

HÔPITAL, L'ENVERS DU DÉCOR.

SOMMAIRE.

I	INTRODUCTION.	p.1
II	LE CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL ET DE READAPTATION DES MASSUES. <i>MA FONCTION.</i>	p.2
III	MES QUESTIONNEMENTS.	p.4
IV	L'ADOLESCENCE.	p.6
V	L'HOSPITALISATION. <i>L'ENTRÉE À L'HOPITAL, L'HOSPITALISATION ET SES CONSÉQUENCES.</i>	p.8
VI	DE LA BLESSURE PHYSIQUE A LA BLESSURE NARCISSIQUE. LA BLESSURE PHYSIQUE. <i>LE MOI PEAU.</i> LA BLESSURE NARCISSIQUE. <i>DU MYTHE À LA THÉORIE. LA THÉORIE DU NARCISSISME. LA BLESSURE NARCISSIQUE. DÉFENSE ET RESTAURATION NARCISSIQUE, CAS PRATIQUES.</i>	p.10 p.10 p.13
VII	L'INSTITUTION. <i>PERCEPTION DU CMCR DES MASSUES PAR LES PATIENTS. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE. SUR LE PLAN ARCHITECTURAL.</i> SUR LE PLAN DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT. <i>DU CENTRE. DU SERVICE DE PÉDIATRIE. DE LA SÉMANTIQUE. LE SERVICE ANIMATION..</i>	p.17 p.19
VIII	CONCLUSION.	p.23
IX	BIBLIOGRAPHIE.	p.25
X	ANNEXES	

I INTRODUCTION.

L'adolescence est une des phases du développement de l'espèce humaine qui conduit l'enfant sur le chemin du monde des adultes. Un long chemin jalonné d'embûches qui débute autour de la puberté à l'âge de 12 ans pour se terminer aux confins de la majorité, même si pour certains elle perdure au delà. Elle se caractérise par une succession d'épreuves, tant elle est traversée par des mutations biologiques et psychologiques profondes qui s'attaquent à notre quiétude en perturbant nos repères et nos acquis, au point de nous obliger à nous remettre en question. Une remise en cause sous le couvert de la crise de l'adolescence qui n'a d'autres objectifs que de nous permettre de grandir pour devenir un homme indépendant et autonome. Cependant, si la crise, touche indifféremment tous les adolescents, il conviendrait de vérifier l'incidence que produit sur eux le milieu dans lequel ils évoluent, afin de s'assurer si effectivement ils se développent dans les mêmes dispositions.

Pour ma part, j'ai pu constater par expérience que l'environnement dans lequel se situe l'adolescent a une influence certaine sur son évolution. Ainsi, je travaille depuis plusieurs années comme animateur dans un Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle qui accueille des enfants et des adolescents touchés par des lésions du rachis ou de l'appareil locomoteur, que ce soit à la suite de maladies, de malformations congénitales ou à la suite d'accidents, pour des séjours de durée variable de quelques jours à plusieurs mois.

Lorsqu'ils sont hospitalisés, ils arrivent dans un état de grande vulnérabilité, d'angoisse légitime, accentué par le fait même d'entrer à l'hôpital, de pénétrer dans un univers inconnu, où ils comprennent instinctivement qu'ils vont être dépossédés de leur identité propre pour devenir l'objet du corps médical, et de surcroît dans un contexte de crise lié à l'adolescence qui se poursuit malgré tout, n'importe où, même dans un lieu comme le celui ci.

La crise d'adolescence, l'environnement hospitalier et le public sont le point de départ de ma réflexion. Mes interrogations portent sur la perception qu'éprouvent les adolescents pendant leur hospitalisation. Je compte analyser, à défaut de démontrer, les raisons pour lesquelles les adolescents se sentent prisonniers d'un système qui les prive, pour un temps au moins, de leur liberté. Et c'est là toute ma problématique. Je veux comprendre: **En quoi, l'hospitalisation des adolescents en centre de rééducation fonctionnelle peut-elle s'apparenter à un "univers carcéral"?** je vais tenter, tout au long ce mémoire d'approfondissement PRH d'apporter des éclairages à ce questionnement.

Avant d'avancer un début de réponse, je me demande si dans ce contexte de crise, les modifications physiques et psychiques qui se jouent à l'adolescence sont amplifiées par le phénomène de l'hospitalisation. Je cherche à déterminer si elles ne pourraient pas être une des explications à cette impression tenace de réclusion qui justifierait que le sentiment d'emprisonnement que ressentent les adolescents, soit renforcé par le fonctionnement de l'institution (qui est un cadre imposé), par la sémantique employée dans notre travail quotidien, par l'organisation générale du centre des Massues, par la prédominance des soins et bien d'autres facteurs.

Pour se forger une opinion, il est important de bien cerner les différents éléments à analyser: l'adolescence, l'hospitalisation, les traitements contraignants (plâtres, corsets, médicaments...), l'institution et les effets que chacun d'entre eux produit pour alimenter cette sensation qu'ont les adolescents d'évoluer au sein d'un univers carcéral.

II LE CENTRE MÉDICO CHIRURGICAL ET DE RÉADAPTATION DES MASSUES (CMCR).

Situé dans la partie Ouest de Lyon, sur les hauteurs de la ville, dans le quartier du Point du jour, le CMCR des Massues est un établissement de rééducation fonctionnelle et de réadaptation spécialisé dans les affections touchant l'appareil locomoteur (Rachis) suite à des maladies (Cancers, Maladies congénitales, Maladies infectieuses...) ou aux conséquences de traumatismes (AVP Accidents de la Voie Publique, TS Tentatives de Suicide...).

Association loi 1901, privée à but non lucratif d'envergure internationale, le centre dispose d'un plateau technique complet pour assurer le diagnostic, la prise en charge globale et le suivi des patients. Il accueille des enfants et des adolescents, âgés de 18 mois à 17,5 ans, d'origines diverses et de toutes conditions sociales, ainsi que des patients en provenance d'Italie, pour des séjours variant de 15 jours (scolioses, cyphoses, lordoses...) à plusieurs mois (IMC Infirmités Cérébrales Moteurs, Cancers, Multisites, patients ayant subi plusieurs actes chirurgicaux en même temps sur des membres...).

MA FONCTION.

Depuis juillet 2000, je suis en poste au service animation des PM (Petites Massues). Ce secteur est ainsi dénommé pour le différencier du secteur adulte les GM (Grandes Massues), ouvert au public en 1960 avec une capacité de 160 lits. Pour information les PM fonctionnent depuis 1967 et compte actuellement 35 lits en hospitalisation complète. Auparavant, j'ai travaillé dans l'industrie mécanique pendant 5 ans, où j'ai occupé des fonctions diverses telles que l'emballage, l'expédition, la manutention et la maintenance.

À la suite d'une rencontre fortuite avec des adultes déficients mentaux lors d'un séjour en été, organisé par des amis, j'ai été invité à partager quelques jours avec eux. Je m'apprête à rendre visite à un public dont j'ignore tout, avec mes appréhensions légitimes, mes doutes et mes peurs. Pourtant, dès le premiers contact, je me sens à l'aise, je trouve des handicapés bien préparés à notre venue, ravis de l'intérêt soudain qu'on leur porte. Je me souviens de leurs sourires et des poignées de mains chaleureuses, de cette joie permanente et communicative qu'ils dégagent. Cette première expérience fructueuse, m'a permis d'appréhender ces personnes avec un autre regard. Cette rencontre a été, pour moi, un déclic, le prélude à un changement d'orientation professionnelle après une phase d'alternance entre l'industrie et le champ social.

Je me suis engagé à partir de 1995 dans un cycle de formation (AFPS, BAFD, BEATEP, DEFA).

Aujourd'hui, je suis animateur auprès d'enfants et d'adolescents dans le Centre des Massues. Le service est composé de 10 animateurs (trices) et d'une responsable de service. Notre équipe est pluridisciplinaire: Éducateurs spécialisés, Moniteurs éducateurs, Éducateur de jeunes enfants, Éducateur sportif, Animateurs.

Le service animation des PM fonctionne 7/7 jours, toute l'année y compris le week end et les jours fériés. Il couvre une plage horaire de 7h 30 à 21h (20h 30 le vendredi et week end) et jusqu'à 22h, deux jours par semaine.

Je m'occupe de l'animation pendant et en dehors des prises en charges par les autres professionnels qui interviennent auprès des enfants et des adolescents qui séjournent au centre des Massues. Je les accompagne dans les actes de la vie quotidienne. J'apporte mon aide à ceux qui éprouvent des difficultés à se déplacer ou dont les possibilités d'actions sont réduites (par exemple, le matin au petit déjeuner pour couper et tartiner le pain, aux repas pour s'installer seul à table, pour se servir ou pour couper la viande...).

Je veille au respect des uns envers les autres, de façon à ce qu'ils ne se moquent pas des plus vulnérables (moqueries, brimades, manipulations...). Je veille également au respect du règlement intérieur dont tout nouvel arrivant doit prendre connaissance au début de son séjour. Une première lecture du règlement intérieur leur est dispensée par le service des soins à l'étage en compagnie de leur parents et ils le contresignent ensemble. Plus tard le service animation procède à une seconde lecture de rappel pour bien signifier l'intérêt du règlement intérieur et afin de s'assurer qu'il est bien intégré.

J'accueille et j'accompagne parfois les enfants et les adolescents dans leur déplacement pour les prises en charge (kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité, orthophonie, psychologue, assistante sociale, scolarité, médecins, radiologie...) et je m'assure qu'ils honorent leur engagement (planning personnalisé en fonction des besoins liés à leur pathologie)

Les membres de l'animation sont régulièrement impliqués dans les synthèses des enfants et des adolescents. A ce titre nous sommes chargés de rédiger un document écrit, que nous exposons au sein des réunions qui regroupent autour du médecin, les personnels de soins, de rééducation, de la scolarité, la psychologue, l'assistante sociale, et l'animateur. Cette réunion est parfois ouverte à d'autres personnels ou à des intervenants extérieurs, l'objectif consiste à avoir une image fidèle de l'évolution du patient à travers la globalité de ses prises en charge.

Je suis référent du groupe des adolescents et référent individuel d'un ou de plusieurs patients en particuliers, avec lesquels j'ai choisi de travailler, car aux premiers contacts nous avons mutuellement senti une proximité, une confiance dans nos rapports, bien évidemment, cela n'empêche pas mes collègues de s'occuper, eux aussi, de ces personnes.

Je participe quelques fois, les mardis, à des réunions pluridisciplinaires, qui regroupent tous les professionnels en charge du patient afin de s'échanger des informations et les mercredis aux visites d'étages, réservées aux personnels du service de soins, du service rééducation, aux médecins auxquels s'ajoutent le service animation, et l'assistante sociale pour discuter de l'évolution, de la progression, des limites ou pour rechercher des solutions et préparer la sortie des patients.

J'exerce cette fonction pour remplacer ma responsable de service lorsqu'elle est en formation, dans le cadre d'un accord conclu entre nous pour approcher les responsabilités de direction, compte tenu de mon parcours en DEFA. Je suis donc amené à diriger et à animer des réunions d'équipes.

Mais, pour l'essentiel ma fonction consiste, à partir de l'observation des jeunes, à instaurer la relation, pour être au plus près d'eux, à leur écoute. L'animation est un espace de liberté et de détente hors du contexte médical où ils ont la possibilité de s'exprimer, de se dévoiler et de déposer une part de leur souffrance, aussi dans le cadre de mon travail, je participe à des séances d'analyse de la pratique et je peux solliciter l'aide des médecins ou de la psychologue pour m'éclairer sur certaines situations difficiles à comprendre.

III MES QUESTIONNEMENTS.

Ma principale préoccupation lorsque je suis arrivé au CMCR des massues a été de comprendre pourquoi un établissement de cette importance, avec un service animation richement doté par rapport à d'autres services de ce type, ne disposait pas de ses propres moyens de transports pour permettre aux enfants et aux adolescents de sortir après les prises en charge et pendant les Week end, afin de les conduire hors des murs du Centre pour les accompagner dans des activités extérieures, comme aller au cinéma, ou à la découverte de la ville, de leur donner l'occasion d'échanger et de rencontrer d'autres enfants et adolescents du même âge à l'extérieur.

Les plus anciens de mes collègues m'ont alors expliqué que la direction de l'établissement s'y opposait, prétextant ne pas être en mesure d'assurer la maintenance à l'année d'un véhicule de transport aménagé pour les déplacements des personnes à mobilité réduite alors que ce service existe pour le véhicule du magasin. J'ai appris par ailleurs qu'elle avait également refusé la mise à disposition gracieuse d'un véhicule aménagé par une association caritative, parce qu'elle ne désirait pas associer son image et son nom à celui de cette association.

Pourtant à la lecture attentive du contrat d'objectif et de moyens du CMCR, c'est à dire, notre politique d'orientation pour les années à venir, il est clairement précisé l'objectif d'ouverture au monde extérieur afin de favoriser la réinsertion des patients.

Bien évidemment des initiatives dans ce sens existent, mais elle ne bénéficient pas du "soutien de la direction" en tous cas un soutien discret voire inexistant, pour ce qui est de l'animation. De ce fait, c'est l'inverse qui se produit, à défaut d'aller vers les autres ce sont les autres qui viennent à nous, de nombreux prestataires offrent leurs services gratuitement (Docteurs clown, Ciné rêves, Blouses roses, Bibliothèque municipale de Lyon, Conservatoire de musique...) ou contre rémunération (Ateliers théâtre, Peinture, Artistes indépendants...)

J'ai toujours été frappé par l'écart entre le discours et la réalité, car je souhaiterais sortir les enfants et les adolescents au delà de l'enceinte du Centre des Massues.

En 2002 j'ai développé une action autour de l'image et de la photographie en partenariat avec la MJC de Perrache dans le 2^{ème} arrondissement de Lyon, pendant plusieurs mois, dans le cadre d'une convention qui nous permettait d'utiliser le club photo et les personnes ressources, à titre gratuit.

L'initiative a donné l'occasion aux enfants et aux adolescents de quitter le Centre des Massues accompagnés d'animateur et de stagiaires et de se déplacer à travers la ville avec les transports en commun, d'affronter la réalité et surtout le regard des autres, en dehors d'un contexte protecteur du CMCR. A la fin nous avons organisé une exposition de leurs photos à la MJC puis au Centre des Massues.

La MJC nous a proposé de renouveler l'expérience l'année suivante, dans les mêmes conditions, mais nous nous sommes heurtés au mutisme et à l'immobilisme de la direction du Centre malgré nos relances répétées, du coup le projet a été enterré. Aucune explication ne nous a été fournie, ces non dits confirment notre sentiment d'abandon, la direction ne nous soutient pas et ne nous donne pas les moyens d'agir, cela nous pose problème, car parfois nous nous interrogeons sur l'opportunité d'un service d'animation en l'état.

Et j'avoue que j'ai du mal à m'adapter à ces écarts entre d'une part les exigences de l'institution en matière de soins et de protection des personnes qui lui sont confiées et d'autre part les besoins des jeunes qui malgré une mise à l'écart forcée, ne demandent qu'à vivre comme tout le monde.

Voilà les raisons pour lesquelles, j'ai décidé de me pencher sur cette question, ce paradoxe qui pousse les enfants et les adolescents à mal vivre leurs séjours, à se sentir enfermés, emprisonnés parce que leur corps, "otage du corps médical", est pris en étau dans des équipements ou des matériels qui l'enserrent, l'entourent, l'enveloppent (corsets, plâtres, fixateurs, attelles...) et le restreignent dans ces mouvements.

Un second élément retient mon attention pour expliquer ce malaise. Selon Confucius, l'homme idéal se caractérise par "un esprit sain dans un corps sain", or notre environnement (l'hôpital) est un lieu chargé de souffrances: souffrance de la séparation et de l'éloignement, souffrances physiques et psychiques des adolescents diminués, blessés, meurtris jusque dans leur corps. On peut s'imaginer combien ou plus exactement comment leur esprit en est profondément affecté. Ils traversent une crise sans précédent, leur identité en est pour le moins bouleversée, cela se traduit dans les actes par des comportements étranges (motivation, apathie, soumission, opposition...) qui parfois nous interrogent, c'est là l'objet de mon étude. Je cherche à déterminer dans quelle mesure l'hospitalisation est ressentie comme une incarcération et ma problématique s'articule autour de ce questionnement. **En quoi, l'hospitalisation des adolescents en centre de rééducation fonctionnelle peut-elle s'apparenter à un "univers carcéral"?** je travaillerai autour de deux hypothèses.

La première est à mettre en relation avec les modifications physiques et psychiques liées à l'adolescence qui seraient amplifiées par le phénomène de l'hospitalisation. Nous venons de le voir un peu plus haut, les adolescents traversent une période trouble pour eux, une période de vulnérabilité où ils doivent quitter l'insouciance de l'enfance pour se projeter dans le monde inconnu des adultes précisément à un moment où leurs repères sont fragilisés. De ce fait ils doutent d'eux-mêmes, de leur capacité d'aimer, à être aimés. C'est le lot commun de tous les adolescents, mais plus encore pour ceux que la maladie, ou l'accident mettent temporairement à l'écart, imposant une séparation pour le moins, mal vécue, qui a d'insupportable la persistance d'un sentiment d'enfermement et d'impuissance que vivent ces adolescents.

C'est là l'objet de ma deuxième hypothèse, le sentiment d'emprisonnement que ressentent les adolescents est renforcée par le fonctionnement de l'institution, par la sémantique employée dans notre travail quotidien, par l'organisation générale du centre des Massues, par la prédominance des soins et bien d'autres facteurs. Cette pression de l'institution pèse sur eux. Il suffit pour s'en convaincre de les écouter, ils utilisent des expressions qui rappelle l'enfermement, l'ennui ou la galère, "on n'a pas le droit de..., ici, c'est la prison".

A partir de mes questionnements et pour développer mes hypothèses, je traiterais, dans ce mémoire de l'épreuve de l'adolescence, de l'entrée et des conséquences de l'hospitalisation des adolescents, des blessures physiques et narcissiques qui se jouent, pour terminer par le poids de l'institution.

IV L'ADOLESCENCE.

Dans la vie des hommes, le passage de l'enfance à l'âge adulte est rythmé par des crises, elles prennent naissance à l'adolescence au moment de la puberté, l'enfant mue, son corps se transforme jour après jour, sa voix s'étoffe, avec plus de profondeur, ses muscles se développent, son système pileux se garnit et sa libido en sommeil pendant la période de latence resurgit et l'assaille. Soudain il est la proie de terribles angoisses qui bouleversent son univers et le font voler en éclat.

Catherine et Françoise DOLTO nous expliquent dans "Paroles pour adolescents ou le complexe du homard" comment en perdant sa carapace et dans l'attente d'une nouvelle, l'adolescent s'expose à tous les dangers. Une mise à nu, une mise à mal qui le rend vulnérable. Si de toute évidence son enveloppe extérieure se modifie et reste la plus visible, on sait aujourd'hui qu'intérieurement l'adolescent bout telle une cocotte minute, prêt à libérer sous la pression tout son contenu vers l'extérieur. L'adolescent est tiraillé entre ses convictions et ses doutes, entre ses désirs et ses inhibitions, c'est à dire entre le besoin impérieux de possession, de réalisation ou de satisfaction, qui le conduit inévitablement vers un débordement de forces ou d'énergie, des pulsions difficiles à canaliser. Elles lui imposent la mise en oeuvre d'actes ou d'actions afin de réduire ces tensions internes, ainsi que la menace inquiétante d'être submergé, voire dépassé qui le mettent dans l'incapacité de réagir.

EGO DÉMESURÉ, SENTIMENT DE TOUTE PUISSANCE, CONDUITES À RISQUE: Pour se démarquer des autres et plus particulièrement des adultes, les adolescents s'arrogent le droit d'agir ou d'intervenir sur le cours de la vie. Fort de leur assurance, ils pensent être en capacité d'affronter, de surmonter la dure réalité de l'existence, en un mot de maîtriser leur destin. La force qui les anime les conduit à poser des actes dangereux et de s'exposer à des risques qui peuvent aller jusqu'à mettre leur vie en péril. Bien souvent ils ne mesurent pas les conséquences de ces actes. Ces adolescents là, constituent une part importante des victimes hospitalisées au CMCR avec plus ou moins de gravité.

RECHERCHE DE VALEURS, DE SENS, D'IDENTITÉ: L'effritement du mythe parental se caractérise par une perte, un vide qu'ils s'empressent de combler par de nouveaux modèles identificatoires, ou de nouvelles valeurs à adopter, c'est par exemple l'apparition du groupe avec ses codes pour se substituer à la cellule familiale, ou comme j'ai pu le constater dans mon travail, après l'instauration d'un climat de confiance et de sécurité, l'emprunt par les adolescents hospitalisés de certaines postures de leurs animateurs préférés jusqu'à la ressemblance.

SAUT D'HUMEURS, D'AGRESSIVITÉ, OPPOSITION: La recherche d'une autonomie naissante et la nécessité de se détacher de ses parents face à la désillusion de l'idéalisation des parents provoquent chez les adolescents la confrontation et la remise en cause de tous les types d'autorités, rejet de l'autorité parentale, remise en question des institutions, effondrement de l'autorité morale....

Adulés, idolâtrés hier, ils leurs paraissent tout à coup bien différents à un point où parfois le dialogue ne passe plus. C'est comme si tout à coup ils étaient projetés dans une arène, comme s'ils entraient brutalement dans un monde nouveau, inquiétant, où ils doivent se construire, (aller à la recherche de nouveaux modèles, de sens, et de valeurs...) et trouver leur place, dans notre société. Parallèlement à la contestation de l'autorité, les adolescents bousculent le cadre établi, ils l'attaquent, le négocient pour en définir les contours et en vérifier les limites.

Ces transformations plongent les adolescents dans une prise de conscience que pour devenir adultes ils doivent renoncer, à l'insouciance de l'enfance et accepter le deuil symbolique de leurs parents, avec lesquels ils ont construit jusqu'alors leurs repères et leurs rapports.

La crise de l'adolescent est un passage obligé, mais qui a cette particularité de ne pas être uniforme, elle s'adresse à tous les adolescents, de manière inégale, pour certains elle est passagère alors que pour d'autres elle est beaucoup plus longue. Pour WINNICOTT "l'adolescence ne dure qu'un temps et le temps est le remède naturel", il ajoute qu'il faut se garder (pour nous les adultes et la société mal à l'aise avec cette question) de chercher à y porter remède"¹

Toutefois, il faut relativiser: toutes les crises ne se traduisent pas par des situations complexes, la majeure partie d'entre elles se déroulent convenablement, sinon notre système de santé aurait bien du mal à faire face, c'est loin d'être le cas.

V L'HOSPITALISATION.

L'ENTRÉE À L'HOPITAL, L'HOSPITALISATION ET SES CONSÉQUENCES.

Les adolescents dont je vous parle sont effectivement les mêmes que les autres, à la différence près que ceux qui entrent au Centre des Massues pour être hospitalisés, à la suite de maladies ou pour “réparer” les conséquences de traumatisme AVP (Accidents de la Voie Publique) ou de TS (Tentatives de Suicides) subissent par ailleurs les effets de l'hospitalisation.

Le Dr Bernard GOLSE et Martine BLOCH démontrent que la maladie, l'anomalie et le handicap sont beaucoup moins bien supportés à l'adolescence. “Une maladie, une anomalie ou un handicap peuvent être physiquement douloureux, en revanche, il y a toujours une douleur psychique, à des degrés divers, car il y a atteinte de soi au niveau de l'intégrité corporelle. L'anomalie qui rend l'adolescent différent, qui le situe hors de son groupe va accentuer son angoisse, car autant l'adolescent revendique - souvent avec force - le droit à la différence pour les autres ou à l'ensemble des adolescents, autant il veut être semblable à ceux de son âge qui lui renvoient et confortent une part de son identité. Le handicap, enfin, donne lieu à une véritable atteinte narcissique, car ne pas pouvoir utiliser son corps en toute liberté suscite chez l'adolescent des sentiments de révolte et de culpabilité?”¹

Ils ne viennent pas par hasard chez nous. Avec l'expérience, nous avons constaté que certaines périodes de l'année sont propices à l'hospitalisation des adolescents, le flux est constant sur l'année avec des pics situés autour de l'été par choix des parents pour éviter de compromettre la scolarité de leurs enfants, ou parce que les structures d'accueil et d'hébergement prennent leurs congés à cette époque là. La rentrée de septembre nous apporte son lot de malades et de blessés dans une proportion plus importante que le reste de l'année.

Dans le cadre de ce mémoire, je vais délibérément limiter mon étude aux adolescents, que nous appelons dans notre jargon des rachis. Ce sont des adolescents qui nous sont envoyés par deux canaux, la médecine générale et la médecine scolaire pour les mêmes raisons, à savoir une déformation ou une malformation de la colonne vertébrale (scoliose, cyphose, lordose...) plus ou moins grave, nécessitant néanmoins une hospitalisation en deux temps;

— Une première fois, pour redresser la colonne vertébrale pendant 15 jours avec un plâtre correcteur qui enserre le corps des adolescents telle une armure qu'ils garderont pendant 45 jours au cours desquels ils devront vivre, normalement, avec simplement une attention par rapport à l'alimentation.

— Une seconde fois, pour 15 jours afin de recevoir un corset qu'ils devront conserver pendant plusieurs années selon les besoins de correction et en fonction de leur croissance. Il arrive quelquefois que le plâtre et le corset ne soient pas suffisants, alors on a recours à la chirurgie qui suppose des moyens et une durée d'hospitalisation plus conséquents.

1- Dr Bernard GOLSE et Martine BLOCH dans “L'AMOUR CHAOS, de la difficulté d'être adolescents, d'être parents et de se comprendre” p 79 - 80.

Je vous parlerai également des adolescents, victimes de la route, soit parce qu'ils sont percutés par des véhicules motorisés (motos, autos, camions, bus...), soit parce qu'ils sont eux même impliqués dans des accidents de la circulation, ils portent au CMCR la dénomination d'AVP. Je poursuivrai avec ces adolescents qui attendent à leur vie et que l'on appelle communément les TS. Ces adolescents du fait des séquelles, suite à un AVP ou à une TS, vont se trouver effectivement enfermés dans des équipements ou des matériels qui se greffent sur leur corps.

Séjourner à l'hôpital, même pour une courte durée c'est vivre une rupture radicale, c'est se plonger dans un monde inconnu avec ses propres règles pour être provisoirement, le temps du séjour l'objet du corps médical, un corps (de l'adolescent) devenu malléable, manipulable par l'ensemble des professionnels qui s'affairent autour, infirmières, aides soignantes, médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes; psychomotricienne, brancardiers, etc.

A cet instant on peut imaginer la détresse et l'angoisse qui traversent les adolescents, surtout si leur hospitalisation n'a pas été au préalable préparée KIPPMAN prédit que: "se sera la catastrophe de l'hospitalisme, où l'enfant, perdu au milieu d'anonyme, privé de la réassurance de sa famille et de son environnement va régresser au point de plus se battre contre la maladie, et pour sa vie"¹.

Morcelés physiquement par des fractures des os des membres inférieurs ou supérieurs, ou des multifractures, par des réductions et des étirements pour combler les déficits osseux, ainsi que par de nombreuses interventions chirurgicales, sur les muscles, sur les tendons ou bien encore par des actes de chirurgie au niveau du cerveau. etc..., touchés dans leur intimité, ils perdent tous leur repères et se sentent complètement abandonnés, certains ne supportant pas cette situation quittent l'établissement. Les autres restent là par obligation pour recevoir les soins appropriés à leur pathologie et acceptent donc d'être sous la dépendance du corps médical à un moment où l'adolescence est pour eux synonyme d'indépendance, de liberté et de quête d'identité.

Pour autant après quelques jours, ils trouvent dans les murs de l'établissement des semblables. Aussi, ils se regroupent par affinité et ils se constituent en groupes pour se sentir plus forts, pour faire corps ensemble, se constituer une identité commune, j'allais dire une enveloppe collective sécurisante.

C'est portés par cet élan, qu'ils se retrouvent dans une position de reconquête individuelle ou collective, pour se réapproprier leur image d'avant l'hospitalisation. Une certaine confiance retrouvée, ils entament un combat pour regagner l'estime de soi et l'amour propre, délaissés devant l'ampleur des blessures à combler.

1- Simon KIPPMAN **l'enfant et les sortilèges de la maladie** p 27.

VI DE LA BLESSURE PHYSIQUE À LA BLESSURE NARCISSIQUE.

A l'hôpital, comme au sein de la société on attache beaucoup d'importance à l'apparence, l'utilisation de ce vocable dans notre milieu, doit s'entendre, comme ce qui se donne à voir, ce qui se présente immédiatement à la vue, à la pensée.

LA BLESSURE PHYSIQUE.

LE MOI PEAU.

Le premier contact à l'animation avec les adolescents hospitalisés est un contact visuel, on se voit d'abord avant de passer à une autre forme de relation. Le rapport physique, dans notre environnement est incontournable compte tenu de notre domaine d'intervention (spécialisation autour du rachis).

Ce que l'on observe, avant tout c'est la détresse de l'adolescent qui se retrouve soudainement propulsé dans un univers inconnu et dans lequel il est l'objet de toutes les considérations. Par la suite, c'est bien évidemment l'aspect physique d'une manière globale qui retient notre attention. Mais au delà, ce qui nous interpelle, ce sont la fragilité et la vulnérabilité et parfois la force qui se dégagent d'eux. Cela nous perturbe car l'hospitalisation, si elle les touche, elle nous affecte également, parce qu'elle est l'occasion de vivre et de partager quelque chose ensemble. En toute humilité, cela nous renvoie à notre propre existence, ça peut nous arriver à tout instant. Cela nous renvoie également à notre impuissance, et questionne notre pouvoir réel ou supposé d'action.

Si le corps est l'élément physique que l'on distingue en premier, c'est la peau qui nous renseigne sur l'état des patients. En effet, comme elle recouvre l'ensemble de la surface du corps, elle est le témoin des stigmates, des affections, des agressions et des autres atteintes que lui inflige la chirurgie ou les équipements de rééducation fonctionnelle (plaies, cicatrices, rougeurs, irritations, ecchymoses...).

Par ailleurs, la peau assure une fonction de contenance, elle délimite le corps dans un volume propre à chaque individu, c'est une enveloppe, à l'intérieur de laquelle est maintenu le squelette et les autres organes de façon à garantir un tout homogène. Elle demeure un intermédiaire, une interface entre le monde externe, et le monde interne, c'est un indicateur efficace qui lui procure la faculté d'interpréter les signes qu'elle perçoit de ces deux mondes, comme par exemple, la communication non verbale ou la somatisation. La peau et le corps captent et traduisent des attitudes, des comportements, des souffrances, qui ne sont pas toujours perceptibles.

Enfin, la peau offre un champ d'études et de développement prometteur, qui ne laisse pas insensible dans des domaines de recherches aussi variés que la médecine, la relaxation, les cosmétiques, etc..., elle suscite, également, l'intérêt de la psychologie et de la psychanalyse.

De ses analyses sur ce thème, Didier ANZIEU, dégage une théorie: le Moi- Peau, un nouveau modèle de pensée et de lecture de l'appareil psychique. A l'origine, son travail part du constat pessimiste autour de la perte du caractère contenant de la société et des individus, qui selon son propos, propagent le sentiment d'absence voir d'inexistence de limites. En un mot, ils favorisent une culture de l'imaturité avec pour conséquence, la prolifération de troubles psychiques. Pour y remédier, il préconise de mettre en place une barrière protectrice et le retour à la définition de limites cohérentes.

Dans son ouvrage, le "Moi-peau", Didier ANZIEU avance une hypothèse sous la forme d'un questionnement: "Et si la pensée était autant une affaire de peau que de cerveau"¹, de ce fait, il attribue à celle-ci une position centrale, et lui prête des capacités structurantes de soutien, de maintien, de contenance et de limites. Il poursuit son interrogation par: "Et si le Moi défini alors comme Moi-peau, avait une structure d'enveloppe"².

Selon lui, "l'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien être de base", il ajoute que "toute activité psychique. s'étaye sur une fonction biologique. Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau".

Ainsi, il démontre, la relation étroite entre les atteintes corporelles et les atteintes de l'appareil psychique. "La profondeur de l'altération de peau est proportionnelle à la profondeur de l'atteinte psychique" ou quelques lignes plus loin, il propose la formulation suivante où il introduit le Moi-peau: "La gravité de l'altération de la peau est en rapport avec l'importance quantitative et qualitative des failles du Moi-peau"³.

C'est précisément la situation à laquelle les adolescents hospitalisés au CMCR sont confrontés. Ils sont hospitalisés parce qu'ils ont des atteintes physiques, des atteintes corporelles, de naissance, consécutives à des maladies ou à la suite d'accidents, et parfois associées à des troubles psychiques. Au regard de cet éclairage théorique, on peut concevoir l'hospitalisation comme la réparation des atteintes corporelles et par la même occasion, la restauration des atteintes psychiques.

Compte tenu de notre spécificité, nous sommes en mesure de gérer et régler la partie mécanique, purement fonctionnelle, des pathologies des patients hospitalisés au CMCR. Dans la réalité, nous participons à la réduction des atteintes corporelles par des moyens et des techniques de substitution de la peau défaillante, les corsets, les plâtres, les résines se superposent sur les zones du corps à traiter, tels une seconde peau, assurant des fonctions d'étayage, de contenance, et de limites.

Je me souviens, de Cedric un adolescent de 15 ans qui hospitalisé au CMCR, après avoir fait une chute de plusieurs mètres depuis le toit des Halles de Lyon, il a traversé une espèce de bulle en plastique permettant à la lumière naturelle d'éclairer cet espace. Son accident, aux circonstances troubles, aurait pu avoir des conséquences plus dramatiques. Il s'en tire avec quelques fractures et un tassement des vertèbres qui lui impose de porter un corset et une "têtière" afin de maintenir verticalement l'axe tête - tronc.

Cedric est un patient qui m'a profondément marqué et parfois m'a posé des problèmes. Lorsqu'il était pris de crises d'angoisse insupportables, pouvant se traduire par des actes de violence. Quand la pression s'accroissait, il me faisait demander et n'acceptait personne d'autre pour l'aider et le soulager, il ne me demandait rien, sinon de m'asseoir à ses côtés et de discuter avec lui. Cela lui convenait, le rassurait et l'apaisait. Il avait besoin de ma présence, de ma stature, 1,87 m, 90 kg pour contenir ses angoisses et le contenir de ses réactions. Quelques fois, cela me semblait lourd à porter, j'avais l'impression d'être seul, de manquer de jugement pour lui donner de bonnes réponses et être efficace.

Par la suite, j'ai appris qu'il était suivi à l'extérieur pour des troubles psychologiques, qu'il souffrait de l'absence de son père absorbé par son travail de chirurgien, il se sentait délaissé vivant sous l'influence d'une mère omniprésente et étouffante. Son geste est révélateur d'une révolte silencieuse, tue, qui n'a pu s'exprimer que dans un passage à l'acte contre lui. Sa mère nous a fait part de ses difficultés à le maîtriser après son accident, son comportement envers elle oscillant entre excès de tendresse et violence exacerbée.

Ce que je peux dire aujourd'hui, c'est qu'il a bénéficié en même temps de plusieurs formes d'étayage, tant sur le plan physique que sur le plan psychique:

SUR LE PLAN PHYSIQUE: Le corset comme la têtère sont constitués par des matériaux rigides tels que le plâtre, les résines, le plastique ou le carbone destinés à soutenir et à maintenir Cedric dans une position structurante et réparatrice des séquelles consécutives à sa chute. Ces équipements sont des pièces uniques, réalisés sur mesure, moulés de manière à épouser strictement les formes des membres affectés. Ils les enveloppent et les retiennent à l'intérieur d'un volume précis (contenant), afin de les consolider et pour garantir à l'axe tête - tronc une stabilité qui redresse le corps et lui confère une posture d'homme "fier", fermement ancré sur ses deux jambes, comme si soudainement, Cedric retrouvait l'assurance qui lui faisait cruellement défaut. Ce retour à l'assurance se manifeste chez lui par la prise de conscience de ses difficultés, par le soulagement et la certitude d'une guérison certaine sans trop de séquelles.

Pourtant, s'il dit comprendre et accepter sa condition, sa souffrance n'en est pas pour le moins réduite. Elle se développe sous un autre aspect, moins perceptible. Le Centre des Massues est capable d'agir sur les lésions motrices pour les réparer, il n'est pas du tout armé pour traiter les perturbations d'ordre psychologique, même si on sait que toute évolution sur le plan physique entraîne des réactions sur le plan psychique.

SUR LE PLAN PSYCHIQUE: Dans le récit de son histoire personnelle ce qui retient mon attention c'est le sentiment d'un profond abandon, un vide, probablement à l'origine de ce cri d'appel qu'il lance à ses parents. Cedric, par son geste, cherche à attirer l'attention de son père absent, effacé et absorbé par ses activités professionnelles, et qui le délaisse à sa mère omniprésente et omnipotente. Inconsciemment, Cedric somme son père de reprendre sa place au sein de la famille, et de faire tampon entre lui et cette mère envahissante pour laquelle, il éprouve à la fois de l'affection et de la haine. Il attend de lui qu'il l'aide à rompre cette relation fusionnelle, pour lui permettre enfin de pouvoir prendre son envol.

Comme son père ne répond pas à son appel, il se tourne, alors désespérément vers d'autres figures idéales, à la recherche d'une présence de substitution identificatrice de l'image paternelle. C'est à l'occasion d'une de ses crises qu'il m'a parlé de son oncle avec lequel il entretenait de bons rapports, en totale confiance, son confident, un homme capable de lui prêter une oreille attentive, de le conseiller, de l'accompagner et de le soutenir, mais également une personne de caractère capable de s'opposer à lui et de lui imposer un cadre et des limites. Cedric avait une très haute estime pour son oncle, sans doute parce qu'il représentait à ses yeux le père parfait qui lui a manqué. Malheureusement son "mentor" est décédé quelques années plus tard, dans des conditions tragiques, le laissant seul face à sa détresse.

Son hospitalisation au Centre des Massues lui a probablement permis, à travers les prises en charge, de retrouver un milieu accueillant, sécurisant et structurant, sur lequel s'appuyer pour affronter toutes ses difficultés et prendre un nouveau départ dans sa vie.

Par ces activités et ses compétences, le centre a apporté une certaine réponse technique à sa blessure physique. Il arrive au bout de ses limites et n'est plus en mesure d'apporter davantage à Cedric. C'est le moment de céder la place à d'autres professionnels pour prendre le relais car, il reste à l'adolescent encore beaucoup de chemin à parcourir avant de pouvoir refermer définitivement sa blessure narcissique.

LA BLESSURE NARCISSIQUE

DU MYTHE À LA THÉORIE.

Le narcissisme est un terme qui vient du mythe grec de Narcisse. Il a donné par la suite, dans l'esprit de Freud la théorie du narcissisme, qui désigne communément l'amour que le sujet exprime pour lui-même. On entrevoit, l'existence de plusieurs formes de narcissisme, le narcissisme primaire et le narcissisme secondaire complémentaires l'un de l'autre, mais qui apparaissent à des stades d'évolution différents. Ils participent au développement et à la structuration du sujet, à condition qu'ils restent dans des proportions mesurées, l'excès produisant des attitudes et des comportements condamnables, voir parfois à des dérives pathologiques.

FREUD qualifie de narcissisme primaire ou d'auto érotisme le stade où l'enfant, en pleine phase de constitution du Moi prend pour objet son corps comme terrain d'investigation et d'investissement sexuel, succion du pouce, jeux avec son sexe.... A ce moment là, ses pulsions sexuelles sont fantasmatiques et imaginaires, essentiellement tournées vers la recherche du plaisir, et la quête de sensations agréables. Cette étape préalable précède la capacité du sujet à se tourner vers les objets extérieurs, elle souligne ce que FREUD qualifie de narcissisme secondaire, c'est à dire, le moment où les pulsions sexuelles ne sont plus exclusivement centrées sur le sujet, mais également sur les autres. La recherche du plaisir se situe alors dans la rencontre et la relation à l'autre, ou aux autres, c'est la période où apparaît l'ami(e) intime, le confident, l'identification à des personnalités connues ou pas, l'intégration aux groupes, une ouverture au monde extérieur qui contribuent à l'affirmation du Moi.

LA THÉORIE DU NARCISSISME.

Dans "Les adieux à l'enfance", Alain BRACONNIER nous explique cette transition et la manière d'y parvenir, il insiste sur la période de l'adolescence qui symbolise pour lui la perte du statut de l'enfance au profit de celui de l'adulte. En d'autre terme l'enfant quitte la quiétude de la période de latence pour entrer brutalement dans les turbulences de la puberté dont les transformations bouleversent les données physiques et psychiques des adolescents, et sont une source d'angoisse terrible. "La puberté constitue pendant toute sa durée une crise narcissique avec toutes les conséquences que ce fait comporte sur le plan éducatif, social, et pathologique..."¹.

Aussi, pour se défendre et pour restaurer son intégrité narcissique, l'adolescent va chercher par tous les moyens à réduire son angoisse en l'exprimant par des actes, au détriment d'une élaboration mentale. C'est à ce moment - là, que l'on se trouve face à des comportements versatiles ou à des conduites à risques qui lui donnent l'illusion d'une autonomie et de la maîtrise de sa vie. En tout cas il en retire un sentiment d'existence et de puissance.

Patrick Ange RAOULT, dans son ouvrage "Guérir de ses blessures adolescentes" propose l'identification à la fois comme mode ambivalent de remise en cause et de quête narcissique chez les adolescents: "Construit en pelure d'oignons, nous sommes les couches successives des identifications faites au fil du temps. Ce sont ces identifications que nous remettons en cause à l'adolescence", il ajoute par ailleurs, qu' on " se construit à partir d'autrui, on lui emprunte et intègre des traits singuliers qui nous constituent progressivement"². Nos souvenirs, les murs de nos chambres, nos penderies, nos gestes mêmes, témoignent des modèles et des références qui ont jalonnés notre adolescence, au point de vouloir leur ressembler.

1- Bela GRUNBERGER **Le narcissisme, Essai de psychanalyse** p 210

2- Patrick Ange RAOULT **Guérir de ses blessures adolescentes** p 108

Parallèlement, apparaissent les premiers signes de la sexualité chez les adolescents, qui jettent un trouble supplémentaire sur leur identité sexuelle. Ils sont partagés par le désir et la séduction de l'autre genre et la peur de s'y confronter, alors ils se réfugient dans la recherche d'un double narcissique, un semblable. L'ami intime, aide l'adolescent à se protéger, au moins pour un temps de la différence sexuelle, le temps de se conforter dans son identité sexuelle propre. Il arrive cependant qu'une personne seule ne suffise pas à tenir ce rôle. L'adolescent se tourne alors vers le groupe qui remplit la même fonction à savoir un creuset fédérateur, régulateur, qui l'étaie et contribue à le construire narcissiquement.

Lorsque, le sujet reste centré sur lui-même, parce que dans son développement psychique, il s'est attribué une part excessive, voir exclusive d'amour, ce qui le fragilise et menace inconsciemment son équilibre, il appréhende le monde et l'interprète en fonction de sa propre personne, de sa valeur à lui. Le sujet, en dehors de lui, est dans l'incapacité de se détacher du manichéisme, ce qui implique qu'il soit foncièrement bon et les autres mauvais. Cela se traduit par des troubles de la personnalité, et du comportement. Pour ce type d'individu, il n'est pas possible de se réaliser autrement que dans l'inflation narcissique, c'est à dire, à travers un égocentrisme exagéré, et une mégalomanie outrancière au détriment des autres (arrogance, surestimation de ses capacités, besoin d'admiration, confiance absolue en soi, mépris des autres etc...), mais également à travers des formes de dépression ou de mélancolie, désespoir devant le manque de reconnaissance, de l'incompréhension et de l'indifférence des autres.

LA BLESSURE NARCISSIQUE.

Nous savons désormais que les adolescents hospitalisés, quelle que soit leur pathologie, (rachis, AVP, TS, et autres maladies) sont affectés physiquement dans leur chair, que la souffrance et la douleur désorganisent l'appareil psychique, et perturbent l'activité humaine.

N'oublions pas, par ailleurs, la précarité dans laquelle ils vivent du fait qu'ils sont secoués par la phase pubertaire, période de transformations et d'incertitudes qui les rend particulièrement vulnérables, et que Bela GRUNBERGER qualifie de "crise narcissique"¹.

Cette crise narcissique se caractérise, par l'anxiété, par le doute et le manque de considération. De fait, elle fragilise les individus en les maintenant dans un sentiment d'inexistence et d'inconsistance. Un manque de confiance en soi révélateur de "la difficulté à s'aimer, à s'apprécier, à se trouver des qualités, s'exprime aussi au travers du rapport que l'on entretient avec l'image de son corps"². C'est à cet endroit, que s'ouvrent les blessures narcissiques et qu'elles apparaissent au grand jour, parce que l'on a la conscience de soi, j'entends par là, le regard que l'on porte sur sa personne, un regard aimant ou disgracieux qui détermine le sens notre vie.

Pour dépasser cet état, l'adolescent tentera par tous les moyens de regagner son intégrité narcissique, afin de la restaurer à un niveau acceptable. Malgré tout "La blessure narcissique continuera cependant à saigner à l'abri du refoulement, et engendrera des réactions de défenses variées"³ avec la mise en place de mécanismes de défense, tels que des opérations mentales (l'estime de soi, la résilience, l'évitement...), ou bien alors des comportements (provocation, conduites à risque...) dans le but de récupérer une valorisation de son image et de se protéger, en s'évitant des émotions ou des pensées pénibles à la conscience.

1- 3- Bela GRUNBERGER **Le narcissisme, Essai de psychanalyse** p 210 -53

2- Patrick Ange RAOULT **Guérir de ses blessures adolescentes** p 53.

DÉFENSE ET RESTAURATION NARCISSIQUE, CAS PRATIQUES.

L'emprise de la souffrance et de la douleur accaparent l'attention des adolescents, à tel point qu'ils ne sont plus en mesure de désirer ou de penser. Toutefois leur état les préoccupe, ils sont obnubilés par leurs représentations, c'est à dire la façon dont ils se représentent et la manière dont les autres les identifient.

De toute évidence, comme ils ne peuvent pas agir sur l'aspect médical et encore moins sur l'aspect mental, ils se reportent sur leur image. Combien de fois, je les ai entendus s'exprimer, s'inquiéter ou s'étonner sur le fait qu'un plâtre, un corset ou des résines seront (ou pas) visibles, de la peur d'être vu avec ces appareillages par les copains, surtout en milieu scolaire. D'où ce besoin de les dissimuler sous des vêtements amples, par peur de paraître ridicules, d'être l'objet de moqueries. Aussi pour toutes ces raisons, le regard et le jugement, que leur portent les autres sont primordiaux pour eux.

La susceptibilité de ces patients hospitalisés peut être mise à mal. Dans le meilleur des cas, elle génère l'indifférence des adolescents qui ne ressentent pas cette attaque comme suffisamment importante pour créer chez eux un climat d'inquiétude, ou bien alors, elle provoque un profond rejet, un dégoût de sa personne. Ils ne s'aiment pas et n'aiment pas ce qu'ils sont alors, des adolescents différents, étranges, meurtris, blessés, d'où une extraordinaire dévalorisation, et la faible estime de soi, un amour propre exagérément bas, combien de fois, je les ai entendu s'exprimer négativement à leur propos de leur aspect physique ou de leur capacités physiques et mentales.

Le paradoxe, c'est que les adolescents hospitalisés aspirent à ressembler et à vivre comme tous les adolescents. C'est pourquoi, ils mettent en place des mécanismes de défense, des manières d'être polyformes qui présument une reprise en main du cours de leur destin, dans le but de s'entourer d'une protection contre les agressions et les blessures narcissiques.

Ils se manifestent par exemple par un comportement extravagant. Récemment j'ai reçu Vanessa, une jeune gothique de 15 ans, hospitalisée à deux reprises pour des problèmes de dos, traité par un plâtre puis par un corset. Pour elle, se vêtir de couleurs sombres et se maquiller sans retenue, suspendre des bijoux ou des objets en rapport avec la mort, est une façon de s'affranchir, de s'assumer et d'attirer l'attention, de faire parler d'elle, avec succès je dois dire, même si les propos des autres adolescents, à son encontre ne sont pas toujours des plus agréables.

En tout cas elle ose ce que les autres n'osent pas, soutenir le regard et se battre contre les préjugés, à l'intérieur, ou à l'extérieur du CMCR, cela dénote une forme de courage, de volonté et de puissance, d'une rage de vivre et d'exister tout simplement. Cette adolescente, toute en ambiguïté, paraissait forte et fragile à la fois, dure et sensible en même temps.

Pour d'autres, la protection narcissique se traduit, par le phénomène de résilience, c'est un processus psychologique par lequel les malades, prennent actes de leur pathologie, ou de leur traumatisme et décident quoi qu'il en soit de vivre avec. Ces patients ont en eux une force et une débâche d'énergie pour surmonter la souffrance et la douleur, ils forcent l'admiration devant leur abnégation, et face à tant de hargne pour résister, réussir et revenir parfois de très loin, comme j'ai pu en rencontrer dans ma carrière professionnelle.

Je vous citerais l'exemple d'une adolescente de 15 ans, Laetitia, arrivée au Massues, dans un tel état de régression, touchée brutalement un matin sans raisons apparentes par une maladie orpheline, suffisamment rare pour n'avoir fait l'objet d'aucune étude médicale, et dont le pronostic vital laissait entrevoir une fin rapide. Elle est arrivée, assise dans un fauteuil roulant pour enfant, amaigrie et complètement recroquevillée sur elle-même, s'alimentant à l'aide d'un biberon. Elle a entamé sa rééducation lentement et progressivement, sans se plaindre et avec le sourire, elle a repris à la maladie, étape après étape, les fonctions vitales qu'elle avait perdues, (redressement, reprise du langage, retour à l'autonomie à tous les niveaux alimentation, déplacement, tâches de la vie quotidienne...).

Dès le départ, elle était convaincue de sa réussite. Elle a séjourné parmi nous une année durant, ou malgré, d'innombrables consultations, de tests, rencontres avec des personnalités du monde médical, elle reste une énigme, un cas rare mais pas exceptionnel de guérison inexplicée. Aujourd'hui elle a repris le cours d'une vie normale.

Il m'est arrivé de rencontrer certaines situations, ou malgré tous nos efforts et toute notre bonne volonté, j'avais acquis la certitude que certains adolescents refusaient de s'engager dans un processus de guérison, synonyme pour eux d'acceptation, de prise de conscience et de recherche d'autonomie. Ces adolescents sont dans le déni de la réalité tant elle leur paraît intolérable. Ils ont peur de l'inconnu, voilà pourquoi, ils préfèrent le statut quo, afin d'éviter de se confronter à cette réalité où ils ont tant à perdre. Ils instaurent ce mécanisme de défense pour ne pas avoir à affronter les mutations de l'adolescence et les bouleversements du monde qui les entoure. La maladie devient alors le prétexte pour échapper à leurs angoisses (séparation, deuil, pertes de l'enfance, des parents) et de leur peur de l'inconnu. La maladie comme moyen d'évitement leur procure un faux semblant de puissance et de maîtrise qui les soulage à défaut de les soigner.

Je me souviens de Samir et d'Abdel deux enfants avec de gros problèmes de mobilité qui ont séjourné à plusieurs reprises au CMCR. Aujourd'hui ce sont des adolescents, et chaque fois qu'ils viennent au centre c'est pour reprendre la rééducation à son point de départ parce qu'ils ont régressé et perdu les progrès obtenus avec acharnement. J'ai l'impression qu'ils ne désirent pas grandir, qu'ils sont inconsciemment devenus les alliés du handicap ou de la maladie. Pourtant à les croire ils étaient confiants et ils nous persuadaient de leur bonne intention, de leur envie de s'en sortir une bonne fois pour toutes. Cependant on se rendait bien compte de la complaisance et des avantages à ne pas grandir, pour rester d'éternels grands enfants afin de s'entourer de la sympathie et de l'affection des amis ou et l'attention des membres de leur famille qui faisaient tout à leur place.

"Ce refuge" dans la maladie peut être aussi amplifié par le côté protecteur et sécurisant de l'institution parce qu'elle autorise les uns à mettre de côté la réalité sans que cela soit vécu par eux comme un poids, alors que paradoxalement pour d'autres elle représente une forme d'oppression, c'est précisément ce que je tente de démontrer à travers ma deuxième hypothèse, à savoir le sentiment d'emprisonnement....

VII L'INSTITUTION.

PERCEPTION DU CMCR DES MASSUES PAR LES PATIENTS.

Lorsque l'on regarde la situation géographique et l'architecture du centre des Massues ou que l'on se penche sur le fonctionnement et l'organisation de l'institution ou bien alors que l'on s'intéresse à la sémantique utilisée au sein de l'établissement on comprend mieux pourquoi les enfants et les adolescents, hospitalisés l'associent à un "univers carcéral".

SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE.

Situé dans la partie Sud Est de Lyon, sur les hauteurs de la colline de Fourvière dans le 5^{ème} arrondissement, le CMCR des Massues domine la ville. Implanté en retrait, non loin du cœur de l'agglomération, on a le sentiment que dès le départ, le centre cherche à se confondre dans une relative discrétion marquée par l'empreinte des nombreuses congrégations religieuses, dont on peut voir encore aujourd'hui les signes apparents de présence et de puissance.

Le 5^{ème} arrondissement est le siège de l'évêché dans le département et regroupe les monuments religieux les plus prestigieux (Basilique de Fourvière, Cathédrale St Jean). Ne dit - on pas de cette partie de la ville qu'elle est la colline qui prie face aux pentes de la Croix Rousse, siège des entreprises de soieries (les canuts) qui, elle est surnommée la colline qui travaille.

L'histoire de l'Hôpital est confondue avec celle de la religion et de l'église, déjà sous l'antiquité on trouve des lieux comme le Prytanée ou le temple d'Asclépios pour accueillir des malades, les soins dispensés sont d'avantages spirituels que médicaux. Mais c'est surtout au moyen âge que l'imbrication entre ces deux institutions est la plus manifeste à travers l'oeuvre de charité, l'hôpital adopte les principes du Christ: accueil des humbles, miséricorde à l'égard des affligés..." l'assisté est un pénitent, et sa souffrance, soulagée par compassion est une occasion de rachat" (St Augustin).

On se rend à l'hôpital comme on se rend à l'église, cependant ce ne sont pas encore de véritables lieux de soins médicaux. Ce qui importe c'est d'abord de soulager sa conscience, d'être en parfaite adéquation avec les préceptes de la religion, avant de soulager la souffrance et la douleur des "affligés". Il semblerait que cela se soit perpétué dans le temps car on commence à tout juste effleurer l'idée de traiter la douleur. Ainsi au CMCR, le traitement de la douleur est pris en compte depuis peu, (environs 2 ou 3 ans), sous la forme d'un croquis représentant le corps où le malade marque avec un feutre de couleur les zones douloureuses et auxquelles il attribue une valeur, pour évaluer son intensité sur une échelle de 1 à 10.

En outre, l'Hôpital est la propriété de l'Eglise, il est placé sous l'autorité de l'évêque, ces ressources financières proviennent exclusivement de la charité chrétienne. Cela confère à l'autorité religieuse une puissance qui lui permet de s'implanter dans presque tous les villages. Le développement des villes provoque l'adaptation de l'hôpital avec la création des Hôtel Dieu. L'Hôtel Dieu de Lyon est le premier et le plus grand des hôpitaux Lyonnais datent du XII^{ème} siècle, impulsé par la section locale de la confrérie des frères pontifes qui a construit le pont du Rhône (pont de la Guillotière) ainsi que l'hôpital du Pont du Rhône (hôtel Dieu actuel) aux abords du fleuve pour recueillir et favoriser le passage des pèlerins.

A la fin de la renaissance l'Hôpital - Charité accepte le tout venant, mendiants: exclus, sans logis. Il est en passe de devenir un problème d'ordre politique dont la résolution va produire l'effritement de la main mise du religieux dans ce domaine et de la transmission de certains établissements hospitaliers à l'administration publique qui sera définitivement scellée par des nationalisations sous la révolution.

Aujourd'hui, le poids de l'Eglise à Lyon demeure très important même si elle a perdu de sa splendeur d'autant. Elle ne s'affiche plus comme autrefois, elle travaille dans la discrétion. Une discrétion érigée en dogme: renoncement aux plaisirs, austérité monacale, immersion au sein d'une communauté religieuse, retraite à l'écart du monde extérieur, tout en maintenant un lien de proximité, derrière de hautes enceintes protectrices. Silence pesant, dévotion, des attitudes et des comportements dont l'ultime but n'est que la consécration à Dieu.

Malgré tout l'Eglise continue son implication dans les établissements de soins, ainsi au CMCR des Massues des religieux (euses) rendent visite aux patients isolés, et animent une permanence du lieu de culte et parfois ils sont patients eux mêmes.

SUR LE PLAN ARCHITECTURAL.

L'architecture globale du CMCR des Massues participe au sentiment d'enfermement que perçoivent les hospitalisés, le bâti est construit selon un modèle de "prison". Il est possible de faire des analogies toutes proportions gardées avec le système carcéral. L'établissement, est enclavé à l'intérieur d'un périmètre clos, délimité par une enceinte de protection (portail, digicode, grillage...) équipée de caméras de surveillance, qui le sépare d'un quartier HLM et de résidences privées, il se compose de deux blocs distincts l'un de l'autre bien que reliés entre eux.

Le secteur des adultes (GM) et le secteur des enfants et adolescents (PM) s'articulant autour d'une tour centrale (mirador), lieu de passage incontournable pour pénétrer à l'intérieur du centre, tel un sas. Il concentre l'accueil, le bureau des admissions et non loin de là, sur le même niveau les bureaux des médecins pour les consultations, ainsi que les premiers services nécessaires au diagnostic avant l'admission préalable (radiologie, doppler...). Les blocs sont reliés entre eux par une double passerelle superposée (coursive ou corridor), l'ensemble étant surélevé sur plusieurs niveaux.

Cette séparation se manifeste dans le bâti et jusque dans l'organisation du travail surtout depuis 2001 avec le lancement d'une phase de travaux d'extension, de restructuration et d'aménagement des locaux, au point qu'aujourd'hui les espaces où se croisent adultes et jeunes s'amenuisent (séparation au gymnase, à l'étage, en restauration...).

De la même manière, les personnels se retrouvent isolés les uns des autres à cause de cette architecture qui favorise le cloisonnement des services ainsi que le redéploiement des salariés.

SUR LE PLAN DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT.

DU CENTRE.

L'institution est organisée de manière hiérarchisée et verticale, avec à sa tête une direction et à un niveau inférieure des responsables de service. Toutefois dans la réalité on constate une lutte de pouvoir féroce entre d'une part la direction, officiellement investie de tous les pouvoirs (politique, financier, décisionnel...) et d'autre part les médecins réunis dans une Commission Médicale d'Etablissement (CME), dont le poids effectif n'est pas négligeable, principalement parce qu'ils détiennent un levier d'action efficace à savoir l'influence sur le taux de remplissage de l'établissement (qui est exclusivement basé sur leur réseau relationnel).

Sur un plan historique le CMCR est né de l'impulsion d'Alexandre BONJEAN, président de la Mutuelle Sociale Agricole (MSA), convaincu de la nécessité d'ouvrir dans les années 1950 - 1955, d'un centre de rééducation fonctionnel dans le but d'assurer la prise en charge des agriculteurs victimes d'accidents corporels liés à leur profession. Depuis l'établissement s'est ouvert à tous les publics et participe à la couverture sanitaire nationale.

Jusque dans les années 2000, le Centre porte le nom du père fondateur; avant que la nouvelle direction fraîchement installée ne se prononce pour changer l'intitulé de l'établissement. Cette initiative arrive à un moment opportun, puisqu'il coïncide avec le changement de propriétaire, l'établissement passe dans le giron de GROUPAMA ASSURANCE. Aussi pour marquer sa différence, la direction s'empresse de supprimer toute référence à son fondateur en modifiant l'intitulé de l'établissement, le Centre des Massues Alexandre BONJEAN devient officiellement le Centre Medico-Chirurgical et de Réadaptation des Massues, de façon à mettre en évidence l'activité du centre. Pour les plus anciens, cette réaction n'est pas anodine, puisqu'elle consiste au meurtre du père pour s'arroger sa place.

Ce passage de témoin se caractérise également par une transposition radicale de conceptions, on passe d'une philosophie humaniste, solidaire, des principes mutualistes à une orientation plus libérale, plus offensive et davantage mercantile.

Embauché au CMCR fin 2000, j'ai pu constaté les effets de ces changements. Au début le personnel, les patients enfants et adultes, mangions tous ensemble dans le même espace. Aujourd'hui, il y a trois salles à manger séparées le service était à l'assiette, depuis les plateaux individualisés ont fait leur apparition, la qualité des repas est régulièrement critiquée par les patients.

Noël au CMCR était l'occasion de réunir tout ce que le Centre comptait de personnels, de patients et parfois les familles autour d'un vrai repas pris ensemble, et pour partager un spectacle concocté par les malades et les professionnels qui s'occupent d'eux à longueur d'année. Je vous livre ces quelques exemples parmi tant d'autres. Les transformations sont visibles jusque dans l'architecture, extension des bâtiments, d'aspect moderne, rutilant, pour ne pas dire tape à l'oeil, en tout cas visible, qui respirent le cadre agréable, et pourtant ce n'est qu'une façade. A l'intérieur tout à été cloisonné, séparé. Les espaces collectifs dédiés aux patients (salle TV, salle fumeur, terrain de sport et de détente...) ont été récupérés, pour les convertir en espaces de rééducation. L'animation adultes fait l'objet d'attaque de la direction qui cherche à l'évincer, estimant que les adultes n'en n'ont pas besoin.

Une mise à l'index qui a démarré par l'expropriation des locaux de l'animation adultes, qui ont purement et simplement disparu des nouveaux plans de restructuration. Le personnel affecté à ce service a été rapatrié en partie chez les enfants. Une seule, sur les trois personnes présentes auprès des adultes a été maintenue pour animer des ateliers dans des locaux vétustes et excentrés, voire isolés, uniquement par la volonté de notre responsable de service, qui résiste. Une victoire à cours terme, la direction attendant la retraite prochaine de deux animatrices.

DU SERVICE DE PÉDIATRIE.

Le service animation a cette particularité d'être à la fois sous l'autorité directe de la direction et en même temps sous celle du D^r BERNARD responsable du secteur pédiatrique, une double appartenance sujette parfois à des interprétations ou à des malentendus.

Le service animation participe à de nombreuses réunions pluridisciplinaires, aux synthèses et la visite d'étage. Ces réunions ont pour objectif la collecte, et la diffusion d'informations auprès des autres professionnels, mais également pour se refléter une image fidèle de l'évolution du patient depuis son admission jusqu'à sa sortie définitive.

La "visite hebdomadaire d'étage" est, de toutes les réunions, la plus marquante, voire la plus perturbante pour les adolescents, parce qu'elle ressemble à un tribunal. L'adolescent se retrouve là seul face à son médecin, l'interne, son kinésithérapeute, l'ergothérapeute, un représentant de l'animation, l'assistante sociale, la secrétaire médicale et souvent divers stagiaires. Il y est disséqué sous toutes les coutures. A la fin on lui demande s'il a une question à poser. Il va de soi que sa seule préoccupation est de quitter au plus vite cette assemblée.

Les enfants et les adolescents sont tenus de respecter un règlement intérieur dont ils prennent connaissance à leur arrivée à l'étage (service des soins) en présence des parents, ils s'engagent par écrit à le respecter. Chaque lundi soir, le service animation convoque tous les nouveaux entrants pour une relecture du règlement intérieur afin d'en souligner l'intérêt majeur et prévenir le déroulement d'un bon séjour.

L'organisation des soins est prépondérante et passe avant toutes les autres activités, de 7h 30 à 17h. Le rythme de vie des patients est régulé par les prises en charge successives (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, psychomotricienne, orthophoniste...) et par la scolarité obligatoire. Le reste du temps libre est consacré aux loisirs, aux visites et au repos.

DE LA SÉMANTIQUE.

Je remarque que dans notre pratique quotidienne nous utilisons un langage ou plus précisément des termes qui peuvent être employés, aussi bien en médecine que dans des domaines aussi variés que ceux de la prévention et de la sécurité et plus précisément de la justice, de l'administration pénitentiaire, ou des forces de l'ordre. Par exemple on parle de corriger un défaut, de redresser la colonne vertébrale, de surveiller, ou d'accompagner un patient, de réduire une fracture, du respect de l'autorité ou du cadre et quelquefois d'enfermer, de sangler, ou d'isoler des patients agités, sans compter la multitude d'interdits (Cf. Règlement Intérieur) et autres conseils avisés que l'on dispense à longueur de journée. A défaut, en dernier lieu on peut sanctionner, ou exclure un malade, le renvoyer ou ajourner son séjour.

J'arrête là cette énumération non exhaustive de termes que l'on peut rattacher à notre travail en animation en milieu hospitalier.

Je constate que la direction considère les hospitalisés comme des clients, l'occupation d'un lit comme un service ou une option, les actes médicaux, ou les prescriptions comme des prestations, un ensemble de référence sémantique emprunté au secteur marchand, tandis que les autres personnels et les médecins parlent de malades ou de patients. Cela témoigne d'un changement d'état d'esprit, et d'un mode de gestion. L'hôpital est devenu aujourd'hui une véritable entreprise, avec des impératifs de résultats financiers, au détriment des valeurs humaines qui se retrouvent reléguées au second plan.

Au delà de la sémantique, notre pratique, nous impose l'usage de matériels à la fois contenant et contraignant qui viennent se fixer et emprisonner le corps ou les membres à soigner (plâtres, corsets, résines, attelles, fixateurs...).

En résumé, tous ces éléments conduisent inévitablement les enfants et les adolescents à l'enfermement et au repli sur soi, à se mésestimer, parce qu'ils s'obligent à vivre avec ces "carapaces" et ces instruments qui les dénaturent et les donnent "à montrer comme des bêtes de foire" à un moment où ils sont sensibles à leur image et particulièrement vulnérables d'où des situations paradoxales. Il arrive que certains adolescents ne respectent pas les consignes et ne portent plus leur corset ou qu'ils détériorent délibérément leur plâtre dans un désir d'évasion. Ils expriment ouvertement le sentiment de vivre l'hospitalisation comme une réclusion, avec pour seule espace de liberté l'animation car c'est un des rares espaces différenciés du reste de l'hôpital, c'est à dire "hors du champ médical", voilà pourquoi nous intervenons.

LE SERVICE ANIMATION.

L'animation en milieu hospitalier est atypique de ce qui s'apparente en milieu ordinaire dans ce secteur d'activité. Comme nos confrères animateurs nous ne sommes pas tenu de porter des uniformes distinctifs pour être identifiés, contrairement aux autres personnels employés au Centre des Massues (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, personnels de soins). De plus, l'animation est ouverte et accueille tous les patients désireux participer à nos activités, les hospitalisés sont libres de n'en exercer aucune si ils le souhaitent, alors que les prises en charges sont planifiées et obligatoires. Voilà pourquoi les enfants et les adolescents nous trouvent sans difficultés, ils nous repèrent par rapport à notre espace, à nos moyens et aux services que nous leur proposons.

Notre travail s'articule autour de trois fonctions principales: - 1 - un aspect ludique, l'animation. - 2 - un aspect éducatif, l'accueil, l'observation et le suivi des patients. - 3 - un aspect administratif, la restitution.

L'aspect ludique: Le service animation propose aux patients des activités ludiques sous forme d'atelier (ateliers manuels, activités culturelles et sportives...) ou en libre accès (jeux de société, bibliothèque...) et il met à leur disposition des moyens matériels (TV, ordi, consoles de jeux...).

Ma formation initiale et mon expérience dans l'industrie me destine à diriger plutôt les activités à caractères techniques (construction de jeux en bois, animation d'un labo photo, animation d'un atelier graphisme, création d'un journal informatisé, animation d'activités manuelles ect...) A travers ces ateliers les enfants et les adolescents se découvrent, se dévoilent, accèdent à de nombreuses techniques, ils prennent conscience de leurs capacités et réalisent des choses pour lesquels ils se sentent utiles et valorisés. Une vie aussi inespérée qu'inattendue se dégage de ces activités.

Je travaille indifféremment avec des groupes ou de manière individuel en adaptant mes interventions selon les âges et les pathologies de mon public, car pour respecter la primauté des soins et de la rééducation, les temps d'animation sont fractionnés, partagés entre les prises en charge des patients, l'animation, et les visites de l'entourage des patients, dont la conséquence est que l'on démarre souvent une activités avec un groupe et qu'on la termine avec un autre.

L'aspect éducatif: Le service animation est chargé d'accueillir, de prendre en charge et de suivre les enfants et les adolescents hospitalisé au Centre des Massues.

Le temps d'animation est un moment privilégié de rencontres et échanges, le prétexte pour engager des relations, prélude à notre rôle essentiel d'observation, car notre parole et notre regard spécifique intéressent à plus d'un titre l'ensemble du corps médical. Nos observations participent à l'amélioration ou à l'ajustement de la prise en charge globale des patients.

Par exemple, dans la situation de Cedric, comme il refusait de s'adresser à d'autres que moi, j'ai, durant son séjour, assuré l'interface entre lui et ses intervenants.

L'aspect administratif: Le service animation restitue le compte rendu de ses observations pour les faire partager à l'ensemble des autres professionnels, aussi dans ce cadre je suis présent à la réunion pluridisciplinaire le mardi, la visite d'étage le mercredi, ainsi qu'aux réunions de synthèses programmées selon les disponibilités des médecins.

Pour conclure ce bref aperçu sur le service animation, je voudrais ajouter que l'animation n'a rien d'un service isolé du reste des autres services du Centre, une sorte de "garderie occupationnelle" sans importance, bien au contraire, la qualité de nos relations avec les patients nous procure une dimension et de la considération de la part des médecins et des autres professionnels de l'établissement. Notre point de vue est pris en compte et notre contribution aussi modeste soit elle à l'heure du tout quantifiable n'en demeure pas moins complémentaire de l'action médicale. En effet, nos apports, convivialité, tolérance, ouverture sur le monde etc..., favorisent le temps du séjour et parfois même au delà une espèce de "bien être" que les enfants et les adolescents redévoient dans leur prises en charge respectives, ce qui leur permet d'évoluer plus rapidement.

VIII CONCLUSION.

Au terme de ce mémoire d'approfondissement PRH, je constate que les deux hypothèses que j'avais émises au début vérifient ma problématique. De toute évidence, si je regarde l'ensemble des éléments accumulés au fur et à mesure de mes investigations, je comprends d'autant mieux la réaction des adolescents à propos du sentiment d'enfermement qu'ils ressentent. En effet, ils vivent réellement l'hospitalisation dans ce type d'institution comme on peut le vivre dans le milieu carcéral, parce qu'ils sont pris dans des processus, sur lesquels ils n'ont pas de prise.

J' ai développé, quelques pages auparavant, que les adolescents sont des êtres en devenir, à la recherche d'indépendance et d'autonomie, d'une certaine manière, en quête des symboles de la liberté. Une liberté enfantée dans la douleur pour les jeunes hospitalisés. Dans les épreuves de la crise de l'adolescence et c'est précisément à cet endroit là que tout se joue, la crise n'est pas une situation désirée mais une situation qui s'impose à eux. Ils subissent, résignés, un processus déterminé qui les maintient et les enferme dans une position inconfortable d'attente et d'impuissance, comme le prisonnier attend sa sortie avec impatience. Aussi, dans certains cas, pour échapper à ce carcan ils n'ont d'autres alternatives que de se protéger, en s'installant dans des conduites défensives et en adoptant des attitudes ou des comportements en contradiction avec l'objet même de leur hospitalisation (refus de soins, détérioration du matériel et des appareillages...).

Par ailleurs, l'hospitalisation les inscrit dans un processus de soins dicté par les autorités médicales, par nécessité compte tenu de leurs séquelles et des interventions à réaliser. Une fois de plus, ils se retrouvent sous la contrainte et les injonctions du corps médical, à ceci près qu'à ce niveau, ils vont devoir supporter manipulations et équipement directement sur leur corps, prisonnier des plâtres, des corsets des résines, des attelles et autres, autant d'instruments de contention, destinés à la réparation des atteintes physiques. Ces appareillages ont cette particularité de restreindre et de gêner la mobilité des membres inférieurs ou supérieurs et par conséquent de réduire considérablement les déplacements des adolescents au point de les réduire à une forme de dépendance.

Enfin, le type même d'institution sous entend que l'on est en présence d'un établissement, au caractère austère, rigide, strict, avec une architecture imposante, massive et rutilante, une sorte de citadelle enclavée dans un espace clos surveillé par des caméras

Pour s'en convaincre il suffit d'observer de plus près l'intitulé de notre structure, nous sommes un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, des termes très proche des centres ouverts qui reçoivent des adolescents délinquants, pour être rééduqués avant de réintégrer leur place dans notre société. Cela va encore plus loin puisque, dans notre pratique quotidienne, chaque patient à son arrivée est tenu de prendre connaissance du règlement intérieur à deux reprises au moins, dont une en présence de ses parents. Par la suite chaque patient suit un parcours personnalisé où ses prises en charge sont planifiées, de sorte que n'importe quel intervenant exerce un contrôle sur les adolescents. A tout cela s'ajoutent, les conseils, les recommandations et autres obligations dispensés à longueur de journée et auxquels ils doivent se soumettre.

Alors, comment ne pas ressentir cette pression, parfois invisible mais cependant toujours présente, comment ne pas les croire lorsqu'ils expriment ce sentiment d'enfermement, parce qu'assurément ils ont la sensation d'être incarcérés dans une prison, et que finalement l'hospitalisation s'apparente pour eux à un univers carcéral.

Pourtant, malgré ce sombre tableau une lueur d'espoir jaillit de l'horizon aussi réduit soit il. J'ai l'intime conviction que l'on peut contrecarrer ce sentiment et permettre aux adolescents de mieux supporter le séjour à l'hôpital, à ce titre l'animation à tout son sens.

Je me base sur l'expérience conjointe avec la MJC de PERRACHE elle nous a prouvé combien le partenariat de proximité, compte tenu des difficultés de déplacement des patients, leur procure un espace de liberté et l'occasion d'échapper à leur condition de prisonnier.

Je pense, par ailleurs qu'au delà d'une simple ouverture vers le monde extérieur, cette expérience offre la possibilité aux malades de vivre hors du contexte médical et de ses contraintes afin d'affronter la dure réalité de notre société, de son regard et parfois de son rejet. C'est une expérience d'intégration progressive au monde qui les entoure, une prise de conscience qui doit les amener à relativiser l'hospitalisation et la voir peut être sous une nouvelle approche.

Notre objectif n'est pas de les maintenir dans une forme de dépendance mais bien au contraire de les aider à regagner le plus rapidement possible leur famille, leur amis, leur travail, en un mot de reprendre le cours normal de leur vie. C'est l'essence même de notre mission, elle est mentionnée dans notre projet d'établissement.

Tout me porte à croire que finalement, les adolescents sont dans l'illusion de l'enfermement et que l'on est loin de la réalité du milieu carcéral comme en témoignent leurs larmes quand arrive le jour du départ effectif et s'expriment parfois des manifestations d'envies de prolonger le séjour.

Par conséquent, la communication, et la sensibilisation demeurent les seules armes efficaces pour combattre ce ressenti parmi les adolescents hospitalisés et atténuer les préjugés que colportent les malades ou les handicapés dans notre société.

BIBLIOGRAPHIE.

- ANZIEU D.** **Le moi peau.** Dunod, 1985.
- BIRRAUX A.** **L'adolescent face à son corps.** Editions Universitaires, collections Emergences, 1990.
- DOLTO F.
DOLTO C.
PERCHEMINIER C.** **Parole pour adolescents ou le complexe du homard.** Gallimard jeunesse Giboulées, 1999 - 2003.
- D^r GOSLE B.
BLOCH M.** **L'amour chaos, de la difficulté d'être adolescents, d'être parents et de se comprendre.** Hachette, 1987.
- GRUNBERGER B.** **Le narcissisme - essai de psychanalyse.** Editions la petite bibliothèque Payot collection science de l'homme, 1993.
- KAES R. et al** **Crise, rupture et dépassement.** Dunod, collection Inconscient et culture, 2004.
- KIPPMAN S.D.** **l'enfant et les sortilèges de la maladie.** Paris, Gallimard, 1985.
- LE BRETON D.** **L'adolescence à risque.** Autrement, collection Mutations, 2002.
- LELORD F.
ANDRE C.** **L'estime de soi.** Editions poches, Odile Jacob, 2002.
- MANNONI M.** **La crise d'adolescence.** L'espace analytique Denoël, 1884.
- MOREL C.** **ABC de la psychologie et de la psychanalyse.** Editions Jacques Grancher, 1995.
- RAOULT P.A.** **Guérir de ses blessures adolescentes.** Eyrolles, 2007.

REVUES.

- INFORMATIONS
SOCIALES N° 119.** **Les adolescents,** Cnaf oct. 2004.

DICTIONNAIRES.

- CHEMAMA R.** **Dictionnaire de la psychanalyse.** Référence Larousse sciences. de l'homme, 1993.

ANNEXES

**APPROFONDISSEMENT PÉDAGOGIE DES
RELATIONS HUMAINES.**

HÔPITAL, L'ENVERS DU DÉCOR.

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR Omar NAIDJI.

ARFATSÉMA - 2008.

**QUELQUES EXEMPLES D'ÉQUIPEMENTS UTILISÉS
EN RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE.**