adolescent au travers de la mise en scène de ces différents éléments ? Comment peut-on comprendre cette mise en récit du rêve lucide ?

L. Walker (2007) décrit que la verbalisation du rêve renverrait au sujet et à l'autre des éléments non-intégrés jusqu'alors, qui du fait de leur récit, permettrait une symbolisation.

Après l'effet de surprise que cela a provoqué chez moi, j'ai pensé ce type de mise en scène comme le moyen pour le jeune de s'étayer sur l'espace d'entretien psychologique et d'exprimer par le jeu théâtral un certain nombre d'éléments douloureux. Dans l'après-coup, je pense que cet entretien a constitué une étape pour Jean. Ainsi, j'observe un jeune actif, exprimant ses vécus, loin de l'aspect déficitaire et inhibiteur de l'hypersomnie.

D'après T. Nathan, le rêveur est « *kritikos*, un décideur », notamment dans sa propre interprétation après avoir réalisé un rêve (Nathan, 2016, p. 50).

Il me semble important que Jean puisse analyser ce rêve et associer librement à partir de son histoire de vie et de sa situation présente.

Selon B. Lahire (2018), le récit de rêve doit être notamment mis en lien avec l'histoire du sujet, ses prédispositions, mais aussi ses expériences présentes (les restes diurnes de la veille). Nous faisons l'hypothèse que ces mises en scène permettraient à Jean de soulager sa tension interne, et de rendre les scènes signifiantes pour l'autre mais aussi pour lui-même. Cet espace de rencontre rendu malléable et sur-mesure fait ainsi tiers entre l'unité du sommeil et le

patient, mais également entre lui-même et ses parents. En cela, l'apport du rêve lucide permet de retrouver un équilibre à partir de la mise en sens du symptôme (Walker, 2007).

Dans l'espace de la thérapie, le récit de rêve, véritable éveil à la parole, permet de mettre des mots sur la difficulté majeure à se séparer, à trouver sa place. Le rêve lucide décrit en séance est alors au « service de la pensée et de son développement » (Houzel, 1988, p. 312), participant même à la formation d'un appareil psychique intersubjectif.

VII.1.3. Le travail de subjectivation à partir du récit de rêve lucide

Selon R. Kaës, il existe une « polyphonie du rêve » : « le rêve prend au moins un double sens, celui d'être un produit propre du rêveur et d'inclure de l'autre dans son architecture » (Kaës, 2007, p. 52). En effet, la mise en scène puis en mots a contribué à ce que notre écoute se place au-delà de la symptomatologie hypersomniaque. La question du lien à l'autre et le besoin d'être « entendu » reviennent beaucoup dans ces récits de rêve. En quoi les rêves lucides viennent raconter ce que le sujet vit ?

Pour O. Moyano, « la lucidité en rêve n'est en fait que la première étape d'un long processus d'apprentissage de ce que l'on peut appeler un véritable travail chamanique du rêve » (1998, p. 143). Par le biais du rêve lucide, le sujet pourrait entrer en contact avec le collectif dans une perspective de soin et de mieux être. Le rêveur lucide serait donc un explorateur qui vivrait des expériences lui permettant d'apporter un certain regard distancié sur ses difficultés, dans une forme de « continuum expressif » permettant de créer et de comprendre les liens qui existent entre la conscience éveillée et celle endormie (Lahire, 2018, p. 392). Dans l'espace psychologique, cet échange autour du rêve lucide permettrait donc de faire apparaître- sinon révéler-des éléments intersubjectifs jusque-là inélaborables. En effet, d'après B. Lahire, chaque nouvelle expérience peut permettre d'ouvrir ou de fermer « les possibilités d'une réactivation de notre passé incorporé » (2018, p. 161). Ces éléments mis à jour favoriseraient alors un travail de subjectivation, mais aussi la construction d'un « appareil à penser » groupal, comme nous allons le voir ci-dessous dans l'accompagnement de Gabi (Bion, 1962).

c. Gabi : Vers la co-crédation d'un appareil psychique groupal

Rappel : Lorsque j'ai rencontré Gabi, il avait développéd une hypersomnie à la suite de son rétablissement somatique, l'invalidant fortement à nouveau. Il décrit peu à peu l'intime de ses nuits, et des rêves lucides où il semble pouvoir maîtriser certains de leurs aspects.

Dans son sommeil, Gabi voyage vers certaines scènes conscientisées, où se jouent rivalité et confrontation, à la manière du rêve qui procède à la symbolisation de pans de la vie psychique du sujet (Roussillon, 1999).

Ces aspects seront notamment exprimés lors du dernier entretien, dans le choix de la photo des gazelles. Que souhaite-il exprimer au juste de sa vie psychique ?

D'après A. Revonsuo, « le rêve serait plutôt un lieu sans danger pour s'entraîner à affronter les menaces » (Revonsuo, 2000, p. 887). Le rêve serait un lieu « neutre », séparé du temps de l'éveil et donc de la réalité. Dans le cas de Gabi, j'observe ce jeune cheminer et « tester » dans l'espace onirique les conflits auxquels il ne peut faire face dans la réalité, en toute discrédion. Ayant conscience de ces scènes une fois réveillé, le philosophe précise que cela permettrait au sujet de gérer plus efficacement les menaces (Revonsuo, 2000).

La spécificité du rêve lucide, permet au sujet de garder en mémoire -et en conscience- l'objet de son rêve, ses émotions et ses affects intacts. Ainsi, à partir de l'expérience de ce rêve, et de cet « apprentissage » pourrait-on dire, l'individu pourra en retirer du sens, et aussi ré-investir l'autre.

Le rêve, alors au service de la pensée et de son développement (Houzel, 1988), fait suite à l'hypersomnie. Gabi se retirerait dans le sommeil, dans l'« attente » qu'un rival digne de ce nom se présente (ce dont témoignent ses rêves lucides). Son récit apparaît comme un véritable (r)éveil de la parole dans « l'espace onirique partagé » (Kaës, 2007, p. 53) qui peut désormais advenir entre le jeune, le clinicien mais également avec et entre les membres de la famille.

Conjointement à ce qui se déploie au cours des entretiens avec Gabi, je trouve également des réponses dans mes propres rêves, qui apparaissent de plus en plus réalistes. En les écoutant et en les intégrant autant que comme des pensées diurnes, ces rêves m'apparaissent comme une guidance vers de nouveaux positionnements. Cette expérience m'aide à comprendre le fait que Gabi ait pris lui-même appui sur ses rêves pour élaborer dans l'espace thérapeutique une voie d'expression possible et adresser un certain nombre de vécus et de questionnements à ses

parents. La co-création d'un appareil psychique groupal me semble alors en marche. Je découvre ce que L. Walker caractérise comme la « fonction curative » du rêve lucide, en tant qu'il permet de « résoudre des problèmes », et d'« acquérir des éléments de réponses » (Walker, 2007, p176-185).

C'est ici un appareil à penser groupal qui se construit : l'éveil d'un appel à l'autre peut s'entendre au sens large dans la symptomatologie hypersomniaque, et permettre – comme ce fut notamment le cas de Gabi et de son père – d'entamer un travail de ré-historisation afin de penser les places et rôles de chacun dans la constellation familiale lors du passage adolescent de l'un de ses membres. La nécessité que cet appel puisse être adressé et entendu par le parent (en appui sur le dispositif d'accompagnement psychologique) du jeune est fondamentale.

En effet, à qui s'identifier au moment de l'adolescence si le père s'avère peu ou prou manquant ou défaillant ? Le frère aîné aurait-il pu incarner un rival « fiable » auquel se mesurer et s'identifier ? La reconnaissance de l'échec dans la promesse de confrontation œdipienne peut alors ouvrir à un travail au-delà de l'histoire de la fratrie, à la recherche des origines. D'après B. Lahire, les représentations et l'activité psychique du sujet possèdent une valeur sociale en tant que préexistent dans ces processus psychiques « des groupes ou des institutions », et « un état historique donné au langage qui n'aurait aucun sens en dehors de tout groupe » (2018, p. 91).

Dans l'espace thérapeutique, le sujet s'inscrit donc, par ses modalités de représentation et son activité psychique, dans un groupe (ici pourrait-on associer avec le concept de « néo-groupe » (Granjon, 2007)) qui constitue « le corps socialisé du rêveur » (Lahire, 2018, p. 153). Pour B. Lahire (2018), ces opérations sont possibles car le sujet présente un langage structuré qui peut lui servir d'outil de communication dans la relation avec lui. La compréhension du rêve lucide et de ses fonctions chez le sujet peut ainsi nous éclairer sur la façon dont l'adolescent vit, ressent et interagit avec son environnement.

Dans son ouvrage « Rêve et chamanisme », O. Moyano (1998) présente le phénomène du rêve lucide permettant de le lier davantage à une pratique traditionnelle ancestrale qu'au rêve tel qu'il fut défini en psychanalyse (Moyano, 1998). Ce processus onirique conscientisé semble en effet proposer des spécificités.

Le rêve lucide fait le lien entre les connaissances et les expériences vécues par le sujet, apparaissant comme un véritable « organisateur somato-psychique » (Dejours, 2001, p. 54). Nous faisons donc l'hypothèse que le rêve lucide participe de la construction identitaire des adolescents, à la fois dans ses qualités d'inscription mémorielle, de réflexivité, de représentativité et de liaison corps-psyché. Pour ces jeunes, l'activité de rêve lucide apparaît tel un outil permettant de « psychodramatiser » leurs questionnements, et de mettre en représentation des conflits psychiques inter- et intra-subjectifs dans l'aire virtuelle que constitue l'espace onirique, tel « un travail de sublimation du pubertaire » (Gutton, 2009, p. 49). Le rêve lucide semble participer du processus élaboratif à l'adolescence, une plateforme créative qui lui permet de devenir sujet désirant depuis l'espace onirique, jusqu'à l'état d'éveil.

Considérer le rêve lucide comme une nouvelle voie d'accès à l'inconscient est un outil pour le clinicien, mais aussi pour l'équipe soignante et permet surtout à l'individu une reprise de vécus mis enfin à jour. L'adolescent qui dort ne demeure plus seulement dans la passivité, il voyage dans un nouvel espace potentiel d'expérience et peut ainsi le partager voire l'élaborer. Nous pourrions conclure cette partie sur le fait que la rencontre clinique permet également de rêver ensemble, de construire un appareil psychique groupal, qui fait office de porte-voix à l'adolescent mais aussi au groupe-famille.

VII.2. Synthèse de la partie VII

Comme les cas de Laura, Tim, Gabi et Jean le mettent en évidence, le déploiement d'un espace d'écoute et de parole pour ces jeunes leur a permis de s'éveiller à leur intériorité et de se remettre en mouvement, autant sur le plan psychique que somatique et physiologique. L'éveil d'un appel à l'autre qui fait suite à l'hypersomnie est entendu par le clinicien. Les rêves lucides de ces adolescents sont alors mis en récit. Dans cet espace de figuration aux allures de laboratoire, l'adolescent met en scène un certain nombre d'éléments douloureux, et peut, par le biais de l'accueil et de l'espace qui lui est fait, se représenter ce qui fait trace, ce qui fait également défaut dans sa construction identitaire, en le verbalisant à son rythme et suivant ses propres interprétations.

Au travers de l'écoute des récits de ces rêves si particuliers, l'engagement du clinicien se situe dans ce qui se joue au niveau du psychosoma adolescent, et dans la traduction de ce qui peut enfin être éprouvé. Le rêve lucide, nous l'avons vu, semble certes une nouvelle voie d'accès à l'inconscient du jeune, mais également à l'inconscient familial, ce qui nous ouvre de nouvelles perspectives pour penser le rôle et les fonctions du rêve chez le sujet.

L'écoute psychodynamique de l'hypersomnie en terrain médical participe d'une approche holistique du sujet. Son investigation par la pratique clinique reposerait alors sur un « appui mutuel » permettant « un contrat d'étayage » entre les différents protagonistes qui prennent place dans ce dispositif psychologique (Kaës, 1979, p. 10).

Voyons à présent comment il a été possible d'enrichir notre dispositif clinique en unité du sommeil.

VIII. De l'importance d'un dispositif de soin psychologique en unité du sommeil

Nous observons combien le milieu médical, et notamment les unités recevant des patients avec une problématique somatique, s'intéressent de plus en plus à l'écoute du psychosoma et à sa dimension subjective. Dans ce chapitre, nous reviendrons sur la pratique clinique auprès des adolescents ainsi que la co-construction d'un dispositif d'accueil, d'écoute du corps et de ses mises en scènes permettant que cette forme d'expression hypersomniaque puisse s'élaborer et prendre sens dans la rencontre avec l'adolescent. Dans le contexte hospitalier ambiant, le rôle du psychologue clinicien consiste plus que jamais à redonner la parole aux uns et aux autres. Le clinicien se tient dans cet espace dédié au soma pour rappeler l'importance de la rencontre avec l'adolescent, mais aussi l'importance de sa subjectivité et ce, au travers d'accompagnements pluridisciplinaires et de réflexions conjointes entre médecins somaticiens et psychologues. Nous souhaitons montrer comment la création d'une consultation psychologique en milieu médical, dédiée à l'écoute du psychosoma adolescent affecté par des troubles du sommeil, a pu être mise en place dans un centre du sommeil.

Ma première rencontre avec eux était placée « sous le signe de la relation à l'inconnu » pour reprendre la formule de J.-P. Pinel (1998). Tout d'abord parce que cela inaugurerait ma propre patientèle, mais aussi parce que je savais que j'aurai à inventer, à co-construire cette relation avec l'adolescent. Ainsi, j'ai gardé le ressenti d'une première rencontre avec un adolescent comme un test. Test d'aptitude à rencontrer l'autre, pour le jeune ? Test d'aptitude à garantir le cadre pour moi ?

Le transfert s'établit sur des vécus émotionnels intenses du côté de l'adolescent, qui formule une demande et rencontre souvent un psychiste pour la première fois. Mon contre-transfert était aussi important dans le sens où je devais me positionner lors de cette première rencontre pour poursuivre l'accompagnement ou non, mais cela ne dépendrait pas non plus de moi; le choix parental et celui de l'adolescent pour aller investir un nouvel objet, ou non, serait décisif à ce premier entretien.

Débuter un parcours de soin est certes un renouveau, mais c'est aussi retrouver le contexte de la dépendance. Le parcours de soin étant long et tortueux, l'adolescent est doublement confronté à la passivité, notamment liée à son trouble du sommeil, mais aussi face à la prise

en charge thérapeutique, créant différents sentiments comme la honte et/ou l'impuissance (Mazet, 2004).

VIII.1. Intérêts de l'écoute holistique du sujet en unité de soins somatiques

L'approche holistique du sujet se propose d'articuler les domaines de la médecine et de la psychologie clinique, afin de mieux comprendre l'hypersomnie, mais aussi les processus psychiques à l'œuvre chez le sujet et son entourage.

Cette co-construction entre le soignant et l'adolescent au plus près de ses besoins, à travers un suivi individuel (interne à l'institution), permet d'ouvrir un espace malléable et contenant de soin afin d'accueillir l'histoire inscrite dans le corps du jeune, mais aussi dans le corps familial. Ainsi, l'adolescent peut y trouver son rythme personnel, et dans la co-création de cet espace d'écoute psychologique, travailler sur l'accordage rythmique avec le clinicien.

VIII.1.1. L'accueil de soi et de l'Autre

Il est ici intéressant de reprendre la fonction de malléabilité du clinicien (Roussillon, 1995) afin de proposer d'accueillir l'adolescent et la famille comme ils se présentent, là où ils en sont de leur parcours de soin. Cette fonction permet l'accueil de scènes qui « sont à lire comme autant de demandes non formulables ou de modes d'expression de ce qui n'est pas symbolisable » (Durastante, Dubois et Dumet, 2015, p. 97). Ainsi, les entretiens pourront être individuels et/ou familiaux, suivant le désir du jeune patient et la réalité des modalités de liens intersubjectifs.

Ce dispositif psychologique, jusqu'alors inédit dans le service du sommeil, offre de nouvelles perspectives aux cliniciens soucieux de l'approche du sujet dans son entièreté et permet d'accueillir l'expression du jeune sur la scène du corps, dans une perspective prenant en compte celui-ci, mais aussi sa psyché.

a. Laura : Trouver sa voix

Rappel : Lorsque j'ai²⁰ rencontré Laura, elle était en proie à des crises massives d'hypersomnie, lesquelles se sont arrêtées peu de temps après. Elle m'apparaît alors adolescente, et semble trouver une parole subjectivée.

Parallèlement à la mise en place d'un traitement médicamenteux, Laura s'autorise à venir seule en entretien et commence à décrire ce qu'elle ressent. C'est l'éclosion d'une parole, j'imagine Laura sortir de sa bulle. Je me dis : « Enfin ! ». Au fil de l'accompagnement, j'observe que Laura interroge son rapport à son traitement ; elle souhaite en effet le baisser et/ou l'arrêter, en confiant qu'il ne lui permettait pas de ressentir des émotions, de « se sentir ». Le désir d'éprouver des émotions marque peu à peu l'éveil à son intériorité. Je remarque que les entretiens deviennent fluides, je ne ressens plus le besoin de l'interroger et de relancer la parole, et le froid qui caractérisait les premiers entretiens (cette sensation de froid qui me traversait) s'atténue, je me sens plus à l'aise. Est-ce le signe d'un « dégel » chez l'adolescente au profit d'une possibilité de liaison somato-psychique ? L'écoute de cet élément contre-transférentiel m'apparaît signifiant dans la compréhension du symptôme hypersomniaque qui « raconte(nt) une histoire » (McDougall, 1978, p. 165).

Laura s'approprie une parole. Elle dévoile la difficulté à s'individuer. Je pense alors qu'il est plus simple de conflictualiser avec son amie, par exemple, qu'avec son petit ami, son frère ou ses parents. Elle ne peut adresser ses doutes et sa colère aux autres. La séparation serait-elle trop douloureuse à vivre pour elle ?

L'adolescente vit non seulement des transformations psychiques, mais également somatiques. La stabilisation du poids de Laura et sa silhouette deviennent de plus en plus celle d'une jeune femme. Je remarque également un peu d'acné sur son visage, dont elle dit « j'en ai presque fait une maladie ! ». Cette parole apparaît-elle au sortir d'une période de latence somato-psychique ? Je pense alors à l'expression de J. McDougall du sujet « artiste de lui-même », auteur de « ses créations psychiques » (McDougall, 1978, p. 161). L'adolescente prend peu à peu un regard distancié par rapport à la symptomatologie. Ces observations sont corroborées avec ce qu'elle peut exprimer d'un possible lien entre ses « crises » et sa vie psychique.

²⁰ Le « Je » est utilisé pour différencier ce qui a trait au positionnement dans la clinique, du « Nous » pour débiter, discuter et conclure le propos de la chercheuse.

Nous faisons ici l'hypothèse que l'hypersomnie, en tant que symptôme de conversion, viendrait mettre au premier plan le corps imaginaire, celui qui cache symboliquement une contradiction entre le besoin sexuel et génital engagé dans le processus adolescent et l'aversion de ce type de besoin. Le corps réel serait mis en retrait, passivé dans le sommeil lourd et profond. Preuve en est qu'une fois le (r)éveil de la vie psychique du jeune, il accède à une forme de maturation sexuelle et biologique, ainsi qu'à une sexualité adulte. Alors le processus de subversion libidinale peut se poursuivre (Dejours, 1997).

Il n'est désormais plus question pour Laura des crises ou d'un trouble du sommeil, mais de son mal-être et de son désir de mettre des mots et du sens sur ce qu'elle vit. A ce sujet, P.-L. Assoun décrit le fait que « c'est en effet par la clinique du corps, éclairée par les processus inconscients, que « quelque-chose » devient énonçable de cette relation entre le « corporel » et le « psychique » (Assoun, 1997, p. 93). Cette prise en charge adaptée et dans sa globalité amène Laura à s'ouvrir dans la relation aux autres, à reprendre le chemin de l'école, et à trouver une place différenciée dans sa famille.

Laura peut s'autoriser, à la faveur d'une prise en charge holistique (une approche globale du sujet à partir du suivi médical et psychologique), à une parole qui permet de mettre à jour un certain nombre d'éléments qui faisaient conflit à l'intérieur d'elle, et qui étaient liés notamment à la survenue de la puberté et l'adolescence. La jeune s'est appuyée sur la fonction miroir de la psychologue clinicienne et sur le transfert qui s'était établi, pour envisager peu à peu une place différenciée et reconnaître la douloureuse expérience de la séparation qu'elle vivait avec ses parents.

M. Laufer et M.-E. Laufer (1993) indiquent que le travail qui s'engage avec le patient est du côté de sa réaction à la problématique de la séparation ainsi que dans son besoin de passage à l'acte. Ici, il s'agit de prendre le temps nécessaire pour le jeune et le parent puissent se séparer. Lorsque le lien est fragilisé ou si le travail engagé avec le jeune hypersomniaque implique de mettre à jour des événements vécus dans la cellule familiale, les parents des jeunes peuvent participer à l'accompagnement psychologique du sujet, plaçant alors le clinicien en médiateur de la relation parent-adolescent.

b. Tim : Un espace d'entre-deux

Rappel : Tim est un adolescent qui a vécu l'éclosion de l'hypersomnie après avoir été violenté par un pair dans la sphère scolaire. En le rencontrant, j'ai perçu une fragilité chez lui qui semblait plus ancienne que l'évènement récent de l'agression, qui déjà l'empêchait d'accéder à l'autre.

Précédemment, Tim accédait à la conflictualisation, et notamment à la reviviscence de certains aspects œdipiens. Dans le transfert, il me fait vivre son absence : en effet, il ne vient plus en entretien et il est difficilement joignable par téléphone. Je tente de le contacter et il fait la demande de me joindre de temps en temps par téléphone pour discuter. Je me questionne sur ce changement : me fait-il sentir dans le transfert ce qu'il se joue avec ses parents ? Ais-je respecté suffisamment ses défenses ? A travers ce jeu de présence-absence reposant sur une forme de malléabilité du cadre, Tim semble me faire ressentir ce qui reste impensable pour lui.

Notre relation se transforme, il me semble que ce nouveau moyen de communication ne soit pas très confortable, néanmoins je perçois différemment sa voix et ses silences. Durant les entretiens, il prend conscience qu'il a une relation conflictuelle avec sa sœur. Il peut parler de leur rivalité, ce que je mets en lien avec la reviviscence du scénario œdipien. Puis, Tim raconte sa rencontre avec ses pairs à l'université. Ses relations se vivent en miroir, dont certaines scènes où il fait « comme les autres ». Néanmoins, il entreprend des projets sous un autre angle que les autres, ce qui le rend très actif au sein d'associations.

L'adolescent évoque sa dernière « crise » d'hypersomnie : sa mère souhaitait lui rendre visite, mais il ne s'est pas réveillé ce matin-là. Il a dormi jusque dans l'après-midi : « je trouve ça bizarre », dit-il et je lui demande ce qu'il s'est passé selon lui ; cet « agir » le questionne. Il avoue qu'il était nerveux à l'idée que sa mère vienne dans son intimité. Tente-t-il de mettre du sens sur son hypersomnie ? Ou s'agit-il d'un langage à interpréter comme véritable « moyen pour communiquer sa détresse » (McDougall, 1989, p. 304) ? Il me semble que cet agir lui permet d'exprimer à la fois la menace d'empiètement maternel, mais aussi combien il lui est difficile de faire lien après la séparation (après son départ du cocon familial).

J'observe ici l'évolution et le travail de subjectivation initié par le jeune. Tim dort un peu plus que dans les premiers temps de l'accompagnement, toutefois je note qu'il n'éprouve plus le

besoin de faire la sieste et garde un temps de sommeil qui lui permet de vivre sa vie d'étudiant. Il confie son nouveau rapport au traitement médical : il a réussi à faire entendre sa voix auprès de son médecin et gère maintenant à sa convenance sa médication : « je le fais comme je le sens », confie-t-il. Il s'éveille également à son intériorité, et son discours m'apparaît plus authentique.

L'adolescent a bénéficié de cet espace psychologique malléable et débuté l'identification des ressources nécessaires en lui pour trouver une place et une parole subjectivée.

Nous avons évoqué l'importance de l'approche holistique du sujet, notamment par la mise en place d'un suivi psychothérapique de l'adolescent hypersomniaque. L'objectif premier est de comprendre l'hypersomnie qui survient chez ces jeunes. Les objectifs secondaires sont de permettre aux personnes souffrant d'hypersomnie de mieux vivre au quotidien avec leur problématique, et de créer un espace « d'entre-deux », introduisant une tiercéité entre l'institution médicale, les sujets adolescents et leur famille.

VIII.1.2 Apport du modèle de la thérapie familiale en unité du sommeil

Nous avons précédemment discuté la notion de malléabilité du cadre-dispositif qui inclut à la fois le respect de la temporalité de l'individu, l'accueil du sujet « tel qu'il est », voire aussi l'accueil de la famille ou des proches de cet adolescent eux aussi tels qu'ils sont.

Concrètement, cela suppose de faire circuler la parole dans le groupe-famille, au fil des entretiens, en lien avec ce que l'hypersomnie révèle de la relation à l'autre. Cet « éveil d'un appel à l'autre » amène le sujet et ses proches à mener un travail d'historicisation à plusieurs, permettant à chacun de trouver sa place-différenciée.

c. Jean : Trouver sa place

Rappel : En plus de présenter une apnée du sommeil, l'adolescent avait tendance à dormir plus que de raison. Au fil de l'accompagnement psychologique, mon ressenti d'un jeune « qui vient de loin » se précise : Jean s'interroge sur l'histoire familiale, et sur les modalités de lien intrafamilial.

Après avoir révélé les questionnements et les émotions qui le traversaient, Jean interroge son histoire : « Je ne veux pas recréer ce schéma lorsque je serai père » dit-il. Je lui demande des précisions. Il raconte alors l'enfance malheureuse de son père, selon lui défavorisé par rapport au reste de la fratrie. Il ajoute qu'il ne souhaite pas non plus vivre l'accident que son père a vécu. Ce partage d'éléments anciens dont Jean semble le dépositaire ouvre à un travail de reconstruction du « puzzle fantasmatique » et « généalogique » (Eiguer, 1997, p. 17) de la famille. Je ressens une vive inquiétude, et associe sur l'impression que j'avais perçue précédemment : Jean m'apparaissait comme un jeune homme d'« un autre temps ». L'adolescent porte-t-il en lui des traces traumatiques issues du transgénérationnel ? Se sent-il héritier d'évènements qui ne sont pas encore dicibles et élaborables pour le groupe-famille ? J'essaie de favoriser une forme de « pensée scénique » (Avron, 2004) comme méthode de lecture des scènes familiales (issues parfois du transgénérationnel) qui se déploient dans l'ici et maintenant de la rencontre clinique (Durastante, 2014). En tout cas, l'adolescent tente avec moi de mettre du sens sur l'ensemble de ces éléments.

L'identification projective à son père met en lumière le tiraillement entre le désir de retrouver une place indifférenciée dans « un corps pour deux » (McDougall, 1986) et le désir de se séparer et de trouver sa place.

Selon A. Eiguer, la présence d'au moins deux générations en séance peut établir une forme de continuité entre elles, voire même vis-à-vis de l'histoire ancienne (Eiguer, 1997). L'accompagnement de Jean prend parfois l'allure d'une thérapie familiale, lorsqu'il exprime le besoin d'évoquer certains de ses ressentis en présence de sa mère, de son père et de son frère.

Dans un précédent article, nous avons évoqué comment le modèle de la thérapie familiale peut nous aider à traiter la question de l'intersubjectivité : « Le néo-groupe fait alors office d'espace de dépôt, où la parole et les agirs cherchent d'autres partenaires et d'autres réponses encryptées dans une histoire spécifique, à travers le ou les partenaires auxquels s'adresse, dans l'actuel, le message de la scène déployée » (Durastante, Dubois, Dumet, 2015, p.90).

Nous pensons qu'accueillir le sujet dans le cadre d'un dispositif psychologique et clinique suppose d'être à l'écoute du sujet dans sa dimension familiale. L'identification du clinicien au sujet adolescent, comme à ses proches permet la prise en compte des retours traumatiques auxquels ils sont confrontés. L'élaboration de ces éléments amène progressivement au partage émotionnel, puis à la représentation des modalités défensives à l'œuvre dans les liens familiaux.

d. Gabi : L'impensable séparation

Rappel : Après avoir subi une affection du genou durant plusieurs mois, puis avoir guéri, le jeune patient est « tombé » dans un sommeil qu'il ne pouvait plus contrôler. La rencontre avec lui a permis d'identifier ce qui était exprimé dans l'hypersomnie et en souffrance chez lui, à savoir la problématique de la séparation, prégnante à l'adolescence.

Tout au long de l'accompagnement psychologique de Gabi, j'ai tenté de donner du sens aux observations et aux signes que je pouvais recueillir, « comme faisant partie du roman familial » (Eliacheff, 1993, p. 108).

En effet, lorsque Gabi entre dans l'adolescence, il est touché de plein fouet par une maladie infectieuse qui attaque son corps réel, le genou, qu'on ne peut s'empêcher d'entendre à la lueur des travaux de J. Guir (1993), comme signifiant du « je/nous ». Quasiment immobilisé dans son fauteuil, l'adolescent est dans une position de dépendance à l'égard de ses parents, alors même qu'il est dans une période de sa vie où il s'autonomisait et investissait des objets externes. Immobilisé, il vit alors difficilement le retour de son frère aîné, assigné lui-même à une place qu'il ne peut occuper. Face à ce frère déchu de son rôle de modèle dans la psyché de Gabi, celui-ci décide de l'éviter, ceci n'évitant pas la réactivation d'une douloureuse problématique de la séparation.

Comme le cas clinique de ce jeune patient le met en évidence, le déploiement d'un espace psychologique d'écoute et de parole a permis à cet adolescent de s'éveiller à son intériorité.

Le choix de la symptomatologie hypersomniaque n'est pas insignifiant au regard de l'agir du père, la passivité du frère, voire de la passivation du lien entre Gabi et son frère justement sinon encore au regard de leur séparation irreprésentable.

L'hypersomnie chez le jeune ne serait alors que le témoignage « d'une vérité à son sujet et à son corps défendant » (Assoun, 1997, p. 92). Nous pensons que cette vérité en soi concerne le jeune, mais aussi ce qui a transité dans le corps familial. A cette zone de passivité s'ajoute l'activité de rêve lucide qui viendrait exprimer l'éveil d'un appel à l'autre dans l'espace thérapeutique proposé. Le travail entrepris dans l'espace de thérapie psychologique auprès du jeune, mais aussi de sa famille, a permis de mettre à jour des représentations psychiques liés

aux enjeux douloureux de séparation ainsi que la violence qui circulait dans les liens. L'éveil à soi et à l'autre comme sujet différencié ont permis de s'en dégager. Après avoir parcouru les spécificités de ce dispositif et l'approche envisagée, nous vous proposons un retour sur sa mise en place, depuis ses intérêts jusqu'à ses limites.

VIII.2. Regards croisés, intérêts et limites de la mise en place du dispositif psychologique en unité du sommeil

Cette première recherche psychodynamique et clinique sur l'hypersomnie nous a permis de comprendre certains des enjeux qui sous-tendent la survenue de troubles du sommeil chez l'adolescent, tout en mettant en lumière l'importance du travail avec le jeune et sa famille. La question du soin psychique avec les jeunes patients hypersomniaques interroge en effet le rapport du sujet et de son environnement à la symptomatologie et invite le clinicien à penser et créer un cadre de pratique adapté au public, mais aussi de l'endroit où se trouve cette pratique, ici en terrain médical.

La mise en place de ce dispositif s'est rapidement posée en tant qu'« intermédiaire » (Kaës, 2014) : cet espace a pu être lieu de médiation entre le jeune et l'autre, un lieu de symbolisation d'expériences effractantes, mais aussi, et c'est d'autant plus important dans le soin avec les adolescents, un lieu de conflictualisation de soi à soi et dans le lien à l'autre.

Articulée avec le soin médical, cette offre thérapeutique apparaît comme complémentaire et alternative dans certains cas. C'est en effet une possibilité supplémentaire mise à disposition du patient et de sa famille, et au service d'une approche holistique du sujet, ici l'adolescent hypersomniaque.

Ainsi, dans ce centre du sommeil, nous avons en tête de proposer le dispositif psychologique qui prendrait place à l'intérieur d'un « *cadre en tuilage*, sur le modèle du cadre sur mesure maintes fois théorisé (Roussillon, 1995 ; Berger, 1990) » (Joubert, Durastante, 2008, p. 72). En effet, dans les cas cliniques proposés de Laura, Tim, Gabi et Jean, il s'agissait d'articuler la pratique des collègues médecins, infirmiers à la nôtre. Nous nous faisons ainsi le relais du soin médical, tout en étant à l'écoute des « théâtres du corps » (celui du jeune patient comme des nôtres). L'investigation en unité de soin somatique peut toutefois amener le soignant à interpréter rapidement ce qui fait souffrance chez l'individu, face à des patients et leur famille dans l'attente d'un diagnostic en vue d'une solution brève, qui reste néanmoins souvent

médicamenteuse. Il nous semble que l'apport d'un dispositif de psychologie clinique permet de poser un écart avec cette dernière position.

Dans l'accompagnement de ces quatre adolescents, nous avons en tête de rester dans une position d'humilité face à leur symptomatologie et leur demande. La notion de « negative capability » de Bion nous paraît ici pertinente, en tant qu'elle représente la faculté de tolérer le non-savoir, le doute, l'incertitude et le mystère : « Toute séance doit se juger par comparaison avec la formulation de Keats (je veux parler de cette faculté négative, la capacité d'être dans l'incertitude, le mystère, le doute, sans s'irriter à quêter les faits et une raison), ceci afin de préserver d'une erreur qui reste couramment inaperçue et qui conduit à l'analyse interminable. Il s'agit du défaut d'observation et l'erreur est encore aggravée par l'inaptitude à évaluer la portée de l'observation » (Bion, 1987, p. 207).

L'utilisation de l'agenda du sommeil nous a aidé dans l'exploration de l'hypersomnie chez le jeune. Ce support projectif confirme l'évolution clinique des quatre patients, à savoir que la symptomatologie hypersomniaque s'est apaisée. Chez Laura, l'arrêt de ses crises d'hypersomnie montre à quel point l'articulation de la prise en charge médicale et de l'intervention psychologique lui a été favorable. L'approche holistique de la jeune patiente a débouché sur une reprise en main de sa vie d'adolescente, et des différents chamboulements qu'elle avait vécus.

Ce qui a été mis au travail psychiquement chez Gabi a rapidement apaisé sa plainte, puis sa symptomatologie, et ce, sans le recours à un traitement médicamenteux. Lorsqu'il a pu trouver un équilibre entre les moments de veille et de sommeil, l'agenda du sommeil a permis à Gabi de s'autoriser à penser des éléments douloureux de son histoire, et décrire des rêves témoignant des conflits à l'œuvre chez lui. La fin de l'accompagnement psychologique illustre que le travail sur le lien avait été entamé, mais n'a pas libéré totalement Gabi des affres de la séparation.

L'accompagnement psychologique de Tim a souvent été marqué par la discontinuité, l'adolescent étant tantôt présent, tantôt absent aux entretiens (à l'image de l'utilisation de l'agenda du sommeil). L'analyse des données rapportées par le jeune patient indique que Tim se réfugie parfois toujours dans le sommeil. Toutefois, le jeune patient a pu trouver une place et entamer un travail de subjectivation propice à son autonomisation.

De plus, l'exploration sur la base de nos outils auprès de Tim nous a permis de mieux explorer la potentialité que recouvre le rêve lucide chez les adolescents souffrant d'hypersomnie.

Chez Jean, l'agenda du sommeil a peu été utilisé au profit de l'expression verbale et corporelle dans les entretiens psychologiques. Toutefois, nous gardons en mémoire que le témoignage du jeune sur ce support ne reflétait pas d'hypersomnie telle que la norme l'indique. Nous nous retrouvons ici au plus près de la subjectivité du jeune patient qui se sent « trop dormir ».

Jean a pu bénéficier conjointement de la prise en charge médicale pour son apnée du sommeil et psychologique sur le versant de son hypersomnie, ce qui a été véritablement thérapeutique, preuve en est sa remobilisation psychique, et l'apaisement des conflits familiaux.

En appui sur ces analyses, nous percevons ici un lien entre le dispositif d'accompagnement psychologique et l'apaisement de l'hypersomnie, voire une relance de la vie psychique de l'adolescent. En cela, nous pourrions envisager ce dispositif de soin comme étayant et thérapeutique pour le jeune patient.

A partir de ces éléments, il nous a été possible d'envisager des pistes inconnues de la clinique, comme par exemple l'existence et la fonction des rêves lucides. V. Berthou rappelle que, comme l'adolescent, les thérapeutes se trouvent parfois « stigmatisés et assignés à une place qu'ils n'ont pas choisie » (Berthou, 2012, p. 94). Au thérapeute de montrer au jeune par la rencontre, qu'il sera un tiers sincère et que sa pensée sera accueillie. Le déploiement d'un dispositif psychologique dans une unité du sommeil fut l'occasion de penser l'éthique d'une approche basée sur la compréhension de l'unicité du sujet (Albarracin et *al.*, 2015).

Nous pouvons même ajouter ici que la démarche sincère du clinicien se fait également auprès de son institution et de ses différents acteurs. Nous souhaiterions souligner l'accès qui nous a été fait du côté de l'institution hospitalière, et de notre collègue pédiatre-médecin du sommeil, avec laquelle nous avons partagé le désir du travail en commun, ce qui nous l'espérons s'est ressenti dans l'accompagnement et la transmission de ce projet de soin adapté aux adolescents et leur famille.

VIII.3. Synthèse de la partie VIII

Les quatre cas cliniques présentés ici illustrent le travail d'articulation d'un accompagnement médical avec un accompagnement psychologique. L'adolescent hypersoniaque peut s'étayer sur cet espace d'entretiens psychologiques et mettre en scène un certain nombre d'éléments douloureux, puis poser des mots sur la destructivité et la violence à l'œuvre dans les liens intersubjectifs, dans un contexte (post)médical. Cet espace de rencontre faisant ainsi tiers entre l'unité de soins somatiques et le patient, mais également entre lui-même et ses parents.

Ainsi, la clinique du sommeil adolescent met en évidence le travail d'éveil à l'intériorité psychique au profit d'une perspective de subjectivation. Nous avons observé également que ce soin psychique ouvrait également la possibilité au groupe-famille de comprendre certains enjeux intersubjectifs. Enfin, ce soin psychique peut permettre des remaniements identitaires familiaux nécessaires au travail de ré-historicisation et de symbolisation de souffrances intra-familiales actualisées à la faveur de la symptomatologie actuelle de l'adolescent-e.

Conclusion

En initiant cette thèse, je savais que ce travail consisterait à faire un état des lieux clinique et psychologique d'un trouble du sommeil parmi les moins étudiés. Il paraissait assez réducteur et simpliste d'avancer pour seule étiologie celle de la dépression. En effet, la rencontre avec ces jeunes adolescents « marmottes » m'a fait comprendre que l'hypersomnie était une symptomatologie complexe, revêtant plusieurs formes et causalités. Ces jeunes patients m'ont même guidée vers certains questionnements et découvertes.

Au terme de ce travail, on perçoit plusieurs avancées, parmi lesquelles l'hypersomnie apparaît sous différentes formes pour exprimer, voire actualiser différents processus chez l'individu. Cela est assurément lié au surgissement de l'adolescence, mais aussi aux difficultés que celle-ci suppose. L'articulation du champ psychopathologique psychanalytique et de la clinique actuelle permet de présenter l'apparition de l'hypersomnie chez le jeune sujet comme un véritable agir somatique pour trouver une voie d'expression de souffrances psychiques par le biais du corps. En tant que symptôme de conversion, l'hypersomnie est directement liée aux remaniements identitaires et à l'accès à la génitalité dans un contexte adolescent.

L'hypersomnie survient lorsque le jeune se met littéralement en sommeil, face à des enjeux liés à la re-construction identitaire et à la séparation. En cela, l'idée d'une symptomatologie signifiante à l'adolescence peut être avancée.

Le « trop dormir » à l'adolescence implique la question du corps et de l'intersubjectivité, car il existe un lien chez certains jeunes entre la survenue de l'hypersomnie et des difficultés dans les liens inter-subjectifs, notamment les relations intra-familiales. Le temps de l'adolescence vient aussi perturber l'équilibre familial et réactualiser des vécus traumatiques encryptés, qui se transmettent par la voie inconsciente pour se loger dans / s'exprimer à travers le psychosoma du jeune.

En tentant d'adresser un message à l'autre, d'exprimer la détresse qu'impliquent les transformations adolescentes, le symptôme hypersomniaque assure une forme de symbolisation primaire et apparaît comme une solution subjective créative chez le sujet en route vers l'âge adulte.

C'est tout d'abord l'écoute du sujet dans une approche psychodynamique qui a permis de considérer l'adolescent sous ses aspects ambivalents, et de faire émerger l'idée de l'hypersomnie comme symptôme porteur d'un message adressé par le jeune à son environnement.

En appui sur quatre cas cliniques issus de notre étude, le déploiement d'un espace d'écoute et de parole pour ces jeunes fut intégré à la réalité quotidienne d'une unité du sommeil. L'approche psychologique psychodynamique fut utilisée pour remettre le sujet au cœur du soin, depuis son corps dormant jusqu'à sa psyché souffrante. Laura, Gabi, Tim, Jean et d'autres jeunes patients ont pu s'éveiller à leur intériorité et se remettre en mouvement, autant sur le plan psychique que somatique et physiologique. Si l'éveil d'un appel à l'autre a lieu et peut être entendu, l'hypersomnie comporte alors une dimension symbolisante -en tant qu'elle participe au passage adolescent de ces sujets- potentialisée par l'apport des rêves lucides. La typicité des rêves lucides nous renseigne sur ce qui fait trace, ce qui se met en scène, comme un voyage initiatique que feraient ces jeunes.

A l'écoute des récits de ces rêves si particuliers, s'ouvre une nouvelle voie d'accès à l'inconscient du jeune, mais également à l'inconscient familial. L'hypersomnie et les rêves lucides restent encore à explorer, toutefois cette première investigation scientifique en montre une pertinence et une richesse sinon pour penser le rôle et les fonctions du rêve « standard » chez le sujet.

Si ce travail permet de répondre à certains questionnements, d'autres interrogations restent à résoudre. Une des limites de ce travail est qu'il n'a pas permis de mettre à jour les raisons pour lesquelles les jeunes pressentis dans cette recherche n'y ont pas tous répondu. Il aurait été intéressant d'explorer les contextes favorisant ou non l'accès à la demande de soin médical et psychologique, et de penser quelles autres alternatives au soin (médical et psychologique) proposer, notamment à l'aide de médiations thérapeutiques.

Concernant la méthodologie de recherche, il serait intéressant d'établir une modélisation de l'hypersomnie persistante chez l'adulte, depuis sa survenue à l'adolescence, afin de constater si la symptomatologie perdure et dans quels contextes celle-ci « disparaît » (et si oui, au profit de quoi ?). Etudier l'hypersomnie auprès des patients adultes permettrait d'analyser comparativement si cette population et celle des adolescents partagent, ou non, certaines modalités d'expression ou certains enjeux psychiques et somatiques à la faveur de

l'expression du corps. Ces pistes pourront être discutées sinon étudiées au travers d'un prochain stage de post-doctorat.

Pour conclure cette thèse, la clinique du sommeil adolescent met en évidence les perspectives de nouvelles recherches en psychologie clinique, et ouvre de nouvelles possibilités aux praticiens de terrain. Car si l'hypersomnie est à entendre du côté de la psychopathologie, elle invite également cliniciens et chercheurs à poursuivre et renouveler leurs pratiques depuis l'écoute au chevet du sujet jusqu'à de nouveaux espaces de la réalité psychique propices à la symbolisation.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, G. (2007). Psychothérapie et troubles du sommeil. Différentes manières de dormir. *Psychothérapies*, 27(4), 243-249. doi : 10.3917/psys.074.0243.
- Adomnicaï, I. (2004). *Corps malade et adolescence*, Paris : In Press.
- Albarracin-Manzi, D. (2003). La virginité somatisante : névrose actuelle et post-adolescence. *Adolescence*, 44, 371-380.
- Albarracin, D. (2010). Ecriture, narcissisme et idéal du moi : un mode particulier de résistance au transfert. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, Montréal, vol. 18 (1) : 3-19.
- Albarracin, D., Ducouso-Lacaze, A., Cohen, D., Gonon, F., Keller, P.-H., et Minard, M. (2015). There Is No Cure for Existence: On the Medicalization of Psychological Distress. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* ; New York, Vol. 17 (3) : 149-158. doi : 10.1891/EHPP.17.3.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod, 2006.
- Aristote (1866). *Opuscules. Traité des rêves*. J. Barthélémy-Saint Hilaire (trad.). Paris : Ladrance.
- Arnulf, I. (2014). *Une fenêtre sur les rêves. Neuropathologie et pathologies du sommeil*. Paris : Odile Jacob.
- Assoun, P.-L. (1997). *Corps et symptôme. Leçons de psychanalyse* (4e ed.) Economica/Anthropos.
- Aulagnier, P. (1986). Naissance d'un corps, origine d'une histoire. In : Mac Dougall, J. (dir.), *Corps et histoire* (pp. 99-141). Paris : Les Belles Lettres.
- Avron, O. (2004). *La pensée scénique. Groupe et Psychodrame*. Erès.
- Bailly, D., Bailly-Lambin, I., Querleu, D., Beuscart, R., et Collinet, C. (2004). Le sommeil des adolescents et ses troubles, une enquête en milieu scolaire. *L'Encéphale* Vol 30, N° 4 - septembre 2004, 352-359. doi : 10.1016/S0013-7006(04)95447-4.
- Berger, M. (1990). *Des entretiens familiaux à la représentation de soi*. Paris : Apsygée.
- Berthou, V. (2012). Les médiations thérapeutiques avec les adolescents. *Le Coq-héron*, 209(2), 93-99. doi : 10.3917/cohe.209.0093

- Billiard, M., et Dauvilliers, Y. (2001). Idiopathic hypersomnia. *Sleep Med Rev* ;5: 351-360.
- Billiard, M., et Dauvilliers, Y. (2005). *Les troubles du sommeil*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2011.
- Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience* (1991). Paris : Presses Universitaires de France.
- Bion, W.R. (1987). *L'Attention et l'Interprétation. Une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*. Paris : Payot.
- Birraux, A. (2010). L'épreuve de la symbolisation. In : Birraux A. et Lauru D., *Adolescence et prise de risques* (pp 43-63). Paris : Albin Michel.
- Bixler, EO, Vgontzas, AN, Lin, H.-M., Calhoun, S.L., Vela-Bueno, A., et Kales, A. (2005). Excessive daytime sleepiness in a general population sample: the role of sleep apnea, age, obesity, diabetes, and depression. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 8(90), 4510—5. doi : 10.1210/jc.2005-0035
- Bleger, J. (1976). Psychanalyse du cadre psychanalytique. In : R. Kaës, Missenard A., Kaspi R. et al., *Crise, rupture, dépassement* (pp. 257-275). Paris : Dunod.
- Bonneville, E. (2008). *Pathologie des traumatismes relationnels précoces. Comprendre et accueillir les liens en souffrance* (Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2, Lyon). En ligne : http://theses.univlyon2.fr/documents/lyon2/2008/bonneville_e#p=0&a=top
- Boucherat-Hue, V., Leguay, D., Pachoud, B., Plagnol, A., et Weber, F. (2016). *Handicap psychique : question vives*. Ramonville-St-Agne : Erès.
- Braunschweig, D., et Fain, M. (1975). *La Nuit, le jour, essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Presses Universitaires de France.
- Canguilhem, G. (1966). *Le Normal et le Pathologique, augmenté d'une autre étude inédite, Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France, 2005.
- Carels, N. (1987). Les liens entre corps, agir et Préconscient. *Revue française de psychanalyse*, 51, 2, 665-680.
- Chétrit, M. (2007). *Le rêveur lucide*. Paris : Economica-Anthropos.
- Chouvier, B. et al., (2002). *Les processus psychiques de la médiation*. Paris : Dunod.
- Ciccone, A. (2012). *La part bébé du soi. Approche clinique*. Paris: Dunod.
- Darchis, E. (2013). *Le sommeil du bébé*. Savigny-sur-Orge: Philippe Duval.
- Debray, R., et Belot, R. A. (2008). *La psychosomatique du bébé*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Debray, R., Fédida, P., et Dejours, C. (2002). *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Paris: Dunod.
- Dejours, C. (1986). *Le Corps, entre biologique et psychanalyse*. Paris : Payot.
- Dejours, C. (1989). *Les dissidences du corps, répression et subversion en psychosomatique*. Payot, 2009.
- Dejours, C. (1997). Causalité psychique et psychosomatique : de la clinique à la théorie. In : *Le Gouès G., Pragier G. (dir.). Cliniques psychosomatiques* (pp. 47-65). Paris : Presses Universitaires de France.
- Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord : corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris: Payot.
- Del Volgo, M.-J., Gori, R., et Poinso, Y. (1994). Roman de la maladie et travail de formation du symptôme. Complémentarité des approches psychanalytique et médico-biologique? *Psychologie médicale, 26, 14*, 1434-1438.
- Del Volgo, M.-J. (1997). Le roman de la maladie: mythe individuel du malade ? *Psychanalyse, traversées, anthropologie, histoire, 3/4*, 53-65.
- Del Volgo, M.-J. (2006). La mémoire au corps dans l'instant de dire. *Figures de la psychanalyse, 13(1)*, 97.
- Del Volgo, M.-J. (2012). *L'instant de dire, Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*. ERES.
- Dement, W., et Kleitman, N. (1957). Cyclic variation in EEG during sleep and their relation to eye movements, body mobility and dreaming. *Electroencephal. Clin. Neurophysiol.*, 9 (4) : 673-690.
- Descartes, R. (1637). *Discours de la méthode*. Ed. Jan Maire : Leyde.
- Duez, B., et Blanquet, B. (2008). Quelques scènes de la vie adolescente. De l'auto engendrement au mono-engendrement, assomption et échec du lien d'incompatibilité. *Le Divan familial, 21(2)*, 81-94. doi : 10.3917/difa.021.0081
- Dumet, N. (2002). *Clinique des troubles psychosomatiques, approche psychanalytique*. Dunod.
- Dumet, N. (2008). Chapitre 5. Agir de mort, agir de vie : quand la boulimie (se) fait rage. In : Chouvier B., Roussillon R. (dir.), *Corps, acte et symbolisation: Psychanalyse aux frontières* (pp. 79-96). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. doi : 10.3917/dbu.chouv.2008.01.0079

- Dumet, N., et Porte, P. (2008). Quand l'ombre de l'objet perdu est tombé sur le corps du sujet...Deuil, somatisation et incorporation. *Cahiers de psychologie clinique*, 30,(1), 129-145. doi :10.3917/cpc.030.0129
- Dumet, N. (2009). *Corps et symbolisations. Pour une psychopathologie psychanalytique de la clinique du somatique* (Habilitation à Diriger des Recherches, Université Lumière Lyon 2, Lyon).
- Dumet, N., et Ferrant, A. (2009). Circularité psychosomatique et traumatismes. *Psychologie clinique et projective*, 15,(1), 45-66. doi :10.3917/pcp.015.0045.
- Dumet, N. (2014a). *Corps et contre-transfert. Le psychosoma du clinicien*. ERES.
- Dumet, N. (2014b). Somatisations et/ou symbolisations? In : Brun A., Roussillon R. et al. *Formes primaires de la symbolisation*. Dunod.
- Durastante, R. (2011). *Adolescence et addictions, De la crypte familiale au dispositif en tuilage Approche psychanalytique de la famille et du transgénérationnel*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Durastante, R., et Joubert, C. (2013). Le photolangage© en séance de thérapie familiale psychanalytique. *Le Divan familial*, 30(1), 49-61. doi : 10.3917/difa.030.0049
- Durastante, R. (2014). Les conflits parents/adolescents : entre scènes brutes du transgénérationnel et figure de l'intrus. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 62(1), 171-182. doi : 10.3917/rppg.062.0171.
- Durastante, R., Dubois, F., et Dumet, N. (2015). Remaniements identitaires familiaux à partir du transgénérationnel. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (64), 89-100. doi : 10.3917/rppg.064.0089.
- Durif-Varembont, J.-P. (2002). La séparation, logique de l'existence. In : *Naissance et séparation* (pp. 123-134). Toulouse : ERES. doi : 10.3917/eres.clerg.2002.01.0123
- Durif-Varembont, J.-P. (2008). L'ennui, opérateur privilégié pour une clinique du lien social. *Cliniques méditerranéennes*, 2, 78, 99-108. doi : 10.3917/cm.078.0099
- Eiguer, A. (1997). La part maudite de l'héritage. In : Eiguer A. (dir.), *Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique* (pp. 14-70). Paris : Dunod.
- Eliacheff, C. (1993). *A corps et à cris*. Odile Jacob.
- Fain, M. (1971). Prélude à la vie fantasmatique. *Revue française de psychanalyse*, 291-364.
- Federn, P. (1952). *La psychologie du moi et les psychoses*. Paris : Presses Universitaires de France, 1979.
- Ferenczi, S. (1982). Réflexions sur le traumatisme. In : S. Ferenczi, *Œuvres complètes tome 4* (pp. 139-147). Paris : Payot, 1934.

- Ford, DE., et Kamerow, DB. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*. 262(11), 1479-1484. doi : 10.1001/jama.1989.03430110069030
- Freud, S., et Breuer, J. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.
- Freud, S. (1901). *Sur le rêve*. Paris, Gallimard, 1988.
- Freud, S. (1905a). *Fragment d'analyse d'une hystérie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1970, Vol. Cinq psychanalyses.
- Freud, S. (1905b). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1962.
- Freud, S. (1909). Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'Homme aux rats). In : *Cinq psychanalyses* (pp. 199-261). Paris : Presses Universitaires de France, 1954.
- Freud, S. (1912). *Totem et tabou*. Paris : Payot, 1965.
- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In : S. Freud, *La vie sexuelle (9^e ed)* (pp. 81-105). Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1915). Pulsions et destin des pulsions. In : S. Freud, *Métapsychologie* (pp. 11-43). Paris Gallimard, 1943.
- Freud, S. (1920). Au delà du principe de plaisir. Paris : Payot, 1981.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : Presses Universitaires de France, 1995.
- Freud, S. (1938). *Abrégé de psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, 1992.
- Freud, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Paris : Gallimard, 1986.
- Garma, A. (1970). *Trauma o satisfacciones de deseos en la genesis de los sueños, Nuevas aportaciones al Psychoanalysis de los sueños*. Buenos Aires : Paidós.
- Gourier-Fréry, C, et Fuhrman, C. (2012). Les troubles du sommeil. Synthèse des études menées à l'Institut de veille sanitaire. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.
- Granjon, E. (2007). Le néo-groupe, lieu d'élaboration du transgénérationnel. *Le divan familial*, n° 18, 93-104. doi : 10.3917/difa.018.0093
- Green, A. (1991). Psychique, somatique, psychosomatique. In : *Somatization, psychanalyse et science du vivant* (pp. 167-185). Paris : Eshel, 1994.
- Green, A. (1999). Passivité-passivation, jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse*, n° 5, 1587-1600.
- Green, C. (1968). *Lucid Dreams*. Oxford : Institute of Psychophysical Research, 1982.
- Groddeck, G.W. (1969). *La maladie, l'art et le symbole*. Paris, Gallimard.

- Guir, J. (1993). *Psychosomatique et cancer*. Point Hors Ligne.
- Gutton, Ph. (1984). Pratiques de l'incorporation. *Adolescence*, 2, 2, 315-338.
- Gutton, Ph. (2002). *Violence et adolescence*. Paris : In Press.
- Gutton, Ph. (2009). *Le génie adolescent*. Paris : Odile Jacob.
- Hochmann, J. (2005). Des adolescents, une exposition, une ferme. *Adolescence*, 53(3), 537-539. doi : 10.3917/ado.053.0537
- Horne, J.A., et Ostberg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *Int J Chronobiol*, 4 :97-100.
- Houssier, F. (2002). Relation fraternelle et élaboration de la violence à l'adolescence. In : F. Marty (sous la dir.), *Transactions narcissiques à l'adolescence* (pp. 131-151). Dunod.
- Houzel, D. (1988). Les pensées du rêve. *Adolescence*, T. 6 N°2, 301-313.
- Houzel, D. (1995). Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent. *L'expression somatique*, 1667-1692.
- Joubert, C., et Durastante, R. (2008). Le cadre en tuilage : place et reconnaissance de l'adolescent en famille. *Le Divan familial*, 21,(2), 67-80. doi : 10.3917/difa.021.0067
- Jouvet, M. (1991). Le sommeil paradoxal: est-il le gardien de l'individuation psychologique ? *Revue Canadienne de Psychologie* 45 (2) :148-168.
- Jouvet, M. (1992). *Le sommeil et le rêve*. Ed. Odile Jacob.
- Jouvet, M. (2001). La naissance du concept de sommeil paradoxal comme troisième état du cerveau. *Bulletin de la Société des Neurosciences* n°20.
- Jung, J. (2015). *Le sujet et son double*. Dunod.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.
- Kaës, R., Missenard, A., Anzieu, D., et Kaspi, A. (1979). *Crise rupture et dépassement*. Dunod, 2004.
- Kaës, R. (1997). Dispositifs psychanalytiques et émergences du générationnel. In : Eiguer A. et al., *Le Générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique* (pp. 1-13). Paris : Dunod, 2005.
- Kaës, R. (2002). *La Polyphonie du rêve*. Paris : Dunod.
- Kahn, M.R. (1974). *The Privacy of the Self*. London : Hogarth Press.
- Khan, M.R. (1974). *Le Soi Caché*. Paris : Gallimard, 1976.
- Kreisler, L. (1976). *La psychosomatique de l'enfant*. Que sais-je?, 1983.
- LaBerge, S. (1985). *Le rêve lucide. Le pouvoir de l'éveil et de la conscience dans vos rêves*. Ed : Oniros.
- Lacan, J. (1938). Les complexes familiaux. In : *Autres écrits*. Paris : Seuil, 2001.

- Lahire, B. (2018). *L'interprétation sociologique des rêves*. Ed. La Découverte.
- Lapassade, G. (1987). *Les États modifiés de conscience*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Laufer, M., et Laufer, M. E. (1993). *Rupture du développement et traitement psychanalytique à l'adolescence. Études cliniques*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (2015). *Disparaître de soi: une tentation contemporaine*. Paris : Métailié.
- Léger, D. (2017). *Les troubles du sommeil*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lewin, B. (1973). L'écran du rêve. In : *Les Rêves, voie royale de l'inconscient*. Paris : TCHOU, 1979.
- Loriod, J., et Marty, P. (1986). Fonctionnement mental et fonctionnement psychosomatique. In : *Corps et histoire, IVe Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence* (pp. 143-204). Paris : Les Belles Lettres.
- Luppi, P.H. (2015). Cartographie du sommeil. *Sciences Psy*, N°4, 22-26.
- Magnin, P. (1990). *Le sommeil et le rêve*. Paris: Presses universitaires de France.
- Marcelli, D. (1988). L'endormissement et le rêve. *Adolescence*, T. 6 N°2, 253-274.
- Marty, F. (2002). L'adolescent face à ses institutions. *Adolescence*, 20, 3, 465-469.
- Marty F. et al. (2002). *Transactions narcissiques à l'adolescence*. Paris : Dunod.
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Matha, C. (2010). Figures traumatiques de la séparation à l'adolescence : de la répétition à l'élaboration. *Psychologie clinique et projective*, vol. 16, 103-144. doi : 10.3917/pcp.016.0103
- Mazet, P. (2004). *Difficultés et troubles à l'adolescence*. Paris : Masson.
- McDougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.
- McDougall, J. (1986). *Corps et histoire*. Paris: les Belles Lettres.
- McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps. Le psychosoma en psychanalyse*. Paris : Gallimard, 1996.
- McDougall, J. (1992). Corps et langage : du langage du soma aux paroles de l'esprit. *Revue française de psychosomatique*, n° 2, 69-96.
- Minjard, R., Talpin, J.-M., et Ferrant, A. (2013). Les familles en réanimation : un soutien pour l'éveil de coma ? *Dialogue*, 199(1), 119-129. doi : 10.3917/dia.199.0119
- Morhain, Y. (2009). Introduction: Les enjeux de l'adolescence. In : *Actualités psychopathologiques de l'adolescence* (pp. 7-15). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. doi : 10.3917/dbu.morha.2009.01.0007

- Movallali, K. (2007). *Contribution à la clinique du rêve, La psychanalyse et les neurosciences*. Paris : l'Harmattan.
- Moyano, O. (1998). *Rêve et chamanisme*. Paris : Éd. Accarias-l'Originel.
- Murray, W. J. (1991). A New Method for Measuring Daytime Sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* ; 14 (6) : 540-545.
- Nathan, T. (2016). *Les Secrets de vos rêves*. Ed. Odile Jacob.
- Ohayon, MM. (2007). Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. *La Revue du Praticien* ; 57(14) : 1521-1528.
- Pedinelli, J.-L. (1988). Mourir et dormir à l'adolescence. *Adolescence, T. 6 N°2*, 335-345.
- Pinel, J.-P. (1998). La première rencontre avec l'adolescent. *Revue française de psychanalyse*, 62(1), 211-218.
- Ranty, Y. (1994). *Les somatisations*. Ed. l'Harmattan.
- Revonsuo, A. (2000). The reinterpretation of dreams : an evolutionary hypothesis of the function of dreaming. *Behavioral and Brain Sciences*, n° 23-6, 877-903. doi : 0140-525X/00
- Richard, F. (1998). *Les troubles psychiques à l'adolescence*. Dunod.
- Roman, P., et Dumet, N. (2009). Des corps en acte. Désymbolisation/symbolisation à l'adolescence. *Cliniques méditerranéennes*, n°79, 207-227. doi : 10.3917/cm.079.0207
- Roman, P., et Lempen, O. (2013). Traumatisme et restes à symboliser : une contrainte à créer ? In : Dumet N. (dir). *De la maladie à la création* (pp. 91-107). Toulouse : ERES.
- Rosolato, G. (1978). *La Relation d'inconnu*. Paris : Gallimard.
- Roth, B. (1976). Narcolepsy and hypersomnia : review and classification of 642 personally observed cases. *Arch Suisses Neurol Neurochir Psychiat 1976 ; 119*; 31-41.
- Roussillon, R. (1995). Métapsychologie des processus et transitionnalité. *Revue Française de Psychanalyse*, 1995, n°5, 1375-519.
- Roussillon, R. (1999). Les enjeux de la symbolisation à l'adolescence. In : *Troubles de la personnalité. Troubles des conduites* (pp. 7-23). Paris : Editions GREUPP.
- Roussillon, R. (2003). Historicité et mémoire subjective. La troisième trace. *Cliniques méditerranéennes*, 67(1), 127-144. doi : 10.3917/cm.067.0127
- Royant-Parola, S., Gronfier, C., et Adrien, J. (2013). *Les mécanismes du sommeil*. Paris : Éd. le Pommier, Cité des sciences et de l'industrie.

- Ruby, P. (2011). Experimental Research on Dreaming: State of the Art and Neuropsychanalytic Perspectives. *Front Psychol.* 2011; 2: 286.
doi :10.3389/fpsyg.2011.00286
- Ruby, P. (2015). Les neurosciences du rêve. *Sciences Psy*, N°4, 27-31.
- Sami-Ali, M. (1985). Corps, langage et somatisation. *Bulletin de Psychologie*, 370, n° 8/11, 417-420.
- Sami-Ali, M. (1987). *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*. Paris : Dunod.
- Slama, L., Gagey, J., et Gutton, P. (1987). *L'adolescent et sa maladie: étude psychopathologique de la maladie chronique à l'adolescence*. Vanves : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.
- Soulé, M., Fain, M., Kreisler, L., et Lebovici, S. (1987). *L'enfant et son corps: études sur la clinique psychosomatique du premier âge* (4e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Svanborg, P., et Asberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand* 89, 21-28.
- Taine, A., et Condamin, C. (2015). De l'agir destructeur au processus de symbolisation. À propos de la psychothérapie d'un enfant. *Cliniques*, 9(1), 96-115. doi : 10.3917/clini.009.0096
- Tissot, R. (1984). *Fonction symbolique et psychopathologie*. Paris : Masson.
- Vacheret, C. (2000). *Photo, groupe et soin psychique*. Lyon : PUL.
- Walker, L. (2007). *Vivre le rêve, accéder au rêve lucide*. Éd. de la Martinière.
- Winnicott, D.W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.
- Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 168-174). Paris : Payot, 1975.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité ; l'espace potentiel*. Gallimard, 2006.
- Winnicott, D. W. (1988). *Conversations ordinaires*. Gallimard.

Index des concepts

A

acte, 29, 110, 111, 112, 161
 affect, 17, 19, 20, 46, 62, 65, 66, 86, 133, 139,
 140, 143, 154
 agir, 13, 20, 21, 23, 29, 33, 89, 105, 108, 109,
 110, 111, 113, 115, 121, 123, 124, 126, 127,
 130, 132, 135, 141, 143, 152, 162, 164, 165,
 170
 agressivité, 87, 109, 118, 122, 132
 aire transitionnelle, 149
 aire virtuelle, 156
 ambivalence, 128, 137
 angoisse, 23, 64, 68, 77, 80, 87, 91, 107, 134,
 135, 137, 142, 148
 appareil à penser, 153, 155
 appareil psychique, 22, 50, 83, 153, 154, 155,
 156
 appropriation, 139, 140, 141, 150
 archaïque, 13, 33, 124, 125, 146
 association libre, 23, 150

C

cadre, 40, 49, 50, 83, 158, 162, 163, 166
 castration, 148
 censure, 25
 complaisance, 19, 106, 126
 conflictualisation, 110, 141, 149, 162, 166
 conflit névrotique, 72, 109
 conflit psychique, 21, 33, 41, 46, 115, 156
 contre-transfert, 45, 46, 68, 158
 conversion, 30, 105, 106, 109, 123, 143, 161,
 170
 corps biologique, 106, 113, 114
 corps étranger, 127, 134
 corps imaginaire, 106, 113, 114, 161
 corps réel, 112, 113, 114, 161, 165
 créativité, 26, 144

D

décompensation, 113
 défense, 25, 30, 31, 32, 67, 121, 126, 149, 162
 dépression, 32, 44, 57, 86, 126, 151, 170
 dépressivité, 113, 138
 désorganisation, 105, 110, 111
 destructivité, 132, 169
 deuil, 90, 136, 137
 différenciation, 127, 134

E

économie psychique, 130, 131, 137, 143
 écran, 23, 24, 66, 134

empiètement, 98, 120, 149, 162

entre-deux, 30, 48, 162, 163
 enveloppe, 29, 32, 111, 116, 147
 espace potentiel, 119, 142, 156
 étrangeté, 105
 expressivité, 130

F

fantasme, 20, 25, 106, 114, 116, 126, 132, 149
 figuration, 26, 46, 142, 157
 figure de l'intrus, 27
 filiation, 27, 79, 135
 forclusion, 20
 fusion, 97

G

générationnel, 28, 131
 génital, 107, 108, 161
 génitalité, 28, 108, 109, 116, 123, 124, 149,
 170
 groupalité, 49

H

historicisation, 128, 150, 163, 169
 holding, 120
 honte, 93, 135, 159
 hyperactivité, 76, 77, 92, 151
 hystérie, 19, 30, 105, 106

I

identification, 21, 121, 142, 164
 inconscient amential, 128
 incorporation, 20, 137
 indifférenciation, 27, 63, 97
 individuation, 15, 20, 28, 58, 117
 infantile, 124, 128, 139
 informe, 138
 inhibition, 21, 67
 internalisation, 20
 intersubjectivité, 16, 46, 139, 144, 147, 164,
 170
 introjection, 20

J

jouissance, 126

L

latence, 26, 108, 160
 libidinalisation, 21, 130

libido, 19, 23

M

magma, 138
 malléabilité, 49, 159, 162, 163
 médiation, 44, 45, 46, 150, 166, 171
 moi, 22, 24, 25, 130, 132, 137
 moi-peau, 24, 25, 147

N

narcissisme, 19, 23, 116
 négatif, 135
 névrose, 106
 normalité, 48

Œ

œdipe, 26, 76, 108, 109, 117, 118, 131, 132,
 142, 155, 162

O

oralité, 18
 originaire, 25, 27

P

pare-excitation, 24, 122, 130, 131
 passivation, 21, 31, 74, 122, 125, 126, 128,
 129, 141, 165
 passivité, 29, 30, 33, 76, 107, 112, 121, 122,
 125, 126, 129, 132, 141, 142, 156, 158, 165
 Photolangage©, 46, 48, 69, 81, 100, 152
 présence-absence, 114, 131, 162
 psychosoma, 28, 29, 33, 41, 50, 120, 125, 132,
 133, 137, 138, 140, 157, 158, 170
 pubertaire, 26, 27, 28, 29, 30, 90, 105, 108,
 111, 115, 117, 135, 138, 142, 156
 pulsion, 18, 28, 100, 106, 108, 130, 131, 132,
 138

R

réalité psychique, 172
 réflexivité, 24, 63, 79, 117, 150, 156
 refoulement, 106, 135
 régression, 22, 23
 rêverie, 29, 76, 86
 rivalité, 63, 142, 154, 162

S

scène primitive, 116
 sensorialité, 108
 somatisation symbolisante, 31, 140
 subjectivation, 26, 27, 46, 49, 77, 108, 117,
 118, 123, 124, 142, 153, 162, 167, 169
 subjectivité, 20, 30, 35, 46, 50, 110, 124, 138,
 158, 168
 sublimation, 26, 156
 subversion libidinale, 114, 161
 symbolisation, 22, 30, 31, 33, 46, 50, 128, 129,
 137, 138, 140, 141, 142, 143, 152, 154, 166,
 169, 170, 172
 symptôme, 19, 20, 21, 24, 29, 32, 36, 49, 88,
 106, 108, 109, 110, 113, 123, 133, 135, 136,
 137, 140, 143, 144, 153, 160, 161, 170, 171

T

temporalité, 44, 53, 62, 63, 89, 105, 108, 121,
 163
 thérapie familiale, 79, 163, 164
 tiercéité, 48, 163
 transfert, 25, 45, 46, 51, 62, 86, 119, 158, 161,
 162
 transgénérationnel, 28, 35, 116, 133, 135, 138,
 164
 traumatisme, 28, 125, 128, 131, 132, 136, 139,
 143
 trouvé-crée, 26, 40

V

verbalisation, 152

Index des auteurs

A

Abraham, 29, 130
 Adomnicai, 27, 116, 142
 Albarracin, 123, 149, 168
 Anzieu, 24, 25, 147
 Aristote, 17
 Arnulf, 43
 Asberg, 44
 Assoun, 19, 161, 165
 Aulagnier, 117
 Avron, 164

B

Bailly, 11
 Belot, 22, 130
 Berger, 166
 Berthou, 168
 Billiard, 16, 36
 Bion, 24, 153, 167
 Birraux, 119
 Bixler, 36
 Blanquet, 27
 Bleger, 49
 Bonneville, 22
 Boucherat-Hue, 121

C

Canguilhem, 48
 Carels, 20, 108, 109, 137
 Chétrit, 25
 Chouvier, 45
 Ciccone, 128, 129
 Condamin, 135

D

Darchis, 22
 Dauvilliers, 16, 36
 Debray, 22, 130
 Dejours, 24, 30, 31, 114, 128, 135, 140, 148, 156, 161
 Del Volgo, 28, 29, 110, 132, 136, 141
 Dement, 15
 Descartes, 17
 Dubois, 28, 35, 107, 116, 135, 142, 159, 164
 Duez, 27
 Dumet, 20, 28, 30, 31, 106, 107, 108, 110, 113, 116, 124, 128, 133, 135, 137, 139, 142, 159, 164
 Durastante, 27, 28, 46, 107, 116, 133, 135, 136, 142, 159, 164, 166

Durif-Varembont, 17, 128

E

Eiguer, 164
 Eliacheff, 165

F

Fain, 21, 25, 124
 Federn, 22
 Ferenczi, 132
 Ferrant, 20, 139
 Ford, 36
 Freud, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 106, 110, 115, 126, 131, 135, 136, 146, 150
 Fuhrman, 14

G

Gaillard, 16
 Garma, 24, 25
 Gourier-Fréry, 14
 Granjon, 155
 Green (A.), 20, 21, 126
 Green (C.), 146
 Groddeck, 121
 Guir, 137, 165
 Gutton, 26, 116, 137, 156

H

Horne, 44
 Houssier, 141
 Houzel, 22, 24, 141, 150, 153, 154, 157

J

Joubert, 46, 166
 Jouvét, 15, 16, 146, 147
 Jung, 117, 149

K

Kaës, 24, 27, 28, 46, 49, 135, 153, 154, 157, 166
 Khan, 28, 120
 Kleitman, 15
 Kreisler, 21, 29, 124

L

Laberge, 15, 149
 Lacan, 27

Lahire, 150, 152, 153, 155
 Lapassade, 149
 Laufer, 138, 161
 Le Breton, 17, 18, 121
 Léger, 44
 Lempen, 138
 Lewin, 18, 23
 Loriod, 19
 Luppi, 15

M

Magnin, 18, 146
 Marcelli, 25
 Marty (F.), 22, 29, 108
 Marty (P.), 19, 110, 113
 Matha, 126, 140
 Mazet, 124, 159
 McDougall, 20, 21, 30, 108, 110, 127, 160,
 162, 164
 Minjard, 126
 Morhain, 109
 Moyano, 25, 26, 150, 153, 155
 Murray, 44

N

Nathan, 150, 151, 152

O

Ostberg, 44
 Ohayon, 36

P

Pedinelli, 129, 138
 Pinel, 158

R

Ranty, 113
 Revonsuo, 17, 154
 Richard, 26, 109
 Roman, 108, 110, 138
 Rosolato, 128
 Roth, 15
 Roussillon, 21, 49, 130, 137, 140, 141, 154,
 159, 166
 Royant-Parola, 14
 Ruby, 16, 147

S

Sami-Ali, 106, 114
 Slama, 116
 Soulé, 21, 124
 Svanborg, 44

T

Taine, 135
 Tissot, 15

V

Vacheret, 46

W

Walker, 147, 148, 151, 152, 153, 155
 Winnicott, 26, 40, 119, 120, 132, 149

ANNEXES

Annexe N°1 : Questionnaire d'Evaluation Psychopathologique

Questions au sujet :

A quel moment tes troubles ont-ils débuté ?

Tes troubles te gênent-t-ils ? Échelle 0 à 5

Quelle(s) conséquence(s) ont-ils sur ta vie ? Chez toi ?

As-tu eu déjà des traitements et des soins ? Si oui, lesquels ? Les as-tu arrêtés (raison) ?

As-tu des difficultés pour te concentrer ? Échelle 0 à 5

As-tu des difficultés en cours ?

As-tu des activités extra-scolaires ?

Que penses-tu de tes relations avec tes amis ?

Que penses-tu de tes relations avec ta famille ?

As-tu des antécédents médicaux ?

Questions à la famille :

Comment s'est passée la grossesse ?

Comment s'est passée la naissance ?

Comment s'est déroulée son enfance (psychomoteur, langage, affectif) ?

Quel a été son parcours scolaire ?

Pouvez-vous me parler de votre histoire (et adolescence) ?

Pouvez-vous me parler de votre couple parental ?

Quelle est actuellement la situation familiale ?

Avez-vous des antécédents médicaux dans la famille ?

Annexe N°2 : Echelle Matinalité-Vespéralité**Échelle de Matinalité-Vespéralité pour l'Enfant**

1. Imagines que l'école n'existe plus. Tu n'es pas obligé(e) de te lever tôt. A quelle heure te lèverais tu ?
 - entre 5h 00 et 6h 30
 - entre 6h 30 et 7h 45
 - entre 7h 45 et 9h 45
 - entre 9h45 et 11h00
 - entre 11h00 et midi

2. Chaque jour pour toi, te lever le matin c'est :
 - impossible
 - difficile
 - plutôt facile
 - très facile

3. Si les cours de gymnastique avaient lieu à 7h 00 du matin, comment te sentirais-tu ?
 - au top niveau
 - bien
 - moins bien que d'habitude
 - très mal

4. Mauvais nouvelle: tu as un contrôle de deux heures! Bonne nouvelle: tu peux choisir de le faire à l'heure où tu penses être le plus efficace. Ce sera:
 - entre 8h 00 et 10h 00
 - entre 11h 00 et 13h 00
 - entre 15h 00 et 17h 00
 - entre 19h 00 et 21 h 00

5. A quel moment de la journée as tu le plus d'énergie pour faire ce qui te plaît ?
 - le matin, car le soir je suis fatigué
 - le matin plus que le soir
 - le soir plus que le matin
 - le soir, car le matin je suis fatigué

6. Chouette! Tes parents te laissent te coucher à l'heure que tu veux. Quel moment choisis-tu ?
 - entre 20h 00 et 21h 00
 - entre 21h 00 et 22h 15
 - entre 22h 15 et 0h 30
 - entre 0h 30 et 1h 45
 - entre 1h 45 et 3h 00

7. Comment tu sens-tu dans la demi-heure qui suit ton réveil ?

- complètement épuisé
- un petit peu étourdi
- bien
- au top niveau

8. A quel moment ton corps commence-t-il à te dire qu'il faut aller se coucher, même si tu peux résister encore un peu ?

- entre 20h 00 et 21h 00
- entre 21h 00 et 22h 15
- entre 22h 15 et 0h 30
- entre 0h 30 et 1h 45
- entre 1h 45 et 3h 00

9. Imaginons que tu doives te lever tous les matins à 6h 00. Ça serait ?

- affreux
- pas super
- s'il le faut absolument...
- sans problème

10. Lorsque tu te lèves le matin, combien de temps te faut-il pour te sentir bien réveillé ?

- entre 0 et 10 minutes
- entre 11 et 20 minutes
- entre 21 et 40 minutes
- plus de 40 minutes

COTATION DE L'ÉCHELLE DE MATINALITÉ :

Les items 3, 4, 5, 6, 8 et 10 sont cotés de 5 (ou 4) à 1.

Les items 1, 2, 7 et 9 sont cotés de 1 à 4 (ou 5).

La somme des scores aux items s'étend de 10 (préférence matinale minimale) à 42 (préférence matinale maximale).

Annexe N°3 : Echelle MADRS**Echelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)**

1) Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

0 Pas de tristesse.

1

2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté.

3

4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.

5

6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.

1

2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.

3

4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.

5

6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.

1

2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.

3

4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.

5

6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

0 Dort comme d'habitude.

1

2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.

3

4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.

5

6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

0 Appétit normal ou augmenté.

1

2 Appétit légèrement réduit.

3.

4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.

5

6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

0 Pas de difficulté de concentration.

1

2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.

3

4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.

5

6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.

1

2 Difficultés à commencer des activités.

3

4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.

5

6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.

1

2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.

3

4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.

5

6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

0 Pas de pensées pessimistes.

1

2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.

3

4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.

5

6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.

1

2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.

3

4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.

5

6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60.

Le seuil de dépression est fixé à 15.

Echelle assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.

Références

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, M.Bouvard, J.Cottraux, Ed. Masson 2002. Consultation en gériatrie L.Hugonot-Diener, Ed. Masson, Consulter Prescrire 2001.

Annexe N°4 : Echelle d'Epworth

Échelle de Somnolence d'Epworth

Johns MW (Sleep 1991; 14:540-5) «A new method for measuring day time sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale.Sleep».

La somnolence est la propension plus ou moins irrésistible à s'endormir si l'on est pas stimulé.

(Nb. Ce sentiment est très distinct de la sensation de fatigue qui parfois oblige à se reposer).

Le questionnaire suivant, qui sert à évaluer la somnolence subjective, est corrélé avec les résultats objectifs recueillis par les enregistrements du sommeil.

Prénom :	Nom :	Date de naissance:.....
Date du test :	Ronflement? oui Non.....	

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

notez **0** : si *c'est exclu*. «Il ne m'arrive jamais de somnoler: **aucune** chance,
 notez **1** : si *ce n'est pas impossible*. «Il y a un petit risque»: **faible** chance,
 notez **2** : si *c'est probable*. «Il pourrait m'arriver de somnoler»: chance **moyenne**,
 notez **3** : si *c'est systématique*. «Je somnolerais à chaque fois»: **forte** chance.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| - Pendant que vous êtes occupé à lire un document | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Devant la télévision ou au cinéma | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage | 0 | 1 | 2 | 3 |

Total (de 0 à 24) :

- **En dessous de 8: vous n'avez pas de dette de sommeil.**
- **De 9 à 14: vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.**
- **Si le total est supérieur à 15: vous présentez des signes de somnolence diurne excessive. Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes.**

NB. Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de somnolence, il n'établit pas un diagnostic. Apportez le à votre médecin pour discuter avec lui des causes et des conséquences de ce handicap dans votre vie.

<http://www.sommeil-mg.net>

(copyleft sous réserve de mentionner la source)

Annexe N°6 : Avis favorable du C.P.P. Sud-Est III

CPP Sud-Est III

COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES

SECRETARIAT

Mme Elisabeth VERCHERAND

Groupement Hospitalier Est
Bâtiment Pinel
59 Boulevard Pinel
69 500 BRON

+33 4 27 85 62 45
Ligne interne H.C.L. : 35 62 45

+33 4 27 85 80 85

cppsudest3@gmail.com

elisabeth.vercherand@chu-lyon.fr

MADAME LE DOCTEUR PATRICIA FRANCO
GROUPEMENT HOSPITALIER EST
HOPITAL FEMME MERE ENFANT
EPILEPSIE, SOMMEIL,
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES NEUROPEDIATRIQUE
59 BOULEVARD PINEL
69500 BRON

DOSSIER SUIVI PAR MADAME FANNY DUBOIS

BUREAU

Président

Pr François CHAPUIS

Vice-Présidente

Mme Marie-France CALLU

Secrétaire Général

Dr Dominique SAPPEY-MARINIER
Mme Elodie CAMIER-LEMOINE (adjointe)

Trésorier

Dr Humbert DE FREMINVILLE
Mme Isabelle DELFOUR (adjointe)

MEMBRES

Mme Sonia BENKHELIFA

Mme Marie-France CALLU

Mme Elodie CAMIER-LEMOINE

Pr François CHAPUIS

Pr Christian COLLOMBEL

Mme Evelynne DECULLIER

Dr Humbert DE FREMINVILLE

Mme Isabelle DELFOUR

Pr Sylvie DI FILIPPO

Mme Claire DUROZARD

Mme Alexandra FAMERY

Mme Michèle FUSSELLIER

Mme Martine GIROUD SAVOIE

Dr Audrey JANOLY-DUMENIL

M. Jean-Marie JOURNET

Mme Mireille LIOTARD GAZQUEZ

Dr Marianne MAYNARD-MUET

Dr Sabine MOUCHET-MAGES

Dr François MICHEL

Mme Hélène ROMANO

Dr Dominique SAPPEY-MARINIER

Me Noëlle TERTRAIN

Mme Vanessa VITTE

Pr Luc ZIMMER

(Vs 04 juillet 2016)

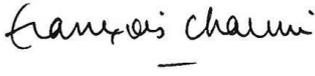
CPP 2016- 003 B COURRIER N° 2

Numéro d'enregistrement de l'essai auprès du CPP :		2016- 003 B
Numéro EudraCT (ou ISRCTN, le cas échéant) :		2015-000933-67
Numéro de référence interne du demandeur :		-
Titre complet de l'essai clinique : « L'hypersomnie à l'adolescence : de la passivité à la symbolisation ».		
Investigateur : Docteur Patricia FRANCO		
Date de réception de la demande : (cf liste des pièces transmises ci jointes) 28 décembre 2015	Date de la demande d'informations complémentaires : 19 janvier 2016	Refus d'autorisation / avis défavorable : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non Si oui, date :
Date du début de la procédure : 28 décembre 2015	Date de réception de la réponse du promoteur suite à la demande d'informations complémentaires formulée par le Comité : 22 juillet 2016	Autorisation / avis favorable : <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date : 09 août 2016
Avis formulé par le CPP le 09 août 2016		
<p>Au vu des compléments apportés répondant à ses remarques du 19 janvier 2016, Au vu des documents transmis le 12 juillet 2016, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - courrier de réponses aux remarques du Comité (daté du 22.07.16), - protocole (version n° 2 du 26.07.16), - document d'information parents/tuteurs (version 2 du 26.07.16), - tableau des modifications apportées aux documents, <p>Et ainsi qu'il a été convenu en séance du 19 janvier 2016,</p> <p style="text-align: center;">Le Comité émet un avis favorable à la réalisation de cette étude</p> <p>Le Comité rappelle que la responsabilité de l'investigateur est pénalement engagée selon l'article L. 1121 et suivants du Code de la Santé Publique. L'article L. 1121-1, 2° alinéa, stipule que « les recherches visant à évaluer les soins courants sont considérées comme telles, lorsque tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle mais que des modalités particulières de surveillance sont prévues par un protocole... »</p> <p>Pour mémoire, l'objectif principal de cette étude est de définir l'hypersomnie pour le patient et l'objectif secondaire consiste à développer et évaluer un nouveau dispositif de soin. Ce dernier doit déjà avoir été validé et seules les modalités de sa mise en œuvre doivent faire l'objet de l'étude.</p>		

Il est de plus précisé (page 7 du protocole) que le promoteur assurera une prise en charge financière des visites. Or, dans le cadre d'une étude visant à évaluer les soins courants, le coût de l'étude est pris en charge par le système de soin *dans la mesure où il s'agit d'une prise en charge habituelle*. La qualification de cette étude est par conséquent à préciser et à justifier.

S'il s'agissait dans le futur d'une évolution du protocole vers une recherche biomédicale, le dossier devrait alors faire l'objet d'une nouvelle soumission au Comité en tant que telle.

Le Comité vous rappelle que conformément au Livre I, Titres II et III du Code de la Santé Publique régissant les recherches, toute modification substantielle du protocole devra faire l'objet d'une demande d'avis complémentaire auprès de ce même comité. Par ailleurs, le Comité souhaiterait pour son information être destinataire du résumé du rapport final qui sera rédigé à l'issue de cette étude.

Date : 09 août 2016	Pour le Comité, le Président, Professeur François CHAPUIS 
-------------------------------	--

P.J.:

- Liste des pièces transmises dans le cadre de ce protocole,
- Liste des membres du Comité présents lors de la séance du 09 août 2016,
- Composition du Comité Sud-Est III.

2016- 003 B/2' 09/08/2016 2/2

Groupement Hospitalier Est
Bâtiment Pinel - CPP Sud-Est III
59 Boulevard Pinel
F-69500 BRON
Tél : 04 27 85 62 45

CPP Sud-Est III

Nomination suite aux arrêtés préfectoraux
n° 2015- 1687 du 23 juin 2015 et n° 2016- 0444 du 02 mars 2016

TITULAIRES	SUPPLEANTS
1er COLLEGE	
RECHERCHE BIOMEDICALE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ François CHAPUIS (1) <i>Epidémiologie bactériologique</i> ▪ Marianne MAYNARD NUËT <i>Epidémiologie bactériologique</i> ▪ Sabine MOUCHEZ-MAGES ▪ Dominique SAPPÉY-MARINIER (4) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Christian COLLOMBEL ▪ Evelyne DECULLIER <i>Epidémiologie bactériologique</i> ▪ Mme Isabelle DELFOUR ▪ Sylvie DI FILIPPO
MEDECINS GENERALISTES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humbert DE FREMINVILLE (3) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
PHARMACIENS HOSPITALIERS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Audrey JANOLY-DUMENIL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luc ZIMMER
INFIRMIERS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jean-Marie JOURNET 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alexandra FAMERY
2ème COLLEGE	
PERSONNES QUALIFIEES ETHIQUÉ	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elodie CAMIER-LEMOINE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sonia BENKHELIFA
PSYCHOLOGUES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hélène ROMANO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
TRAVAILLEURS SOCIAUX	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Martine GIROUD SAVOIE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
PERSONNES QUALIFIEES JURIDIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Noëlle TERTRAIN ▪ Vanessa VITTE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mireille LIOTARD GAZQUEZ
REPRESENTANTS ASSOCIATIONS AGREES DE MALADES ET D'USAGERS DU SYSTEME DE SANTE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Michèle FUSSELLIER ▪ François MICHEL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪

Version 04/03/2016
CPP Sud-Est III
Groupeement Hospitalier Est, Bâtiment Pinel, 69 510 BRON
☎ 04.27.85.62.45 / 📠 04.27.85.80.85

(1) Président (2) Vice-Président (3) Trésorier (4) Secrétaire Général

Liste des membres

du Comité de Protection des Personnes Sud-Est III

présentia lors de la séance plénière du mardi 09 août 2016 :

Mme Elodie CAMIER-LEMOINE (Domaine Ethique),

M. le Pr. François CHAPUIS (Domaine Recherche Biomédicale), Président la séance,

Mme Evelyne DECULLIER (Domaine Recherche Biomédicale),

Mme Alexandra FAMERY (Infirmière),

Mme Michèle FUSSELLIER (Représentante Association de Malades),

Mme Martine GIROUD SAVOIE (Travailleur Social),

Mme Mireille LIOTARD GAZQUEZ (Juriste),

Me Noëlle TERTRAIN (Juriste)

Annexe N°7 : Tableaux des résultats au questionnaire et aux échelles

Tableau 1

Le tableau présente l'âge de survenue du trouble hypersomnie chez les adolescentes filles et adolescents garçons ainsi que la moyenne d'âge totale.

Sujet	Filles	Garçons	Moyenne
Âge	14,33	13,1	13,68

Tableau 8 : Age moyen d'apparition de l'hypersomnie

Tableau 2

Le tableau présente la moyenne de gêne occasionnée (sur une échelle de 0 à 5) par l'hypersomnie et la difficulté de concentration chez les adolescents filles et garçons ainsi que la moyenne générale.

Sujet	Gêne occasionnée (de 0 à 5)	Difficulté de concentration (de 0 à 5)
Filles	3,37	2,87
Garçons	2,54	2,16
Moyenne	2,89	2,5

Tableau 9 : Gêne occasionnée et difficulté de concentration

Tableau 3

Le tableau présente le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons prenant un traitement médicamenteux au cours de la prise en charge de leur hypersomnie, et le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons qui ne prennent pas de traitement médicamenteux.

	Prise de traitement médicamenteux	Pourcentage
Oui	9	45
Non	11	55

Tableau 10 : Prise de traitement médicamenteux

Tableau 4

Le tableau présente le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons témoignant de leurs relations familiales satisfaisantes, non satisfaisantes ou qui ne se prononcent pas sur les relations familiales.

Dans la sphère sociale, le questionnaire soumis révèle que 35% estiment avoir des difficultés à être en lien avec les autres (pairs) et 50% ont des relations familiales jugées « non satisfaisantes ».

	Qualité des relations familiales	Pourcentage
Satisfaisantes	7	35
Non satisfaisantes	10	50
Ne se prononcent pas	3	15

Tableau 11 : Qualité des relations familiales

Tableau 5

Le tableau présente le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons qui expriment avoir des relations amicales satisfaisantes, non satisfaisantes ou qui ne se prononcent pas sur les relations amicales.

	Qualité des relations amicales	Pourcentage
Satisfaisantes	9	45
Non satisfaisantes	7	35
Ne se prononcent pas	4	20

Tableau 12 : Qualité des relations amicales

Tableau 6

Le tableau présente le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons qui présentent des antécédents médicaux. Dans cette population, 70% présentent des antécédents médicaux (asthme, ostéogondrite, traumatisme crânien, épilepsie, purpura, mononucléose) et 65% ont des antécédents médicaux familiaux.

	Antécédents médicaux	Pourcentage
Oui	14	70
Non	6	30

Tableau 13 : Antécédents médicaux

Tableau 7

Le tableau présente le nombre et le pourcentage d'adolescents filles et garçons qui présentent des antécédents médicaux familiaux (parents et/ou grands-parents). On observe ainsi que 65% d'entre eux reconnaissent avoir eu des antécédents médicaux dans leur famille - dans les deuxième ou troisième générations- contre 35% qui n'en reconnaissent pas.

	Antécédents médicaux familiaux	Pourcentage
Oui	13	65
Non	7	35

Tableau 14 : Antécédents médicaux familiaux

Annexe N°8 : Comptes rendus des entretiens avec Laura

Entretien 1

Je reçois pour la première fois Laura et sa mère au début de ma recherche. Je découvre une grande jeune fille de corpulence normale, aux yeux interrogateurs. Je les invite à entrer dans mon bureau. Elles s'installent et sur la base du questionnaire, je leur demande de me raconter l'histoire de la jeune patiente.

Laura, 18ans, a été suivie dans le service depuis une année par la pédiatre ainsi que la psychologue. Ses troubles ont débuté à l'âge de 16 ans, date à laquelle ses crises d'hypersomnies ont débuté. Durant son suivi à l'hôpital, une suspicion de syndrome de Klein-Levin a été évoquée puis abandonnée.

Laura vit avec ses parents et un grand frère âgé de 21ans. La mère de Laura raconte qu'elle a appris tardivement sa grossesse, vers deux mois et demi. Elle est née à terme à 1kg 800, sa mère dit que « son placenta ne l'alimentait plus ». Laura est donc restée en couveuse 15 jours puis est rentrée chez elle avec ses parents et son grand frère.

Laura me décrit une enfance heureuse, et se souvient seulement d'un accident en tout début de maternelle, où elle est tombée et a eu un trauma crânien à la suite de sa chute. Elle en garde des souvenirs qui lui reviennent tels des « flashes ».

Elle a toujours été autonome dans son travail, et a commencé l'équitation à 9ans jusqu'à 17ans, période à laquelle les crises ont été trop handicapantes pour elle.

Avant les crises, elle décrit des moments où elle présentait des migraines (dans ses examens a été trouvé un gène migraineux qui aurait muté), antécédent présent dans la famille de son père.

L'adolescente décrit l'apparition de ses troubles du sommeil, qui se manifestent sous la forme de crises de cinq ou six jours. Le premier jour, son sommeil s'étire jusqu'à 23h/24, puis cela baisse jusqu'à devenir « normal ». Durant ces crises, Laura ne parle pas à sa famille ou son petit ami, ne regarde pas si quelqu'un l'a appelée, elle exprime le fait que « c'est une bataille » avec son corps, cette maladie que personne n'explique. Elle est dans une forme de « combat » avec elle-même. Elle me décrit des rêves lucides durant ses heures de sommeil, des rêves où elle est consciente. Sa famille s'efforce d'être là, et le grand frère est prié de partir chez sa copine à chaque crise «pour rester tous les trois », dans une forme de protection.

Laura reconnaît la fin des crises à des cauchemars qu'elle fait à chaque fois. Elle explique avoir fait 8 crises en 2013 (où elle prenait un premier traitement), et seulement 3 en 2014 (la dernière date au mois d'août). Elle ajoute avoir commencé un nouveau traitement pour rester éveillée à base de lithium. Je lui demande si elle lie ces crises à certains événements, elle répond qu'elle ne voit pas de lien, sa mère intervient pour dire que lors de la dernière crise, toute la famille s'apprêtait à partir en vacances, mais le jour J, Laura ne s'est pas réveillée.

Ces crises ont eu beaucoup de conséquences, comme son redoublement au lycée. D'un autre côté, sa mère dit qu'elles sont plus proches qu'avant toutes ces difficultés. Je suis quelque peu déçue par cet élément, imaginant ce qui peut relier la mère avec l'endormissement excessif de sa fille. Toutes deux m'assurent que Laura va bien mieux depuis la prise en charge, l'adolescente considérant que ses troubles la gênent moins qu'avant (4/5 à l'échelle au lieu de 5/5 en crise de sommeil), notamment dans la sphère scolaire.

A l'échelle de Matinalité-Vespéralité, elle a un score de 30/42 ce qui signifie qu'elle serait plus du matin. A l'échelle de somnolence d'Epworth, elle obtient un score de 6/21, ce qui signifie que sa propension à la somnolence est basse ; elle ne présenterait pas de dette du sommeil significative.

A l'échelle MADRS, elle a un score de 10/60, donc pas de dépression significative. L'entretien se termine lorsque nous convenons d'un nouvel entretien dans un mois et d'un suivi psychologique dans le cadre de ma recherche.

Je note dans l'après-coup une sensation de froid qui m'a envahie durant l'entretien, ainsi qu'une difficulté pour l'adolescente à exprimer ses émotions. De plus, certains points discordants quant à la place de l'hypersomnie dans sa vie (beaucoup de gêne mais témoigne de son évolution) me laissent dans une sorte de confusion.

Entretien 2

Au cours de l'entretien suivant, je propose à Laura de la recevoir seule, ce qu'elle accepte. Elle décrit une crise d'hypersomnie d'une semaine durant les fêtes de Noël, et a le sentiment d'avoir perdu du temps de vacances, notamment pour s'avancer dans son travail.

Elle exprime également des difficultés dans sa relation avec son petit ami, les crises les amènent à se disputer souvent, elle s'interroge quant à une possible séparation. Elle n'arrive pas à évaluer si cette relation lui apporte ou non quelque-chose de bénéfique.

Puis, l'adolescente revient sur sa crise d'hypersomnie : cette crise a duré sept jours, et ne s'est pas soldée par un cauchemar répétitif (son cauchemar se situe dans sa chambre, elle est dans son lit lorsqu'elle se fait réveiller par une silhouette sombre et menaçante). En revanche, il y a eu des rêves où elle était consciente. Elle témoigne également de son ressenti de gêne quant à sa maladie : « Je ne me rappelle pas de ma vie avant les crises, c'est comme si je portais cette maladie depuis toujours », dit-elle avec émotion. A ce moment, j'observe qu'elle a du mal à respirer, sa respiration est saccadée comme une sorte d'asthme. Elle me confie arrêter le traitement à chaque crise, pour le reprendre ensuite.

Laura est contrariée par son orientation, il ne lui est pas facile de faire des choix, de se séparer d'avec ses parents, ce qu'elle ressent comme un déchirement pour eux. Je ressens de la colère réprimée en elle alors qu'elle me parle de son sentiment d'étouffement. Est-ce une des affects de haine qu'elle ne peut leur adresser ?

Je lui propose de participer à l'écriture d'un agenda de veille, qui sera notre fil rouge, et qui mettra en avant les représentations qu'elle a de son sommeil, même lorsqu'elle n'est pas en crise, ce qu'elle accepte.

Je fais ensuite entrer sa mère dans le bureau et lui demande comment ça va. Elle semble étonnée de ma question, et me répond qu'il n'y a pas eu de Noël à la maison.

Je ressens un goût amer chez elle, puis elle dit en relativisant : « mais le docteur se doutait que Laura ferait une crise d'ici le fin de l'année! ».

La mère me demande, inquiète, comment je trouve sa fille. Je lui renvoie l'investissement de l'adolescente dans le soin : Laura se confie sur sa situation actuelle, ses difficultés, et que je trouve important de se retrouver lors de l'entretien familial pour faire circuler cette parole qui a du mal à passer parfois dans la famille. Je ressens une alliance et la naissance d'un lien dans la rencontre, surtout avec Laura qui m'a moins renvoyée une impression de vide dans le transfert, et plus d'affects même si ceux ci me semblent encore très inhibés. J'informe la mère de l'agenda du sommeil de Laura, et nous convenons d'un nouvel entretien dans un mois.

Entretien 3

Laura vient seule pour ce troisième entretien. Deux mois se sont écoulés depuis notre dernier entretien, car l'adolescente a reporté le dernier en raison d'un trop grand volume de travail personnel en retard. Je rappelle le cadre de nos rencontres.

Laura est souriante, détendue. Elle a apporté son agenda du sommeil et le commente : " c'est une semaine de cours, j'ai fait un cauchemar". Elle décrit celui-ci par une dispute entre elle et une très bonne amie qui est actuellement en couple avec le jumeau du petit ami de Laura. Elle m'explique que ce mauvais rêve est en rapport avec le conflit qui oppose les deux adolescentes. L'amie de Laura est dans une forme de rivalité avec elle, tout comme les deux frères jumeaux.

Laura retrouve son petit ami: elle semble avoir pris du recul, et a pris de la distance après une période d'interdépendance qui s'avérait toxique.

Le contexte familial semble s'être apaisé aussi : durant les vacances, elle est partie une semaine avec ses parents et une semaine avec ses amis. Elle semble ravie mais également étonnée de l'écoute de sa mère vis à vis de ses envies : "elle fait des efforts" me dit elle, en ajoutant que ses parents partent de plus en plus en week-end tous les deux, laissant Laura et son grand frère revenu vivre chez eux, seuls.

Au départ, Laura se demandait comment elle pourrait bien s'occuper, elle angoissait de se retrouver seule. Puis elle explique avoir lâché prise et s'être laissée aller à la rencontre d'amis. Elle me dit être très étonnée par la prise en compte par sa mère de ses projets d'étude et donc d'émancipation : "Ma mère m'a même demandé quand je voudrais partir en vacances cet été, pour avoir le temps de trouver mon propre appartement". Elle est émue et satisfaite à la fois.

Je ressens que la situation change pour elle, et je lui fais part de cela, tout comme le fait que l'hypersomnie ne se manifeste plus en elle.

A cause de l'augmentation de traitement, elle a pris du poids durant ses vacances ce qui la gêne et fait ressurgir de douloureux complexes passés. Elle me confie être presque dégoûtée par son corps, et du moins ne pas s'aimer. L'entretien se termine, et un nouvel entretien est fixé un mois plus tard.

Laura se positionne davantage dans sa vie personnelle mais aussi s'approprie le cadre thérapeutique (son agenda du sommeil et les entretiens psychologiques) et peut évoquer des sentiments plus douloureux.

Entretien 4

Laura vient seule pour ce quatrième entretien. Elle affiche une bonne mine et semble enjouée. Elle me dit que tout va bien dans sa vie, qu'elle se sent bien à la fois avec ses amis, ses parents qui la laissent certains week-ends de façon en autonome, avec son petit ami également. Elle semble avoir trouvé sa place, savoir davantage ce qu'elle désire ou non (elle se projette beaucoup mieux dans son orientation).

Puis elle me parle du lycée, et en vient à parler du baccalauréat : "il faut que je me mette à travailler, le bac arrive". Elle ressent beaucoup de pression au lycée, et de la part de ses parents : "c'est vrai que ça me fait peur". Elle dresse le bilan de ces deux dernières années passées au lycée, et de l'actuelle pendant laquelle elle n'a pas été absente car elle a fait des "crises pendant les vacances".

Je rebondis alors sur son évolution, sur son chemin parcouru, et aussi sur le fait qu'elle aille mieux et que cela se ressent vis à vis de sa maladie. Elle confirme cette hypothèse.

Elle me parle de sa fatigue depuis quelques temps, de son tiers temps qui lui est précieux pour terminer ses premiers examens.

Puis, je reviens sur ce qu'elle avait évoqué lors du dernier entretien concernant sa relation à son propre corps. Elle me dit en effet que depuis ses douze ans, son corps n'a cessé de changer, de lui être parfois étranger, parfois familier. Elle reprend l'exemple de son acnée en disant " j'en ai presque fait une maladie !"

Elle veut arrêter son traitement (qu'elle a déjà diminué) car il la fait grossir, selon elle. Laura revient sur l'image de son corps déformé, et malade. J'entends une souffrance : s'agit-il d'une angoisse quant à la survenue d'un corps sexuel mature, d'une identité sexuelle définie ? Cette angoisse survenue lors de la période pré adolescente, Laura a pu la vivre comme une véritable effraction, quelque chose de l'ordre d'une inquiétante étrangeté.

Elle semble éprouver beaucoup de dégoût pour son corps, un corps vécu comme étranger. Laura semble entamer un travail d'appropriation de son corps, et de sa vie en général.

Je lui renvoie que l'on va continuer à travailler ensemble, à faire ce travail sur ce qu'elle vit à l'intérieur d'elle, et vis-à-vis des autres.

Laura pense à l'année prochaine, que "cela va être un grand changement", et qu'elle verra, si à distance, son couple dure. Mais elle veut penser aux études avant tout, et je reprends en posant la question de l'écoute de soi.

Je souhaiterais refaire un point avec elle dans un mois sur son sommeil. Elle m'interrompt à ce moment là en disant qu'elle fait des nuits bizarres, avec des cauchemars : « je suis toute perdue en me réveillant », dit-elle. Lorsque l'adolescente décrit une épisode de confusion lors d'un réveil récent, elle indique avoir reconnu son frère plutôt que son petit ami dans son lit. Une indifférenciation qui rappelle la gémellité du petit ami, et la notion de miroir que Laura avait évoqué lors de la seconde séance.

Je lui renvoie qu'il est alors important de faire un point sur son sommeil prochainement. Je ressens une vive inquiétude à ce moment-là, est-ce en lien avec ce temps de séparation ou vis-à-vis de son sommeil ?

Nous reprenons rendez-vous pour dans un mois. Je lui signifie également que durant l'été, nous ferons un point avec ses parents, ce à quoi elle accède.

Entretien 5

Je reçois Laura pour ce cinquième entretien psychologique (sa mère l'a accompagnée, et nous rejoindra à la fin de notre entrevue).

Elle arrive avec son agenda du sommeil en m'expliquant que durant cette semaine, elle dormait encore un peu mal le mois dernier, elle a fait un cauchemar.

Depuis, elle dort mieux. Elle a trouvé un équilibre, qu'elle se sent bien avec le traitement diminué. Elle a passé des oraux du bac récemment qui se sont bien passés, même si, dit-elle, elle n'est pas très à l'aise à l'oral.

Laura va courir, c'est son moment pour décompresser. Le baccalauréat se rapproche, et elle ressent de la pression : « il faut que je m'y mette...il faut que je l'ai ». Je lui demande comment cela se passe à la maison. Son frère passe aussi un diplôme, mais ses parents ne sont plus exigeants avec Laura : « ils ont compris qu'il ne fallait plus me mettre la pression, je ne marche pas à ça ». Elle a davantage besoin d'être soutenue dans ce qu'elle fait et qu'on lui fasse confiance.

Elle a également plus confiance dans l'image qu'elle renvoie, elle est plus à l'aise dans son corps. Son poids semble stabilisé. Elle revient sur sa prise de poids au début de son traitement qui semble l'avoir effractée, qui fait lien avec sa première prise de pilule durant l'adolescence, période où elle avait grossi en quelques semaines (là aussi en très peu de temps). Son corps lui semblait alors étranger, et peu à peu au travers des entretiens, l'adolescente fait un travail

de subjectivation, elle se réapproprie son corps. Parallèlement, Laura ne voit plus apparaître de « crise d'hypersomnie ».

Elle dit en avoir toujours peur, surtout durant les vacances (périodes où ses crises se déclenchaient), mais elle se sent mieux et a le sentiment que cela a un impact sur son corps et l'hypersomnie. Je lui demande alors comment elle procède, si elle sort, si elle voit ses amis, ou si elle reste chez elle, en prévention d'une éventuelle crise d'hypersomnie. Elle me répond qu'elle s'organise et est à l'écoute de son corps lorsqu'elle se sent fatiguée. Ainsi, depuis le début de l'année civile, l'adolescente n'a pas souffert de crise d'hypersomnie.

Elle mesure cette évolution : « si je regarde, il y a un an, je faisais tout le temps des crises, je n'arrivais pas à penser à moi, à me projeter. Maintenant, je me sens bien, et même s'il y a un risque, je fais attention ». J'entends alors qu'elle fait attention à elle, qu'elle prend soin d'elle.

Elle se pose et pense. Concernant ses projets pour l'avenir, Laura ne veut pas se projeter trop vite : « d'abord je dois décrocher mon Bac, ce serait la libération ! » Je lui demande ce que cela signifie : « j'aurais ma vie, les études que j'aurais choisi ! Finalement, le redoublement scolaire a eu du bon », elle semble satisfaite d'avoir pris du temps pour elle : « je me sens plus mature, je sens un décalage avec les petits du lycée, j'ai envie d'en partir... ».

Laura se sent-elle déjà ailleurs, dans une forme de transition vers l'âge adulte ? J'exprime également son évolution, ses ressources bien présentes pour en être arrivée là.

Nous programmons un prochain entretien dans un mois et demi, et je leur propose, à elle et sa mère, de nous rencontrer ensemble avec son mari avant la rentrée, afin d'évoquer les conditions de nos prochaines rencontres.

Entretien 6

Laura vient avec ses deux parents, nous prenons un temps pour elle.

Elle revient sur l'obtention de son baccalauréat, je la félicite encore une fois. Malgré le nombre de points à rattraper, elle a eu son bac. Elle dit qu'elle ne s'y attendait pas, mais qu'il a fallu alors se projeter dans sa future vie, chose qu'elle a du mal à faire.

En effet, elle sort de la visite d'un appartement ; l'adolescente a l'opportunité de vivre avec une amie et sa grande sœur, mais exprime sa difficulté à se projeter dans cet appartement. Je la sens hésitante, cherchant ses mots et marquant des silences.

Avant d'avoir cette proposition, elle avait décidé d'aller dans son école en voiture et en train, de faire les trajets. Mais maintenant, elle se dit que c'est peut être mieux d'être sur place. Elle tente de se rassurer en énonçant les personnes qui pourraient être là pour elle l'année prochaine.

Je lui demande comment cela se passe avec son petit ami. Elle répond que cela va mieux, qu'ils se sont vus pendant les vacances et qu'ils sont d'accord sur le fait que, cette année elle vivra plus loin et que ce sera plus difficile pour se voir. Elle dit vouloir donner la priorité à ses études.

Elle revient sur son passage à Paris pour un rassemblement avec des personnes atteintes du syndrome de Klein-Levin. Elle me dit que cela a été un temps fort, ainsi elle a pu s'exprimer et se rendre compte qu'elle n'était pas seule à éprouver des difficultés. Elle a cependant observé un décalage dans le fait qu'elle n'a pas fait de crise depuis le début de notre suivi psychologique, contrairement aux autres présents qui souffrent toujours des effets de la maladie.

J'invite alors ses parents à nous rejoindre comme il était prévu (je pensais proposer une partie de l'entretien de type familial avant la rentrée). Les parents m'expliquent qu'ils vont bien, ils ont eu des vacances. Ils sortent d'une visite d'appartement pour Laura, qu'ils pensent que c'est une bonne solution. A ces mots, Laura semble perdue, elle a du mal à s'exprimer. Je nomme alors le fait que c'est difficile pour Laura de partir, tout comme pour les parents de voir leur fille s'en aller. Laura et sa mère se regardent, et laissent venir l'émotion de ce changement dans leur vie, elles se mettent à pleurer. Laura rit alors en disant : "tu m'énerves !" à sa mère. J'exprime combien il est normal de laisser sortir ses émotions, que le contraire serait étonnant (que Laura n'éprouve rien...). Je suis moi-même émue et soulagée d'observer l'évolution de Laura, elle parvient à faire des choix. Je suis aussi émue par ce partage mère-fille, et cette pudeur de Laura.

Le père ajoute : "c'est sûr que si elle partait vivre loin, ça aurait été très dur. Mais là, on sait qu'elle est pas loin et elle aussi". J'exprime que nous la soutenons avec ses parents, et je nomme une nouvelle fois les ressources qui la poussent à prendre de nouvelles décisions. Nous décidons alors de nous revoir cette année, ce qui sera facilité par le faible éloignement du logement de Laura. L'entretien se termine et je propose à Laura de se recontacter rapidement.

Entretien 7

Je reçois Laura seule pour ce nouvel entretien. Elle semble un peu morose "ça va, c'est la routine", dit-elle. Elle parle de sa vie en ce moment, les cours, les allers et retours à la fac. Elle dit ne plus sortir, elle reste chez elle généralement le week-end, et va à l'occasion dans le chalet de ses parents en montagne, avec eux ou son petit ami, comme la dernière fois, il y a quelques semaines. « C'est plus par flemme que par rapport à d'éventuelles crises », dit-elle. Laura semble coupée une nouvelle fois de ses affects, ne parlant pas de ce qu'elle ressent.

Son discours factuel semble faire écran à certaines contrariétés que je lis sur son visage quelque peu figé. La parole semble difficile lors de cet entretien, je m'interroge sur ce qui ne l'autorise pas à exprimer ce qu'elle ressent. Je lui demande comment se passe la vie à la maison. Elle répond qu'il y a actuellement des conflits avec ses parents, notamment à cause de son irritabilité, "je me plains et je le montre". Elle raconte à cette occasion qu'elle a confié à son père en venant, les rapports difficiles avec les autres étudiants : Ceux-ci ne viennent pas toujours en cours, et demandent alors à Laura de signer à leur place. Elle précise que cela devient compliqué lorsque tous lui demandent ce service.

Ce n'est pas tellement cette action qui la gêne, mais plutôt le fait de se retrouver seule. "C'est pas sympa", dit-elle. Elle rit et semble gênée. Je lui demande ce qu'elle ressent à propos de cette situation. Elle exprime une incompréhension, un sentiment d'injustice, j'observe pour la première fois un affect de colère chez Laura. Je lui fais remarquer et elle ajoute "je suis trop gentille".

Elle associe sur une situation passée, où elle était très amie avec deux jeunes filles. Dans ce trio, une fille, l'a mise à part. Laura, n'ayant plus sa place, a préféré partir. Je reprends alors ces éléments en posant la question de prendre sa place, d'essayer de trouver dans la relation sa propre place, et jusqu'où on peut aller pour l'autre. "Je suis trop gentille" répète-t-elle, en demandant des conseils pour gérer ces situations. Je lui parle de partir d'elle-même, de ce qu'elle ressent, de ce qu'elle désire. L'entretien prend fin, et je suis assez rassurée d'avoir perçu de la colère chez elle. Je lui propose comme la dernière fois plusieurs dates pour de prochains entretiens, afin qu'elle puisse gérer son emploi du temps.

Entretien 8

Laura vient seule pour ce huitième entretien. Elle dit aller bien, a presque fini ses examens qui se sont assez bien passés. L'adolescente était anxieuse, elle a mal dormi les deux derniers jours avant les examens.

Elle a passé de bonnes fêtes, ne se prend plus la tête avec les autres. Depuis notre dernier entretien, elle a pu échanger avec ses amis sur ce qu'elle ressentait, et maintenant essaye de penser davantage à elle.

Laura évoque une sortie samedi soir pour l'anniversaire d'une amie : « normalement je n'ose pas trop...mais là, je me suis dit qu'elle avait 20 ans qu'une fois, que j'ai 19 ans, que je peux aussi faire des choses. Mais cela a été compliqué, je ne savais pas si je devais rentrer ou pas, jusqu'à ce que je décide de rester ». Elle a ressenti comme un laisser-aller : « quelque-chose est sorti que j'avais en moi depuis au moins six mois » révèle-t-elle. L'adolescente s'est beaucoup amusée et qu'elle ne regrette pas sa soirée, même si elle s'est sentie fatiguée après. Auparavant, après ses sorties elle tombait malade, mais cela ne s'est pas produit cette fois. Laura décrit des moments dans la journée où elle est prise d'un manque de sensations, "je me retire en moi" et n'arrive plus à sentir, toucher. Me vient l'image de Laura immergée dans un sommeil profond. Elle ne sait pas d'où ça vient mais cela date d'avant le changement de traitement. Elle pense d'ailleurs continuer son traitement médicamenteux.

Laura se questionne beaucoup sur ses sensations. Je lui demande ce qu'elle ressent lorsque cela arrive : "je suis anxieuse, davantage quand je ne suis pas chez moi. Je lui demande de noter pour la prochaine fois quand cela se passera. J'entends cette manifestation comme un mécanisme de défense. Est-ce une inhibition face à un trop-plein d'excitations pulsionnelles? Si oui, face à quoi? Qu'est-ce qui revient par le biais de son corps? Nous programmons un entretien un mois plus tard.

Entretien 9

Laura est accompagnée de sa mère, et vient seule dans mon bureau.

Je lui demande comment elle va. Elle répond que ça va, elle n'a pas obtenu ses examens car elle est allée au rattrapage pour deux matières et en a raté une. Elle exprime qu'elle est contente et satisfaite d'avoir presque la moyenne et pense qu'elle pourra trouver un équilibre

avec le second semestre. L'école n'est pas facile pour elle. L'adolescente ne se sent pas soutenue, pas "encadrée" comme elle l'aurait voulu. L'idéalisation de cette école est retombée, elle se retrouve actuellement face à la réalité. Elle pense à ses parents qui financent l'école. Elle ne souhaite pas les décevoir, eux qui la soutiennent. Je lui demande si elle se projette pour l'an prochain. Elle répond qu'elle prévoit de continuer la formation, car, même si les cours ne la satisfont pas complètement, elle voudrait faire ce métier, elle pense qu'il y a des débouchés possibles. Laura hésite à vivre en colocation avec une copine. Elle pense à son petit ami qu'elle verra moins. D'ailleurs, elle s'entend bien avec ses parents en ce moment, qu'elle est partie un week-end avec eux et que cela lui a fait du bien de faire une coupure avec sa vie d'étudiante.

L'impression de ne plus être dans le même « délire » que les autres qui sortent en boîte refait surface. Laura a besoin d'être au calme, de sortir quelques fois mais pas en excès (surtout au niveau de la fatigue). Cette maîtrise me fait associer sur ce qu'elle décrivait lors de notre dernier entretien. Je lui demande si elle ressent toujours des moments où « elle se retire en elle ». Cela se produit dans des situations où elle est anxieuse. D'où peut venir cette anxiété ? Je l'interroge quant au lien entre ces moments et l'anxiété qu'elle ressent. Elle répond : « C'est fortement possible ». Je demande si quelqu'un d'autre est anxieux dans ses proches. Elle répond que sa mère n'a jamais été sereine vis à vis de sa fille, inquiétude dont elle ne connaît pas l'origine.

Puis, la jeune patiente évoque alors l'activité de gymnastique qu'elle a pratiqué de 9 à 11 ans, où elle a décidé d'arrêter car la notion de compétition ne lui convenait pas. Je ressens que Laura s'ouvre et commence à analyser certaines de ses réactions défensives, en lien avec ses relations familiales. Nous ne fixons pas de rendez-vous, mais en rejoignant sa mère, je formule la date de fin de suivi et le fait qu'il ne nous reste que quelques entretiens (après en avoir parlé avec Laura). Sa mère répond que ce serait bien qu'elle prenne des vacances, et qu'elle me recontactera quand elle aura son planning. J'entends cette résistance, que je mets en lien avec ma présence faisant tiers entre elles, et aussi avec la fin du suivi et notre séparation à venir. Je vais aussi dans le sens de la mère et dis que je reste joignable, que l'on se recontactera. Deux semaines plus tard, Laura m'écrit pour prendre rendez vous. Cette démarche de plus en plus autonome me satisfait, et nous convenons d'un entretien la semaine d'après, soit trois semaines plus tard (ce qui est rare).

Entretien 10

Laura vient seule pour ce dixième entretien. Elle me ramène l'agenda du sommeil et me le tend. J'observe qu'elle a assez bien dormi dernièrement. D'après elle, son sommeil « n'est pas mal ». Je lui demande comment elle se sent, plus précisément. Ces dix derniers jours, elle s'est sentie en colère...et triste aussi. En colère par rapport à l'université, les autres étudiants. Laura est globalement déçue par cette expérience. Elle évoque aussi les relations avec ses amis, le fait qu'elle n'est pas forcément attirée par les mêmes choses qu'eux (comme sortir en soirée). Elle aime aller à la montagne, passer du temps avec ses parents. Laura souhaiterait prendre une colocation l'année prochaine et continuer sa formation. La situation est complexe vis à vis de son petit ami mais, ils en parlent. Nous évoquons les moments « où elle est là mais pas vraiment là ». Elle ne sait pas ce que cela peut signifier, « je suis dans ma bulle ». Je lui demande quand cela s'est produit. Elle répond que c'est lorsqu'il y a du monde autour d'elle, et rarement quand elle est chez elle, au calme.

Laura me demande si je pense qu'il existe un lien entre une anxiété et cette impression. Je lui retourne la question « qu'est ce que tu en penses ? » Elle répond que peut être. La jeune patiente tente-elle de mettre du sens sur ces manifestations symptomatiques et sensorielles ? Nous reparlons de ses anxiétés lorsqu'elle est seule, qui d'après elle, ont commencé une après-midi où elle était à la maison, elle a alors "halluciné" d'avoir vu ou entendu quelqu'un dehors, elle a fermé les volets. Je me rappelle alors ce qu'elle m'a dit précédemment de sa mère, qui n'a jamais été sereine à son sujet. Je demande à Laura de me décrire l'enfance et l'adolescence de sa mère. Elle me décrit une enfance avec un cadre très strict, puis, lorsqu'elle a eu son bac et qu'elle est venue étudier en la ville : « ma mère m'a raconté qu'elle avait vécu des moments de solitude durant les temps de pause de midi. Elle était seule à errer dans la ville...elle ne voulait pas que je vive ça ». Je ressens alors cette angoisse d'être seule (abandonnée ?) non seulement chez Laura, mais également concernant sa mère. A ce moment, je ressens une impression étrange : je ressens un écho lorsque je parle, cela se situe dans mon nez. Cela fait comme un écho au micro, c'est dérangent et je me dis alors « cette seconde voix qui vient d'en haut ne peut pas s'arrêter de se manifester !?! ».

Cette impression déjà ressentie (mais laissée de côté auparavant) me questionne, je me demande ce que signifie mon contre-transfert. Une manifestation de la notion du double? Un écho à une voix plus lointaine ?

Les éléments concernant l'adolescence maternelle et mes vécus contre-transférentiels ont-ils un sens avec l'impression diffuse de Laura et son mal être lorsqu'elle est seule ?

Je tente alors de me représenter ce que la mère a pu vivre d'une détresse qui n'a pu se parler, sinon de se manifester au moment où sa fille quitte peu à peu le cocon familial.

Nous revenons sur l'avenir et également, sur la poursuite de ce travail que nous faisons ensemble. Je l'encourage à privilégier la continuité, avec un thérapeute qui pourrait la suivre. Elle semble plutôt encline à cette proposition. Nous prenons rendez-vous et je lui signifie qu'il nous reste quelques entretiens. Nous rejoignons le père de Laura resté dans la salle d'attente, je leur rappelle la fin de mon étude, que je souhaiterais aussi les revoir ensemble lors de la dernière séance. Ce sera alors une séance en deux parties (avec l'utilisation du Photolangage© en entretien individuel avec Laura, puis un bilan sera réalisé avec l'adolescente et ses parents).

Entretien 11

Laura vient seule (son père l'a accompagnée) pour ce onzième entretien. Elle semble détendue, puis ajoute que c'est difficile en ce moment, elle a beaucoup d'examens et de travail, et avec les grèves de train, ce n'est pas facile. Ce qui est évident aussi pour elle, c'est qu'elle va déménager l'année prochaine. Elle ne se sent plus de faire les allers et retours, qui génèrent chez elle beaucoup de stress, elle dort peu pour se lever très tôt. Elle aimerait avoir son année, notamment pour ses parents. Laura évoque ses difficultés, et prend l'exemple d'un cours où elle a eu besoin de l'aide d'une amie : « pourtant je sais ce qu'il faut faire, mais j'ai peur de ne pas y arriver, peur de pas savoir le faire et j'ai toujours besoin d'être rassurée par quelqu'un ».

Je lui demande si cette formation lui plaît. Elle me répond oui, en hésitant. Elle me dit qu'elle aime bien la matière. Je lui demande alors depuis quand elle a peur de ne pas y arriver. Elle me dit qu'elle a toujours été comme ça, et elle réfléchit pour savoir quand cela a eu un impact dans sa vie. Je lui demande si cela se passait pour l'équitation, mais elle répond que ce n'était pas vraiment une histoire de compétition pour elle (d'ailleurs, elle a fait peu de compétition). Selon elle, cette peur provient du temps où elle faisait de la gym (elle a commencé vers 6/7ans) avec son frère. Elle se rappelle ses relations avec les coaches qui suscitaient chez elle

de la peur, car ils étaient globalement très exigeants. Un jour, elle n'a plus souhaité s'y rendre, cela ne lui correspondait plus. Elle associe sur des moments où elle a ressenti un décalage entre elle et les autres, comme cette fois récente, dans les gradins d'un stade de foot, elle s'est sentie brusquement sur un autre plan que les autres supporters (comme si elle sortait de la scène). L'adolescente tente d'expliquer cet état comme le fait d'être dans une bulle. Elle me demande si cela a un lien avec quelque-chose de psychologique. Je reprends son ressenti, et la rejoins sur cette hypothèse.

Laura semble indécise sur son orientation, ne sachant pas comment se projeter. Je lui demande si elle a pensé à la fin du suivi (prévu dans un mois) : « pas vraiment, je pense que ça va mieux, même si j'aime venir parler ici » répond-t-elle. Je lui demande alors de réfléchir à ce qu'elle souhaite par la suite. Nous prévoyons de nous revoir d'ici à dans trois semaines, mais une semaine après notre dernier entretien, Laura me contacte pour déplacer ce rendez-vous un mois plus tard.

Entretien 12

Laura est accompagnée de ses deux parents pour ce dernier entretien. Elle vient cependant seule pour la première partie de l'entretien. J'ai disposé dans le bureau des photos issues du Photolangage© (disposées sur la table du bureau). En rentrant, Laura se rend compte de la présence des photos, elle pose son sac par terre et je lui annonce, que comme prévu, nous allons faire une séance de Photolangage©. A l'aide d'une ou deux photos, elle tentera de décrire son évolution, ce qu'elle a pensé du suivi. Elle réfléchit un moment, un silence se forme. Je circule le long de la table pour choisir également une photo. Elle choisit la photo en noir et blanc de l'alpiniste qui arrive au sommet d'une montagne, et la photo en couleur d'une femme se regardant dans le miroir tout en essayant un vêtement sur un cintre. Cette femme est souriante et semble heureuse.

Je choisis alors la photo en couleurs d'une mouette volant dans le ciel bleu. Je lui propose ensuite de s'installer et de décrire sa photo. Elle prend la première photo, celle de l'alpiniste. Elle décrit : " depuis un an et demi que l'on s'est rencontré, il y a eu des hauts et des bas, mais j'ai beaucoup évolué et j'ai suivi ma voie. C'est vrai que quand je regarde en arrière, j'ai beaucoup changé et j'ai beaucoup évolué." Elle semble émue à ce moment là et me dit qu'il y

a peu de chance pour qu'elle obtienne son année. Elle n'a en effet pas validé toutes les matières et doit passer plusieurs rattrapages.

Laura est déçue, elle veut mettre toutes les chances de son côté pour avancer et être à l'aise en deuxième année. Je lui demande si elle a parlé de cette déception à ses parents, elle me répond que pas plus que ça. Elle ajoute que des fois elle pleure dans sa chambre toute seule, en plein doute. Elle est vraiment triste vis-à-vis de cette formation, elle ne pensait pas qu'elle se retrouverait dans cette situation. Je lui renvoie qu'elle a fait beaucoup d'efforts et était très impliquée dans cette année. Les allers et retours l'ont fatiguée ainsi que le rythme des examens. Elle confirme cela et se remémore alors sa maladie, le fait qu'elle était dans sa bulle, et que la prise en charge fut un succès pour elle.

Elle dit également combien elle était perdue lorsqu'on s'est rencontré : « je me rappelle du premier rendez-vous, lorsque je suis venue avec ma mère, nous étions dans la petite salle...j'étais perdue, je ne savais plus quoi faire ». Pour elle, venir et parler, se confier, lui a fait du bien. Elle présente alors sa deuxième photo : « c'est une femme qui est dans une boutique de vêtements, elle est bien, elle est heureuse, et j'ai choisi cette photo pour dire que je vais bien, je suis heureuse dans ma vie ».

Elle me fait passer sa photo et je lui renvoie aussi tout ce qu'il s'est passé en dix-huit mois, le fait que les crises aient cessées avec la mise en place du traitement médicamenteux mais aussi du suivi psychologique. Réfléchir sur son sommeil et ses troubles, poser des mots sur ce qu'elle ressentait dans son corps et parler de ses émotions l'a aussi sûrement aidée. Je lui fais remarquer combien elle avait de la difficulté à décrire ses émotions à notre rencontre. Puis, peu à peu, Laura est devenue davantage actrice de sa vie. Elle a fait ses choix. Et j'introduis alors la photo de la mouette. « C'est une mouette qui vole, c'est la liberté, faire ses propres choix », dit-elle. Elle évoque ses choix pour cette année.

Dernièrement, elle a fait le choix de demander un redoublement, elle veut ressayer, elle ne veut pas forcément prendre un appartement, car ses parents payent déjà sa formation. Je lui dis alors de penser à elle, que ses parents la soutiendront mais qu'il est important qu'elle se sente à l'aise dans cette nouvelle année. Je lui demande si sa formation lui plaît toujours. Elle répond qu'elle a regardé les autres formations offertes par son école mais que celle qu'elle suit lui plaît vraiment. Je lui demande ensuite si elle a besoin de continuer à voir quelqu'un pour parler parce qu'il me semble qu'elle a besoin de se confier, de bénéficier d'un espace à elle

pour être entendue. Laura semble encline avec cette proposition, mais je la sens une nouvelle fois anxieuse à l'idée de se séparer.

Je lui propose de ranger alors les photos et de convier ses parents à nous rejoindre. Je leur propose de s'installer et leur demande ce qu'ils ont pensé de l'évolution de leur fille. Ils disent qu'en effet, ils ont perçu une évolution, d'abord grâce au traitement qui l'a sortie des crises, puis qu'elle a beaucoup mûri. Ils pensent que cet espace lui a fait du bien.

Je parle également de la possibilité pour Laura de continuer à voir quelqu'un pour disposer d'un espace personnel et propose les coordonnées d'une consœur à côté du lieu de sa formation. Ils me remercient et Laura me remercie en parlant de notre travail ensemble, comme une forme de co-construction, idée que je retiens également de ce suivi avec elle. Je les informe de la fin de l'étude et d'une restitution prévue après ma soutenance. L'entretien prend fin dans un moment d'émotion partagée.

Annexe N° 9 : Comptes rendus des entretiens avec Gabi

ENTRETIEN 1

Gabi²¹ est hospitalisé pour un « bilan hypersomnie » dans le service, il est accompagné de son père. Il est âgé de 14ans, a le regard vif. Son père m'explique que ses troubles ont débuté il y a deux mois 1/2, il s'est mis à dormir 18h par jour. Il n'est pas allé au collège durant trois semaines, il a dû être hospitalisé dans un hôpital près de chez lui puis son sommeil a repris un rythme suffisamment normal en semaine pour retourner au collège. La structure s'est adaptée à son trouble puisqu'il bénéficie de temps de sieste dans la journée s'il en a le besoin.

Gabi a toujours été un gros dormeur, et avant l'apparition de ses troubles, son père dit de lui « qu'il s'était remis en route ». Je le questionne sur cette phrase, et il m'explique qu'il avait organisé sa vie d'ado : il était beaucoup investi au collège et faisait beaucoup de sport.

Son frère Paul, âgé de 20ans, est revenu habiter au domicile familial, mais depuis un an, Gabi et lui s'évitent, ne se parlent plus. Gabi me décrit l'évènement déclencheur de ce conflit : lors d'un repas, Gabi était très énervé par son frère, le fait qu'il soit passif à la maison...il s'est levé et est allé dans sa chambre en se disant qu'il ne lui parlerait plus. Cette passivation du lien me sidère, j'ai du mal à me représenter comment ce conflit « mis sous silence » peut durer dans le temps, et comment la famille a pu s'organiser autour de cela. Le grand frère est suivi psychologiquement dans une institution, et a trouvé récemment un stage. Gabi a un autre frère de 17ans avec lequel il s'entend bien. Le père ajoute « je ne pense pas avoir délaissé Gabi ».

Je leur propose de répondre au questionnaire. L'adolescent explique combien ce trouble le gêne dans sa vie quotidienne (échelle 3/5), cependant il explique ne pas avoir de difficulté d'attention (échelle 1/5). Il voit toujours ses amis, et communique surtout au téléphone et sur les réseaux sociaux.

En revenant dans l'anamnèse de Gabi, j'apprends que la grossesse s'est bien déroulée, ainsi que la naissance. Le père raconte avec bonheur que sa femme étant restée en salle de travail après la naissance, il a passé la première heure avec son fils en peau-à-peau.

²¹ Gabi est un prénom choisi pour sa signification "nuit" en Tagalog, la langue des Philippines.

Son enfance a été satisfaisante selon Gabi, il se souvient particulièrement d'un déménagement à l'âge de 3ans. Il a toujours fait beaucoup de sport.

En questionnant le père sur les antécédents médicaux dans la famille, j'apprends que la mère de Gabi a souffert d'un cancer du sein, que le grand père maternel dort beaucoup, la grand-mère maternelle a des problèmes cardiaques, et que Gabi lui-même a souffert d'ostéogondrite (affection du genoux) il y a plus d'un an et qu'il a dû rester en fauteuil roulant et en rééducation kinesthésique durant 8mois. Il ne voyait alors plus ses amis, c'était « très dur » pour lui. Il n'a donc repris toutes ses activités qu'à la rentrée, et peu après, il s'est mis à dormir de façon excessive.

J'ai alors l'impression d'un « effondrement » de Gabi à travers son hypersomnie.

Gabi m'explique qu'il rêve les yeux fermés, il est bien, conscient, et n'a pas envie de bouger. Durant ces rêves pas comme les autres, il pense à de nombreuses choses.

Gabi s'interroge : pourquoi est-il si fatigué alors qu'il avait repris toutes ses activités préférées et ses relations avec ses amis en septembre ? Je lui propose ma recherche sur la base de ce qu'il a pu exprimer de ses incompréhensions, mais aussi des interrogations et des souffrances toujours palpables. Il accepte et semble très enclin à débiter un suivi psychologique. Nous programmons ensemble un nouvel entretien trois semaines plus tard.

ENTRETIEN 2

Gabi vient avec son père pour ce deuxième entretien. Celui-ci m'explique que cela va bien mieux, son sommeil se stabilise, et durant les vacances Gabi est allé au ski et a pu profiter des vacances. En effet, l'adolescent arbore un large sourire quant à cette évocation, il semble heureux.

La durée de son sommeil a diminué, et la rentrée cette semaine s'est bien passée, il a fait une sieste durant trois jours de classe.

Je reviens sur la situation familiale. Son père semble en colère, disant que « son fils se contente de peu ». Il me dit que le fils aîné reste beaucoup collé à la mère, tandis que lui et Gabi se rapprochent (il l'accompagne beaucoup dans les démarches de soin quant à ses troubles).

En parallèle de la colère du père, Gabi se met à s'agiter : il lève la tête et la baisse, touche frénétiquement le bureau. Le père me dit que ses trois fils sont comme ça, ils ne franchissent

pas la barrière pour aller plus loin. Il ajoute que ça l'agace beaucoup car lui-même n'est pas comme cela. Je lui demande alors quel adolescent il était ; Gabi le regarde intensément, et son père répond qu'il était dans une forme d'hyperactivité, mais surtout qu'il n'avait pas le même train de vie que ses enfants maintenant et qu'il n'hésitait pas à faire des petits boulots pour avoir un peu d'argent de poche. Gabi intervient alors en disant que lui aussi serait intéressé pour avoir des petits boulots, mais il n'a pas encore l'âge.

Je reprends la discussion en expliquant les difficultés des adolescents, la pression sociale, mais aussi le désir de Gabi de s'investir dans de nouvelles choses et à devenir autonome. D'ailleurs, il sait ce qu'il veut faire plus tard : kinésithérapeute. Je fais le lien entre sa prise en charge lorsqu'il était immobilisé dans son fauteuil, et sa future vocation. L'adolescent confirme, et dit combien cette prise en charge lui a fait du bien et lui a donné l'envie de prendre soin des autres plus tard. A ce moment-là, il est plus calme, plus concentré et me regarde.

Je reviens sur le caractère douloureux de cette "mise en immobilité" de Gabi, alors qu'il était dans une forme d'hyperactivité (comme son père ?). Il acquiesce, et me dit qu'il a pu en parler avec ses parents à l'époque.

Concernant ses rêves, il ne sait pas s'il est dans une forme de conscience et d'éveil ou non. Lorsque je lui demande de m'en raconter un, je le sens dans une forme de gêne ; son père lui demande s'il doit partir. Je ressens qu'il ne faut pas insister pour l'instant, la situation (en entretien familial) ne permettant pas à l'adolescent de raconter ses rêves. Je m'interroge sur ce qui m'a poussée à dire cela en présence du père, alors que le récit de rêve est quelque chose d'intime. Je lui présente l'agenda du sommeil, et lui demande s'il pourrait le remplir de sorte à ce que nous puissions travailler ensemble à la compréhension de son sommeil.

Nous reprenons tous les trois une date d'entretien. Gabi voudrait venir dans deux semaines, et son père pense que cela va faire juste pour être disponible, nous prenons donc une date dans deux semaines et une autre dans un mois, à confirmer.

En après-coup de ce premier entretien, je me suis sentie en colère. Est-ce cette colère qui m'a poussée à être aussi directe avec l'adolescent ? Est-ce en lien avec la colère du père ? Est-ce une colère que Gabi aurait mise en sommeil ?

Je me sens confuse, tant je perçois que des éléments sont enfouis dans l'histoire de cet adolescent.

ENTRETIEN 3

Gabi vient accompagné de sa mère pour ce troisième entretien. Je lui propose que l'on se voie dans un premier temps tous les deux avant que sa mère ne nous rejoigne, ce qu'il accepte.

Il revient sur un événement qui a eu lieu deux jours plus tôt ; il faisait de l'athlétisme, et en courant, il a ressenti comme une gêne à la poitrine, il se sentait oppressé et s'est alors allongé par terre en attendant du secours. Arrivé à l'infirmerie, il a été envoyé à l'hôpital mais ils n'ont rien trouvé de médicalement significatif. Le médecin a donc conclu que Gabi avait fait une crise d'angoisse. L'adolescent me dit qu'il n'a pas pu expliquer ce malaise à ses parents, n'y comprenant lui-même pas grand-chose sur le coup. C'est dans un après-coup, qu'il s'est interrogé sur cet événement. Il me demande si cela peut être par ce qu'il est angoissé en ce moment. Je lui renvoie sa question : « qu'est ce qui te fait penser que tu es angoissé ? »

Il me répond qu'il a un très bon ami, puis se reprend : non, j'ai deux très bons amis, des jumeaux. L'un d'eux, a une petite copine, et depuis ce moment-là, il s'est éloigné de lui et de son groupe d'amis (formé du jumeau, du frère de Gabi, et de deux autres amis).

Gabi a peur de perdre son ami, "qu'il parte à tout jamais". Je ressens alors une grande angoisse, comme si cet ami allait disparaître et que Gabi ne le supporterait pas.

Il insiste et me dit en effet qu'il n'arriverait pas à vivre seul. Je lui demande alors s'il a connu une perte de cette ordre-là déjà dans sa vie, il cherche un moment puis me dit : « il est arrivé quelque chose il y a quinze jours, j'ai eu peur de perdre son frère jumeau, Jordan. Il m'explique qu'il y avait une fête chez les jumeaux, et que Jordan a trop bu (binge drinking). Il a alors fait une sorte de malaise, suivi d'une crise d'angoisse Gabi, ainsi que ses amis et son frère, ont prévenu les parents qui étaient couchés et les secours, puis il a été amené à l'hôpital. Gabi a vraiment eu peur de le perdre, qu'il meure, il n'a pas ressenti cette peur monter de suite mais au bout de quelques jours. Il n'en avait pas parlé avec ses parents.

Il me dit que c'est difficile avec son propre grand frère car il ne fait rien, et cette passivité semble insupportable pour l'adolescent. Pour lui, son aîné devrait être une référence pour lui, quelqu'un sur qui s'appuyer. N'ayant pas ce soutien d'aîné, Gabi a préféré rompre le lien fraternel.

Cette séparation, datant pourtant d'un an, semble encore très présente chez Gabi. Il me dit : « c'est comme si les jumeaux avaient remplacé mon frère ». J'ai alors l'image de deux

béquilles psychiques, qui ont pu d'ailleurs aider Gabi dans le fait de retrouver l'usage - pourtant physique - de ses jambes.

Nous discutons alors de ces différents événements récents, qui semblent liés. Cette angoisse semble inscrite dans le corps de Gabi, se manifestant par cette angoisse qui "lui serre la poitrine" jusqu'à en perdre son souffle. Je peux entendre la manifestation symptomatologique sous la forme d'un asthme en ce sens.

J'invite ensuite la mère de Gabi à nous rejoindre, et nous reprenons ensemble l'événement survenu lundi en athlétisme. Elle exprime son inquiétude, le fait qu'aucune cause n'ait été trouvée, à part la cause psychologique qui lui pose question. Je lui demande si en effet elle pense que cela puisse être possible, elle me dit qu'elle a des difficultés à parler avec son fils, et que la situation familiale est rendue complexe par l'absence de lien entre Gabi et son frère. Elle me dit qu'elle est soulagée que l'on fasse un travail ensemble : « il a envie de venir, et même si cela fait des kilomètres, c'est pour qu'il aille mieux ». Nous prévoyons de nous revoir trois semaines plus tard.

Il me semble important pour Gabi de continuer à bénéficier de cet espace dont il se saisit déjà bien. Il met peu à peu des mots sur certains événements traumatiques, qu'il portait en lui.

ENTRETIEN 4

Lors de ce quatrième entretien, Gabi vient avec son père. Dans un premier temps, je lui propose comme la dernière fois de le recevoir seul. Il est assez anxieux, une excitation est palpable, je la ressens par une envie de rire qu'il semble me communiquer. Je tente de contenir cette excitation.

Il m'explique qu'il va mieux, même s'il a des difficultés. Premièrement, il revient sur sa dernière crise d'angoisse, et me dit qu'il a senti un moment d'angoisse récemment après une douche, mais qu'il est arrivé à s'auto-apaiser.

Il raconte également son récent voyage, il a pu prendre de la distance avec certains événements. Il a beaucoup dormi là-bas car les journées étaient longues et fatigantes. Il ajoute : « j'ai eu le blues en revenant ici, en me disant que j'allais reprendre ma vie... »

Je lui demande alors comment il voit sa vie quotidienne. Il me parle de son brevet (j'ai noté Bac, ce qui montre un télescopage dans le transfert entre Gabi, les jumeaux et son propre frère) qu'il faut réviser pour le concours de kinésithérapeute (il arbore un large sourire à l'évocation de ce métier), il apparaît alors assez anxieux, il y a de l'enjeu.

Il évoque ses relations avec ses amis, il raconte que le deuxième jumeau, a une copine depuis quelques semaines, mais il a moins peur de le "perdre" que Julien. Il indique pour la première fois que les jumeaux ont le même âge que son frère cadet, ce qui m'étonne car je n'imaginai pas d'écart d'âge entre eux. Lorsque je lui fais remarquer, il me répond qu'il n'a pas l'impression qu'il y ait un écart d'âge, de différence entre eux. L'adolescent aborde les thèmes de la différenciation, de la séparation aussi, sans qu'il y ait une disparition du lien. Je lui demande s'il pense aux relations amoureuses, il me répond défensivement "c'est compliqué", avant d'ajouter qu'il est amoureux depuis plusieurs années de sa meilleure amie, qu'elle n'a pas les mêmes sentiments pour lui. Il a donc pris la décision de ne plus lui parler, de se séparer littéralement d'elle avant de partir en vacances. Depuis la rentrée, Gabi la cherche du regard, pour voir si elle est toujours là, ce qui lui fait du mal, mais le rassure en même temps dit-il, lorsqu'il arrive à la retrouver.

Gabi aborde peu à peu ce qui se joue lorsqu'il y a perte d'objet. Je lui demande s'il a repensé à ce que l'on s'était dit. Il me répond : « oui ». Puis après un silence, il dit : « j'ai l'impression qu'il s'est arrêté de grandir...mais ça ne justifie pas le fait qu'il soit comme ça à la maison...je peux pas le voir ». Face à cette impossibilité, j'interviens et associe sur la difficulté que peut rencontrer une personne durant sa vie, le mettant alors « à l'arrêt ».

Gabi a des ressources intérieures, en plus du soutien qui lui est apporté par ses proches. Il a su demander du soin, un travail pour comprendre ce qui se manifeste en lui et ce qu'il traverse, peut être que son frère n'a pas encore trouvé cette main tendue...je propose au père de l'adolescent de nous rejoindre. Il semble "remonté", en colère contre son fils qui, après l'hypersomnie, "fait encore des siennes" en prenant l'exemple de la crise d'angoisse. Il aimerait que cela s'arrête, que cela s'apaise. J'entends son inquiétude, et son incompréhension devant ce qu'il se passe, et tente de contenir cela en parlant du travail que Gabi fait ici avec moi, celui-ci est très attentif. Je parle des choses qui vont se mettre en place pour Gabi. J'ai l'impression que cela « pose » un peu les choses, et le père me demande de programmer les deux prochains entretiens. Je tente de répondre à cette demande (inquiète ?) et nous prévoyons deux prochaines dates d'entretien.

ENTRETIEN 5

Gabi arrive à ce cinquième entretien, me disant qu'il va mieux, mis à part au collège. En effet, avec son retard accumulé dû à son hypersomnie, il m'explique qu'il a des lacunes scolaires. Il a "décroché", et d'ailleurs il a changé d'orientation pour la suite car il "n'aura pas le niveau" pour partir en seconde générale. Il ne peut donc pas accéder au métier de kinésithérapeute et ça le fait "un peu chier". Il part donc en formation dans un lycée professionnel.

Il me tend à ce moment-là l'agenda du sommeil (qu'il a encore oublié) et qu'il a réalisé lui-même.

Il confie qu'il a fait un cauchemar qui l'a marqué, qu'il a trouvé bizarre. Il est au collège, et un camarade s'approche de lui avec une scie pour le blesser en rigolant. Gabi tient aussi une scie, se met en colère et coupe la main de son camarade. L'autre ne réagit pas, il rigole et ils continuent leur récréation. Il me dit être troublé par ce rêve et cette violence.

Je lui renvoie le fait que l'adolescence est parfois un moment de crise de la vie, et que l'on peut vivre à ce moment-là des choses violentes, de la part des autres, mais aussi de ce qui se passe à l'intérieur de soi-même. Je mets aussi l'accent sur le fait qu'il se soit défendu et qu'il se soit mis en colère, montrant qu'il est un individu à part entière.

Il me dit que justement, ses proches et ses professeurs lui reprochent de changer, de leur répondre. J'entends cela comme le fait que Gabi reprend en quelque sorte sa vie -et son adolescence- en main. Il est acteur de sa vie et se détourne d'anciennes figures identificatoires pour en investir d'autres. Ce changement d'attitude et de positionnement déstabilise son entourage.

Je lui indique l'importance de son travail qui a commencé ici, le bénéfice qu'il en tire et ce qu'il comprend de ses symptômes (qui se sont amenuisés et apaisés). En effet, j'imagine encore Gabi dans cette transition adolescente et les remaniements nécessaires. Il est d'accord et me dit qu'il aime bien venir, cela lui fait du bien. Gabi parle en son nom, exprime ses affects et met des mots sur ce qu'il vivait dans son corps auparavant.

J'invite son père à nous rejoindre pour la dernière partie de l'entretien. Il est assez énervé après Gabi, de ses "chances" pour son orientation gâchée par démotivation. Nous parlons du changement de comportement de Gabi, et son père exprime sa déception après l'engagement et le soutien avec sa femme auprès de ses enfants. Il ne se sent pas écouté. Il parle de tensions et de conflit. Je propose alors de le recevoir avec sa femme en fin du prochain entretien. Il est

d'accord, mais leurs disponibilités pour venir ne correspondent pas. Il m'explique que sa femme est en congé maladie car elle souffre de la méthode managériale qui a changé dans son entreprise. Elle ne supporte plus la pression et la façon dont elle est traitée. Le père de Gabi m'explique que ce n'est pas facile actuellement à la maison et que l'évitement de Gabi et de son frère aîné pèse sur la famille plus que jamais. J'accueille cette inquiétude et entend la souffrance à l'œuvre dans les relations familiales. Le travail que le jeune patient entreprend prend du temps, j'entends leur détresse. Nous proposons de nous voir une fois le mois prochain et avant la rentrée scolaire.

ENTRETIEN 6

Gabi vient avec ses parents lors de cet entretien ; aux vues des difficultés et des attentes familiales, j'avais proposé lors du dernier entretien de se voir tous les quatre afin d'ouvrir l'espace d'écoute et de parole à l'adolescent mais aussi à ses parents, faire circuler la parole (ce qui est difficilement faisable chez eux) de façon occasionnelle lorsque Gabi en ressentait le besoin.

Dans un premier temps, je propose à Gabi seul de me rejoindre ; Il m'explique que cela va très bien : en effet il a passé les épreuves du brevet et surtout ses possibilités d'orientation ont changé. Ses vœux pour un lycée professionnel n'ont pas été acceptés au profit d'une place dans un lycée général. Il est finalement très content de cette situation, mais me dit que cela a créé une dispute entre son père et lui, car son père voudrait qu'il s'inscrive dans une option qui ne plaît pas à son fils. L'adolescent exprime que son projet professionnel (kinésithérapie) est dorénavant inenvisageable (sur avis de ses professeurs notamment).

Il souhaite donc découvrir un nouveau domaine. Je lui renvoie que cette orientation est une nouvelle chance, un tremplin, et qu'il est important d'exprimer à ses parents ses choix et pourquoi il les fait. J'ajoute que le choix de cette option en seconde générale est fait pour découvrir justement un nouveau domaine, mais que l'on a le droit de changer et de se tromper, tant que l'on va vers ce qui nous plaît. Gabi poursuit l'entretien en racontant qu'il a une petite amie depuis peu : il est content car il ressent qu'il est passé à autre chose concernant son amie. Il dit passer du temps à voir ses amis depuis la fin de ses examens.

Je reviens sur son récit de rêve de dernier entretien, récit qui m'a fait associé sur la relation avec son frère. Je lui demande s'il a rêvé depuis trois semaines. Il me répond que oui mais qu'il ne s'en souvient plus. Je lui propose alors de revenir sur son rêve précédent, des sensations que cela m'a fait vivre en l'écoutant : cette impression de « froid », « coupé des émotions » lorsqu'il coupe la main de son camarade et que celui-ci ne réagit pas ; l'adolescent mettait-il en scène dans ses rêves l'histoire traumatique d'avec son grand frère ? Il répond à cette interprétation « c'est vrai que j'attends des excuses, ce qu'il n'a pas fait ». Il ajoute alors : « je me rappelle de mon rêve maintenant : je suis dans une ville, la nuit, il fait noir, et je me bats contre un énorme monstre. Au départ, je n'ai pas d'arme avec moi, alors que lui oui. Alors je me construis une armure comme pour me protéger et le vaincre. Mais après, je me suis réveillé ». Il est question de se protéger, ce que j'énonce. Il me raconte « ça ne me fait plus rien, comme si mon Paul était un étranger », me dit-il défensivement.

Gabi associe avec le fait que son frère cadet est devenu depuis lors très important pour lui : « c'est tout ce qu'il me reste, et c'est vraiment mon modèle, on fait beaucoup de choses ensemble, on a les mêmes amis, à part son évolution scolaire ». Je reviens sur le fait que depuis cet événement et cette « cassure », c'est comme si le modèle de son frère aîné avait été déplacé, faute d'investissement de la part de celui-ci, sur son frère cadet (on peut observer ici la forte identification qui pesait sur le frère aîné, lequel n'a peut-être pu porter ce rôle/tenir cette place, et dans la passivité, a déçu Gabi au point qu'il « coupe les ponts » pour demander à ce frère cadet d'être celui qu'il attendait, cette place que Julien a accepté volontiers et qui a donné lieu ensuite à une projection /identification adhésive).

J'invite les parents à venir nous rejoindre, et à donner de leurs nouvelles. J'observe alors un moment de vive tension, j'ai le cœur qui bat vite. Le père commence à exprimer qu'il est fatigué et en a marre « qu'il y ait toujours quelque chose avec (s)es fils », il aimerait que la sérénité revienne dans le foyer. La mère que je n'ai pas revue depuis quelques mois, avoue « survoler ces problèmes familiaux », « étant elle-même en difficulté professionnelle et par conséquent occupée » psychologiquement. Elle reconnaît que la situation d'évitement entre les deux frères est de plus en plus dure à supporter, mais ce qu'elle aimerait exprimer avant tout, c'est le sentiment de trahison qu'elle ressent vis-à-vis de la promesse que lui a fait Gabi : en effet, en partant en vacances, Gabi lui a promis en contrepartie de réviser et travailler sur son brevet à son retour, ce qu'elle pense qu'il n'a pas fait. L'adolescent est étonné de cette parole, et exprime que cela n'a pas été possible de travailler malgré cette promesse.

Son père réagit et dit qu'il en a marre que ses fils « gâchent leurs chances parce qu'ils ne veulent pas s'en donner les moyens » et fait référence à leur dispute au sujet de l'option. Gabi répond : « c'est toi qui a dit que je n'avais pas les capacités pour aller dans un régime général au lycée ». Son père s'explique : il a dit qu'au vu de ses notes et son retard, que ce ne serait pas possible, mais maintenant que l'entrée en seconde générale est possible, il l'en pense capable. Gabi répond qu'il n'avait pas compris cela. Je tente de reformuler les propos paternels en disant qu'il est important de savoir pour Gabi ce qu'il veut faire, il faut digérer ce revirement (positif ?) de situation mais que nous serons là avec ses parents pour l'accompagner.

La mère du jeune prend ensuite la parole et évoque la difficulté qu'elle a à parler à son fils « il faut aller le chercher ». Gabi en semble étonné et s'excuse auprès d'elle. La mère ajoute qu'il a énormément changé ces derniers mois, et qu'elle aimerait retrouver son fils qu'ils appelaient jusqu'à il y a peu avec son mari « bébé ». J'observe à cet instant que Gabi se gratte la main, et ce jusqu'à avoir une plaque rouge et saigner. Elle demande ensuite à Gabi s'il veut s'excuser auprès de son père. Gabi répond : « je fais comme mon père, je ne montre pas mes sentiments, je fais mon Staline ». Je sens bien ici la rivalité œdipienne qui se rejoue (s'actualise où se réactualise ?) entre Gabi et son père, la difficulté de sa mère à se séparer de son fils, de son « bébé ».

Je reprends ensuite la parole et évoque le fait que Gabi est véritablement entré dans l'adolescence, il se construit peu à peu et se sépare de ses parents pour s'individuer et aller vers de nouveaux objets. Ensemble, nous évoquons la suite de l'accompagnement de Gabi. Nous reprenons une date de rendez-vous à la fin des vacances scolaires, deux mois plus tard.

ENTRETIEN 7

Gabi arrive seul pour ce septième entretien. Il explique qu'il va très bien, les vacances se sont très bien passées. Il semble heureux, en disant qu'il est toujours avec sa petite-amie.

Il est parti pour des vacances avec son frère cadet, ses parents et sa famille maternelle. Il raconte ce voyage à l'étranger, ses visites culturelles et il me dit : « ça va mieux avec ma mère » en référence au dernier entretien. Je lui demande alors comment cela va avec son père, il répond que la relation est tendue. Je lui rappelle alors cette phrase qu'il a eu envers son père

la dernière fois : « je suis comme Papa, je ne montre pas mes sentiments, je fais mon Staline ». Il sourit à cette évocation. D'après Gabi, son père ne montre jamais ses sentiments, comme lors des vacances : « à aucun moment il a montré son contentement, d'être là avec nous », dit-il. Gabi semble inquiet de cette situation.

Je lui demande s'il en connaît la raison, quel sens cela a pour lui. Il répond que son grand-père paternel a été en prison pour braquage, et son père a donc passé une partie de son enfance et de son adolescence sans son père. J'avance alors une question : comment montrer ses sentiments lorsqu'on a peur de perdre quelqu'un ?

Il n'est pas facile pour Gabi d'exprimer ce qu'il ressent puisque son père ne le fait pas. Il évoque un événement qui lui a fait "peur" : durant ses vacances, sa petite amie l'a appelé en lui avouant qu'il s'était passé quelque chose avec un autre garçon. Gabi s'est donc mis en colère et a raccroché. Mais il n'a rien ressenti : « c'était bizarre, il ne se passait rien en moi. Cette nouvelle ne me faisait rien, j'ai eu peur car j'ai cru que j'étais devenu comme mon père! ».

Cependant, ils se sont réconciliés, ils ont rencontré les familles respectives récemment. « C'était important pour moi car c'est ma première vraie copine, et que ce serait plus pratique d'aller chez elle et elle chez moi ». Je lui demande alors ce qu'il ressent : « je suis heureux, je l'aime », dit-il. Il évoque la différence d'âge entre eux, et son désir pour elle.

Il revient sur son rêve, où quelqu'un lui coupait la jambe, qu'il ne ressentait rien et que la personne partait brusquement. Ce rêve exprime-t-il l'angoisse de castration réactivée chez le jeune patient ?

Je lui demande des nouvelles de son frère. Il me dit que son frère aîné est devenu fou, qu'il a été hospitalisé et que maintenant il va devoir aller faire une thérapie familiale avec ses parents et Paul, mais il n'en a pas envie. Il dit n'avoir rien ressenti, il se demande si son frère "n'en fait pas trop". Je dis qu'il ce serait intéressant d'y aller et pour exprimer ses émotions quant à ce frère, ce qu'il a exprimé la dernière fois en entretien. Il prend un air dubitatif.

J'invite sa mère à nous rejoindre. Elle dit que cela va bien mieux avec son fils. Ils partagent plus de choses ensemble depuis le dernier entretien, elle ne pensait pas que ce qu'elle dirait aurait autant d'impact. Elle évoque ce qu'il se passe pour Paul, elle me demande ce que je pense de la consultation familiale, je lui dis que ça semble intéressant pour leur famille, Paul et même Gabi. L'adolescent ne se sent pas capable de parler...Je rappelle la suite de son

accompagnement individuel ici quoiqu'il en soit, Gabi et sa mère semblent d'accord. Nous prévoyons un entretien trois semaines plus tard.

ENTRETIEN 8

Cet entretien débute par un « cela va très bien » : le lycée, les relations avec les autres. L'option qu'il a prise semble lui convenir « le professeur est intéressant et très sympa ». Gabi semble en confiance, même s'il avoue qu'il avait un peu peur au départ. Je lui demande comment il a géré cette peur. Cela ne l'a pas paralysé ou angoissé, il y est allé et s'est jeté à l'eau. J'observe l'évolution de Gabi depuis notre rencontre, il n'hésite plus à investir des objets externes. Dans la première partie de cet entretien, il bouge beaucoup les jambes, se touche les yeux comme lors des premiers instants de chaque entretien (il met son doigt sur l'angle interne de sa paupière et appuie dessus). Cette excitation manifeste est-elle en lien avec les éléments qu'il amène dans les entretiens ? Je ne peux m'empêcher de penser à sa famille, et ce qui a été évoqué dernièrement.

Gabi raconte une fête, récemment organisée avec son père, ils ont pu investir la maison de famille pour y organiser une fête. Il y a retrouvé ses amis d'enfance, les enfants des meilleurs amis de son père. Des fois, il aimerait faire ce que Julien et d'autres personnes plus âgées font. Ils se sent prêt mais n'a pas l'âge pour le faire. Il sent qu'il a beaucoup grandi cette année, qu'il y a un décalage avec la période encore récente où sa mère l'appelait « bébé ». J'évoque l'adolescence comme une période d'entre deux où on a envie de faire de nouvelles choses, mais qu'il est bien aussi parfois, de garder une sorte d'insouciance et de pouvoir compter sur ses parents, notamment au niveau des responsabilités.

Puis, je reviens sur cette phrase qu'il a dit en comparant son père avec Staline : il me dit que c'est toujours pareil avec son père, qu'il est comme cela même avec sa mère. Il évoque alors une scène de dispute entre sa mère et son père, où celle-ci lança : « de toute façon c'est toujours pareil, tu n'exprimes rien ! » Mais Gabi tempère : ils partent se coucher et le lendemain, ils sont réconciliés. Gabi a peur de devenir comme son père. Il ne peut pas compter sur lui pour prendre exemple et exprimer ce qu'il ressent, il en parle souvent avec Julien, son frère qui est pour lui son modèle. Je fais alors l'hypothèse que cela a dû être difficile pour Paul, l'aîné, de ne pouvoir avoir son père comme modèle identificatoire, et peut

être que fragilisé, il n'a pu porter l'extrême investissement de Gabi. Gabi est pensif, dans une posture semi-allongée (jambes allongées vers le sol).

Je l'interroge sur cette posture, il répond alors que c'est peut-être ça, car son père a toujours été comme ça, et que c'est vrai que Paul est fragile : il est entré dans une nouvelle formation à la rentrée, et quand il revient à la maison, il s'enferme dans sa chambre. Je remarque alors qu'il est sorti de son hospitalisation et demande de ses nouvelles : « il n'y est pas resté longtemps, et mes parents ne sont pas allés à la consultation familiale conseillée par les médecins, ce qui m'arrangeait personnellement ». Gabi, qui est en "rupture" avec son frère depuis plus d'un an, est toutefois à l'écoute de ce qu'il se passe dans la vie de son frère. Il est ainsi le messager jusqu'à l'espace de l'entretien. Je lui propose d'aller plus loin en évoquant de nouveau ses rêves : des scènes où il est coupé d'une partie de lui-même par un autre, et où il ne ressent rien. Or, perdre un frère c'est aussi se couper d'une partie de soi et de son histoire. Il réagit : « pourtant dans la réalité, je n'y pense pas, mais dans mes rêves, il y a toujours cette coupure ».

Ayant dit précédemment qu'il ne se rappelait plus avoir rêvé récemment, la mémoire lui revient alors : "j'ai cassé mon portable, on m'en a prêté un et j'ai rêvé que j'arrivais tout seul dans une gare où tout était blanc. On m'a prêté un portable mais un homme à un guichet souhaite me l'échanger contre un portable très beau, un qu'on a quand on est adulte. Et là, je me rends compte que je ne peux pas l'attraper, c'est comme si je n'avais pas de prise sur cet objet. Au bout de trois tentatives, je me suis réveillé". Je lui demande ce qu'il en pense. Il me répond qu'il ne comprend pas le sens de ce rêve, rêve connecté avec la réalité de ce prêt de portable.

Je mets alors en avant la façon dont les choses d'adultes lui paraissent inatteignables par moment, comme pour la sexualité avec sa petite amie. Il répond d'une petite voix qu'il n'est plus avec elle, qu'il l'a quittée pour se protéger de la distance et de cette année où il ne pourra pas vraiment investir cette relation. Je rapproche alors cette situation de ses rêves, mais aussi de sa rupture avec Paul, une séparation nette, pour ne pas souffrir devant le désinvestissement de ce frère. Il regarde le sol, pensif. Je lui propose d'en rester là pour aujourd'hui et d'en rediscuter la prochaine fois. Nous prenons rendez-vous un mois plus tard.

Peu avant notre prochain rendez-vous, le père de Gabi m'écrit et me prévient que son fils est malade : il a développé une infection urinaire, il ne peut donc pas honorer le rendez-vous, nous reportons au mois suivant. Je m'interroge quant à l'émergence de ce qui « met à plat » le jeune patient, et qui s'exprime une nouvelle fois par la voie du corps.

ENTRETIEN 9

Gabi vient seul pour cet entretien. En lui demandant de ses nouvelles, il répond : « ça va, ça va ». Il a une petite voix, je lui exprime alors mon impression (que je ressens un petit « ça va »). Il se touche beaucoup le coin interne de l'œil gauche, enfonçant son doigt dans sa paupière. En l'observant, me vient l'image d'un bébé qui se frotte les yeux avec ses poings. Il répond qu'il a été malade dernièrement, une douleur au ventre qu'il ressentait depuis trois semaines.

Les médecins qu'ils ont consultés pensaient au départ à des calculs rénaux ou une infection urinaire, mais la douleur ne passant pas, le diagnostic fut finalement en faveur d'une appendicite. Il a donc été opéré au bout de quelques jours. Je lui demande comment il a vécu cet événement, ce qu'il a ressenti durant cette période : « j'avais peur, surtout à l'idée de me faire opérer. C'était la première fois, je ne savais pas comment cela allait se passer. Finalement ça a été et je suis sorti au bout de quelques jours ». Il ajoute qu'il récupère progressivement.

Il revient sur sa relation amoureuse. Il me dit qu'après notre dernier entretien, ils se sont finalement remis ensemble. Il dit : « on s'était dit qu'on irait plus loin. Nous nous sommes vus un après-midi, elle m'a dit qu'elle était prête. Je suis resté avec elle jusqu'au soir, on a discuté. Puis ensuite, on est rentré chacun chez soi, et elle m'a écrit : « de toute façon je suis ta pute », et je lui ai demandé alors si elle était sérieuse. Elle s'est excusée d'avoir dit ça, mais j'étais déjà en colère. Je n'ai pas compris, car j'ai toujours été sincère avec elle. Ça fait mal ». J'entends en effet que Gabi a été blessé, après ce moment d'intimité et de partage et découverte de soi et de l'autre. Je lui dis : « c'est violent ce qu'elle t'a dit, et de façon indirecte », mettant l'accent sur leur dispute et sur le sms. Il répond qu'il a été surpris, et qu'il ne comprend pas ce qu'elle a voulu dire. Il a donc décidé d'arrêter cette histoire avec elle : « elle m'a blessé, je ne retiens que ça, comme si les sentiments n'étaient plus là, seulement la colère ». Il se sent trahi. Je lui demande s'il en a parlé avec quelqu'un, il répond qu'à une

personne, sa meilleure amie, qui n'a pas compris non plus la réaction de la petite amie de Gabi. Il me dit que cela lui a fait du bien d'en parler avec elle.

Je lui demande ensuite comment cela se passe chez lui. Il répond qu'il s'est passé quelque chose : un week-end où ses parents n'étaient pas là, il a fait une « bêtise ». Et quelques jours plus tard, son grand frère Paul en a parlé à table : « ça m'a énervé qu'il raconte tout, alors que plusieurs fois il en a fait et je n'ai rien dit. Il m'a ensuite insulté, le ton est monté, je suis allé le voir et je lui ai dit que je voulais qu'il meure, qu'il disparaisse de ma vie. Mon frère Julien et nos parents nous ont séparé, et je suis parti dans ma chambre et je me suis enfermé ». J'exprime le fait qu'il a dû se sentir provoqué. « Je ne comprends pas pourquoi il s'est attaqué à moi », confie-t-il.

L'adolescent revient alors sur la période où Paul fut hospitalisé et où il « aurait craqué » en pleurant et en disant que Gabi lui manquait. Cet élément a été rapporté par leur mère. Il ne comprend pas pourquoi son frère réagit comme ça, je lui renvoie alors le fait que manifestement, Gabi ne lui est pas indifférent, et j'avance l'idée selon laquelle c'est peut-être aussi le cas pour lui, Gabi est peut-être aussi sensible à ce qu'il se passe entre eux deux.

Il me répond : « C'était mon frère, mais je n'aimais pas son manque de respect, notamment auprès de ma mère. Le pire c'est lorsqu'il a pris son appartement, et que pour un oui ou pour un non ma mère lui donnait de l'argent. Je n'aimais pas le fait qu'il se serve d'elle, comment peut-on se servir de sa mère ? Alors je m'énervais, mais Julien venait me voir en me disant de ne pas m'en mêler, jusqu'au jour où c'est allé trop loin et où j'ai dit « stop ». Julien lui parle, je ne suis pas jaloux de leur relation car Julien me parle aussi, mais il arrive à pas se mêler des affaires de mon frère, contrairement à moi ».

Je nomme le fait que Gabi a été dans une position de protection vis à vis de sa mère, comme si Paul pouvait lui faire du mal. Je lui demande alors si son père et sa mère ont des frères et sœurs. Il me répond que son père a une sœur, avec qui il fut fâché à un moment, il ne sait pas pourquoi, puis un jour ils se sont vus et se sont retrouvés. Il n'ose pas poser des questions à son père sur son histoire et sur les autres générations. Du côté de sa mère, il a un oncle et une tante qu'il voit lorsqu'ils partent en vacances. Il voit souvent ses grands-parents maternels qui habitent près de chez eux.

Pour les grands-parents paternels, il dit ne pas voir souvent son grand-père (une fois par an) : « ma mère dit qu'il est un peu fou, mais moi, il me fait rigoler, et on a appris à se voir qu'une fois par an ». Gabi semble à l'aise dans sa famille, ayant trouvé sa place dans celle-ci. Toutefois, quelques pans de son histoire familiale (au sens large) restent flous, imprécis, comme des non-dits. Par conséquent, Gabi ne semble pas vouloir s'autoriser à en parler, tant cela pourrait être « verrouillé » ou cela viendrait « réveiller » des souffrances chez ses proches. Il me vient une impression de vide autour de nous, une solitude qui s'exprime lors des difficultés qu'il vit, à travers la maladie ou la romance. L'appendicite l'a ainsi amené à la passivité, une fois de plus, comme un aménagement pour penser le lien et la rencontre avec l'autre ?

Je parle une nouvelle fois de l'agenda du sommeil. Il me répond qu'il a encore « perdu le papier », mais qu'il se rappelle toutefois avoir fait un cauchemar dans la nuit de notre dernier entretien. Il me raconte cette scène de rêve : il est dans un bâtiment, deux personnes armées sont à sa recherche. Il se cache derrière une porte et attend qu'on vienne l'aider. Il aperçoit alors une silhouette dans l'ombre, qui passe devant lui.

Désespéré, il observe alors une seconde personne passer près de lui ; il s'agit de Julien, et son appel est alors entendu par lui et il réussit à s'échapper avec lui : « Julien me sauve ». Je lui demande alors ce qu'il pense de ce rêve : « Ben, pour moi, la silhouette dans l'ombre c'est mon frère, c'est Paul. Il n'entend pas mon appel, il passe sans m'aider. C'est Julien qui me sauve. J'ai pensé et repensé à ce rêve, pourtant je ne pense pas à Paul dans la réalité, mais pourtant dans mes rêves ça m'arrive », dit-il.

Je lui renvoie alors le fait qu'il existe quelque-chose entre eux deux, le lien et le conflit s'expriment à travers ses rêves, son inconscient. Ce rêve image en quelque sorte la scène dans laquelle Gabi s'est retrouvé, comment il a peut-être interprété les choses et les rôles de Julien et de Paul. Je lui signifie que la fin de la séance arrive. Il me dit alors : « ça fait déjà une heure ? » et je lui dis que cela fait déjà plus de trois-quarts d'heures, que les entretiens durent environ trois-quarts d'heures. Gabi semble surpris : « c'est vraiment passé vite ». Avec son père qui nous rejoint, nous programmons de nous revoir dans trois semaines.

Dans l'après-coup de cet entretien, je note que Gabi était beaucoup plus participatif durant l'entretien, il associait, parlait de sa famille, revenant toujours sur son conflit avec Paul et sur ses rêves dans lesquels il exprime ce qu'il ne semble pas s'autoriser à penser dans la réalité. Il

met en scène ce qu'il ressent, rejoue la scène de la séparation d'avec son frère. Je note également que c'est la première fois qu'il dit depuis notre rencontre « c'est mon frère » et non plus « c'était ». Le récit du rêve permet-il de marquer la filiation ? Je sens également Gabi plus relié à ses affects.

ENTRETIEN 10

Gabi vient seul. Il s'assied et dit : « ça fait combien de temps qu'on ne s'est pas vu ? J'ai l'impression que ça fait juste une ou deux semaines ! ». Je lui demande pourquoi il a cette impression-là : « c'est passé vite, puis en ce moment ça va, je n'ai pas beaucoup de cours ». Il me dit qu'il a eu son conseil de classe, il a actuellement la moyenne ce qui ne convient pas à son père qui dit qu'il pourrait faire plus. Il se pose des questions sur son avenir, ne sachant pas ce qu'il veut faire. Toutefois, sa première option lui plaît. Il ajoute qu'il va essayer d'augmenter ses notes et de se "stabiliser en fin d'année". Il semble nerveux, se touche la paupière interne avec son doigt.

Il revient aussi sur quelque chose qui l'a étonné : il a réussi à réduire considérablement sa consommation de cigarette. Il en prend que si on lui en propose, "comme un plaisir" : "je me suis fait la réflexion la dernière fois". Il associe alors sur ses "colères", qui sont parties depuis la fin de la semaine dernière : "je ressentais une colère au fond de moi, tous les soirs avant de m'endormir. Je ne sais pas d'où elle vient, mais depuis vendredi dernier, je ne la ressens plus. J'ai essayé de comprendre ce qui avait changé mais je n'ai rien trouvé." Gabi, attentif à ses affects, ressent donc un changement interne.

Il a des choses à me dire sur ses rêves. D'ailleurs, il fait souvent des rêves où il "est là, il est conscient" la veille de nos entretiens. Il y a deux-trois mois, avant notre entretien, il avait rêvé d'être attaqué dans un rêve lucide, où il demandait de l'aide. Une personne dans l'ombre ne s'était pas arrêtée pour le sauver, contrairement à son frère cadet, Julien, qui était venu à son secours.

Je profite du retour de Gabi sur ce rêve pour lui faire part d'une parole intrigante lors du dernier entretien : « je t'ai demandé qui était cette personne dans l'ombre selon toi. Tu m'as répondu c'est mon frère. Cette parole au présent, représentative du lien toujours quelque part actif entre vous m'a interrogée, et je te la rapporte donc ». Gabi paraît surpris de cette parole,

il ne s'en rappelle pas : « je l'appelle toujours l'autre ou je dis c'était mon frère » dit-il. Il associe sur deux rêves qu'il a fait avant de venir, dont le premier est : « j'ai un verre d'eau et je suis avec ma cousine dans une pièce. Je suis embêté avec ce verre, je souhaiterais le poser, mais lorsque j'essaie, la table se dérobe. C'est comme s'il y avait des ressorts dans la table. Ma cousine me montre comment faire. Je réessaie mais n'y arrive pas ».

Je lui demande si ce rêve a du sens pour lui. Il répond : « j'ai un poids en moi et je n'arrive pas à le sortir, à le poser quelque part ». Je lui demande s'il a quelque chose à me dire. Il répond que non, il a confiance en moi. Il est très ému, parle d'une petite voix. Je me sens émue à mon tour. Il dit que ce poids en lui est sûrement en rapport avec Paul. Nous associons sur ces tables qui ne tiennent pas : « on ne peut pas compter sur elles », « c'est risqué » et pour le verre d'eau, « c'est une chose délicate...il peut y en avoir partout », et enfin « le verre c'est coupant ». Gabi enchaine en disant : « pourtant, j'ai toujours cette haine envers lui (il serre ses poings fortement) ». Je lui réponds que comme l'amour, la haine est un sentiment qui lie une personne à une autre. Gabi cherche à comprendre. De mon côté, je pense à cette cousine qui lui montre comment faire, est-ce lié au travail de guidance que je fais avec lui, alors projeté dans son rêve ?

Face à l'émotion de Gabi (qui recule de plus en plus la chaise jusqu'à être bloqué par le bureau et l'ordinateur), je lui propose de parler du second rêve, fait d'après lui avant notre entretien d'il y a un mois. Il marche en direction de la gare, puis en face de la gare, il arrive à un vivarium où il y a des alligators, mais aussi des serpents. Il entre dans ce vivarium, assez curieux de voir les animaux.

Il s'arrête un moment et sort de son rêve pour me confier sa peur des serpents. Selon lui, c'est à l'âge de 6/7ans qu'il a vu des serpents dans un seau, la tête coupée de leur corps. Ce souvenir me fait associer sur sa présentation au début de notre rencontre « coupé de ses émotions », « ne ressentant rien », mais aussi sur ses premiers rêves où certaines parties de son corps étaient coupées. Puis il ajoute que quelques années plus tard, son père l'a appelé car il avait trouvé à côté de leur maison, dans le mur de pierres, une couleuvre. Son père a donc voulu la tuer, et Gabi s'est réfugié dans la maison, cette exécution lui faisant de la peine.

Il dit encore que cette peur est presque une phobie : « je me recroqueville à chaque émission sur le sujet, en faisant attention que mes pieds ne touchent pas le sol ». Puis il revient sur son

rêve. Il entre dans une pièce, des serpents sortent d'un seau et le prennent par surprise derrière lui. Il appelle à l'aide un gardien. Celui-ci arrive pour l'aider mais il ne l'aide pas, car il lui jette les serpents sur lui. Je lui dis alors : « cela devait être difficile pour toi ». Il dit qu'il pleurait dans son rêve, recroquevillé dans un coin. Il précise que dans ce rêve, il était « hors de lui », comme si son esprit jouait une scène. Lui immobile, regarde la scène.

Après la fin de son rêve, il est resté prostré dans un coin de son lit, très affecté par ce rêve. C'est dans un second temps, dans l'après-coup qu'il a voulu comprendre ce rêve : « le gardien c'est comme Paul, il ne m'aide pas, il fait même pire que de ne pas m'aider ». Il confie qu'il a eu de la peine pour son grand frère lorsqu'il a su qu'il a avait craqué lors de son hospitalisation, même s'il ne l'a pas montré à sa mère quand il lui a dit. Mais il ne comprend toujours pas pourquoi il le pique comme ça. Je lui dis à nouveau que sûrement son frère n'est pas adroit dans son comportement, mais peut être qu'il le provoque pour que Gabi fasse attention à lui.

J'exprime aussi qu'il est encore question encore d'un appel à l'aide qui n'est pas entendu. Je lui propose de s'arrêter là, et demande à sa mère de nous rejoindre pour programmer un prochain entretien. En arrivant elle me dit qu'il fait super froid à l'intérieur du bureau. J'ai en effet arrêté le chauffage avant l'entretien car il faisait chaud à l'intérieur, mais je n'ai pas ressenti le froid, tout comme Gabi semble-t-il. Nous programmons un nouvel entretien un mois plus tard.

Gabi fait preuve de réflexivité, notamment concernant ses rêves. Je n'interviens que très peu, tant il s'approprie l'espace de parole et associe librement.

ENTRETIEN 11

Gabi vient seul pour ce onzième entretien. Il se met en arrière sur sa chaise, en se balançant, et revient sur son sms qu'il m'a envoyé dix jours plus tôt. Il me dit qu'il a parlé de ce qu'il ressentait avec Julien, avant de conclure qui lui faudrait un peu plus de temps. « Je suis toujours perdu », précise-t-il. Je lui demande en quoi il est perdu. Il répond : « je ne sais pas si j'ai envie d'être avec elle, car j'ai peur de perdre ma liberté, de ne plus voir mes amis. Et en même temps, quand on s'est séparé elle me manquait, car je pense être attaché à elle. Mais elle est possessive alors je n'arrive pas à gérer mon temps ».

Gabi semble ambivalent, tiraillé entre le désir de s'émanciper et de vivre sa vie de jeune homme. Pour lui, il est difficile d'envisager les deux en même temps et de trouver un équilibre.

Il revient sur les vacances, elles se sont bien passées. Ils ont visité la famille et il a eu le sentiment de « retrouver » son père. Et pour le nouvel an, il est allé faire la fête avec ses amis. « C'était parfait » dit-il, précisant qu'il aime ces moments où il est libre et où il fait sa vie : « je prends de plus en plus mon indépendance, et comme les notes ça va mieux, mes parents acceptent que je sorte ».

Gabi associe sur ses rêves, qu'il fait toujours le soir d'après l'entretien et où il est conscient. La fois dernière, il a rêvé qu'il rentrait dans un grand manoir avec un ami et qu'il y avait un monstre. Il dit « j'arrive après le monstre et il y a une lutte. Mais mon ami (dont il ne voit pas le visage) est emprisonné et je me retrouve seul pour me battre contre le monstre ». « Cette fois, dit-il, j'ai fini par le tuer ! Je n'étais pas soumis comme les autres fois ». Il ajoute y avoir beaucoup pensé et identifie le monstre comme étant Paul, et dit qu'il se retrouve toujours seul dans ces rêves : « c'est une affaire entre lui et moi », précise-t-il. Il dit qu'il ne comprend pas pourquoi il fait ces rêves, alors que dans la réalité, il ne se passe rien.

Je lui demande s'il a déjà souhaité que son frère disparaisse : « oui je l'ai pensé, pas que ce soit moi qui le fasse disparaître mais qu'il ne soit plus là, qu'il soit mort ».

Il associe sur un autre rêve qu'il a fait il y a plusieurs mois (lorsqu'il a commencé à faire des rêves lucides) dans lequel il était en haut d'une colline, dans une sorte de bulle. Il descend de la colline sur un chemin, mais ne prend pas le chemin "classique", il en prend un autre. Il arrive à une petite maison et découvre en entrant une femme séquestrée, manifestement torturée. Il se doute alors qu'il y a un bourreau, un monstre dans cette maison.

Celui-ci arrive, et Gabi me précise que la jeune femme "disparaît", laissant alors Gabi seul avec le monstre. Il aperçoit alors un policier qui arrive (la figure de Julien pour Gabi), et tous deux arrivent à maîtriser le monstre. Du bourreau, il passe alors en position de victime des tortures de l'adolescent et du policier : « on a fait un pacte que cela resterait un secret entre nous » dit-il. Je lui demande ce qu'il peut penser de ce rêve.

Il répond qu'il ne sait pas mais a repensé à ce rêve, lorsqu'il a pensé au caractère actif du premier. Il a donc fait il y a quelques mois, un rêve où il avait fait du mal, punit le monstre et où il était actif, aidé par un autre personnage.

"On est toujours trois" dit-il, en analysant ses derniers rêves. Rappelant alors la figure de tiers du dispositif psychologique ? Il exprime que son frère est toujours présent dans ses rêves. Je reprends l'idée du côté actif dans son rêve, d'un retournement de situation où il reprendrait la main sur la situation et blesserait à nouveau ce monstre. Je ressens comme une quête dans ses rêves, où il semble vouloir arrêter ce qui le fait souffrir. Contrairement à sa relation avec son frère qui n'a pas bougé dans la réalité, il a retrouvé son père depuis quelques temps.

Puis il associe sur ses relations amoureuses, il n'a jamais eu des relations faciles. Il précise avoir toujours eu la crainte d'être abandonné, qu'on le rejette. J'associe cette crainte avec l'histoire de Gabi avec son père et son frère. Il répond : « pourquoi je n'ai jamais pleuré pour une fille ? Ça me fait peur d'avoir des réactions comme mon père ».

Cette seconde peur est toujours palpable chez Gabi, peur de ne pas montrer ses sentiments, de "trop ressembler" à son père. Je lui renvoie que les difficultés des parents, grands-parents, peuvent parfois se réveiller dans la vie des enfants et petits-enfants. Il dit alors qu'il n'ose pas parler de son histoire et de celle des anciens avec son père, cependant il a une tante avec qui il s'entend bien, donc il pense pouvoir lui poser des questions.

J'invite son père à nous rejoindre. Il s'installe et dit que son fils va mieux, mais qu'ils ne se concentrent pas sur leur travail. Je remarque le "ils" marquant la fratrie. Pour lui, Gabi ne fait pas d'efforts. Gabi tente de se justifier : « dimanche j'étais dehors toute l'après-midi ». Son père insiste pour me le dire et en interrogeant l'effet de la tablette sur le sommeil de son fils. Puis, il "temporise" en disant que cela va mieux entre eux, ils se sont rapprochés. Il regarde Gabi et dit : « enfin, je crois », ce à quoi Gabi confirme : « c'est ce que j'ai dit plus tôt ». Puis il reprend : « je crois qu'il m'a fallu trois fils pour avoir l'impression de gérer ma fonction de père durant leur adolescence ». L'entretien se termine et nous prenons rendez-vous un mois plus tard.

ENTRETIEN 12

Gabi vient seul pour ce douzième entretien. Il a amené ses deux agendas du sommeil (de l'avant dernier entretien et du dernier entretien). Je l'accueille et lui demande comment il va. Il

me répond « ça va » en me donnant les agendas et j'aperçois en les lisant qu'il les a réalisés lui-même. Je vois aussi le mot « cauchemar » caractérisant la nuit après notre dernier entretien.

Je lui demande alors quel est ce cauchemar et il évoque qu'il a rêvé de Paul (son frère aîné), qui avait trouvé la mort dans un accident de voiture. Il se souvient qu'il était très triste, il pleurait et regrettait de ne pas lui avoir dit ce qu'il avait sur le cœur. Il me raconte ce rêve. Et il est ému. Il s'est alors réveillé à 4/5h du matin et n'as pas réussi à retrouver le sommeil. Il ne comprend pas pourquoi il a fait ce cauchemar.

Puis, il raconte qu'il a fait un rêve répétitif dans lequel il est énervé dans sa chambre, il sort, saisit un objet et part pour assommer son frère. A cette action, il ressent alors un gros soulagement. Il ne comprend pas pourquoi il fait ces rêves et se demande s'il ne devient pas fou. Gabi, très ému, me regarde intensément. Je tente de soutenir son regard, malgré la violence de la scène que je viens d'écouter.

J'essaie d'accueillir ces éléments, restés jusque-là sans mise en mots de la part de l'adolescent. Je sens Gabi faire de grands pas. Je lui demande ce qu'il entend comme différence entre « cauchemar » et « rêve » ? Il différencie cependant le cauchemar et le rêve par les sentiments qu'il peut ressentir (tristesse, regret et soulagement) et l'effet qu'il peut exercer sur ces situations. Après ces deux rêves qui se sont répétés, il a réussi à se rendormir.

Je lui renvoie alors son interrogation du dernier entretien : pourquoi ces rêves, alors que dans la réalité rien n'évolue ? Il me dit qu'il ne comprend toujours pas ses rêves. Je lui expose le fait que depuis quelques temps, il est davantage actif dans ses rêves, il ne "subit" plus la situation. Dans ses rêves, c'est une affaire entre lui et son frère.

Le mot "secret" a été prononcé, il ne pense pas qu'ils ont partagé un secret ensemble. Il dit alors : « si je lui pardonnais, je ne sais pas ce qu'il se passerait ». Pour lui, c'est une situation impossible car il ne supporte pas son frère. Il se reprend en disant qu'il ne souhaite pas spécialement qu'il meurt, mais plutôt qu'il aimerait ne plus le voir. Je reprends son rêve de la "bulle" et lui demande d'essayer de comprendre quelles figures il a mis en scène dans son rêve. Je pense à cette femme qui a été malmenée par ce monstre...

Gabi m'évoque sa mère, comme prise au piège du jeu de son fils. L'adolescent m'évoque ce sentiment "qu'il a toujours éprouvé", d'être moins aimé par sa mère que Paul. En effet selon lui, il avait davantage besoin d'attention, mais Paul semblait abuser de la confiance maternelle

et familiale. Gabi évoque la fois où sa mère et lui sont passés voir Paul à son travail de l'époque, et qu'un ancien collègue avait reconnu qu'il était parti depuis déjà un mois. Je reprends à ce moment-là l'idée d'avoir été dupé, mais en disant que finalement, même Gabi ne pouvait pas compter sur lui et sur ce qu'il disait à cette époque. Celui-ci pense qu'il s'agit davantage de sa mère : « de toute façon si Paul avait voulu, il serait parti avec ma mère en laissant mon père, Julien et moi seuls ».

J'imagine alors le père n'ayant pas eu beaucoup d'autorité à un moment donné, ce qu'il a évoqué lors du dernier entretien, en disant que son rôle paternel avait été compliqué à incarner. Je lui demande ce que pensait son père : « si ça avait tenu qu'à lui, il aurait dit à Paul de se débrouiller seul et de ne pas revenir à la maison ». Il me dit qu'il a eu deux camps qui se sont constitués Paul et sa mère, d'un côté, et son père et Gabi de l'autre.

Il me dit : « mon frère cadet il est neutre » (je pense alors au policier dans le rêve de la bulle qui l'accompagne mais ne l'aide pas dans le combat avec le monstre). Cette parole rejoint la difficulté à me représenter ce frère, notamment dans les premiers entretiens où il était très peu cité. Il souhaiterait surpasser cette histoire, faire comme Julien, qui a su passer à autre chose.

Gabi souhaiterait parler à Julien, lui demander comment il a vécu cette période. Il confie qu'il a peur de lui en parler, peur d'être rejeté et qu'il l'abandonne (comme Paul a pu faire ?). Il commence à pleurer. Je me lève pour lui donner un mouchoir qu'il prend pour sécher ses larmes, il s'excuse et je réponds qu'il n'a pas à s'excuser, que c'est bien que cette émotion sorte. Peut-être que cette émotion est liée à tout ce que l'on s'est dit aujourd'hui, des choses difficiles à dire et à exprimer mais qu'il arrive à faire.

Je lui conseille de suivre son désir d'aller parler à son frère, de le questionner sur cette période et cette histoire, pour arriver à y mettre du sens. Je mets fin à l'entretien et Gabi demande à me revoir rapidement, c'est à dire dans trois semaines, ce que nous programmons. J'ai senti que Gabi arrivait vraiment à s'approprier le cadre et avancer énormément dans cet accompagnement que je lui propose. J'ai ressenti pour la deuxième fois quelques-unes de mes résistances à pouvoir accueillir aussi ce qu'il pouvait ressentir au plus profond de lui.

ENTRETIEN 13

Gabi vient seul pour cet entretien. Il me dit que depuis trois semaines il se sent triste. Il dit que le dernier entretien l'a beaucoup perturbé, et en rentrant, ses parents l'ont trouvé triste. Ils lui ont demandé si ça allait, si cela avait avoir avec notre dernier entretien, mais Gabi n'a pas vraiment expliqué, confirmant seulement que le rendez-vous avait bien eu lieu. Je lui réponds que parfois on est triste parce qu'on réalise et on prend conscience de choses dans la réalité (écart entre idéal et réalité qui peut "déprimer").

Dernièrement, j'ai observé qu'il avait beaucoup avancé dans la mise en sens de son histoire. Il me dit qu'il le ressent aussi, même s'il n'arrive pas à parler à son frère. Il en ressent le besoin pourtant, mais exprime qu'il est bloqué par la peur : « s'il me rejette je ne le supporterai pas », dit-il. Je lui demande alors de réfléchir à cette peur, en quoi cela consiste pour lui. Il me répond qu'il a peur que Julien le prenne mal, qu'il lui dise comme certaines fois : « c'est toi qui a décidé de ne plus lui parler alors tu assumes maintenant ». Ainsi, il ne sait pas comment pourrait être la réaction de Julien. Je le questionne sur la pertinence de l'avis de son frère. Est-ce vraiment lui qui a décidé de rompre le lien avec son frère ?

Il répond que Paul avait fait des actions qui l'énervaient auparavant. Je reprends en essayant de redonner le contexte : en effet Paul avait déjà trahi la confiance de ses parents mais aussi de Gabi (comme dans l'exemple évoqué précédemment). Peut-être que le fait que Gabi ne puisse compter sur son frère et protéger sa mère (comme dans le rêve de la « bulle ») fut trop insupportable pour lui. Et finalement, après ces agirs Gabi aurait simplement mis des mots sur cette relation trop décevante, et douloureuse en disant qu'il s'arrêterait là.

Je reprends alors cette peur vis à vis de Julien, peur d'un abandon qui rappelle finalement l'abandon de Paul, qui n'a pu, pour des raisons qui lui sont propres, soutenir une relation avec son petit frère.

Mais je tente d'associer quant à ces nouveaux éléments. Finalement cette question de l'abandon, de la perte, de la séparation non symbolisée est ancienne, et fait trace dans l'histoire familiale. Je parle aussi de ce père qui n'a pas grandi avec un père lui-même, que l'on observe finalement de la répétition dans les modalités de liens familiaux. Il lâche alors : « on a ça en commun avec mon père : il a été abandonné par son père comme j'ai été abandonné par mon

frère ». Cette phrase lancée comme une bombe me fait prendre une nouvelle fois conscience combien Gabi identifie les failles familiales, les fragilités inscrites dans les liens autour de la question de la séparation et de la perte, perte encore irréprésentable pour Gabi, lorsque je l'ai rencontré (comme son ami jumeau qu'il avait peur de perdre au sens de le perdre pour toujours). Je formule alors la question de sa construction d'identité en cours, et de son besoin de comprendre son histoire au sens large, d'en retirer le sens pour avancer. Cette recherche était d'ailleurs déjà très active lorsqu'il me faisait part il y a quelques mois de ses rêves lucides. Il associe aussi sur des choses dont il a pris conscience au niveau des cours, des choses qu'il ne fait pas bien : ne pas travailler. « Mais quand je me mets au travail, à certains moments je suis pris dans autre chose, je n'arrive pas à me concentrer », précise-t-il.

Il explique qu'il essaie mais il n'arrive pas à se concentrer totalement. Je l'interroge sur ces pensées occupées à autre chose et lui renvoie que peut être qu'il a des choses à régler avant, qu'il est déjà en travail. Gabi semble d'accord avec cette idée. Je propose à son père de nous rejoindre. Il dit que cela va mieux avec son fils, mais qu'il reste insatisfait quant à ses résultats scolaires, il dit que son fils ne se rend pas compte qu'il se ferme actuellement des portes. J'évoque alors ce que vient de me dire Gabi, en reformulant qu'il en prend conscience et que c'est peut-être dans un second temps qu'il agira. Je mets l'accent sur l'importance de se donner du temps. Je m'imagine au même moment, le chat botté qui parcourt de vastes étendues. Gabi a-t-il chaussé lui aussi des bottes de sept lieues ? Il met du sens sur ce qu'il a vécu et analyse son histoire en faisant des liens sur les fragilités et les événements familiaux. Nous programmons un nouvel entretien un mois plus tard.

ENTRETIEN 14

Gabi vient seul à l'entretien. Il semble plus souriant que la dernière fois, mais me dit rapidement que cela ne va pas fort car il a fait le même rêve (rêve répétitif) trois fois par semaine en moyenne. Il dit qu'il en a marre, qu'il ne comprend pas comment cela revient sans cesse. Je lui demande si ce rêve évolue, prend une nouvelle tournure, il répond que non.

Il me dit qu'il ne sait pas s'il existe un lien, mais il y a eu récemment une dispute à la maison entre sa mère et Paul. Sa mère a eu une discussion concernant l'argent que demande Paul, qu'il dépense selon lui « sans compter ». Gabi me dit que Paul ramène tout à lui, ajoutant

qu'il essaie de ne pas s'immiscer dans leur conversation ou conflit. Cela semble cependant le faire souffrir. Il ne comprend pas pourquoi il fait des rêves sur Paul, et lorsque je lui demande s'il pense que Paul pense à lui, il me répond : « peut-être c'est comme s'il avait renoncé à faire quelque chose depuis qu'il a dit que je lui manquais (il s'agit d'une parole rapportée par sa mère lors de son hospitalisation) ». Il ne comprend pas qu'il ne fasse rien comme travail, contrairement à lui, qui aimerait dès que possible être indépendant.

L'adolescent confie que contrairement à ce que voudraient ses parents - qui souhaiteraient qu'il effectue une formation générale au lycée - il aimerait partir en apprentissage, pour « gagner des sous, devenir grand ». Je lui demande pourquoi d'après lui, il a cette envie. Il répond directement : « pour ne pas être comme mon frère, dépendant de mes parents, leur prendre leur argent ». Je lui dis alors que cette raison est une raison en contradiction avec la situation de son frère, une contre-attitude et non pas une envie qui vient de lui, de ce qu'il désire.

Gabi semble soucieux, il n'a pas encore parlé, ni écrit à Julien. Il a pensé à le faire, mais c'est difficile pour lui. Il a peur d'être abandonné par lui, de revivre un nouvel abandon de la part d'un frère. Mais en même temps il a envie et « besoin », me dit-il, de savoir comment il a pu vivre cette histoire. Il est très ému, je lui tends un mouchoir. Il associe à ce moment-là sur le projet qu'a son frère Julien de partir vivre avec sa petite copine, et donc de déménager cet été. Il y pense, mais dit que son frère évoque ce projet sans en réaliser forcément les conséquences. L'adolescent confie : « cela va être dur ».

Je lui demande comment il voit cette séparation à venir. Il dit que cela ne sera plus pareil, qu'il essaiera tant qu'il pourra d'aller chez eux. Je lui dis en effet que ce ne sera plus pareil, mais c'est aussi la vie de partir de la maison familiale, comme lui le fera dans quelques temps aussi. L'on continue à ce moment-là, à revoir ses frères, la famille, de partager des moments ensemble même si on ne vit plus sous le même toit. Je lui propose l'idée selon laquelle il pourrait lui parler de ce qu'il a sur le cœur avant que son frère ne parte.

Il me dit oui, qu'il préférerait lui parler plutôt que de lui écrire. Il aimerait en savoir plus également sur l'histoire de son père, pourquoi il ne montre jamais ses sentiments, comment il a vécu la perte/l'abandon de son père. Il évoque l'association qu'il avait fait la dernière fois : « j'ai été abandonné par mon frère comme mon père fut abandonné par son père ».

Gabi ajoute qu'il aimerait parler à sa grand-mère, car il pense ne pas être prêt pour échanger avec son père. J'évoque alors que celui-ci, derrière sa colère apparente, a déjà commencé à comprendre des choses et à mettre des mots sur la situation familiale et son rôle de père depuis le début de nos entretiens. Tout comme Gabi, qui a compris et mis du sens sur beaucoup de choses depuis plusieurs mois. Il est toujours dans cette quête de sens, à son rythme, et cette recherche pour essayer de se construire. Cette recherche peut être symbolisée dans le rêve répétitif. Nous prévoyons de nous revoir dans trois semaines.

Je suis quelque peu inquiète pour l'adolescent, le fait qu'il semble absorbé par ce rêve, qu'il n'en voit pas l'issue ou l'évolution. Le jeune homme va être confronté à plusieurs séparations (Julien, moi, le lycée), il l'a évoqué spontanément ce qui marque une prise de conscience et un besoin d'en parler, comme si dans le transfert il sentait qu'il fallait l'évoquer pour avancer. J'essaie donc d'axer le travail sur cela pour les prochains et derniers entretiens.

ENTRETIEN 15

Gabi vient seul à l'entretien et me dit que son père nous rejoindra après. Il prend conscience que cela fait du mal à sa mère et répète cette phrase qu'elle leur a partagé il y a quelques temps : "je n'ai pas fait trois enfants pour que deux ne se parlent pas". Je lui demande s'il s'est passé des choses avec Paul dernièrement. Il répond non, puis se ravise en expliquant que celui-ci a eu encore des problèmes d'argent, sa mère découvrant des débits sur son compte bancaire, que son fils ne veut pas expliquer. Il ajoute que Paul a trouvé du travail car sinon son père a dit qu'il devait partir de la maison.

Pour Gabi, il n'y a que le conflit avec Paul qui ne va pas dans sa vie, car pour le reste il trouve qu'il a une belle vie. Je lui demande s'il a pensé à une solution pour sortir de ce problème. Il répond qu'il devrait en parler à "mon frère" (en parlant de Paul). Je remarque la notion de lien fraternel et de reconnaissance dans son discours.

Il continue en disant qu'il n'y arriverait pas : « je ne peux pas le voir ».

Je lui demande s'il a pu parler ou écrire à Julien. Il répond que non, il a essayé un jour ou ils passaient du temps tous les deux, ils discutaient et Gabi a voulu alors engager la discussion sur son frère Paul. Puis il a paniqué à l'idée d'être rejeté par Julien, il ne s'est pas senti bien. Il analyse cela comme la manifestation d'une peur : « j'ai peur de le perdre lui aussi ». Je reviens sur le projet de Julien de partir de la maison. Gabi répond qu'il appréhende cette situation. Il ne veut pas se retrouver seulement avec Paul et explique que jusque-là c'était Julien qui était

entre eux, comme un peu le rôle du tampon, du médiateur. J'en viens alors à supposer qu'il est peut-être temps d'en parler, d'avancer ensemble dans la direction d'un mieux-être pour lui et pour aussi (et par conséquent) sa famille.

Je lui demande s'il accepterait de faire une partie d'entretien prochainement avec sa mère, car finalement sa mère est présente dans les rêves mais aussi dans l'histoire que Gabi partage avec Paul. Il regarde le sol et dit qu'il est d'accord, il souhaiterait pouvoir lui parler et que nous discussions tous les trois. Il me dit qu'il ne se sent pas vraiment prêt. Je lui concède alors que cela s'accélère avec le projet de départ de Julien mais que finalement Gabi a déjà beaucoup avancé et cheminé.

Il me demande alors combien d'entretiens il nous reste dans le suivi. Je lui réponds un ou deux. Gabi réagit en cela en disant qu'il appréhende cette échéance car ça lui fait du bien de parler et de se confier ici. Il souhaiterait continuer ce travail l'an prochain, avec un ou une psychologue plus proche de chez lui. Je lui dis que je vais chercher un(e) confrère/consœur. J'invite le père à nous rejoindre. Je lui propose de programmer nos deux prochains rendez-vous, dont le premier avec si possible la présence de la mère et ensuite la présence des deux parents et Gabi pour le dernier entretien. Il m'indique que oui et me demande comment faire pour la suite car il pense avec sa femme que ce serait bien pour Gabi de continuer un travail. Il me demande si c'est mieux psychiatre ou psychologue, je lui réponds qu'un psychologue clinicien serait le mieux. L'entretien prend fin.

ENTRETIEN 16

Gabi vient accompagné de sa mère. Dans un premier temps, je le reçois seul. Il est anxieux, il me dit : « je ne sais pas comment cela va se passer », comment s'y prendre pour parler avec sa mère.

Je tente de le rassurer en disant que nous parlerons simplement avec elle tout à l'heure, et que pour l'instant je souhaiterais savoir comment il va depuis la dernière fois. Il répond que cela va bien, qu'il est en vacances. Il évoque son apprentissage, il a trouvé un patron pour débiter un apprentissage en cuisine. Il dit avoir hâte et en même temps il appréhende le rythme de travail qu'il va devoir gérer.

Il dit également avoir réfléchi aux raisons qui lui ont donné envie d'être indépendant, mais pense que la cuisine cela lui plaît vraiment. Il dit que ce n'est pas facile de faire ses premiers choix. Il n'est pas très content de devoir aller à l'internat et d'être loin de chez lui : « ça va être difficile de ne plus être avec ses parents ni son frère », il n'est pas très heureux de ce choix de l'internat fait par ses parents, car le lycée professionnel est loin de la maison familiale.

Je lui demande alors des nouvelles quant au départ prévu de son frère. Il me dit que cela n'a pas avancé, que pour l'instant Julien est à la maison. Il a le sourire aux lèvres à ce moment-là, semble être content de garder encore un peu son frère pour lui.

« Je trouve que j'ai une belle vie, dit-il, le seul problème que j'ai, c'est celui avec mon frère. Je souhaiterais avancer et travailler sur ce point, que cela évolue pour moi et n'ait plus de problème ». Je lui renvoie que j'entends que cela reste un point difficile pour lui, mais qu'il est bien qu'il puisse dire qu'il aime sa vie et se fixer l'objectif d'avancer sur ce point-là.

Je lui propose à ce moment-là d'inviter sa mère à nous rejoindre. Il recommence à être très anxieux, il dit qu'il a peur de sa réaction et me redemande comment faire pour lui parler. Je lui propose de l'accompagner dans ce temps, puis ce serait à lui de lui dire les choses, que la parole circule.

Je demande ensuite à la mère de l'adolescent de nous rejoindre. Je lui explique lorsqu'elle est installée que je lui ai demandé de venir car Gabi souhaitait lui parler de Paul et de leur relation à tous les trois. Il essaie actuellement de se remettre en question et de mettre du sens sur ce qu'il s'est passé, c'est pour cela qu'il cherche à savoir comment sa mère a vécu ces moments difficiles. Gabi est très ému, tout comme nous deux. A ce moment, il ne parle pas.

Elle me répond en me regardant puis Gabi, et dit qu'elle avait compris pourquoi elle devait être présente aujourd'hui. Elle dit qu'elle a beaucoup évolué sur ce sujet, par rapport à cette histoire, après avoir vécu des moments très durs. Elle s'adresse à Gabi en disant : « Paul a aussi évolué » même si ce n'est pas autant et aussi rapidement que Gabi. Elle joute : « Paul t'aime », Gabi est alors très ému, tout comme sa mère. Je leur propose des mouchoirs. Elle dit qu'elle souhaiterait que Gabi avance maintenant et tourne la page. Il répond qu'il n'est pas encore prêt à lui parler.

J'aborde la question de la consultation familiale, ce qui conviendrait mieux pour poser les choses ensemble. Elle me questionne et me demande si cela serait bien, et je lui réponds que je pense que oui, même si Gabi ne peut pas parler, il saura écouter. Je parle également de la

suite en évoquant un collègue qui pourrait suivre Gabi après la fin de la recherche, et donc de son suivi. Le jeune patient semble enclin à cette proposition. Nous prenons rendez-vous trois semaines plus tard, sa mère me précisant que ce sera son mari qui accompagnera leur fils. Elle me remercie pour mon aide, tout comme moi. L'entretien se termine.

ENTRETIEN 17

Gabi vient pour ce dernier entretien accompagné de son père. Dans un premier temps, je le reçois seul. Je lui présente ce qu'est le Photolangage© pour revenir sur l'ensemble du suivi, en prenant un ou deux photos pour exprimer ce qu'il pense de son évolution.

Il regarde attentivement les photos, puis en choisit deux en couleurs : une photo avec deux antilopes qui combattent, et la photo d'une mouette qui vole dans le ciel. Je lui signifie que j'ai également choisit cette photo. Il me tend alors la photo mais je le rassure en disant qu'il parlera de la photo puis qu'il me la fera passer ensuite.

Il débute par la photo des mammifères : « c'est deux gazelles dans un combat, et j'ai pris cette photo parce que j'ai été dans plusieurs combats. Et actuellement encore, je suis dans une forme de combat avec mon frère ». Gabi est ému en disant ces mots, l'émotion me vient également. Il dit que le chemin est long mais qu'il y a une évolution. Il a eu envie d'aller vers lui la dernière fois, d'aller le voir mais il a appris à ce moment-là que Paul avait perdu son nouveau travail (pour cause d'absentéisme). Il me dit que rien ne change pour Paul, qu'il ne fait pas d'effort, et que ces événements le mettent en colère, si bien qu'il n'a pas fait de démarche auprès de lui.

Je lui demande comment cela se passe avec sa mère. Il me dit qu'ils n'en ont pas reparlé, mais que cela lui a fait du bien de parler avec sa mère, il ne pensait pas que son frère l'aimait encore. Je lui dis en effet qu'il mène de nombreux combats depuis que l'on se connaît, et même avant (combat lorsqu'il était en fauteuil roulant, combat face à l'hypersomnie, combat dans la relation avec son frère). Durant ce suivi, Gabi a grandi et a compris des choses, il a pu exprimer ce qu'il ressentait, et que ses troubles du sommeil s'étaient déclarés comme pour dire ce qu'il n'arrivait pas à s'exprimer.

Je lui propose de présenter la seconde photo de la mouette, une mouette qui suit sa direction, qui vole de ses propres ailes. Il me dit que c'est une mouette qui est libre, qui vit sa vie,

comme lui est libre, il va commencer un nouveau travail qui va lui permettre de faire ce qu'il veut de son argent, être indépendant de ses parents. Auparavant, il prendra des vacances et il a hâte de voir ses amis et de faire la fête. Il est content car il a une bonne relation avec son père et se rend compte de l'investissement de son père auprès de lui pour l'aider dans ses difficultés. Il pense que son père est plus à l'aise avec lui qu'avec ses deux premiers fils, et fait référence à la fois où le père a dit cette même phrase. Je lui demande comment il se ressent par rapport à cette formation à venir. Il se sent bien, c'est ce qu'il veut faire et il sent que ses parents le soutiennent. Il appréhende le côté physique, la fatigue liée à ce métier très exigeant. Puis il dit qu'il va rejoindre l'internat. Je lui renvoie la notion de rythme et de nouveaux repères à trouver, notamment pour trouver du temps pour se reposer.

Je lui demande s'il a pensé au relais possible vers un confrère. Gabi m'interroge sur l'âge du clinicien : est-il jeune comme moi ? Car il serait plus à l'aise. Je lui dis qu'en effet c'est un praticien qui est assez jeune. L'adolescent ne sait pas encore comment il va pouvoir concilier tout cela, mais il aimerait continuer et qu'on l'aide vis-à-vis du conflit avec son frère. Il me dit qu'il appréhende aussi la rencontre avec ce nouveau praticien, il ne veut pas avoir à tout raconter une nouvelle fois. Je lui dis qu'il se présentera là où il en sera, mais que le nouveau praticien aura sûrement besoin d'éléments pour l'aider et l'accompagner. « Comment cela va se passer ? Devrais-je parler en premier ? » demande-t-il. Je lui réponds qu'il verra et qu'il fera comme il le sent, et que peut être je pourrai être présente pour le premier entretien, s'il le désire. Je propose au père de nous rejoindre.

Je fais référence à la dernière fois où nous nous sommes vus avec sa femme et que c'était important à ce moment-là d'échanger avec elle. Il a eu une discussion avec elle depuis, et que visiblement oui, c'était important. Le père évoque les difficultés pour se rendre disponible avec sa femme à ce dernier entretien, mais qu'ils l'ont toujours fait pour leur fils. Je lui renvoie qu'en effet Gabi a pris conscience que lui comme eux étaient investis dans ce travail et cette prise en charge. Il acquiesce.

Il me dit ensuite qu'ils appréhendent avec son épouse le rythme de travail de Gabi à venir, en disant qu'il aura peu de vacances, de temps de repos. Ils ont choisi de le mettre en internat, que ce serait mieux pour lui et pour s'organiser dans son travail afin qu'il réussisse sa formation. Il me demande ensuite comment va se passer la suite. Je lui dis que j'ai joint mon confrère, il est d'accord pour les recevoir. Je lui propose les trois modalités, Gabi dit qu'il va

réfléchir. Je demande à Gabi de m'envoyer l'agenda du sommeil par mail (car il l'a oublié...). Gabi me remercie vivement en étant ému de l'avoir aidé, son père également, je les remercie ensuite, et nous nous disons au revoir et gardons contact pour prévoir le relai. Je les informe de la fin de la recherche et d'une restitution prévue après ma soutenance.

Le relais n'a pu se dérouler comme prévu, mon collègue pressenti pour le faire ne pourra finalement pas l'accompagner. J'indique alors à Gabi plusieurs thérapeutes, à proximité de son nouvel établissement scolaire, mais après plusieurs mois, son père tentera de me contacter pour reprendre rendez-vous, expliquant que Gabi avait besoin d'aide.

La rencontre clinique et la construction d'un appareil psychique groupal et familial a permis à Gabi de découvrir que cela était possible de trouver un espace, de s'y faire une place, d'être acteur dans le soin. Mais aussi de se confronter au cadre, dans ses limites (limites que nous nous étions fixées). Ce fut un travail initié ensemble autour du père, car ce fut, au-delà de l'histoire de la fratrie, la recherche aussi des origines, de l'être fondateur, du père (grand-père, père). Le père a pu aussi élaborer une position pour lui, en s'investissant notamment auprès de son fils.

Annexe N° 10 : Comptes rendus des entretiens avec Tim

Entretien 1

Tim est accompagné par sa mère lors de ce premier entretien. Il a dix-sept ans, de corpulence normale, avec un air sérieux et craintif à la fois. Il est venu sur les conseils de la psychologue du service. Celle-ci étant en fin de remplacement, elle n'a pu continuer à le suivre et a donc proposé un relais vers moi, ce que Tim a accepté.

Il vient me voir car il a développé depuis bientôt trois ans une hypersomnie, six mois après avoir subi une agression au collègue. Il dit avoir envie de participer à ma recherche : « c'est bien que vous fassiez cette étude ». Je pose le cadre en disant que la demande doit aussi venir de lui pour être accompagné, ce qu'il confirme.

En appui sur le questionnaire, sa mère et lui décrivent la survenue de l'hypersomnie : au début de ses troubles, il dormait 18 heures par jour, et actuellement sous psychostimulant (il prend également un antidépresseur), il dort 11 heures en moyenne. Cependant, ses troubles le gênent (3,5/5), il dit aussi avoir "perdu beaucoup de choses". Il se plaint de ne plus pouvoir lire ce qu'il aimait beaucoup, ne pas beaucoup sortir aussi. Au lycée, il est en terminale, il a des retards, absences (difficulté à se lever le matin). Il a beaucoup de difficultés pour se concentrer en cours (5/5), et il n'a plus d'activité sportive scolaire (avant il faisait du basket). Ceci l'immobilise et l'handicape beaucoup. Il dispose d'ailleurs d'un tiers temps (car il est pris en charge pour un handicap à plus de 50% par la MDPH).

Ses relations avec sa famille se sont apaisées depuis le début de ses troubles : à l'époque, l'adolescent était très en colère, et son père ne comprenait pas cette maladie. Il me dit que ses amis sont comme sa mère (tous deux arborent un sourire de connivence), protecteurs comme elle. Dans ce cas, il peut leur donner sa confiance.

Concernant l'anamnèse de Tim, sa mère dit que sa naissance a été précieuse, car elle avait des problèmes de santé ne lui permettant pas d'avoir normalement d'enfant. Pour sa troisième grossesse, elle a été vivement critiquée par le corps médical, lui renvoyant qu'elle "mettait leur vie en jeu". L'accouchement a donc été très médicalisé, elle dit qu'elle a "lutté pendant trois jours pour le garder en sécurité dans (son) ventre", "j'ai eu peur pour mon enfant" explique-t-elle. Tim est né 3 semaines 1/2 avant le terme. L'adolescent vit donc avec ses parents, un frère et une sœur plus âgés qui ont également des problèmes de santé. Durant son enfance, il avait toujours le sourire, "la joie incarnée". Son parcours scolaire a été classique, mais un véritable "calvaire" pour Tim qui a été diagnostiqué enfant précoce.

L'entretien se poursuit sur la passation d'échelle : A l'échelle de Matinalité-Vespéralité, il a un score de 22/42 ce qui signifie qu'il est plus du matin. A l'échelle de somnolence d'Epworth, il obtient un score de 15/21, ce qui signifie que sa propension à la somnolence est élevée ; il présente selon cette échelle une somnolence diurne excessive. A l'échelle MADRS, l'adolescent présente un score de 17/60, donc au-delà du seuil de dépression.

Cette première rencontre me laisse une impression de vide, glacée, comme s'il n'y avait pas de place pour des affects. Tim semble comme « coupé » de ses émotions, sauf lorsqu'il parle de ses pertes relatives à son hypersomnie. Il semble dans une relation fusionnelle avec sa mère.

Entretien 2

Lors de ce deuxième entretien, Tim vient seul. En effet, sa mère m'a prévenue par téléphone qu'elle ne serait pas disponible. Tim me présente son agenda du sommeil, qu'il n'a pas renseigné durant la semaine prévue car il est tombé malade, "un rhume carabiné". Il a donc noté ses périodes de sommeil de la semaine précédant l'entretien, où il a fait une sieste et de nombreux rêves et cauchemars. Il m'indique en avoir toujours fait, depuis son enfance. Il me raconte alors un de ses derniers rêves : il est dans une serre et observe des singes qui évoluent. Il les observe et il se sent bien. Ce récit m'amène aussi dans une rêverie.

Puis il m'en raconte un autre, en l'occurrence un cauchemar. Il sort de chez lui et voit un cerf qui s'approche de son portail, dans la rue devant chez lui. Il a du mal à ouvrir le portail mais y arrive finalement. Il voit ce cerf qui porte un bras d'humain, mais pas sanguinolent. Ce bras tient une clef. Il suit ce cerf pour aller dans la rue, puis l'adolescent se fait happer et se fait écraser par une voiture. C'est le noir, le néant et il se réveille. Dans ces moments-là, il ne sait pas s'il est réveillé ou s'il erre dans le panel de rêves qu'il semble enregistrer. Il m'explique ainsi qu'il peut choisir parfois un rêve, le mettre en pause, le continuer, en sortir.

Il me raconte également un cauchemar récurrent qu'il fait depuis environ l'âge de 8ans : Il est dans sa maison, et un personnage menaçant à tête de citrouille le pousse à courir autour de sa maison. Il s'arrête boire du jus de melon. Et s'il échoue, il meurt. Il me précise que la citrouille est un de ses légumes préférés, et qu'il adore le jus de melon. Et puis sa maison est très importante pour lui, il y est très attaché. A cet instant, il semble apeuré. Il m'explique qu'il a cherché longtemps la signification de ses rêves, avant de laisser tomber. Il aime bien analyser les choses.

Je ressens une lourdeur, comme si je me trouvais tout à coup dans une forme de dépression, comme si l'excitation et la rêverie du premier rêve laissaient place à une angoisse de mort pesante.

La question de la mort et de la perte est présente dans ses cauchemars. Il me répond qu'il a eu longtemps peur, étant enfant, que ses parents disparaissent. Les ennuis de santé de sa mère ont fait naître chez lui une angoisse de mort à son sujet. Tim confie d'ailleurs un cauchemar à propos d'elle : il voit sa mère en hauteur à travers de grandes baies vitrées. Lui ne peut lui parler et aller la secourir car il est en contrebas ; il la voit tomber puis remonter à l'aide de ses ailes vers le paradis. Lui aussi meurt, il voit sa propre dépouille lorsqu'il monte lui aussi aux cieux. Dieu est parfois dans ses rêves, à côté de lui.

J'interprète alors ces rêves qu'il a longuement exposé : il est souvent seul dans ses rêves, face à situation impossible, avec une absence de conflictualisation (sauf une fois où il ne réussit finalement pas à se défendre). La question de la perte est présente, et ses premiers récits de rêves semblent témoigner d'une angoisse de castration.

Tim fait aussi des rêves concernant un avenir plus ou moins lointain. La semaine où il a rempli l'agenda du sommeil, il en a fait un justement désagréable et "bizarre" : il était à table en famille, accompagné de sa femme et de ses enfants. Pris dans la conversation, Tim devait prendre parti, ce qui était difficile pour lui, comme gronder ses enfants par exemple. Il avait des responsabilités. Je lui demande si dans la vie réelle l'avenir lui fait peur. Il est question justement de son avenir en ce moment, qu'il regrette encore beaucoup de choses passées (du temps de son hypersomnie) mais qu'il est tourné vers l'avenir maintenant.

Les épreuves du bac se sont bien passées pour lui. Il parle depuis un mois de l'après bac avec ses parents, chose qui n'était pas envisageable avant. Le jeune patient désire partir de chez lui et intégrer une formation dans un autre département, ce qui serait l'occasion pour lui de couper le cordon d'avec sa mère. Il pense que c'est le meilleur moment pour le faire, même s'il a peur. Il éprouve beaucoup de gratitude envers ses parents qui l'ont aidé et accompagné jusque-là, et il voudrait se prouver à lui-même qu'il peut mener une vie de jeune adulte. Je souligne la force et les ressources qui le poussent à s'autonomiser, avec une parole subjectivée. Nous revenons sur son agression au collègue. Il a arrêté de se demander pourquoi il a vécu ça, il ne souhaite plus oublier mais avancer. Je reprends l'idée d'avancer, de l'accompagner dans ses projets personnels et de l'aider à réfléchir à ses propres vécus. Nous fixons un nouvel entretien prévu trois semaines plus tard.

Entretien 3

Tim vient seul pour ce troisième entretien. Il explique aller très bien : les épreuves du bac se sont bien passées et surtout il a fait un choix concernant son orientation : faire une formation en informatique dans un autre département. Il ajoute qu'il a confié son désir à sa mère, qui a approuvé son choix. Avec ses parents, Tim est donc parti à la recherche d'un appartement. Il me dit une nouvelle fois "il faut couper le cordon", "c'est le meilleur moment de partir et de faire ma vie". Je le questionne sur son ressenti quant à cette étape de sa vie. Tim est à la fois confiant et apeuré : confiant car il sent que c'est le bon moment, mais apeuré en raison de son caractère, de son extrême gentillesse et de sa bonté. Il revient alors sur l'agression au collègue : avant cela, il était naïf et pensait pas qu'on puisse lui faire du mal. Il dit avoir été expulsé de son monde de « Bisounours » qu'il s'était imaginé pour entrer brusquement dans le monde réel, où les dangers sont palpables et la violence bien présente.

Tim évoque les deux fois où il aurait pu mourir, celle de l'agression, car sa tête a heurté le sol au bord du trottoir, et une autre fois, il y a quatre ans, où il est tombé à vélo d'une hauteur de 5 mètres. Il s'était alors blessé à la tête, et ses parents ont mis trois jours à l'emmené à l'hôpital, malgré ses plaintes de douleur au niveau du bras et de la tête. Le jeune patient s'est senti seul et en colère lorsque son père l'a réveillé le lendemain de son accident en lui lançant un coussin à la tête. C'est seulement au bout de trois jours que sa mère l'a emmené à l'hôpital et que sur les radios, les douleurs de Tim ont pu être entendues.

Je mets l'accent sur mon impression d'une solitude le concernant. Il associe alors sur son mal être dans ce monde où il ne trouve pas sa place. Il a l'impression de ne penser et de réfléchir comme personne, et que ses amis le trouvent "con" lorsqu'il s'exprime certaines fois. Il se sent à part, et ce depuis longtemps : il pensait déjà à mettre fin à ses jours lorsqu'il avait cinq ans, parce qu'il était malheureux et qu'il pensait être plus heureux ailleurs, dans une autre vie. Il ajoute le fait que faire plaisir et rendre heureux les autres lui procure beaucoup de joie. Mais s'il devait se sacrifier pour un autre, il le ferait. D'ailleurs, ses rêves montrent souvent une dualité où l'un des deux doit mourir. Je m'interroge sur cette situation, qui rappelle en écho les circonstances de sa naissance. Je le sens triste, j'ai l'impression d'avoir face à moi Tim-bébé.

En discutant sur la place de chacun, je pense alors à sa propre place qu'il construit actuellement. Il me dit : « si je ne trouve pas ma place, peut être que c'est à moi de la construire ». L'entretien prend fin et nous prévoyons de nous revoir dans un mois.

Entretien 4

Tim est seul pour ce quatrième entretien. Il explique être parti en vacances avec ses parents et que cela lui a fait du bien. C'était chez des amis de ses parents qui ont des enfants jeunes comme lui. Il m'explique avoir partagé beaucoup de choses là-bas : l'apprentissage du piano qu'il a réussi à maîtriser en une semaine, le fait d'avoir découvert des lieux culturels où il a pu apprendre de nouvelles choses. Il a aussi réussi à gérer son hypersomnie, chose pour laquelle il ressent de la fierté. Tim a même dormi avec ses parents dans la chambre, mais avec les ronflements de son père, il a dû déménager pour aller sur le canapé.

Au final, il s'est retrouvé dans la chambre de ses ami-e-s ados et pré-ados. Il me dit avec plaisir avoir fait beaucoup de rêves lucides durant ces vacances. Il précise également avoir "embêté" son père en jouant du piano, car celui-ci n'est absolument pas mélomane, Tim a donc profité du temps de sieste de son père pour se "jouer de lui". Il apprécie le fait que cette semaine ait pu être reposante pour ses parents. Son père prend davantage de temps avec lui et leurs loisirs communs, même s'il a toujours été présent selon lui.

Par ailleurs, il a enfin les clefs de son appartement, il a pris un studio assez grand pour ne pas être à l'étroit. Il pense à s'équiper, en particulier d'une machine à café, tant ce produit rythme sa vie. Cela lui permet de faire une pause plaisir dans sa réalité. Il ressent beaucoup de fierté et il est confiant en l'avenir. Les seules questions qu'il se pose sont à propos de son intégration parmi les autres étudiants à la fac : comment les aborder durant les pauses s'il ne fume pas ? A ce propos, il me dit qu'il déteste voir ses parents fumer dans des lieux publics. Il ne supporte pas cette situation, leur dit et leur renvoie de façon agressive : "je vivrai plus longtemps que vous !". Nous revenons ensemble sur la notion d'addiction, de la relation qu'on peut avoir vis à vis d'un objet, d'un produit. Il précise que sa mère a toujours des paquets de "secours", tant elle a peur de manquer. Tim semble comprendre cette situation.

A certains moments de l'entretien, je me surprends à être agacée par son discours. Me paraît-il pas suffisamment authentique ? Ou est-ce le fait d'être passive durant l'entretien, à l'écoute de Tim qui, à certains moments présente un discours logorrhéique et désaffectivé ?

Puis, il revient sur cette semaine de vacances, il a fait une rencontre : une copine de son amie, et en la découvrant, il s'est rendu compte qu'elle était précoce comme lui. Il se sent dans une situation paradoxale vis à vis de cette rencontre ; leur qualité de discussion intellectuelle lui a

fait du bien, car il pouvait être lui-même, passer du coq à l'âne lorsqu'il parlait sans qu'on lui fasse une réflexion ni que l'autre le trouve bizarre. Mais quelque chose dans sa personnalité le dérangeait au point de l'agacer. Tim hésite, marque des silences pour la première fois de l'entretien. Il regarde le sol, concentré sur ce qu'il pourrait ressentir. Il pense que c'est peut-être de la jalousie car à ce moment-là, elle lui a "piqué sa place", une place si spéciale dans sa famille et parmi la famille de leurs amis. L'entretien prend fin et nous prévoyons de nous revoir un mois plus tard.

Entretien 5

Tim arrive seul pour ce cinquième entretien. Sa mère entrera plus tard, je le comprendrai durant l'entretien, lorsqu'une infirmière l'introduira.

Tim dit aller très bien. Il a emménagé et il prévoit d'aller quelques jours avant sa rentrée dans son nouveau logement pour s'y faire. Il y aura d'autres étudiants et qu'il pourra faire leur connaissance. Il se sent prêt pour sa rentrée et sa nouvelle vie, mais beaucoup d'interrogations subsistent vis à vis des personnes qu'il va rencontrer.

Je comprends qu'il est question de rencontrer l'autre, Tim ne veut pas se dévoiler, par peur qu'ils abusent de sa confiance. A ce moment-là, j'entends que Tim présente un discours intellectualisé, coupé de ses émotions : y a t'il rencontre avec l'autre ?

Sa mère nous rejoint, elle semble fatiguée, elle boîte, et paraît sur la défensive : quand je lui demande comment elle va, elle me répond : « nous sommes là pour parler de Tim ». J'entends l'aspect défensif de cette réponse, sa mère ne semble pas s'autoriser à parler pour elle. Tim est anxieux (j'observe qu'il a des impatiences dans les jambes), dans une position d'attente vis-à-vis de sa mère.

Sa mère, contente pour le parcours de son fils, a cependant peur de l'attitude des professeurs. Elle décide qu'il viendra à nos entretiens pendant les vacances scolaires au vu de l'éloignement géographique : « je pense que cela fera beaucoup pour Tim », dit-elle. Je lui conseille alors de m'appeler ou de m'écrire s'il a un problème.

Entretien 6

J'organise un rendez-vous téléphonique avec Tim car il m'explique ne pas pouvoir se déplacer en dehors des périodes de vacances scolaires.

Tim va très bien. Il ne s'est pas réveillé ce matin. Cela ne lui est pas arrivé depuis la dernière fois où sa mère était venue le chercher un matin. Ses notes remontent, il va peut-être avoir son semestre.

Je l'interroge sur sa relation avec ses parents. Il répond que cela va très bien avec ses parents, le dialogue est revenu avec son père depuis les fêtes. Il a rencontré une jeune fille qui a eu un accident de voiture, se trouvant dans la même situation que lui il y a trois ans. Il ne sent plus seul, il s'investit à l'école, dans l'association étudiante. Tim revient sur sa rencontre avec la jeune fille : comme elle, « il avait du mal à se faire comprendre ». Ils se sont livrés l'un à l'autre. L'adolescent a pris du recul par rapport à la première rencontre de cet été. Il a réussi cette fois, à se mettre à sa place « sans mettre trop de lui ». Il s'est détaché et s'est forgé par rapport à ça. Il a l'impression d'avoir grandi, passé un cap : « ma mère me laisse vivre ». Il dit que le week-end dernier, il s'est ennuyé.

Il évoque également être revenu au lycée pour récupérer son diplôme du baccalauréat, ce qu'il appréhendait. Finalement, tout s'est bien passé, il en semble satisfait. Il a rencontré une nouvelle personne. Il va lui préparer un repas et dit alors : « J'ai comme mot d'ordre d'être heureux ! ».

Tim précise qu'il ne fait plus de rêve, qu'il dort de 9h à 10h. La communication coupe puis je le rappelle. Il me dit alors qu'il stresse pour un examen, que c'est difficile à gérer. Il décrit une scène où il a perdu ses moyens, il ne sait pas ce qu'il s'est passé. Puis il conclut l'entretien en disant : « ce qui devra se passer, se passera ». Nous programmons un entretien dans un bon mois.

A la suite de cet entretien, j'observe qu'il s'est déroulé en deux parties distinctes. Le premier discours est motivé, même idéalisé, l'adolescent est euphorique, cela m'irrite quelque peu, je ne sens pas cela authentique. Le second, après la coupure de ligne, révèle une angoisse chez Tim, une scène où il s'est trouvé désorganisé psychologiquement. Ces deux discours me troublent, j'ai le sentiment d'une identité entre deux chez Tim.

Je note l'absence de Tim au rendez-vous suivant, je n'ai pas de nouvelles après deux messages vocaux laissés.

Trois semaines plus tard, je joins la mère qui m'explique que Tim s'est trouvé malade (une grippe et une allergie) et a « rechuté » une fois dans un trouble du sommeil. Il n'allait pas bien, et il était compliqué pour lui de me contacter. En effet, elle dit qu'il m'a appelée deux

fois et est tombé sur ma messagerie, toutefois je ne constate pas de trace de ces appels. Elle décrit Tim est dans un état de dépendance vis à vis d'elle (est-ce un état régressif?), ce qui tranche avec mon impression d'une autonomisation du jeune patient. Que signifie l'inquiétude accrue de la mère, vis-à-vis de la séparation d'avec son fils? Nous prenons rendez-vous pour dans un bon mois, lors des vacances scolaires. La mère prévoit s'accompagner son fils. J'envoie une confirmation à Tim par sms pour le rendez-vous.

Je reçois un nouvel appel de la mère dix jours après : elle ne "peut plus" faire face aux difficultés de son fils après un autre problème somatique (aux dents), elle sent qu'elle a envie de le protéger, trop, et elle sent aussi que Tim a besoin d'autonomie et que l'inquiétude de sa mère peut lui faire du mal. Elle souhaite rencontrer un ou une psychologue afin d'en parler et d'aller mieux. Je l'oriente vers deux thérapeutes, et lui rappelle le prochain rendez-vous durant les vacances.

Entretien 7

Tim vient seul pour cet entretien. Il s'installe et dit qu'il va très bien. Il n'est pas venu et ne m'a pas répondu car il n'en ressentait pas le besoin : « rien ne justifiait que je vienne, ça allait bien mieux dans ma vie », dit-il. Je lui demande comment il analyse son absence. Il répond : « je ne sais honnêtement pas pourquoi je ne suis pas venu ». Je lui demande ce qu'il ressent. Il dit avoir été très gêné de ne pas m'avoir prévenu. Je reviens sur sa présence-absence du fait qu'il ait eu rendez-vous, que j'ai pu être dans l'attente vis-à-vis de lui.

Tim évoque sa formation, il passe de bons moments auprès de ses amis et de l'association étudiante dans laquelle il s'investit beaucoup. Il se sent bien là-bas, essaie de ne pas se prendre la tête, et ils échangent beaucoup avec ses amis. Ils font en quelque sorte "les psy " les uns pour les autres. C'est pour cela qu'il n'a pas ressenti le besoin de venir ou de rappeler depuis lors. Je pense alors à cette distance dans le lien thérapeutique, parallèlement à ce qu'ils vivent dans la cellule familiale. Tim me fait vivre son absence. A-t-il besoin de se détacher d'anciennes figures identificatoires pour pouvoir en investir de nouvelles ?

Il a l'impression d'être assez grand pour certaines choses, mais choisit ce qu'il peut gérer ou non. Dans un sens il profite un peu de sa mère. Il fait des « conneries », des expériences.

Et surtout, il se sent plus lucide qu'avant sur son environnement, le monde. Avant l'agression, il pensait que rien ne pouvait lui arriver, comme une vision/impression d'immortalité.

Puis, il évoque les fois où il se sent mal. Il ne se sent pas pareil quand il est chez ses parents : « je ne peux pas vraiment être moi-même, je n'y arrive pas et du coup je me sens mal ». Il me regarde alors avec un regard qui semble différent. Un silence se fait alors ressentir. Il fait référence à ses parents qui ne comprendraient pas, selon lui, ses propres choix. Je le regarde et le trouve plus grand, plus mature.

Des fois, il ne se comprend pas, il entend une petite voix lui dire quoi faire, et une autre en lui, lui disant qu'il peut faire ci ou ça... Il dit : « je ne crois pas être schizophrène, mais cette impression de ne pas être le même, ça me fait peur ». Je fais alors référence à la dernière fois où l'on s'est parlé, c'était au téléphone, et l'entretien comportait deux parties, tout comme ici. Une partie se voulant rassurante, euphorisante, un présent idéal.

Dans la deuxième partie de notre entretien, il montre davantage de doute et de l'angoisse, (quant aux examens notamment). Je fais alors le lien avec aujourd'hui, un entretien à deux voix. Je tente de le rassurer en mettant en avant le fait qu'il prenne conscience de cela, qu'il l'interroge. Je pose alors la question : « qu'est ce qui fait peur? Pourquoi être quelqu'un d'avant et quelqu'un de maintenant ? Pourquoi ne pas être soi-même avec certains ? ».

Il fait alors référence au passé. Est-ce un passé traumatique qui semble encore présent par certains côtés ? Je lui propose de reprendre rendez-vous, en lui rappelant qu'il ne reste que quelques entretiens avant la fin de mon étude. Je lui propose alors de faire un relais vers un suivi pour lui à l'extérieur, et que cela serait bien que ce soit plus rapproché en termes de rythme, avec un lieu proche son école. Il me dit qu'il pense que cela serait bien. Nous convenons d'un entretien dans deux mois et demi, puis d'un autre, si possible, un peu avant.

Entretien 8

Tim vient seul. Il arrive et me tend son agenda du sommeil, j'observe alors une " semaine blanche" (qui n'est pas remplie) et une semaine remplie (celle avant l'entretien). Il ne l'a pas rempli la semaine dernière car il était mal : « je ne dormais plus », dit-il. Je lui demande alors pourquoi il ne l'a pas rempli malgré tout : « j'allais pas bien, je n'avais plus de force, je suis allé chez le médecin, donc je ne voulait pas que cela figure sur ma feuille ». Je lui demande alors ce qu'il lui est arrivé. Il a trouvé une stratégie en vivant seul pour se réveiller le matin. Il

répond que ça fait 3 semaines qu'il ne va pas bien, et qu'il se remet juste cette semaine. Tim prend un air grave, fixe un point par terre que je situe à ma gauche. Il raconte qu'il se sentait tellement mal et malade qu'il est presque tombé en dépression. « Je m'ennuyais seul chez moi, donc je dormais. Je n'avais pas le goût de manger ni de travailler, mais bizarrement je n'ai pas perdu de poids », confie-t-il.

Je lui demande comment il a géré cette situation. L'adolescent s'est senti de plus en plus mal dans le mois d'octobre jusqu'à la dernière semaine avant les vacances où ses parents sont finalement venus le chercher : « j'ai pu revoir vraiment ma famille et mieux dormir ».

Je lui propose alors de revenir sur ces deux derniers mois où nous ne nous sommes pas vus. La rentrée s'est bien passée, à la fois dans les matières, même si certains cours ne lui plaisent pas, il s'est fait des "potes," se sent bien dans le groupe (en grand groupe ou en demi-groupe de 15 élèves), et avec les professeurs, ça va. Il a pu parler de son hypersomnie avec son professeur principal qui a été à son écoute, de sorte qu'il a pu bénéficier du 1/3 temps. Il se sent intégré, jusque dans sa résidence universitaire où il a des "potes" dans son bâtiment. « On est toujours fourré chez les uns chez les autres, c'est sympa ! » dit-il avec enthousiasme.

Je lui fais remarquer le décalage entre son premier discours (présent) et son second discours (passé), tout comme son changement de langage corporel/posture (il a la tête basse, regarde fixement un point du sol, puis dans la seconde partie, son regard qui s'anime) : « Oui, c'est vrai, il y a un grand décalage entre le premier et le deuxième mois. Je faisais trois sports dans la semaine, car étant en permanence sollicité, je ressentais une "bonne fatigue" lorsque je sortais du sport. Entre temps, j'ai eu du soutien et les cours de soutien sont en même temps que le sport, du coup j'ai dû arrêter. Je ne peux plus transformer mon énergie en bonne fatigue, du coup je suis déprimé, faible, comme une eau qui stagnerait et qui pourrirait ».

Je ressens cette image violente, je lui dis et il ajoute : « je crois que mon mal être a débuté par ça. Puis ça fait beaucoup aussi tout ce que j'ai dû mettre en place, vivre en peu de temps. Je ne pensais pas que ce serait si difficile à gérer ». Il exprime qu'il s'est mis à vomir chaque jour, souvent durant le même cours, si bien que les autres de sa classe s'inquiétaient (le voyaient devenir blanc). Il essayait de tenir mais son état se dégradait.

Je me sens confuse au niveau de la temporalité, plusieurs fois j'aurai durant l'entretien le besoin que Tim me spécifie la date des différents événements.

Entretien 9

Tim vient seul pour ce nouvel entretien. Il a une allure rock : il porte deux boucles d'oreilles noires, un tee-shirt noir et un jogging gris. Je remarque qu'il a de l'acné au visage, chose qu'il n'avait pas à ma connaissance auparavant. Il semblait jusque-là avoir une "peau de bébé".

Il me dit que cela va mieux qu'à un moment. En effet, il a eu des conflits avec son père. Notamment en rapport avec un cubitainer de vin qu'il a gardé pour un ami, mais son père, venant le ramener à son appartement après un week-end, l'a trouvé dans son appartement, et certaines autres affaires : « c'était le bordel...euh bazar ! », dit-il. Son père s'est alors énervé, a haussé le ton alors que Tim essayait calmement de lui expliquer la situation, et aussi qu'il n'était pas d'accord avec sa remarque. Son père est parti brusquement.

Tim a tenté de joindre alors sa mère pour la prévenir du "cadeau qu'il lui envoyait"...il comprend la réaction de la part de son père comme de l'inquiétude. Pour l'instant, il n'a pas son semestre, ce qui peut aussi engendrer des tensions. « Peut-être que chaque adolescent vit des périodes comme ça avec ses parents », dit-il. La formation lui plait, la vie dans la résidence universitaire lui plait aussi beaucoup. Il a l'impression de revivre.

Je reprends sa phrase et lui demande ce qu'il a l'impression de vivre précisément. Il parle d'une période adolescente : « je ne pensais pas que j'aurai ça en moi ». Il raconte les rencontres avec les autres, comment cela lui a été naturel de lui parler de sa maladie, comment les autres se confient à lui aussi. Il parle d'échange, de partage, d'entraide dans le travail. Il qualifie certaines de ces relations de fusionnelles tant cela semble intense. « Des fois, on vient dans ma chambre me proposer de passer chez un autre, je suis en caleçon, mais ça nous dérange pas, on ne se rend même pas compte et on fait juste ce qu'on a envie dans l'instant », dit-il. Il explique vouloir moins voir ses parents, prendre de la distance, vivre d'avantage sa vie.

Il parle en sujet désirant "je peux faire les choses dont j'ai envie, je ne me pose plus 3500 questions". Cette période de test en tout genre s'accompagne d'un apaisement de l'hypersomnie, sauf dans un cas particulier : c'était la veille d'un jour où sa mère devait venir le chercher. Il s'est couché tôt en pensant avoir le temps d'aller en cours et de ranger son appartement. Puis il ne s'est pas réveillé avant l'après-midi. Cet « agir » le questionne. Il avoue avoir été nerveux à l'idée que sa mère vienne dans son intimité. Tim témoigne bien du cheminement adolescent, dont la mise à distance des figures parentales pour pouvoir investir

des objets extérieurs. Il parle plus en son nom propre, en tant que sujet désirant, et ses manifestations liées au pubertaire me rassurent dans un certain sens. Tim tente de symboliser ses vécus. Il grandit et s'autonomise. Nous prévoyons un nouvel entretien téléphonique un mois plus tard.

N'ayant pas de nouvelles de Tim et malgré mes deux messages vocaux sur son téléphone, je décide d'appeler sa mère comme ultime tentative de faire du lien. Celle-ci me rappelle et m'explique que Tim a eu une période difficile, il a eu une rechute de sommeil un matin, un mauvais bulletin de notes et a attrapé une maladie. Elle ajoute qu'il a dû oublier notre dernier entretien car il ne lui en a pas parlé et qu'il devrait prendre rendez-vous avec moi car il en a besoin. Entre temps, ils ont eu de nouveau rendez-vous avec le médecin du sommeil, ils ont pu reparler de l'hypersomnie.

Elle a pu évoquer son inquiétude face à la fatigue de son fils, celui-ci lui semblant fragile, déprimé, la médecin a donc conseillé de consulter un psychiatre. Mais la mère explique que Tim a très peu de temps pour lui, que ce temps est consacré au scolaire, et qu'en cours d'année c'est compliqué pour eux de commencer un nouveau suivi. Je suis plutôt d'accord avec cette idée, mais propose toutefois de faire un relais à la fin de ma recherche dans quelques mois. Elle exprime qu'elle est assez inquiète pour lui, elle doit veiller à l'appeler pour qu'il prenne ses médicaments mais est consciente que son rôle de mère est limité. Elle aimerait lui donner « de la santé ». Mais je comprends aussi qu'elle-même et ses autres enfants sont aussi malades en ce moment et fragilisés. J'entends que cela lui fait du bien de parler de Tim et de leur vie. Je lui propose de fixer un nouvel entretien pour son fils, comme cela semble compliqué pour lui de me recontacter. Nous le prévoyons dans un mois, durant les vacances et je lui dis que je reste disponible au téléphone ou par mail pour lui d'ici là.

Entretien 10

J'organise un dernier entretien téléphonique avec Tim pour faire un point ensemble et pour terminer l'accompagnement psychologique (il ne nous a pas été possible de trouver une date pour se voir). Il m'explique avoir demandé au médecin de prendre le traitement médicamenteux comme il le souhaitait. Sa parole a été entendue et il se sent encore un peu plus autonome dans le soin. Après des débuts compliqués notamment avec l'équipe

pédagogique de son école qui, d'après lui « ne comprend pas la maladie », les projets réalisés lui redonnent confiance, il éprouve du plaisir et se sent sécurisé.

Il a, depuis nos derniers entretiens, pris conscience qu'il y avait un conflit avec sa sœur, qu'il avait toujours souhaité réussir comme elle et qu'il ressent maintenant de l'énerverment à son égard. Je ressens le besoin pour ce jeune homme de parler, de continuer à cheminer quant à son histoire, et à se construire pour continuer d'aller vers les autres. Je lui conseille un confrère qui consulte non loin de son lieu de vie, mais Tim dit très vite qu'on lui a conseillé un psychiatre et qu'il souhaite faire cette démarche seul. Je l'informe de la fin de l'étude et d'une restitution prévue après ma soutenance. Je le remercie pour sa confiance, il me remercie également pour mon écoute et mon aide et nous nous saluons.

Annexe N° 11 : Comptes rendus des entretiens avec Jean

Entretien 1

Jean vient accompagné de sa mère, il vient sur les conseils de sa pédiatre avec qui je travaille. C'est un grand garçon à la stature imposante, habillé d'un long trench noir. Il semble timide à première vue, parle d'une grosse voix, rit, s'agite durant l'entretien. Il semble assez nerveux et s'exprime avec un langage qui me semble d'« un autre âge », « limite soutenu » comme dit sa mère, ce qui tranche avec son âge.

Jean est âgé de 16ans, et ne peut vraiment dater la date de début de ses troubles. Sa mère explique : « on m'a dit que cela pouvait remonter à l'enfance. Il était hyperactif plus petit, mais pas agressif. Un médecin en a conclu récemment que cela pouvait être en réalité un trouble du sommeil. Auparavant, j'ai toujours pensé que c'était lié à l'accident de mon mari durant la grossesse, des médecins m'avaient dit que l'hyperactivité devait être liée au « choc » qu'il avait ressenti dans mon ventre à ce moment là ».

En appui sur le questionnaire, Jean et sa mère me racontent l'histoire du jeune patient : depuis qu'il a sa machine (pour une apnée du sommeil diagnostiquée il y a quelques mois), Jean va beaucoup mieux, ne souffre pas de gêne (0/5) ou de difficulté pour se concentrer comme avant (1/5). Mais lorsque je lui demande si ce trouble du sommeil a eu des conséquences sur sa vie, il dit avec émotion qu'il a « foiré » beaucoup de choses dû à son irritabilité, il a eu des soucis avec des personnes, principalement dans la sphère scolaire. Il explique également qu'il y avait beaucoup de conflits avec « le paternel », il était très en colère à cette période là, et ils en sont venus aux mains une fois (où sa mère s'est interposée entre eux). A présent, il a une relation plus satisfaisante avec son père, ils se taquent. Il dit « revivre » depuis qu'il utilise sa machine pour dormir. Il effectue deux activités extra-scolaires qui lui font du bien : l'aïkido et le théâtre depuis six ans, et cela lui plait toujours.

Cependant, il exprime un problème depuis son arrivée dans son lycée : il n'y a pas retrouvé ses amis du collège donc ils se sont perdus de vue. « Je me fais de nouveaux potes au lycée », précise-t-il. Il a un petit frère de douze ans avec lequel il s'entend bien.

La mère de Jean dit que la grossesse s'est mal passée en raison de l'accident de son mari, elle rit puis dit qu'elle n'a pris que cinq kilos car à mesure que son fils grandissait dans son ventre elle perdait du poids : « mon gamin m'a tout bouffé », dit-elle.

La naissance s'est bien passée par césarienne. En questionnant l'enfance de Jean, il fait la moue et dit que le monde social n'était pas son truc, la mère ajoute qu'il était dans son monde, il approchait les autres enfants en faisant des bruits d'animaux, il était en décalage, en isolement à l'arrivée au collège car d'après lui, cela a été l'année la plus dure. C'est au collège que sa carrure s'est développée, mais il parlait de façon pompeuse, ne trouvait pas sa place. Son parcours scolaire fut normal, il a redoublé sa cinquième et actuellement il suit une formation en seconde professionnelle d'aide à la personne : « parce-que j'ai subi des mauvaises choses, je veux aider à mon tour les autres (il souhaiterait devenir psychologue, me dit-il) ».

Je demande alors à sa mère quelle fille et adolescente elle fut. Elle est fille unique, et a passé son enfance dans un centre de cancérologie car elle avait un cancer. « Bercée par la maladie », elle a toujours eu honte de ses cicatrices, et quand elle a été mieux, c'est sa mère qui a alors souffert d'une myopathie. En disant ces mots, elle est émue, son fils lui caresse l'épaule en la réconfortant. Je suis touchée non seulement par Jean mais aussi l'histoire douloureuse de sa mère.

Celle-ci précise qu'il y a eu beaucoup de cancers chez les femmes dans sa famille, et depuis son accident, le père de Jean reste à la maison, dans l'attente d'une nouvelle greffe de foie. Ils ont mis quatre ans à avoir leur fils, car elle se considère comme une « fille distilbène », un médicament qu'a pris sa mère en étant enceinte, et qui, selon elle, a eu des conséquences sur sa propre fertilité. Elle dit à ce moment-là de l'entretien que Jean leur avait dit à un moment donné qu'il pensait avoir été adopté, mais l'adolescent s'en défend alors en disant qu'il n'avait pas bien compris quelque-chose à ce moment là.

Je ne pense pas aller plus loin pour le moment et présente ma recherche. Jean semble enclin à prévoir un premier entretien en deux temps, un temps seul à seule puis un temps à la fin de l'entretien où sa mère-ou son père- pourront nous rejoindre. L'entretien se poursuit sur la passation d'échelle : A l'échelle de Matinalité-Vespéralité, il a un score de 28/42 ce qui signifie qu'il est plus du matin. A l'échelle de somnolence d'Epworth, il obtient un score de 9/21, ce qui signifie que sa propension à la somnolence est moyenne ; il ne présente pas de

somnolence diurne excessive selon cette échelle mais un déficit de sommeil. A l'échelle MADRS, l'adolescent présente un score de 18/60, donc au delà du seuil de dépression selon cette échelle.

Entretien 2

Lors de l'entretien suivant, nous nous retrouvons à deux, comme nous l'avions décidé ensemble. Jean exprime le souhait de venir pour mieux se connaître. Il a des questionnements sur lui, et il aimerait en savoir davantage. Il a beaucoup souffert en étant plus jeune, du regard des autres, et maintenant avec la prise en charge liée à son apnée du sommeil il se sent mieux. Il précise : « c'est une machine qu'on branche et un masque qu'on met sur le visage, les élastiques derrière la tête. Avec la première machine, ça n'a pas été facile, car une nuit je me suis retourné, et le tuyau étant assez court, je me suis réveillé le lendemain avec de l'eau partout sur le sol. Avec la nouvelle machine, on a fait un système sur ma commode de lit, de sorte à ce que le tuyau soit plus long et que je puisse faire les mouvements, me retourner dans la nuit. »

En découvrant son histoire, j'observe que cette machine prend beaucoup de « place » dans la vie nocturne de Jean. Il ajoute son goût pour la lecture : « je suis dans un livre qui me plaît beaucoup en ce moment. C'est l'histoire d'un jeune personnage qui joue à un jeu vidéo en mettant un casque. Le but de ce jeu est de monter une tour de cent étages, en survivant aux ennemis qui veulent le tuer ». Jean dit que cela s'inspire des jeux vidéos actuels. Il aime le côté presque « impossible » de cette mission du personnage, d'autant plus que le héros prend conscience à un moment donné, qu'il ne peut pas sortir du jeu, il est « bloqué » dedans et doit tout faire pour s'en sortir.

Je perçois une résonance dans cette histoire qui plaît beaucoup à Jean, s'identifiant au personnage principal, avec sa propre histoire, un casque, la tour d'où il ne peut sortir, le « blocage », la solitude...je lui exprime ces associations, il paraît surpris puis dit « ah oui tiens, c'est ça ! ».

Je lui demande comment se passent ses nuits. Il dort bien, il a déjà fait des rêves où il était conscient de rêver. Il a fait un rêve dernièrement, ou plutôt un « cauchemar », car il s'est « réveillé en sueur, en haletant et on vérifiant son bras gauche ». Il raconte son rêve : il est

dans une ville, il marche seul, blessé, il se rend compte qu'il a eu le bras gauche arraché. Il marche alors, demandant de l'aide aux gens qui passent, mais se rend vite compte que ce ne sont que des « stick men », des hommes-bâtons. Au début de son rêve, ils n'ont pas d'expression particulière, puis Jean voit leur sourire moqueur et leur côté voyeur. Il dit « c'est comme ci, vous savez... » et se lève brusquement, s'approche du pilier dans la pièce, se cache derrière et mime le visage des personnages. J'observe Jean arborant un sourire moqueur, mesquin, et suis quelque peu étonnée par cette réaction. Jean se rassoit, me dit qu'il s'est réveillé peu après avoir fait ce rêve inquiétant, et a mis d'ailleurs du temps à comprendre que c'était un rêve. Il était dans la confusion.

Il revient ensuite sur un événement marquant : « mes parents ne sont pas vraiment au courant », dit-il d'une petite voix, comme si on pourrait l'entendre hors du bureau. Il a rencontré une fille via internet. Elle habite dans la même région que lui, et ils ont décidé de se rencontrer un jour où Jean se promenait avec ses parents. Il l'a alors regardé « bizarrement », il se lève une nouvelle fois pour mimer la façon dont il la regardait d'en haut. A ce moment là, je suis moi-même plus basse que lui, je le regarde avec étonnement.

Il lui a demandé ensuite si elle ne l'avait pas reconnu. Je lui demande alors ce qu'elle a répondu : « elle m'a dit qu'elle m'avait vu et reconnu, mais avec mes parents ce n'était pas possible. On s'est donc retrouvé un autre jour où je suis allé chez elle ». Il ajoute qu'ils ont passé du temps chez lui puis ils se sont mis ensemble. Ils sont allés ensuite chez elle et ont fait chambre à part. Jean dit être agréablement surpris par la réaction des parents de sa petite amie : « on a deux ans d'écart, ça compte énormément à notre âge », précise-t-il.

Jean exprime son contentement à être en couple depuis quelques semaines. Un médecin frappe à la porte et nous interromp alors. Je pense alors à sa mère qui attend la deuxième partie de notre entretien, et propose à Jean que sa mère puisse nous rejoindre. Il accepte et elle rentre dans la salle, s'installe. Je lui demande de ses nouvelles, elle répond que ça va mais semble très surprise par ma question. S'en suit alors un silence.

Elle dit être préoccupée par le prochain conseil de classe auquel ils sont invités avec Jean. Jean rit beaucoup, je ressens une excitation chez lui. Elle dit : « tu vois, le problème c'est que tu n'es jamais sérieux quand on parle ». Elle exprime que Jean est parfois dans la contradiction, que lorsqu'il a une idée générale sur quelque-chose, cela ne change pas. Jean s'explique : il a mal vécu les conseils de classe et les rencontres parents-professeurs au

collège. Il lui était renvoyé qu'il était nonchalant, bavard, hautain : « Je ne supporte pas qu'on puisse me juger seulement sur quelques heures de cours par semaine ».

Je lui renvoie alors qu'il pourrait peut-être exprimer cette appréhension à ses professeurs, ses difficultés au collège aussi. Il me regarde avec attention. La mère semble douter de cette proposition, ce à quoi j'ajoute l'importance de pouvoir exprimer ses émotions et ses difficultés aux autres. Je lui demande s'il a confiance en certains professeurs. Jean a de très bons professeurs, souvent compréhensifs. Il pense pouvoir leur parler. Nous arrivons à la fin de l'entretien et je leur propose de se voir dans trois semaines, mais comme cela est compliqué pour la mère de l'adolescent, nous convenons de nous revoir dans un mois.

Entretien 3

Jean vient accompagné de sa mère lors du troisième entretien. Il entre seul dans le bureau. Il dit aller très bien, son conseil de classe s'est bien passé car il a été félicité.

Il associe sur sa colère en lien avec difficultés au collège et lycée, les moqueries qui l'ont blessé. Ses vécus sont-ils traumatiques ? Il décrit des scènes où il rentrait chez ses parents en pleurs mais ne voulait pas leur en parler car les relations familiales étaient à ce moment-là tendues « ça n'allait pas entre nous ». Je ressens une vive solitude, et lui renvoie qu'il semblait seul. Il acquiesce et ajoute qu'il se bagarrait pour pouvoir se défendre face aux autres lycéens. Il semble triste, les épaules rentrées et le regard bas lorsqu'il en parle. Parfois un mot, lui rappelle ces moments de solitude, et cela le rend triste. A cette époque, il était en conflit avec son petit frère.

Puis, il associe sur sa passion pour certains jeux-vidéos de stratégie et des jeux en ligne. De plus, il pratique le « théâtre vivant », il aime ça et se sent en décalage avec les autres, comme leur engouement pour le rap, alors que lui se passionne pour la lecture.

Il revient sur sa relation avec son père : il n'a pas d'intimité quand il est là à la maison. La relation est actuellement tendue entre son petit frère et son père.

Je lui demande comment se passent ses nuits. Il dort bien en ce moment.

Puis, il revient sur son besoin d'intimité, d'être seul parfois et l'attitude de sa mère lui pèse à tel point qu'il a souhaité vivre au lycée mais ne voulait pas aller en internat. Il a confié à ses

parents qu'il était avec sa copine : « mon père s'en fout et ma mère l'a bien pris et demande maintenant à mon frère s'il a une copine ».

Devant les difficultés de Jean avec ses parents, je propose un entretien à trois, mais il le refuse avec son père. « Ça ne changera rien mais avec ma mère peut être, mais j'ai besoin d'intimité et je ne veux pas lui dire tout ce qu'il se passe dans ma vie ». Sur ces mots, l'entretien prend fin et nous convenons donc de nous revoir dans un mois en individuel.

Entretien 4

Jean vient seul pour ce quatrième entretien. Après les fêtes, il a présenté sa petite-amie à ses parents. Il se sent très bien avec elle, ils s'entendent bien. A l'occasion de la St Valentin, il souhaitait trouver quelque chose qui lui plaise, et associe sur le moment où sa petite-amie lui demandait de penser plus à lui.

Puis il en vient à parler du manque d'intimité que lui laisse sa mère, qui passe regarder dans la chambre, mais tempère ses propos : « je la comprends ma mère... C'est compliqué pour elle de me voir grandir ». Il évoque les difficultés liées à la distance avec sa petite-amie, ainsi que sa pudeur.

La tension monte chez lui car sa mère travaille beaucoup. Le budget familial est toujours serré. De plus, Jean ne comprend pas pourquoi son père lui fait des remarques désobligeantes. Il ressent le comportement changeant de son père lorsqu'ils sont seulement tous les deux : « je ne sais pas pourquoi il s'acharne sur moi quand ma mère n'est pas là. J'ai essayé de lui dire, mais ma mère ne lui dit rien car elle n'était pas là quand cela se produit ». Il ajoute qu'elle était présente la fois où ils en sont venus aux mains.

Puis, il prend l'exemple d'une scène récente où il était dans sa chambre, en train de lire un livre : son père est venu le voir et lui a demandé de ranger quelque chose. Il lui a répondu qu'il rangerait une fois sa page terminée. A ces mots, Jean se lève et se met dans la peau de son père pour me montrer les retours insistants vers la chambre de l'adolescent. Je lui renvoie la colère qu'il comprime en lui.

Il acquiesce et dit qu'il ne comprend pas pourquoi son père fait ça avec lui, d'ailleurs, il ne se rappelle pas spécialement de bons moments avec son père lorsqu'il était enfant. Je ressens le souci et le poids familial qui pèsent sur l'adolescent.

Je lui demande comment il comprend la relation tendue entre son père et lui. Il pense que cela vient de son accident. « Ça l'a changé », dit-il, et je lui renvoie que le rôle de père a dû être difficile pour lui à incarner, alors tout juste remis de son coma. Je sens l'urgence, Jean a besoin de comprendre. Mais il dit que son père n'est pas dans la communication. Je lui demande comment son père a vécu son enfance, son adolescence. Le jeune patient explique : « c'était difficile avec ses parents, qui ne le gâtaient pas autant que les autres de la fratrie ».

Je lui explique le besoin qu'il semble ressentir de communiquer avec son père, ainsi que l'importance de trouver sa place afin de se construire et aussi de devenir davantage autonome. J'invite la mère de Jean restée dans la salle d'attente à venir nous rejoindre pour programmer le prochain entretien. En s'installant dans le bureau, elle demande si nous avons parlé du code, que ça la stresse mais elle a confiance en lui.

Elle dit qu'elle n'en peut plus de « faire le tampon » entre son mari et son fils, la situation est de plus en plus difficile. Elle aimerait qu'ils fassent des efforts et se met à pleurer. Jean est triste, essaye d'apaiser sa mère. Elle est énervée de s'être mise à pleurer, elle ne voulait pas en arriver là. Je renvoie que j'entends ces éléments, c'est lourd et difficile pour les membres de la famille, que Jean tente de comprendre et de faire un travail sur lui.

Nous programmons ensemble un rendez-vous un mois plus tard, et l'entretien se termine.

Entretien 5

Jean vient seul pour ce cinquième entretien. Il a l'air plutôt décontracté, dit qu'il va bien. Il explique qu'il a eu son code, et a attiré la jalousie d'un collègue qui lui ne l'avait pas eu du premier coup. Il fait actuellement la conduite accompagnée, et revient sur le lycée qui se passe bien, et sur la non-tolérance de certains aux activités qui plaisent à Jean, tout en prenant du recul par rapport à ce qu'il a pu vivre auparavant au collège.

Il évoque sa relation avec sa copine, qui se passe toujours bien, il va souvent chez elle, et elle chez lui, mais la dernière fois il aurait aimé rester une nuit de plus chez elle. Toutefois, ses parents étant déjà sur la route, il n'a pas pu leur faire cette demande. Je constate que son père accompagne sa mère lorsqu'elle amène ou vient chercher Jean. Je lui fais remarquer cette

présence et cette forme de disponibilité à Jean qui tempère en disant que ça ne doit pas beaucoup intéresser son père.

Il associe sur le fait que sa mère travaille beaucoup, ils ont toujours un budget serré. Dernièrement, son père lui a fait une réflexion sur son manteau en lui disant qu'il n'est pas à la mode.

Jean me dit que son père non plus ne s'habille pas à la mode. Il ne comprend pas pourquoi il lui fait des remarques désobligeantes. Il me dit qu'il n'est pas pareil quand ils sont seulement tous les deux et lorsqu'il y a sa mère.

Je lui renvoie qu'il peut lui même formuler qu'il ne veut pas rentrer dans un conflit, c'est à dire se protéger en quelque sorte tant que la discussion n'est pas possible. Je formule aussi l'importance à trouver sa place afin de se construire et aussi de devenir davantage autonome.

J'invite la mère de Jean restée dans la salle d'attente à venir nous rejoindre pour programmer le prochain entretien. Elle semble inquiète quant à Jean, dit que ça ne va pas entre lui et son père et que ce problème devient de plus en plus lourd. Elle nuance en disant que son père fait des efforts, son petit frère aussi, mais pas Jean. Elle a de la chance d'avoir deux enfants aussi gentils, mais Jean fait peu d'effort vers les autres, alors que son petit frère est très sociable. Elle prend l'exemple ou son père lui parle et lui souffle et lève les yeux au ciel. Jean tente de défendre sa position en disant qu'il ne peut parler à son père.

Sa mère répond qu'il sait bien que depuis son accident il a beaucoup changé, avant il n'était pas comme ça, et il a désiré Jean en tant qu'enfant. Jean répond que lui ne l'a jamais connu comme ça, qu'il n'arrive donc pas à comprendre.

Je reprends les éléments décrits par la mère en disant que c'est lourd et difficile pour les membres de la famille, que Jean tente de comprendre et de faire un travail sur lui. Nous reprogrammons un entretien sous un mois.

Le père de Jean me joint au téléphone le matin avant notre rendez-vous, il m'informe que Jean ne peut venir, il est malade d'une gastro-entérite. Nous reportons donc l'entretien trois semaines plus tard.

Entretien 6

Jean vient seul (il est accompagné de sa mère) pour ce sixième entretien. Cela va bien, que la relation a beaucoup changé avec son père. Je lui demande d'expliquer un peu plus ce fait. Il répond que cela s'est fait naturellement des deux côtés : « il vient moins me chercher et m'énervé, et du coup moi aussi je lui parle plus normalement ». Il évoque une sortie en voiture où tous deux ont discuté et même plaisanté : « C'était assez agréable » précise-t-il.

Je lui demande ce qu'il pense de cela. Il pense avoir compris des choses, comme le fait que son père n'est plus le même depuis l'accident (chose qui a été évoquée par sa mère lors du dernier entretien). Cela a pris du sens pour lui. Ils n'en parleront pas forcément tous les deux, ni ne rattraperont le temps perdu, mais le jeune patient pense qu'ils sont passés à autre chose et qu'ils avancent maintenant. Jean ajoute : "je pense avoir mûri également". Je lui confirme qu'en effet il a pris du recul par rapport à la relation avec son père, qu'il a mûri et est maintenant dans une démarche de recherche de sens.

Je le regarde et le trouve également grandi physiquement, même s'il avait avant une carrure importante.

En grandissant, il se pose aussi des questions sur le fait qu'il va être père un jour. « Il ne faut pas que je recrée le schéma familial » dit-il, puis il précise l'enfance malheureuse de son père que sa mère lui a raconté, lui qui était défavorisé par rapport au reste de la fratrie. Il évoque une scène où sa famille était en sortie (père avec frère et sœurs, et grands-parents) et où le père avait ses chaussures trouées. Jean aimerait comprendre des choses et avancer sans faire les mêmes erreurs, il n'aimerait pas avoir d'accident et que son enfant n'éprouve pas la même culpabilité que lui a ressenti, en nuancant le fait que c'était un événement accidentel.

L'adolescent s'interroge quant à cet événement néanmoins : « mon père pensait-il à moi et à ma mère en fin de grossesse ? A t'il fait une erreur de conduite ou fut-il moins attentif à ce moment-là ? »

Peut-être qu'il dégage lui-même une image de père de protecteur pour les autres. Il précise qu'une de ses amis vient chercher cette protection et cette affection auprès de lui, et lui finalement accepte bien ce rôle.

Sa mère nous rejoint et dit aussi que Jean mature, grandit et que cela va mieux entre son père et lui. Elle aimerait que Jean aille plus vers les autres. Mais elle voit l'évolution de son fils. J'amène le fait qu'il grandit et qu'il prend de plus en plus d'autonomie et que des fois ce n'est

pas facile non plus pour les parents. Émue, elle le regarde et dit : « mon bébé ! ». Je constate en effet cette difficulté mais que peu à peu Jean arrive à trouver sa place. Je demande à Jean de réfléchir à ce qu'il voudrait à la fin de ma recherche. Nous programmons les deux prochains - et derniers - entretien. Je suis satisfaite de l'évolution de Jean, de ses questionnements et des transformations qui s'opèrent entre son père et lui. Lui-même et plus posé dans l'entretien, ne semble plus avoir besoin de mettre en scène ce qu'il vit et ressent.

Entretien 7

Jean vient seul pour ce septième entretien. En retard, je préviens que cet entretien sera court. Il semble bien, souriant. Il me dit qu'honnêtement, ça va bien : « Ça va mieux à la maison », dit-il.

Parallèlement, Jean continue sa formation et intervient dans une maison de retraite. Je perçois un discours très factuel. Jean évoque la peur de mal s'y prendre avec résidents. Il associe sur la peur d'être coupable de quelque-chose, puis revient sur l'accident de son père. Il aimerait savoir ce qu'il s'est réellement passé à ce moment-là, or son père ne se « rappelle pas l'accident ». Il est important pour lui de mettre du sens sur cet accident ainsi que sur sa venue au monde. J'imagine alors des pulsions de vie et de mort à l'œuvre lors de la naissance de Jean, comme si, de lui ou de son père, il n'en fallait qu'un...

Je lui demande comment il aborde la fin de l'accompagnement. Il répond : « Je vais mieux, ça me fait du bien de parler, je suis passé à autre chose. Et puis ça va bien mieux avec mon père et mon sommeil aussi avec la machine. Même ma mère me laisse plus autonome ! ». Je fais alors référence au mot prononcé par sa mère (le mot « bébé ») lors du dernier entretien. Il répond que sa mère a pris conscience qu'il grandissait et le laisse prendre peu à peu son envol. De ce fait, l'adolescent aide de plus en plus aux tâches ménagères à la maison.

Son père nous rejoint et confirme que cela va mieux entre eux, Jean est plus présent.

Le père semble reconnaissant et dit que ce suivi a beaucoup aidé Jean et qu'ils ont vu changement. L'entretien prend fin, nous projetons un dernier entretien trois semaines plus tard.

La mère de Jean m'appelle le lendemain pour demander à avancer rendez-vous (dans deux semaines).

Entretien 8

Je reçois Jean seul dans un premier temps pour ce dernier entretien. Je lui présente le dispositif du Photolangage© lorsqu'il entre dans la pièce. Il est attentif et regarde de suite les photos. Il fait un sourire. Il prend le temps pour les regarder et prend deux photos : « je vais prendre une pour l'avant (photo en couleurs d'une fille repliée sur elle-même sur un lit) et une pour l'après (mouette) pour exprimer mon évolution! », dit-il d'un air enjoué.

Je prends pour ma part la photo en noir et blanc de l'alpiniste qui gravit une montagne, et lui demande de commencer à présenter sa première photo. Il prend la photo de la fille repliée sur elle-même et dit que c'est vrai qu'il y a eu une vraie évolution chez lui. Avant il était isolé, triste et n'avait envie de rien. Puis, lorsque la médecin lui a présenté la recherche que je faisais, il s'est dit que ce serait bien de contribuer à la recherche sur les troubles du sommeil à l'adolescence. Puis il ajoute que finalement il avait besoin de parler, de comprendre des choses.

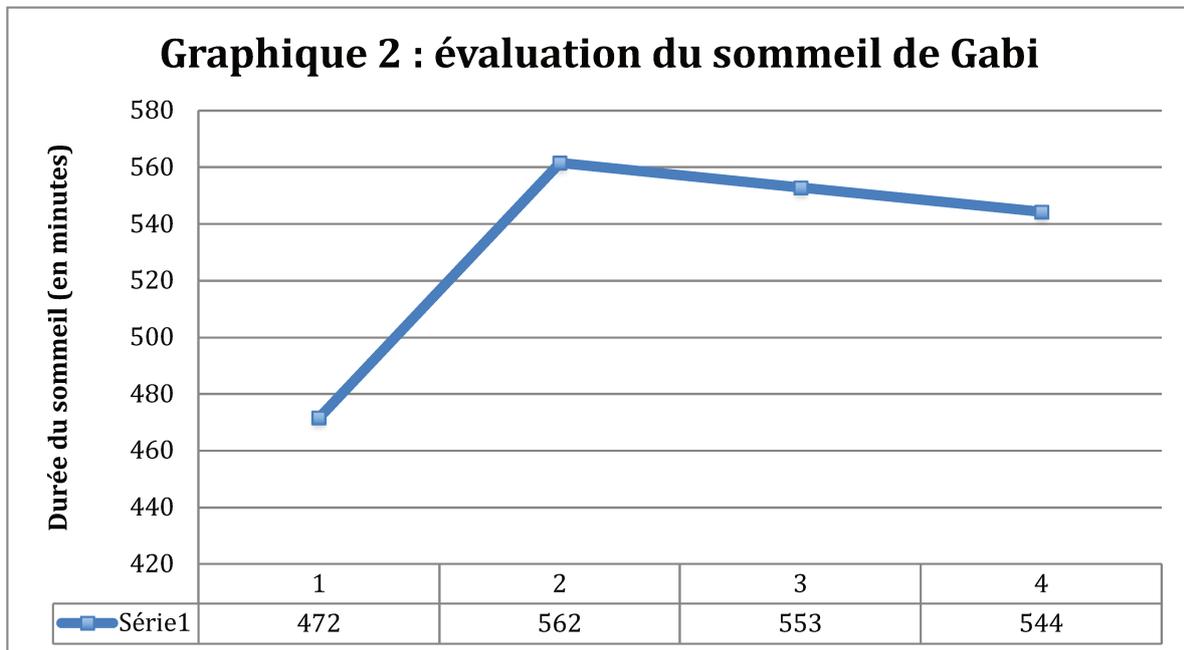
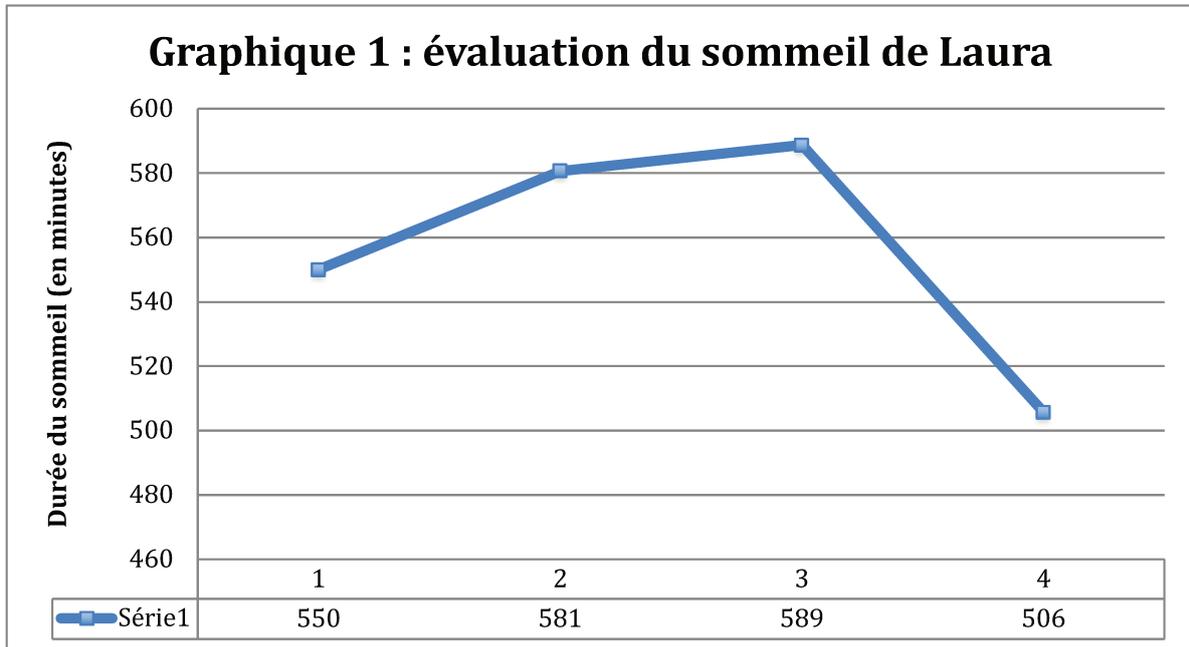
Je dis alors : « oui je pense que tu étais prêt, et que tu te posais des questions, c'était important à ce moment là de ta vie de comprendre des choses ». Jean acquiesce avec sa tête et présente sa deuxième photo, celle de la mouette : « c'est une mouette qui vole dans le ciel », s'exclame-t-il, « elle est bien, elle prend une direction, elle est elle-même ». J'ajoute qu'en effet Jean a pris de l'assurance, il est plus maître de sa vie et acteur dans ses choix comme la mouette. J'avance alors ma photo : celle de l'alpiniste, et explique qu'à l'image de l'alpiniste, Jean a suivi sa route et malgré les difficultés, il est arrivé à grimper cette montagne et à entreprendre de grandes choses comme cette année de formation et ses stages. On peut penser que cet alpiniste a des compagnons de cordée qui l'assurent. A ce moment-là, Jean fait mine de tomber en arrière puis rigole. Je commente : « du coup l'ascension ou l'évolution s'est bien passée ».

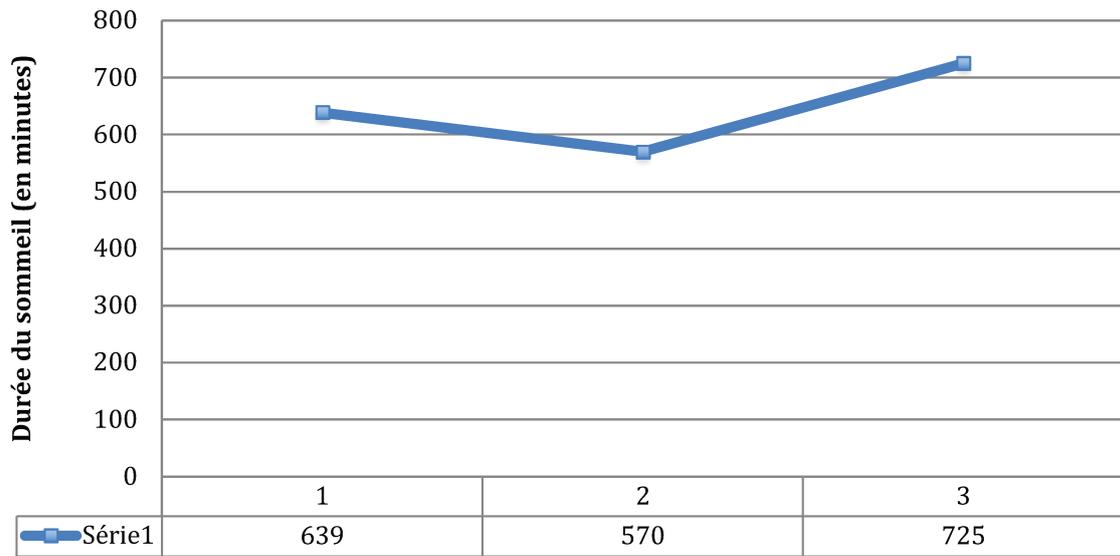
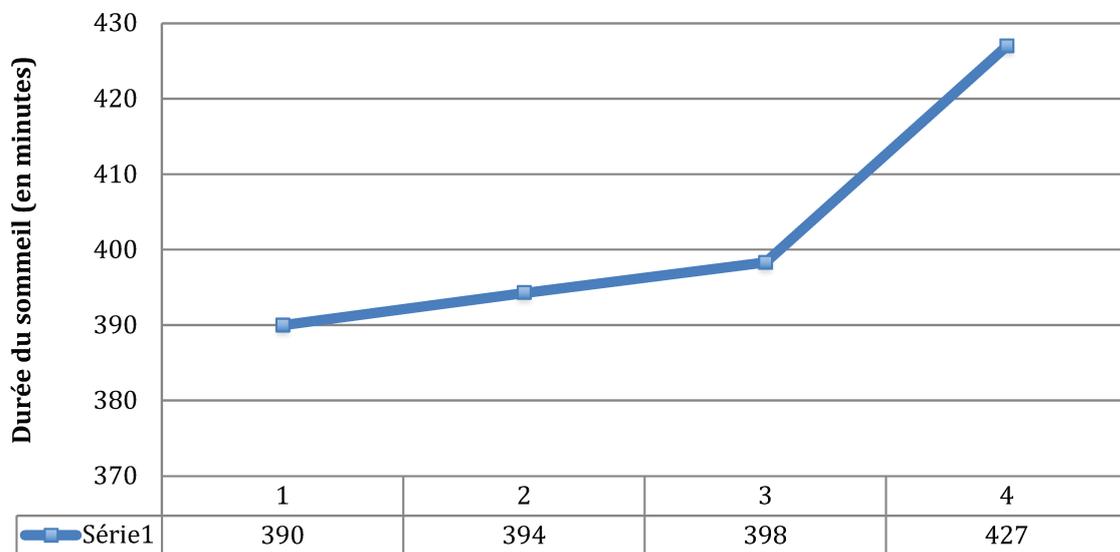
Je lui demande ensuite comment cela s'est passé pour sa formation et son examen (il était anxieux la dernière fois et doutait de lui). Il dit que cela s'est très bien passé, l'équipe est très contente de lui. Il est content de cela et veut continuer dans cette voie. Il me dit qu'il s'est ouvert aux autres. Du coup, cela se passe mieux chez lui. Je propose alors à Jean que sa mère puisse nous rejoindre.

Elle s'installe et je lui explique ce que nous avons fait avec le Photolangage©. Elle me dit qu'en effet, elle a vu durant ces derniers mois son fils grandir, aller plus vers les autres qu'avant même si elle pense qu'il pourrait encore faire un travail sur lui pour être encore plus à l'aise. Elle s'est également rendue compte qu'il avait trouvé sa voie professionnelle, que cela se passait très bien, d'ailleurs pour lui c'est plus intéressant avec des personnes âgées qu'avec des plus petits enfants. Il a gagné en assurance et en prise d'initiative.

Elle confie que la prise en charge fut bonne, et qu'elle pense que le suivi psychologique « a bien marché ». Elle me remercie d'avoir été là et de les avoir accompagnés. Elle pense bien pour Jean de continuer à bénéficier d'un espace pour lui et pour parler, mais qu'aux vues des difficultés financières, elle souhaiterait que je prenne contact avec un C.M.P. Je les informe de la fin de l'étude et d'une restitution prévue après ma soutenance. Je les remercie pour leur confiance et nous nous disons au revoir.

Annexe N°12 : Évaluations graphiques du sommeil issues des cas cliniques



Graphique 3 : évaluation du sommeil de Tim**Graphique 4 : évaluation du sommeil de Jean**

Annexe N°13 : Photos issues de la séance de Photolangage©

Photos choisies en entretien avec Laura :



Photo N°432 : Silhouette d'homme sac au dos.
(Dossier « Formation et développement personnel », Ed. du Chalet)



Photo N° 31 : Jeune fille magasinant pour vêtements.
(Dossier Corps, communication et violence à l'adolescence, Ed. Chronique sociale)



Photo N° 21 : Goéland dans ciel bleu.
(Dossier Corps, communication et violence à l'adolescence, Ed. Chronique sociale)

Photos choisies en entretien avec Gabi :



Photo N°34 : Combat d'Antilopes

(Dossier Corps, communication et violence à l'adolescence, Ed. Chronique sociale)



Photo N°21 : Goéland dans ciel bleu

(Dossier Corps, communication et violence à l'adolescence, Ed. Chronique sociale)

Photos choisies en entretien avec Jean :



Photo N°29 : Jeune fille prostrée devant affiche.
(Dossier « Corps, communication et violence à l'adolescence », Ed. Chronique sociale)



Photo N°21 : Goéland dans ciel bleu
(Dossier « Corps, communication et violence à l'adolescence », Ed. Chronique sociale)



Photo N°432 : Silhouette d'homme sac au dos.
(Dossier « Formation et développement personnel », Ed. du Chalet)