



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Comment penser la place des objets connectés en Pédopsychiatrie ?
L'exemple du téléphone portable chez l'adolescent hospitalisé**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 26 Mai 2016 à 18h
au Pôle Formation
Par Hélène Henry

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Renaud Jardri

Monsieur le Professeur Vincent Dodin

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Marion Hendrickx

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Partie I : L'adolescent et ses objets connectés	6
I. La révolution numérique : une évolution sociétale majeure	8
A. L'avènement d'un monde numérique	8
B. Les digital-natives.....	11
II. Les pratiques numériques des adolescents :	13
A. Données ��pid��miologiques	13
1. Internet et les écrans	13
2. Les réseaux sociaux	15
B. Risques en lien avec la Santé mentale, prévention.....	16
1. Internet et qualité de vie	17
2. Une exposition à des risques de différentes natures.....	18
3. Promotion en ligne de comportements à risque	20
4. Le cyber-harcèlement.....	24
5. De l'utilisation excessive... �� l'addiction ?	25
6. L'importance de la prévention : un indispensable dialogue intergénérationnel	27
C. Implications identitaires et interpersonnelles :	29
1. De nouvelles pratiques de sociabilité à une nouvelle modalité du lien social adolescent ?	29
2. Mise en scène de soi et construction identitaire	34
III. Les adolescents et leur téléphone portable.....	36
A. Le portable, omniprésent dans notre quotidien.....	36
B. Un objet pris�� par les adolescents, inscrit dans une relation dialectique autonomie/contrôle social	38
C. « Rupture du cordon ou fil à la patte ? » (44)	39
D. Une technologisation de soi	42
E. Un objet au centre de pratiques identitaires	43

F. Une nouvelle forme de communication interpersonnelle ? L'exemple des sms	44
G. Un rapport paradoxal à l'attente ou la dialectique présence/absence	46
H. Relation à l'objet et nouvelles modalités de lien	47
Partie II : Hospitalisation en Psychiatrie et téléphone portable	49
I. Le téléphone portable à l'hôpital :	51
A. Quelques éléments législatifs.....	51
1. L'absence d'une réglementation spécifique	51
2. Atteinte aux libertés individuelles	53
B. Du règlement intérieur au cadre thérapeutique	55
C. Restrictions de l'utilisation du téléphone portable : motifs invoqués et spécificités propres à la Psychiatrie	57
D. Une déconnexion nécessaire ?	63
II. La séparation en question : de la Psychiatrie en général à la Pédopsychiatrie en particulier.....	64
A. Eclairage historique : de l'isolement à la séparation dans les services de Psychiatrie.	64
B. Du bébé à l'adolescent : enjeux autour de la séparation	67
1. Effets de la séparation chez le nouveau-n�� et le jeune enfant.....	67
2. Angoisse de séparation	68
3. Adolescence et séparation	70
C. Cadre thérapeutique et indications de séparation à l'adolescence.....	71
III. Le téléphone portable dans les services accueillant des adolescents en Pédopsychiatrie : quelles pratiques ?.....	74
A. Une grande variété des règlements.....	75
B. ...répondant à des problématiques diverses	76
Partie III. Pédopsychiatrie et objets connectés : enjeux et nouveaux repères ..	82
I. Un nouveau paradigme pour la Pédopsychiatrie ?.....	84
A. De l'importance de s'intéresser aux objets connectés des adolescents	84
B. La perspective de nouveaux outils de soins ?	85
C. Un cadre de soins contenant à l'ère du « tout connecté » ?.....	86
D. Des objets en résonnance avec les problématiques adolescentes	90
II. Les repères en mouvement d'un monde virtuel et connecté	93
A. Un attrait particulier pour le virtuel à l'adolescence	94
B. Un espace de transitionnalité ou de dépendance ?.....	97

C. Relation d'objet virtuelle ou relation d'objet virtuel ?.....	99
D. Une intimité partagée avec l'autre ?	101
III. Evolution sociétale et un nouveau fonctionnement psychique.....	104
A. Nouvelle société et nouvelle économie psychique	105
B. Une nouvelle personnalité de base ?	108
Conclusion.....	111
Ouverture	115
Références bibliographiques	117
Annexes	126

RESUME

Contexte : Dans les services de Psychiatrie, l'utilisation du téléphone portable est généralement régulée par le règlement intérieur. Avec l'omniprésence de cet objet dans le quotidien et l'évolution des usages, il s'agit d'un sujet de plus en plus sensible, particulièrement pour ce qui concerne les adolescents, amenant les services de Pédopsychiatrie à se questionner sur la place à accorder au portable et aux objets connectés.

Méthode : En nous appuyant sur une revue de la littérature, nous allons voir quels principes peuvent guider notre réflexion sur la place des objets connectés en Pédopsychiatrie, en prenant l'exemple du téléphone portable chez l'adolescent hospitalisé. Nous étayerons notre pensée sur des entretiens semi-structurés avec des pédopsychiatres abordant leurs pratiques dans les services.

Résultats : La régulation du téléphone portable dans les services de Psychiatrie fait partie du cadre thérapeutique et interroge notamment le principe de séparation. Chez l'adolescent, le portable occupe une place particulière, questionnant le processus de séparation-individuation au cours duquel il semble jouer un rôle important mais paradoxal. Dans certaines indications, l'hospitalisation peut être l'occasion d'interroger la valeur symbolique du lien représenté par le téléphone portable. Limiter son utilisation pourra être une mesure thérapeutique permettant à l'adolescent de vivre la séparation dans une ambiance contenant et apaisée. Lors de longues hospitalisations, il faudra cependant veiller à ne pas isoler l'adolescent de ses pairs en aménageant d'autres possibilités de liens. Dans les

situations où le patient est vulnérable et l'ajustement relationnel difficile, il peut être nécessaire de l'accompagner dans ses échanges via les objets connectés.

Conclusion : Le téléphone portable est un objet ambivalent, aux usages en évolution constante. Il nous amène à revisiter les concepts d'autonomie, d'intimité, les questions de lien à l'autre et de dépendance, et convoque également des enjeux liés au virtuel. Les problématiques qu'il soulève nous semblent évoquer la difficulté à faire évoluer le cadre thérapeutique en prenant en compte les modifications sociétales et culturelles, tout en préservant d'une part les processus développementaux et psycho-affectifs à l'œuvre chez nos patients, et d'autre part les principes fondateurs de l'institution. La connexion permanente qu'il permet questionne sur l'émergence de modalités relationnelles et d'un fonctionnement psychique nouveaux et sur l'actualité des principes thérapeutiques utilisés, mais offre aussi de nouvelles perspectives de soin.

INTRODUCTION

Le téléphone portable et les objets connectés sont aujourd'hui omniprésents dans notre quotidien, notamment auprès des jeunes adultes issus de la génération des « Digital Natives », et encore plus auprès des adolescents.

Penser notre utilisation de ces objets connectés, et plus largement nos pratiques numériques, nous emmène à un carrefour entre les Sciences Humaines, les Sciences Cognitives, les Sciences de l'Éducation et la Médecine.

En tant que pédopsychiatres, nous sommes régulièrement sollicités par les parents des enfants que nous suivons, sur les limites à poser concernant Internet, les jeux vidéo, les réseaux sociaux, et l'utilisation du téléphone portable. Nous sommes amenés à donner des recommandations, à définir des « bonnes pratiques », et à dépister d'éventuelles utilisations excessives.

A l'hôpital, l'utilisation des téléphones portables et des objets connectés dans les unités d'hospitalisation est généralement limitée par le règlement intérieur, souvent rédigé par des soignants. Les positions diffèrent en fonction des services, variant d'une restriction totale à une utilisation non limitée.

Dans les services de Psychiatrie, on constate que l'aspect médical et thérapeutique n'est pas le seul pris en compte pour déterminer la place à accorder aux objets connectés. La régulation de leur utilisation dans un service nous confronte à des questions organisationnelles, légales, sociétales, éducatives, de santé publique etc...

Concernant les adolescents, qui utilisent massivement le téléphone portable et les objets connectés, le sujet paraît particulièrement sensible. Internet et les TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) habitent leur quotidien, et semblent jouer un rôle particulier dans les problématiques adolescentes.

Comment réfléchir, en tant que pédopsychiatres, la question des objets connectés dans nos services de soins ? Quelle place accorder, par exemple au téléphone portable, auprès des adolescents hospitalisés en Pédopsychiatrie ?

En nous appuyant sur une revue de la littérature, nous allons voir quels principes peuvent guider notre réflexion sur la place des objets connectés en Pédopsychiatrie, en prenant l'exemple du téléphone portable chez l'adolescent hospitalisé.

Dans une première partie, nous ferons un état des lieux de l'utilisation des objets connectés et du téléphone portable chez l'adolescent. Nous nous intéresserons à leurs pratiques numériques, et aux risques liés à ces pratiques. Nous aborderons ensuite l'influence de ces pratiques sur l'évolution des relations interpersonnelles et la construction identitaire adolescente.

Dans un second temps, nous aborderons tout d'abord le cadre légal de l'utilisation du téléphone portable à l'hôpital. Nous évoquerons ensuite les problématiques liées au téléphone en Psychiatrie, et verrons comment cet objet vient interroger la question de la séparation, des services de Psychiatrie en général à la Pédopsychiatrie en particulier. Nous aborderons ensuite en pratique la place accordée au téléphone portable dans les services de Pédopsychiatrie, en étayant

notre réflexion sur des échanges semi structurés avec des psychiatres travaillant dans des services accueillant des adolescents.

Dans une dernière partie, nous discuterons des enjeux soulevés par le téléphone portable et les objets connectés en Pédopsychiatrie. Nous réfléchirons aux implications thérapeutiques liées aux objets connectés et au virtuel, et tenterons de mettre en lumière des nouveaux repères, caractérisant le fonctionnement de l'adolescent évoluant dans un monde connecté. Enfin, nous aborderons quelques hypothèses théoriques permettant de comprendre la place occupée par les objets connectés et l'utilisation qui en est faite, décrivant les nouvelles modalités de fonctionnement psychique du sujet contemporain.

PARTIE I : L'ADOLESCENT ET SES OBJETS CONNECTES

Dans cette première partie, nous commencerons par évoquer rapidement les modifications sociétales engendrées par le développement d'Internet et du numérique.

Nous tenterons ensuite d'appréhender « l'adolescent connecté », ses pratiques numériques et son utilisation du téléphone portable, en nous appuyant sur des données épidémiologiques et de la littérature.

Nous évoquerons également les risques associés à l'utilisation des objets connectés et du téléphone portable, ainsi que la question de la prévention, éléments indispensables à la réflexion autour de la place à accorder, ou non, au téléphone portable dans un service.

Avec notre regard de psychiatres, nous aborderons plus spécifiquement l'influence de ces pratiques sur les liens sociaux et la structuration identitaire de l'adolescent. Nous tenterons de comprendre ce que le téléphone portable représente pour l'adolescent, et en quoi il lui est devenu un objet indispensable.

Nous avons volontairement choisi de ne pas évoquer la pratique des jeux vidéo, cette pratique aux implications complexes nous semblant mériter un travail dédié, et dans l'idée de centrer notre propos sur la question du lien.

I. La révolution numérique : une évolution sociétale majeure

A. L'avènement d'un monde numérique

Notre société vit un bouleversement important avec le développement des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), certains parlant même d'une « 3ème révolution industrielle ». Les progrès des Technologies de l'Information et de la Communication, définis comme l'ensemble des techniques et des équipements informatiques permettant de communiquer à distance par voie électronique, reposent pour l'essentiel sur une innovation technique fondamentale : la numérisation, qui est la transformation d'un signal analogique en un signal numérique. Ce processus, à la base de toutes les technologies électroniques, transforme le signal en une séquence de nombre binaires, c'est-à-dire une suite de 0 et de 1.

Cette définition nous donne le sens original du mot « numérique », mais n'est pas suffisante pour comprendre la généralisation de son emploi. Le mot « numérique » est omniprésent dans notre vocabulaire, définissant un ensemble de pratiques qui caractérisent notre quotidien et dont nous avons peut-être encore du mal à saisir la spécificité. Le développement de l'emploi du mot « numérique » et sa valeur sociale et culturelle semblent liés à la naissance et la diffusion d'Internet à partir des années 1990, qui s'est développé de façon exponentielle jusqu'à devenir ubiquitaire (1). Bien qu'il existe encore des disparités de connexion notamment au niveau mondial, Internet est désormais présent dans la majorité des foyers français, puisqu'en 2015,

83% des Français âgés de plus de 12 ans disposeraient d'une connexion Internet à leur domicile. On compte 84% d'internautes chez les 15 ans et plus, dont 68% qui se connecteraient tous les jours (2).

Par ailleurs, l'équipement informatique des Français s'est développé : 80% des plus de 12 ans possèdent un ordinateur, 35 % une tablette et 32% disposent de plusieurs ordinateurs au domicile. 92% de la population française de plus de 12 ans possède un téléphone portable, et il s'agit en majorité de smartphones (58%), permettant donc eux aussi un accès à internet. Les adolescents semblent être les mieux équipés, puisque 42% des 12-17 ans posséderaient une tablette, 97% un ordinateur à la maison, 87% un smartphone (2).

Portabilité et miniaturisation multiplient les moyens de connexion (3), et Internet a entraîné un changement majeur de nos pratiques et de notre rapport au monde. Sur le web, les possibilités sont multiples voire infinies et nous amènent à vivre des émotions « en ligne ». Le statut de l'internaute a également évolué, passant de simple utilisateur à celui de potentiel concepteur, créateur et diffuseur de contenus (3). Aujourd'hui, enfants et adolescents grandissent au contact du Web, dont les usages semblent avoir modifié en profondeur mode de vie et rapport à autrui (1).

Avec l'omniprésence d'internet dans notre quotidien, le numérique est partout. Les TIC sont présents dans tous les domaines de notre vie et ont bouleversé notre façon de communiquer, mais aussi de nous informer, de jouer, planifier notre journée, faire des achats, des démarches administratives, organiser des événements... Les TIC semblent avoir façonné notre monde et notre culture, et le numérique est devenu un environnement dans lequel nous vivons. Toujours plus nombreux, plus petits, plus

intelligents et plus autonomes, les outils numériques font désormais partie de notre vie de tous les jours, voire de notre intimité. De la montre à la balance, en passant par le réveil et le livre, tous les objets de notre quotidien sont désormais susceptibles d'être connectés.

La révolution numérique va si vite qu'il semble que la société peine à s'adapter, ou du moins à maîtriser son irruption dans la vie quotidienne. Les comportements sont sans cesse en mutation, au grès des évolutions techniques qui développent de nouveaux usages et services. A titre d'exemple, les réseaux sociaux étaient encore marginaux au début des années 2000, les adolescents préférant alors les blogs. Aujourd'hui, l'omniprésence des réseaux sociaux chez les jeunes est indiscutable, tandis que les blogs ont quasiment disparu (3).

Cette évolution constante donne l'impression d'un phénomène débordant, impossible à maîtriser, ne laissant pas le temps de réfléchir aux conséquences sociales, sanitaires et psychiques. Cette révolution numérique s'accompagne donc de craintes, allant de la modification du développement chez les très jeunes enfants, des effets des ondes électromagnétiques des téléphones mobiles et des systèmes wifi, en passant par les risques d'addiction et d'exposition inconséquente de la vie privée, notamment à l'adolescence (3).

L'omniprésence des écrans et du numérique est l'objet d'une littérature scientifique de plus en plus importante autour des conséquences concernant l'éducation et la santé dans sa globalité (somatique, cognitive, social) (4).

B. Les digital-natives

L'idée d'une révolution numérique fascine aussi bien qu'elle inquiète, et les interrogations sont nombreuses sur les mutations engendrées par les nouvelles pratiques d'une société « hyper-connectée ». Chaque génération doit intégrer des transformations culturelles liées notamment au développement des sciences et des techniques, résistant parfois à compter avec ces changements. Lorsque les mutations s'accélèrent, les nouvelles générations doivent parfois les intégrer très voire trop rapidement (5).

Les termes « digital-natives » et « digital-immigrants » ont été popularisés dans les années 2000 par Marc Prensky, dans son article « Digital natives, digital immigrants ». On parle de « digital-natives », concernant les personnes ayant grandi dans un environnement numérique, que l'on oppose aux « digital-immigrants », par référence aux générations précédentes qui ont vu la naissance du numérique venir bouleverser leurs pratiques, et doivent se familiariser avec l'utilisation des outils numériques. Les « digital-natives » sont censés maîtriser les nouveaux outils technologiques de façon quasi innée, tandis que les générations précédentes, qui n'ont pas eu la « chance » de naître dans un monde déjà numérique, peinent à s'y adapter.

Dans les familles contemporaines, il est vrai que l'on est parfois surpris de voir comment des jeunes enfants manipulent intuitivement et rapidement les tablettes et portables que les adultes ont mis des mois à s'approprier. Le portable dans une main, la tablette dans l'autre, et les yeux s'attardant par moment sur la télévision,

cette génération utilise simultanément différents écrans, réalisant dans un même temps différentes actions, dans différents registres.

Les « digital-natives », ultra-connectés et multi tâches, sont admirés pour leur efficacité, dans une société où l'optimisation du temps est à tout prix recherchée. Parallèlement au développement d'internet et du numérique, les standards éducatifs traditionnels semblent avoir évolué. Progressivement, une asymétrie d'utilisation et de connaissance informatique entre les adolescents et les adultes s'est installée (1). La génération montante étant idéalisée comme modèle de maîtrise de l'instrument technique, et donc du temps, on assiste à un renversement des savoirs et des pouvoirs (5). La notion de digital-natives recouvre une double dimension, à la fois virtuelle et générationnelle. Il s'agit donc d'une génération immergée dans le virtuel et ses multiples possibilités, plongée dans une temporalité inédite où tout va très vite et où l'immédiateté est de mise, et connectée en permanence à son propre réseau (6).

Certains sociologues discutent cependant de la validité du concept de « digital-natives », expliquant par exemple qu'il ne s'agit pas d'un groupe homogène, mais qu'il y a des lignes de fractures intra-générationnelles, et des pratiques numériques plurielles, avec des différences socio-culturelles et genrées notables (6). Par ailleurs, la plupart des « digital-natives » n'auraient pas conscience des mécanismes et des enjeux qui sous-tendent le numérique, et ne maîtriseraient qu'une partie seulement des outils technologiques à leur disposition. L'idée d'une génération internet qui maîtriserait l'outil technique de façon innée serait donc un mythe, les adolescents n'ayant pas conscience des tenants et des aboutissants d'Internet (7).

Malgré la rapidité avec laquelle ils s'approprient ces outils, une éducation spécifique devrait donc être proposée aux jeunes pour leur permettre d'utiliser toutes les potentialités du numérique et leur apporter une réflexivité par rapport à leurs pratiques.

Dans une société où la valeur prônée est l'indifférenciation des générations (8), notre fascination à l'égard des digital-natives ne devrait donc pas nous empêcher de réfléchir à des façons d'accompagner les enfants et les adolescents dans leurs pratiques numériques. Il s'agirait donc d'essayer de faire « avec eux », plutôt que d'essayer de faire « comme eux ».

II. Les pratiques numériques des adolescents :

A. Données épidémiologiques

1. Internet et les écrans

Les adolescents utilisent massivement internet dans leur quotidien, et les études sur leurs pratiques sont de plus en plus nombreuses. Les adolescents passent de plus en plus de temps sur internet : dans une étude réalisée par Ipsos en France en 2015, on retrouve que les 13-19 ans passent en moyenne 13h30 par semaine sur Internet (9). EU kids, ensemble d'études menées par des chercheurs de la London School of Economics sur fonds européen du programme Safer Internet, rapporte que les Français de 9 à 16 ans passent en moyenne deux heures par jour sur Internet. Dans un rapport réalisé par le CREDOC en 2015, on retrouve que 85%

des adolescents de 12 à 17 ans en France se connecteraient tous les jours (2), voire parfois plus de 20 fois par jours (15% des 11-18 ans) (10). Par ailleurs, l'âge moyen de la première navigation sur Internet serait de 9 ans en France (11).

Les jeunes ont de plus en plus accès au web via leur téléphone (12), et les objets connectés à internet sont toujours plus nombreux : la majorité des adolescents en ont plus de 7 à leur disposition au domicile (10). Le temps passé devant les écrans a tendance à se cumuler puisque les jeunes adoptent une attitude d'usage simultané des médias (TV, tablette, smartphone).

Le numérique n'est pas présent uniquement dans les loisirs de ces adolescents, mais l'est également dans le domaine de leur scolarité. L'Éducation nationale intègre progressivement la dimension numérique dans ses établissements, en premier lieu dans le but de mieux remplir sa mission première de transmission des savoirs, y compris aux élèves qui rencontrent des difficultés particulières ; en second lieu en leur donnant l'occasion, dans et hors l'école, de mieux maîtriser ces outils (3).

Nous retiendrons donc que les adolescents utilisent Internet de plus en plus jeune, qu'ils y passent beaucoup de temps et souvent en dehors du regard de l'adulte, s'y connectant grâce à leur smartphone ou leur tablette personnelle.

2. Les réseaux sociaux

Aujourd'hui, les réseaux sociaux sont devenus de véritables incontournables de la vie sociale adolescente, plébiscités par 79% des 12-17 ans, et représentent l'activité sur Internet dont les adolescents ont le plus de mal à se passer. 92 % des 15-17 ans, 80 % des 13-15 ans et 64 % des 11-13 ans déclarent posséder un profil sur Facebook, réseau social le plus populaire en France (3), suivi par Snapchat et Instagram. Si l'activité est populaire, elle est également chronophage pour une partie importante des enfants puisque 60 % des collégiens et 50 % des lycéens reconnaissent passer plus d'une heure par jour sur Facebook et que 25 % des collégiens et 18 % des lycéens y consacrent plus de deux heures par jour (3).

Les adolescents sont présents sur ces réseaux de plus en plus tôt : 18% des moins de 13 ans sont connectés, avec l'accord de leurs parents à 97%, bien que l'âge minimum d'ouverture d'un profil sur un réseau social soit fixé à 13 ans (14).

Les adolescents se connectent souvent seuls aux réseaux sociaux, depuis leur ordinateur personnel (50%) et depuis leur téléphone mobile (23%) (14). Ils en ont des usages variés : les 12-17 ans déclarent utiliser les réseaux sociaux pour entretenir des liens existants avec des personnes proches (96%) par exemple en partageant des photos ou des vidéos (92%), mais la participation aux réseaux sociaux répond également à un besoin de divertissement (88%) et, surtout, 71% des membres des réseaux sociaux les utilisent désormais pour s'informer sur l'actualité. 30% espèreraient également y faire des nouvelles rencontres (2). Pour une très large majorité, ils communiquent cependant avec des personnes qu'ils connaissent déjà ou des personnes qui ont des liens avec leurs amis. Seulement 25% des jeunes

entretiennent une communication en ligne avec des inconnus, surtout lors de participation à des chats, des jeux ou des mondes virtuels (12).

Les écrans et les objets connectés tiennent une place de plus en plus importante dans la vie quotidienne des adolescents, que cela soit dans leurs loisirs, leurs discussions, mais aussi désormais à l'école, affectant leur relation à l'écrit, au savoir et à l'apprentissage. S. Tisseron évoque une véritable révolution, défendant l'idée que la « culture du livre », dominée par une conception verticale des savoirs, serait progressivement remplacée par la « culture de l'écran », placée sous le signe d'une relation horizontale et multiple au savoir, où la pensée circulaire et spatialisée prendrait le pas sur la pensée chronologique et linéaire, et la mémoire de travail serait favorisée par rapport à la mémoire événementielle (7).

La sociabilité adolescente s'organiserait autour des outils de communications de cette culture de l'écran (15), passant par différents canaux d'échange (messages, photos instantanées, vidéos, émoticônes, selfies etc...). Ces pratiques variées mettent en jeu des formes nouvelles d'interaction, non pas modelées par la technique mais plutôt médiatisées par les usages d'une technique elle-même investie par le corps (16).

B. Risques en lien avec la Santé mentale, prévention

Les risques, réels ou supposés, liés à l'utilisation des TIC chez les enfants et les adolescents, sont nombreux : sanitaires, sociaux, développementaux, psychologiques... De nombreux articles alarment l'opinion publique sur de possibles

effets sanitaires causés par les ondes radiofréquence, par exemple sur le développement de tumeurs cérébrales (17). Dans un souci de cohérence avec notre sujet, nous nous limiterons aux risques sociaux et psycho-comportementaux ou pouvant avoir une incidence directe sur la santé mentale.

Individuels et de plus en plus petits, ces écrans multiples permettent un « nomadisme » à la connexion, échappant au contrôle des adultes, et exposent les adolescents à un certain nombre de risques (3).

1. Internet et qualité de vie

Différentes études abordent l'influence des écrans et d'Internet sur la diminution de la qualité de vie, montrant notamment un lien avec l'augmentation de l'obésité et de l'insomnie chez l'adolescent (1).

Parallèlement, la diminution du temps de sommeil chez l'enfant et l'adolescent est particulièrement préoccupant. De nombreuses études montrent que le comportement numérique des enfants, et notamment le fait d'emporter portables et tablettes dans leur lit, entraîne une diminution du temps moyen de sommeil (18). L'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) menée sous l'égide de l'OMS sur des adolescents de 11-15 ans en France retrouve que les adolescents qui utilisent un ordinateur dorment moins longtemps (8 h 06 contre 8 h 50), comme ceux ayant Internet sur leur téléphone portable (7 h 59 contre 8 h 44) ou encore ceux regardant la télévision le soir dans leur chambre (8 h 16 contre 8 h 48) (19).

Cette diminution du temps de sommeil serait liée en partie aux ondes bleues produites par les tablettes, qui diminuent la production de mélatonine (20), ce qui

aurait un impact sur les capacités d'attention et la fatigabilité le lendemain, influençant ainsi les résultats scolaires.

2. Une exposition à des risques de différentes natures

La massification des équipements audiovisuels puis numériques, leur développement technologique et l'évolution permanente des comportements exposent les enfants et des adolescents à des nouveaux risques. Ordinateurs, tablettes, smartphones, liseuses, télévisions sont omniprésents et beaucoup de ces supports sont mobiles, donnant la possibilité aux adolescents d'aller sur Internet sans accompagnement parental et de d'être exposé à des contenus inadaptés. Les adultes n'ont cependant pas toujours conscience de l'impact potentiel des images auxquelles leur enfant est exposé.

Le dispositif légal actuel, peu adapté aux mutations incessantes des outils et des usages, va protéger l'enfant de manière différente pour un même contenu, en fonction du support qu'il aura utilisé pour le visionner. Internet, qui se veut un espace de liberté où chacun peut mettre en ligne le contenu qu'il souhaite, constitue un réseau difficile voire impossible à réguler, au regard notamment de sa dimension internationale. Ainsi, il est difficile de mettre en place une législation efficace pour protéger les enfants et les adolescents de l'exposition à des contenus choquants et d'autres risques comme la cybercriminalité pédophile ou les sites incitant à la radicalisation et à l'extrémisme politique ou religieux (3).

L'étude Net Go Children Mobile (2013) s'est intéressée aux risques les plus fréquents auxquels les enfants et adolescents européens seraient exposés lorsqu'ils

utilisent Internet, correspondant au fait d'être « perturbé ou préoccupé par quelque chose vu en ligne ». Il ressort que le risque le plus présent est de voir des messages de haine sur internet (20% chez les 11-16 ans), juste devant le fait de voir des images à caractère sexuel (18% des 9-16 ans). Le cyber-harcèlement concernerait 12% des 9-16 ans en Europe. On retrouve également le fait de recevoir des messages à caractère sexuel (11% des 11-16ans), rencontrer « en vrai » une personne rencontrée initialement en ligne (12% des 9-16 ans). 13% des 11-16ans déclarent avoir été exposés à des sites pro-anorexiques.

Selon cette étude, les enfants plus jeunes sont moins susceptibles d'être exposés à un risque sur Internet, du fait de leurs pratiques moins variées, mais les plus à risque d'en être affectés (12). Le risque d'être exposé à un danger sur Internet augmente donc en fonction de l'âge, de la fréquence d'utilisation mais aussi de l'équipement : le risque est plus élevé avec des équipes personnels mobiles (tablettes) et les smartphones. L'accès à Internet via des objets connectés pourrait donc rendre l'enfant ou l'adolescent plus vulnérable aux risques. Cependant, l'exposition à un risque n'engendre pas nécessairement de la souffrance : les enfants ayant des niveaux de compétences supérieurs (dans l'utilisation du média Internet) sont en moyenne moins dérangés lorsqu'ils rencontrent un risque (11), et le retentissement dépend de différents facteurs comme l'âge, le genre, le statut socio-économique, les capacités de résilience et les stratégies de coping mises en place font varier l'impact de ces risques (12).

Les adolescents, indépendamment de leurs activités sociales, ne seraient pas forcément conscients des informations personnelles (les « traces ») qu'ils laissent sur Internet et qui peuvent être exploitées à des fins commerciales ou malveillantes (3). Ces jeunes adolescents sont en outre moins conscients que leurs aînés des risques

d'exploitation, de divulgation et de perte de maîtrise des informations personnelles qu'ils mettent en ligne (21) et sont en majorité peu inquiets de savoir que ce qu'ils mettent sur Internet puisse tomber dans le domaine public et y rester éternellement (7). L'impression de totale liberté peut amener les adolescents à adopter des comportements peu soucieux de la vie privée d'autrui en croyant bénéficier d'une impunité liée à l'anonymat (3).

3. Promotion en ligne de comportements à risque

Une littérature de plus en plus importante évoque les influences négatives d'Internet sur les comportements auto-agressifs et suicidaires, suggérant que certains contenus pourraient favoriser une majoration des idées suicidaires chez des adolescents fragiles et vulnérables. Certains sites font directement la promotion de comportements suicidaires en ligne : sur des sites dit « spécialisés pro-suicide » comparant différents moyens de passer à l'acte, il existe également des forums de conversations dédiés au suicide facilitant la mise en place de véritables « pactes suicidaires » (4), (22).

Sans en faire directement la promotion, les réseaux sociaux semblent pouvoir aussi avoir un effet sur les conduites suicidaires. Les suicides en série ou « suicide cluster », désignant un ensemble de suicides ou tentatives de suicide ou les deux, plus rapprochés dans le temps et l'espace que ce qui est normalement prévu par les statistiques, sont plus présents chez des adolescents que dans la population générale (23) et peuvent être liés à la couverture médiatique suivant le suicide d'un jeune (24). Médiatiser un suicide n'est pas sans conséquence, et deux effets antagonistes ont été décrits : l'effet « Werther », processus par lequel l'exposition au suicide ou au comportement suicidaire d'autrui inciterait d'autres personnes à

commettre ou tenter le suicide, et l'effet « Papageno », qui permettrait au contraire un effet protecteur vis-à-vis du risque suicidaire en population générale (4), (25). Le relai de l'information via les réseaux sociaux paraît particulièrement à risque d'un effet « Werther » du fait de la récurrence des messages et de la forme de l'information (articles courts, titres accrocheurs etc...).

En ce qui concerne les comportements auto-agressifs, et particulièrement des scarifications, il n'est pas rare que nos patients fassent mention de photos postées sur les réseaux sociaux, les incitant parfois à passer à l'acte. Si l'on considère qu'Internet et les TIC favorisent une certaine impulsivité, par la possibilité amenée par ces nouvelles technologies d'avoir et de faire « tout, tout de suite », dans une instantanéité qui court-circuite toute mentalisation, on peut se demander si cela ne favorise pas également un recours à l'agir, particulièrement pour l'adolescent chez lequel l'impulsivité est fréquente (69).

Vignette clinique

Jessie, âgée de 15 ans, consulte en urgence avec sa grand-mère, chez laquelle elle est placée, pour une recrudescence de scarifications. Sa grand-mère nous explique que Jessie se scarifie depuis plus d'un an, et que cela aurait commencé « à cause de Facebook ».

Jessie nous dit avoir rencontré en ligne son meilleur ami, Matéo, qui se scarifierait lui aussi. Elle explique que ce comportement auto-agressif a commencé après qu'elle ait vu des photos des bras scarifiés de ce meilleur ami, et qu'elle a « tout simplement eu envie d'essayer ». Jessie ne présente pas d'antécédent pédopsychiatrique particulier, mais décrit la présence d'idées noires fluctuantes, et

d'un sentiment de vide présent depuis l'enfance. Son parcours de vie est marqué par de nombreuses ruptures et carences, elle a été placée à l'âge de 5 ans dans un contexte de violence intrafamiliale.

Après une période d'accalmie, sa grand-mère nous dit que les scarifications ont repris de plus belle depuis quelques mois, sans que sa petite fille ne laisse paraître une détérioration de son état psychique. Cette recrudescence des scarifications semble en fait liée à la dégradation thymique de Matéo, Jessie nous avouant répondre aux photos de scarifications de Matéo en postant à son tour des photos de ses propres lésions. Jessie explique qu'il s'agit d'un genre de pacte morbide passé entre eux, censé les aider à arrêter de se scarifier. Lorsque l'un des deux ne va pas bien et montre ses scarifications sur les réseaux sociaux, l'autre s'inflige les mêmes blessures pour inciter le premier à cesser de se mutiler. Lorsqu'elle est triste et angoissée, Jessie nous dit ne pas réussir à faire autrement, la scarification permettant une décharge de tension et un apaisement temporaire. Confrontée aux photos de Matéo, elle explique agir impulsivement, sans possibilité de mentalisation, ne sachant plus bien l'espace de quelques secondes si la souffrance psychique initiale, ayant entraîné le recours aux scarifications, est la sienne ou celle de Matéo.

La grand-mère se déclare « dépassée » par la situation, ne comprenant ni le principe des réseaux sociaux ni l'usage qu'en fait sa petite fille. Elle nous dit avoir l'impression que Facebook a « contaminé » Jessie, et lui a interdit l'accès à internet sur l'ordinateur du domicile. Cependant, le phénomène ne s'est pas arrêté puisque Jessie accède également à Facebook grâce à son téléphone...

Analyse :

Jessie présente des traits de personnalité limite, et de très faibles ressources psychiques internes. La gestion de l'angoisse ou de la tristesse se fait

préférentiellement par un recours à l'agir, sans autre stratégie possible. Les réseaux sociaux l'ont mise en lien avec un jeune tout aussi vulnérable qu'elle, et leurs échanges semblent favoriser la survenue de scarifications. Les images de leurs scarifications, preuve que l'un va mal et que l'autre respecte leur « pacte », paraît exercer un pouvoir de fascination morbide, court-circuitant le peu de capacités de mentalisation dont ils semblent disposer. Ainsi, lorsque Jessie voit les photos de scarifications de son meilleur ami, elle est comme envahie des affects de ce dernier, distinguant difficilement dans ce lieu virtuel son psychisme de celui de l'autre. Sans tenir responsable les réseaux sociaux des troubles présentés par adolescente fragile, on peut penser qu'ils favorisent son impulsivité et une certaine expression symptomatique.

Pour ce qui concerne les troubles du comportement alimentaire, les sites faisant la promotion de l'anorexie mentale sont nombreux, et ont été l'objet d'études (26). Les sites « pro-ana » donnent l'impression d'une véritable communauté partageant fascination pour la maigreur (1), proposant des stratégies pour perdre toujours plus de poids, des conseils sur les lieux de soins, mais aussi des astuces pour échapper à la prise en charge et « tromper » les soignants. Les patient(e)s anorexiques fréquentent souvent ces sites, et on peut se demander l'impact qu'ils peuvent avoir sur l'évolution de leur trouble. On peut par ailleurs s'interroger sur l'influence que cela peut avoir sur la population générale, en particulier chez des adolescents vulnérables.

4. Le cyber-harcèlement

Les TIC, apportant de nouveaux moyens d'interaction sociale, sont aussi porteuses de nouvelles formes de violence, notamment le cyber-harcèlement, qui peut avoir des conséquences psychologiques graves sur les victimes (27).

Le harcèlement en milieu scolaire est un phénomène reconnu depuis plusieurs années, désignant une forme insidieuse de violence, différente des autres formes d'agressivité observées dans les établissements scolaires, et définie comme une conduite agressive intentionnelle dont la finalité est de blesser physiquement ou moralement un autre élève. Cette conduite est répétitive au cours du temps, dans un contexte où les forces en jeu s'organisent de façon dissymétrique caractérisées par une relation de domination d'un ou plusieurs « agresseurs » envers une ou plusieurs « victimes ». Les agissements peuvent prendre la forme d'agressions directes (physiques ou verbales) ou bien indirectes, plus subtiles comme le fait de répandre des rumeurs au sujet d'un camarade ou d'organiser son isolement social (1).

Parallèlement à ce harcèlement traditionnellement décrit dans les cours d'école, le développement d'Internet a apporté de nouveaux moyens de perpétration de ces actes. Les e-mails, les SMS, les réseaux sociaux, les messageries instantanées et les blogs sont autant de moyen d'harceler, insulter, et proférer des menaces ou tenir des propos calomnieux à l'encontre d'un enfant ou d'un adolescent.

Le cyber-harcèlement peut être défini comme un acte intentionnel et agressif, réalisé par un individu ou un groupe, par un contact électronique régulier et répété, contre une victime qui ne peut pas se défendre (28). Pour certains auteurs, le cyber-harcèlement n'est pas en soi une nouvelle problématique, au contraire des outils utilisés pour le perpétrer (29). Il semblerait en effet qu'un réseau social comme

Facebook favorise les phénomènes de suggestibilité, de contagion, de toute puissance et d'exaltation des affects qu'ils soient positifs ou négatifs envers une personne ou une idée. Ainsi, ce lieu idéalisé de partage de soi peut devenir un véritable enfer en quelques clics. Derrière une a-conflictualité apparente (jusqu'encore récemment, on ne pouvait que « liker » un commentaire), la violence n'est cependant pas loin, annonçant un clivage amour-haine puissant (30). Messages de haine, menaces, insultes et moqueries vont laisser des traces parfois indélébiles sur les profils des victimes de cyber-harcèlement. Les phénomènes de cyber-harcèlement donnent une toute autre ampleur au harcèlement « classique » que pouvaient subir les élèves, puisqu'ils les suivent désormais d'un établissement scolaire à l'autre.

Des études de plus en plus nombreuses démontrent l'impact grave du cyber-harcèlement sur la santé mentale des victimes tant que des agresseurs (31), plusieurs auteurs avançant le fait qu'il pourrait avoir des conséquences plus graves que le harcèlement « en face à face » (32).

5. De l'utilisation excessive... à l'addiction ?

Un des risques posés par les écrans et les pratiques numériques est celui de l'utilisation excessive. Parler de pratiques excessives peut cependant paraître ambigu, puisqu'il s'agirait d'une utilisation supérieure comparativement à la moyenne, sans que cela corresponde nécessairement à un comportement pathologique. L'utilisation du terme « addiction » pour qualifier l'utilisation pathologique d'Internet et des jeux vidéo ne fait pas l'unanimité. Plusieurs appellations ont été utilisées pour décrire les usages problématiques d'Internet et

malgré le manque de consensus sur la dénomination à employer, les différents auteurs s'entendent sur les conséquences pour désigner le concept. Il s'agirait d'un usage de l'Internet qui entraînerait un sentiment de détresse et des difficultés sur le plan psychologique, social ou professionnel (4)

Sans que des critères diagnostiques aient clairement été retenus, on retrouve quatre dimensions cliniques importantes : l'utilisation excessive d'Internet (avec perte du sens du temps, négligence des activités habituelles), un retrait (avec tension, dépression, lorsque l'outil n'est pas accessible), la tolérance (besoin de matériel plus performant, ou de plus d'heures d'utilisation) et des conséquences indésirables incluant mensonges, faibles résultats scolaires, fatigue (33). Les conséquences d'un usage problématique d'Internet pourraient être de différentes natures, tant psychosociales que physiques (4). Sans prétendre à l'exhaustivité, on retrouve différents cadres nosographiques liés à l'utilisation excessive d'internet et des écrans, allant de la « crise d'adolescence » simple à la dépression en passant par l'entrée dans la schizophrénie (1), (34).

Le phénomène d'Hikikomori, décrit initialement au Japon, concerne des adolescents et des jeunes adultes qui vivent isolés du reste du monde, cloîtrés chez leurs parents, enfermés dans leur chambre pendant des jours, des semaines voire des mois, refusant toute communication même parfois avec leur propre famille. La place du Hikikomori dans la nosographie psychiatrique reste encore à déterminer, les différents cas décrits présentant soit des symptômes prodromiques et négatifs de schizophrénie, soit une utilisation pathologique d'internet, soit aucune pathologie psychiatrique retrouvée (35).

La question de nouvelles pathologies en lien avec les TIC et des cyber-addictions reste un domaine de recherche important à explorer.

6. L'importance de la prévention : un indispensable dialogue intergénérationnel

Malgré les recommandations des pouvoirs publics pour une meilleure connaissance des usages, les activités numériques des enfants et des adolescents semblent échapper dans une large mesure aux parents, et on peut s'inquiéter de la relative absence de dialogue entre les enfants et leurs parents sur ce qu'ils font sur Internet, et le manque de conseils concernant les pratiques numériques, par exemple l'utilisation des réseaux sociaux (18). Ce manque de dialogue se répercute également lorsque les enfants sont confrontés à des contenus choquants : ils n'ont pas le réflexe d'en discuter avec leurs parents.

L'intense activité des jeunes sur les réseaux sociaux, conjuguée à la volontaire exposition de soi, inquiète beaucoup les parents, tout comme le risque que leur adolescent développe une dépendance à Internet ou aux jeux vidéo. Les adultes décrivent fréquemment une perception très négative des usages adolescents d'Internet et du numérique. Or, ces technologies font désormais partie intégrante de la vie quotidienne des jeunes, sans que les discours diabolisants des adultes ne fassent cesser leur utilisation. Ce « fossé générationnel » pourrait finalement se révéler plus dangereux que les risques liés aux pratiques numériques eux-mêmes (3).

Pour S. Tisseron, il faut « faire la différence entre des usages passionnels qui enrichissent la vie, et les usages pathologiques qui l'appauvrissent ». Protéger l'enfant et l'adolescent en l'accompagnant dans ses pratiques numériques nécessite donc de renoncer à deux tentations : idéaliser les technologies, et les diaboliser. Stigmatiser les usages et rejeter ces outils aurait pour principal effet de faire peser

encore plus fort sur les utilisateurs, que ça soit les adolescents ou leurs parents, l'angoisse de devoir résoudre seul leurs problèmes. Sans attendre des miracles de ces nouvelles technologies ni chercher à s'en passer, apprivoiser ces outils paraît nécessaire (7). Il s'agit donc de replacer les technologies numériques dans l'histoire des grandes inventions humaines et juger leur valeur selon les usages qui en sont faits. L'évolution rapide de ces technologies numériques nous invite à considérer les jeunes comme des partenaires et des acteurs du changement au même titre que leurs parents (7), en encourageant les bonnes pratiques. Il convient de trouver le juste équilibre entre la prévention des risques et la limitation des possibilités, tout en étant particulièrement vigilant avec les adolescents les plus vulnérables.

Ces questions de prévention et de la sensibilisation aux risques liées à internet et à l'usage des TIC soulève la question de l'éducation de façon plus générale, et de ce que transmettent les adultes aux jeunes générations. Hannah Arendt écrivait dans La crise de la culture : « *C'est également avec l'éducation que nous décidons ni nous aimons assez nos enfants pour ne pas les rejeter de notre monde, ni les abandonner à eux-mêmes, ni leur enlever leur chance d'entreprendre quelque chose de neuf, quelque chose que nous n'avions pas prévu, mais les préparer d'avance à la tâche de renouveler un monde commun* » (36). Le rôle de l'éducation semble donc primordial pour préparer les adolescents à renouveler un monde commun en proie à d'importantes métamorphoses.

Au-delà des conseils éducatifs que peuvent donner les professionnels aux parents en perte de repères (apprentissage de l'autorégulation, pratique de l'alternance, et de l'accompagnement etc...) les problèmes posés par les nouvelles technologies ne semblent pas seulement individuels et familiaux, mais aussi

sociétaux. Le remède au « trop d'écrans » ne serait pas dans la culpabilisation des usagers mais dans la redécouverte des liens sociaux, et l'abus d'écrans ne serait donc que la conséquence d'une cause que nous devons chercher à comprendre (7).

Guidance parentale, repérage des adolescents les plus vulnérables, prise en charge des adolescents présentant des usages pathologiques, recherche concernant l'émergence de nouvelles pathologies en lien avec les TIC et des modifications des modalités interpersonnelles... Les missions du pédopsychiatre dans ce domaine paraissent nombreuses.

C. Implications identitaires et interpersonnelles :

1. De nouvelles pratiques de sociabilité à une nouvelle modalité du lien social adolescent ?

A l'adolescence, période de transition où se joue le second processus de séparation-individuation, l'acquisition d'une autonomie relationnelle par rapport au milieu familial se fait notamment grâce aux groupes de pairs, par le développement des liens amicaux. Ces groupes de pairs présentent l'intérêt d'un effet contenant, fondé sur le sentiment d'appartenance, mais offrent aussi un espace permettant les identifications croisées et multiples en dehors de la sphère familiale (8).

Les TIC, et le téléphone portable en particulier, semblent occuper un rôle important dans le tissage des relations entre les adolescents. Au temps passé directement avec leurs amis s'ajoute un temps indirect passé « en lien » avec eux, par texto et échanges de commentaires sur les réseaux sociaux. En classe de 3ème,

45,8 % des garçons et 65,0 % des filles rapportent ainsi communiquer quotidiennement avec leurs amis par téléphone, sms ou Internet (19).

Ces nouvelles pratiques de communication posent la question des changements que les TIC induisent par rapport aux pratiques amicales des générations antérieures. On peut s'interroger sur l'influence qu'a cette sociabilité indirecte sur la sociabilité directe des adolescents. Les relations « indirectes » que les adolescents nouent ou entretiennent grâce aux TIC font craindre à certains une dérive addictive, un repli sur soi et une nouvelle forme d'isolement social.

L'étude INPES sur la santé des collégiens réalisée en 2013 s'intéresse aux liens amicaux des adolescents issus de la génération des digital natives, et à l'emprise supposée exercée par les TIC sur leurs relations amicales. Il ressort que les échanges quotidiens par texto, Internet ou téléphone sont en augmentation, sans que cette utilisation de plus en plus massive des TIC ne favorise le délitement des groupes amicaux effectifs : les jeunes conserveraient pour la majorité un réseau amical important. Les pratiques de sociabilité électroniques s'articuleraient donc, la plupart du temps, avec une sociabilité « directe » et ne serait pas porteuse d'individualisme ou de repli sur soi. Par ailleurs, on retrouve une plus importante mixité dans les groupes amicaux par rapport aux générations antérieures. Les TIC, par les échanges indirects qu'ils permettent, paraissent favoriser la communication entre garçons et filles, en dehors de l'arène du collège ou tout contact est susceptible d'être évalué, épié et commenté (19).

Les chiffres européens d'EU Kids retrouvent que 50% des adolescents interrogés disent « se sentir plus eux-mêmes » en ligne que dans les relations de face à face. Ce résultat concernerait davantage les garçons que les filles, les enfants

issus des milieux populaires plutôt que supérieurs, et le plus souvent à 13/14 ans (12). Que signifie « se sentir plus eux-mêmes » ? Il s'agit de se sentir soi comme porteur d'une identité que l'on reconnaît, et cela au sein de la relation avec l'autre. Cela amène différentes réflexions : on peut faire craindre que les adolescents se tournent préférentiellement vers une sociabilité indirecte et virtuelle, moins « risquée », ne sachant plus comment être eux-mêmes, avec l'autre, dans la sociabilité directe. On peut aussi faire l'hypothèse que l'espace virtuel est un lieu « en plus », où les questions de lien à l'autre et d'identité se négocient autrement, permettant à l'adolescent des essais de modalité relationnelle sans que cela se fasse au détriment de la sociabilité directe.

Il s'agirait donc en quelque sorte de s'appuyer des expériences virtuelles pour apprivoiser les modalités relationnelles changeantes à l'adolescence.

Fréquenter les mondes numériques, en particulier les réseaux sociaux, améliorerait les compétences sociales de l'adolescent par ce va et vient entre les relations réelles quotidiennes et les relations réelles médiatisées par les technologies numériques (7). Les pratiques numériques des adolescents ne peuvent donc être résumées à l'usage des nouvelles technologies : il s'agit d'un jeu relationnel autorisé par l'entrelacement de différents dispositifs de communication, sans que cette augmentation des communications numériques ne se traduise par un déclin des modes présentiels de liens à autrui (16).

Sur les réseaux sociaux, on observe l'émergence d'un nouvel espace public, dépassant la césure du virtuel/réel, mettant en jeu des dynamiques de sociabilité et de socialisation probablement inédites (16). Les enfants et adolescents ont en moyenne 210 « amis » sur Facebook (un chiffre qui augmente avec l'âge) (14), et ce nombre « d'amis » virtuels constitue une nouvelle norme. En avoir trop peut faire

paraître l'adolescent prétentieux, en avoir pas assez peut lui donner l'air d'être mal intégré, et la limite entre les deux obéit à de nouveaux codes sociaux qui se redéfinissent sans cesse. Par ailleurs, les adolescents paraissent conscients du fait que ce nombre d'amis virtuels ne correspond à leurs amis « de la vraie vie » (7). Au regard du nombre d'amis dont ils se prévalent, on peut se demander si les informations qu'ils partagent avec ces amis appartient encore à la sphère privée.

L'affichage de ses amitiés sur les réseaux sociaux relève d'un apprentissage social subtil, parfois douloureux, sous le regard pas toujours bienveillant de sa communauté d'amis. La gestion des amitiés devient un exercice qui ne s'arrête jamais, dépassant le temps de rencontre directe avec les pairs.

Vignette clinique

Aurélie est âgée de 14ans. Je la rencontre dans le cadre du dispositif de Pédopsychiatrie de liaison, alors qu'elle est hospitalisée en pédiatrie pour un bilan de vomissements à répétition. La liste des examens complémentaires à réaliser est longue, et le séjour à l'hôpital d'Aurélie se prolonge, sans que ses symptômes ne s'amendent ni qu'une étiologie ne soit retrouvée. Déscolarisée depuis 3mois, Aurélie garde contact avec ses meilleurs amis, mais aussi quelques camarades de classe, par le biais de SMS, le téléphone portable étant autorisé dans le service où elle est hospitalisée. Elle n'a cependant pas accès à son smartphone habituel : pour le moment, son père lui a proposé de l'échanger avec un téléphone sans accès à Internet. Aurélie m'explique qu'elle se sent soulagée de ne plus avoir à répondre aux messages de ses amis sur Facebook, ne sachant pas si elle veut partager avec eux, ou non, les raisons de sa longue absence. Elle me dit que ses « vrais » amis ont son

numéro de téléphone, et qu'elle peut leur répondre si elle le souhaite, sans que les conversations ne soient exposées aux yeux de tous.

Analyse

Eloignée de ses camarades de classe depuis plusieurs mois, Aurélie ne sait pas ce qui se dit sur son compte au collège, et pourrait avoir à y répondre publiquement sur les réseaux sociaux. En la « privant » d'un accès permanent à internet, son père semble l'avoir protégée de sollicitations de son réseau, l'aidant à faire la part des choses entre ce qui peut être de l'ordre du public, et ce qui doit rester de l'ordre de l'intime, à ne partager qu'avec ses proches. S'il est bien clair pour Aurélie que ses amis sur Facebook ne correspondent pas à ses amis dans la vie « réelle », il n'est pas facile pour elle de gérer ces liens virtuels dans le moment de vulnérabilité qu'elle traverse.

Sur les réseaux sociaux, la rencontre avec l'autre peut être médiatisée, le corps génital mis à distance. On y communique avec ses pairs, sans être embarrassé du corps adolescent changeant (30). Les adolescents s'y familiarisent virtuellement avec les étapes de la rencontre amoureuse, qui les effraye autant qu'elle les fascine, par des échanges qui peuvent s'apparenter à un marivaudage moderne et que l'adolescent peut interrompre à tout moment (37).

On peut imaginer que les pratiques numériques des adolescents et les réseaux sociaux aient posé de nouveaux jalons en ce qui concerne leurs relations amoureuses. Cependant, à ce jour peu d'études ont étudié l'influence d'internet sur la sexualité des adolescents (37).

Les réseaux sociaux offrent aux adolescents un lieu où se retrouver ensemble, le plus souvent en dehors du regard des parents, bien qu'une partie des adolescents soient « amis » avec leurs parents sur Facebook et se disent surveillés dans leur utilisation (14).

Dans le discours adolescent, ne pas y être présent, c'est ne pas exister, comme si le lien social des adolescents passait par sa visibilité sur le réseau. Sur Facebook par exemple, la popularité passe par le nombre d'amis, que cela soit des amis proches ou de vagues connaissances, et par le nombre de « like » suscités par les publications. A l'adolescence, le sentiment d'existence semble ainsi passer par le fait d'exister aux yeux des autres, notamment de ses pairs, en particulier sur la scène des réseaux sociaux. Les réseaux sociaux sont des lieux où les adolescents peuvent partager un sentiment qui leur est commun, qui fonde « l'être-ensemble ».

Les pratiques numériques des adolescents façonnent donc au quotidien leur sociabilité et leur identité en construction.

2. Mise en scène de soi et construction identitaire

L'adolescent va se dévoiler, mais aussi se chercher, au fil des photos et messages partagés. Lorsque ses inquiétudes et ses fantasmes entrent en écho avec ce qu'il voit et lit sur les réseaux sociaux, l'adolescent est happé dans un mouvement identificatoire massif. L'illusion groupale au sein de ces réseaux va rassurer l'adolescent, en proie à des changements non maîtrisés et aux angoisses (30).

La notion de partage est centrale dans ces réseaux : partage des photos, de vidéos, de musiques, permettant de se retrouver autour d'intérêts communs ou de liens d'amitié, en se regroupant en véritables communautés virtuelles (30).

Ce partage implique bien sûr un partage de soi, parfois sans conscience du danger que cela implique. Les adolescents les plus fragiles, et les moins accompagnés, risquent de se mettre en danger et prenant inconsciemment des risques inconsidérés dans un besoin immodéré de reconnaissance.

Les adolescents se racontent et s'exposent, à grand renfort de photos et de messages de profil, en attente de réactions, positives ou négatives, de la part de leur « communauté ». Ils livrent leurs pensées et des images de leur corps, parfois sans pudeur, interrogeant les limites de l'intimité contemporaine. Il n'est cependant pas question de tout dire ou de tout montrer : sur les réseaux sociaux, sur les blogs, un jeu social de voilement/dévoilement établit de nouvelles règles de convenance sociale et dessine les traits du sujet contemporain entre transgression, injonction, autonomie et expression (16). Théâtre de la scène adolescente, les réseaux sociaux vont constituer des lieux virtuels faisant office de véritables espaces d'élaboration des conflits pubertaires (38).

Les réseaux sociaux constituent aujourd'hui non seulement un outil de communication, mais aussi un élément indissociable du développement et de l'équilibre de l'adolescent. Ils vont apporter un espace d'expérimentation sociale lui permettant de définir le monde qui l'entoure (7).

Dans le prolongement de sa quête d'identité, l'adolescent va rechercher une validation sociale auprès de ses pairs, rassemblés en groupes, et va largement utiliser pour cela les réseaux sociaux. L'adolescent est donc à la recherche d'interlocuteurs lui disant qui il est, cette quête passant par différentes étapes :

création d'un espace personnel qui est proposé au regard des autres, dans une démarche d'abord narcissique avant d'être réciproque ; discussions autour des réactions que suscite ce que l'adolescent a « partagé », lui permettant d'utiliser le regard de l'autre pour se connaître ; enfin, des échanges engendrés se dessineront peut être des groupes, réunis autour d'intérêt et de goûts communs (39).

Les usages et la place des réseaux sociaux doivent être cependant relativisés ; dans ce domaine en constante et rapide évolution, nul ne sait ce que seront les réseaux sociaux dans deux ou trois ans ni même s'ils existeront encore comme vecteur phare de la communication entre adolescents tant la popularité d'un service sur Internet peut rapidement se renverser (3).

III. Les adolescents et leur téléphone portable

A. Le portable, omniprésent dans notre quotidien.

A la fin des années 90, l'utilisation du téléphone portable s'est rapidement développé jusqu'à atteindre la quasi saturation du marché aux alentours de 2000 (40). Nous l'avons vu, la population française est massivement équipée de téléphones portables et de smartphones, et c'est particulièrement le cas pour ce qui concerne les adolescents : 93% des 12-17ans ont un portable, 87% un smartphone (2). Le téléphone portable s'est répandu jusqu'à devenir le moyen de communication privilégié d'une partie importante de la population, en particulier des adolescents. Il

s'est rapidement imposé comme un objet indispensable en termes de communication et de relations interpersonnelles, présent à chaque moment de notre quotidien.

Au départ, l'usage du téléphone portable était pourtant perçu avec méfiance, susceptible de bouleverser les limites entre le travail et les loisirs, entre le public et le privé. Sa popularité n'a cependant cessé de croître, et aujourd'hui tout le monde possède un téléphone portable.

Véritable phénomène contemporain de communication interpersonnelle, le téléphone est un objet précieux, entièrement dévoué à son propriétaire : il rassure, distrait, abolit la solitude, libère des contraintes de lieu et de temps, aide à agir et à planifier le quotidien (41).

Avec le développement des smartphones, cet outil dépasse aujourd'hui très largement sa fonction basique de contact social. Objet polyvalent, il nous sert aussi bien de réveil, d'agenda, d'appareil photo, de télévision, de mini-ordinateur, de GPS, de caméra... Ses fonctionnalités sont nombreuses et ne cessent de se développer.

Différentes études actuelles se proposent d'étudier les adolescents et le téléphone portable. Dans une enquête réalisée en 2013 par L'Association Santé Environnement France, on apprend par exemple que le premier téléphone est acquis tôt, avant 14 ans pour la majorité des adolescents. Le téléphone est utilisé principalement pour envoyer des SMS, devant le fait de prendre des photos, des vidéos, écouter de la musique ou appeler (13). 80% des 12-17 ans utilisent leur téléphone pour aller sur internet, 81 % pour télécharger des applications, et 41 % pour envoyer des mails (2).

B. Un objet prisé par les adolescents, inscrit dans une relation dialectique autonomie/contrôle social

Plus encore que pour le reste de la population, le téléphone portable occupe une place particulière auprès des adolescents, qui en ont une utilisation différente des adultes. Cet objet est inscrit dans leur quotidien, dans un espace-temps subjectif. Il est devenu irremplaçable dans la culture juvénile (40).

L'acquisition du premier téléphone est l'objet d'une âpre négociation entre le jeune adolescent et ses parents, et il semblerait que l'entrée au collège marque une étape décisive. On observe un décalage entre les usages prescrits et les usages réels du téléphone portable.

Objet fonctionnel permettant de concilier la vie privée/familiale et la vie professionnelle, le téléphone portable permet une organisation calibrée à la minute près pour prévenir des retards, gérer les temps de chacun, y compris les activités extra-scolaires des jeunes. Il remplit donc une fonction instrumentale de micro-coordination centrée sur les membres du foyer.

Du côté des parents, le portable représente la possibilité d'être joignable à tout moment par les enfants, même si, en définitive, de tels appels ne sont pas si fréquents. Le portable est également perçu comme un outil qui permet le maintien de la cohésion familiale, leur offrant de la réassurance mais favorisant aussi une certaine forme de contrôle social. Le téléphone portable est utilisé par les parents pour gérer à distance les sorties de l'adolescent, savoir où il se trouve, avec qui, quand il rentre, lui signifier qu'il est en retard etc... Ce contrôle social est généralement toléré par le jeune, dans la mesure où cet élément de réassurance pour ses parents est un argument utile pour « négocier » l'acquisition du portable et

le paiement de l'abonnement téléphonique. La surveillance parentale favorisée par le téléphone est un perçue par l'adolescent comme un moindre mal, permettant d'obtenir l'objet tant convoité (42).

Le téléphone portable tient une place particulière au sein des familles contemporaines, marquées par l'autonomisation et l'individualisation de chacun de ses membres. Si la famille reste un support indispensable à la construction de l'identité de chacun, se développe en parallèle une revendication grandissante, de la part de ses membres, de son identité de « soi seul », identité séparée en dehors du groupe familial. Il s'agit, ainsi, d'être « libres ensemble » (43).

Le portable semble être un outil propre à véhiculer une revendication identitaire chez l'adolescent, parce qu'il lui offre en effet l'accès direct à une sociabilité personnelle sans avoir à passer par le téléphone fixe familial.

Les appels passés par les adolescents à leurs parents sont principalement « utilitaires », notamment pour les solliciter pour des trajets, les prévenir d'un retard, ou d'une sortie prévue à la dernière minute. Ce besoin sert bien souvent de première justification à l'achat d'un portable car il fait écho à la demande de réassurance des parents. C'est donc dans une relation dialectique autonomie / contrôle social entre les jeunes et leurs parents que s'inscrivent les usages du portable (42).

C. « Rupture du cordon ou fil à la patte ? » (44)

On remarque qu'autonomie et contrôle social sont inextricablement liés dans une relation complexe qu'actualisent les usages du portable.

Si parfois le téléphone portable va procurer à l'adolescent un sentiment de sécurité de ne jamais être seul face à soi, on peut cependant se demander qui le téléphone rassure le plus : l'adolescent ou le parent ? Il semble que les adolescents qui ont du mal à effectuer la séparation psychique d'avec leurs parents sont souvent ceux qui vivent les appels et messages de leurs parents comme une surveillance excessive, et non comme le reflet d'une relation harmonieuse, ou une préoccupation naturelle et adaptée de la part de leurs parents. Cela nous amène à nous demander d'où vient la difficulté de séparation quand celle-ci se manifeste. Vient-elle de l'enfant qui a peur de grandir et de s'autonomiser, ou de l'adulte qui a peur de voir l'enfant lui échapper ? Une séparation sereine nécessite que les deux parties doivent renoncer aux bénéfices des relations infantiles, et l'angoisse parentale n'est pas nécessairement la moindre (44).

Le téléphone portable semble venir interroger la question de la séparation, du lien à l'autre, problématique réactivée de façon très importante à l'adolescence.

Le téléphone portable et ses usages aurait-il donc des répercussions sur le travail de l'adolescence dans son accès à un second processus de séparation individuation ? Le « cordon ombilical numérique » créé par le téléphone portable entrave-t-il l'autonomisation de l'adolescent ?

Vignette clinique

Nous rencontrons Théo, âgé de 12 ans, accompagné par sa mère au CMP de son secteur. La demande de suivi, assez floue au départ, est portée essentiellement par la mère. Cette dernière évoque tour à tour les angoisses de Théo, ses difficultés

dans les liens avec ses pairs, et son utilisation jugée excessive des jeux vidéo et du téléphone portable.

Lorsque nous le recevons seul, Théo nous explique que sa mère vient d'accepter de lui acheter son premier portable, en même temps qu'il entrait en 6ème. Il détaille avec plaisir les différentes fonctionnalités de son téléphone, et les nouvelles modalités de lien qu'il explore grâce au portable. Il évoque rapidement les tensions liées à son usage du téléphone, sa mère estimant qu'il l'utilise trop, que cela soit pour envoyer des SMS à des heures tardives, aller sur les réseaux sociaux ou jouer seul dans sa chambre. Il ne comprend pas en quoi son utilisation du portable peut être problématique, mais nous dit être gêné du fait que régulièrement sa mère lui demande de « regarder dans son téléphone ». Son refus entraînant généralement une punition, Théo nous explique s'être accommodé de cette demande de sa mère, plutôt que de ne pas avoir de téléphone du tout.

Paradoxalement, accepter cette surveillance lui permet donc d'accéder à un semblant d'autonomie.

Rapidement au cours du suivi, on sent que l'angoisse exprimée au sujet de Théo se situe aussi, voire principalement, du côté maternel. Mme nous expliquera avoir été victime de harcèlement de la part de camarade de classe alors qu'elle était adolescente, et craindre que celui puisse arriver aussi à Théo. Elle se décrit comme une « maman-poule », capable de tout pour protéger ses enfants, et avouera à demi-mot « reporter » son affection sur ses enfants, son mari étant très peu présent au domicile. Ces propos seront accompagnés de beaucoup d'émotions chez l'un et l'autre. La mère de Théo se montrera très en demande de conseils pour limiter l'utilisation du téléphone portable et des réseaux sociaux de son fils, attendant que nous validions le fait que cela pourrait être nocif pour son fils. Elle nous expliquera ne lui confisquer souvent son téléphone à la maison, mais exiger de lui qu'il le prenne

systematiquement pour sortir, évoquant l'importance de pouvoir le joindre à tout moment à l'extérieur.

Analyse

Les difficultés de séparations de ce couple mère-fils, très fusionnel, viennent se cristalliser sur l'utilisation du téléphone portable. Il représente pour Théo la possibilité de s'autonomiser en nouant des liens avec ses pairs mais aussi en s'opposant à l'autorité maternelle. Pour sa mère, le portable offre la possibilité rassurante de joindre son fils à tout moment, pour vérifier qu'il ne lui est rien arrivé de grave mais aussi s'assurer qu'il pense à elle. Paradoxalement, le portable représente aussi le danger d'une autonomisation que l'un et l'autre ne sont pas surs de pouvoir supporter. L'objet téléphone portable, plein d'ambivalence, les met dans une impasse où leurs comportements deviennent paradoxaux.

D. Une technologisation de soi

Souvent manipulé, et porté au plus près de soi, à la main, dans la poche ou dans le sac, le téléphone portable est parfaitement intégré dans la gestualité contemporaine, comme peu d'objets technologiques. Pour les adolescents d'aujourd'hui, le premier réflexe une fois sorti du domicile est de vérifier qu'ils ont bien leur téléphone portable avec eux, l'oublier pouvant presque leur donner l'impression de sortir nu.

Son usage relève de l'intime, et il a été pleinement intégré dans la routine corporelle de nombreux adolescents. Le téléphone portable est devenu un véritable prolongement de soi, il s'est parfaitement intégré aux habitudes incorporées,

constitutives de l'identité (42). Bien plus qu'un simple outil communicationnel, il semble être devenu un objet inséparable du corps, et crée « un type sophistiqué de rapport physique entre sujet et objet », participant à la construction d'une relation homme machine inédite (40). Les adolescents n'hésitent d'ailleurs pas à personnaliser et habiller leur téléphone, l'inscrivant dans une logique identitaire (40).

La nuit, il est utilisé juste avant de s'endormir pour envoyer des SMS, écouter de la musique ou jouer. Puis, glissé sous l'oreiller, il reste souvent allumé pour ne pas risquer de manquer le moindre message (13), au risque de perturber le sommeil (45).

Petite taille et polyvalence transforment l'objet téléphone portable en un monde à soi, qui ne quitte ni ne déçoit jamais son utilisateur.

E. Un objet au centre de pratiques identitaires

Les adolescents n'utilisent plus leur téléphone que pour émettre et recevoir des communications, ils y cachent des secrets et divers éléments de leur personnalité. Photos, échanges de SMS, vidéos en font un véritable journal de bord, un confident auquel ils racontent leur histoire.

Chaque moment du quotidien est susceptible d'être raconté, mis en scène, par le biais de commentaire ou de selfies postés sur les réseaux sociaux, dans un exercice permanent d'énonciation de soi, comme nous l'avons vu plus haut. Il est devenu un objet réflexif de l'identité qui rassemble histoires individuelles et interactions constantes, un instrument qui parle authentiquement de soi.

On constate en tout cas qu'il permet un lien étroit entre production identitaire et organisation du système relationnel, l'énonciation de soi permettant une configuration nouvelle de l'identité en passant par le groupe de pairs. Le lien entre narration de soi et identité n'est pas seulement expressif, mais il est aussi constitutif et c'est dans la diversité des narrations que les identités se construisent (40).

Au-delà d'un usage utilitaire du téléphone portable, les adolescents expérimentent de nouvelles formes d'interaction, d'identification aux sphères d'appartenance, d'amusement, d'intimité. Les jeunes défendent leur identité, leur autonomie dans la communication et leur sociabilité en se reformulant constamment par le biais du mobile. Cette démarche se fait au milieu d'échanges, de théâtralisations, de narration de soi et de brouillages identitaires.

F. Une nouvelle forme de communication interpersonnelle ? L'exemple des sms

Les nouvelles formes de communication offertes notamment par le téléphone portable participent à la création de nouveaux codes sociaux : les messages type SMS (pour « Short Message System) constituent une marque d'attention envoyée à l'autre, lui signifiant de façon discrète que l'on pense à lui, alors qu'un appel risquerait de passer pour intempestif et de déranger, notamment dans l'espace public. Les textos permettent aussi de joindre directement la personne, sans risque d'interception par un tiers, ce qui justement autorise cette extériorisation de l'intimité, ou de ses secrets. Perçus comme plus neutre affectivement qu'un appel

téléphonique, les messages sont aussi utilisés dans un souci de micro-coordination pour organiser les rencontres (42).

Objet indispensable de communication interpersonnelle, le téléphone portable leur permet d'être en permanence connecté à leur réseau. Les échanges se font dans un nouveau langage, hybride entre l'écrit et l'oral (16), et les adolescents poursuivent dans leur lit et par sms des conversations commencées « en direct », le matin au collège. La dimension ludique du SMS, qui permet de déjouer les codes sociaux en vigueur, apparaît clairement : il est possible de communiquer hors des temps socialement dévolus aux conversations téléphoniques (12).

Le contenu du message est parfois moins important que le fait de l'envoyer, il assure aussi que les autres pensent à soi, étant parfois plus destiné à ne pas se faire oublier plutôt qu'à réellement communiquer. Le fameux « t'es ou, tu fais quoi ? » semble demander « tu ne m'oublies pas ? » plutôt que réellement s'intéresser à ce que fait l'autre. « Le téléphone mobile a fait de chacun le centre d'un petit monde sur lequel il aimerait que tout converge » (S. Tisseron, 2008).

L'utilisation massive voire compulsive qu'ont les adolescents des SMS peut amener à s'interroger sur la dimension de partage rattachée à cette nouvelle forme de communication, tant il semble parfois qu'il s'agirait plus de maintenir actif des liens pour ne pas se sentir seul, plutôt que d'échanger réellement avec une personne.

Par ailleurs, l'échange de SMS prive de différents canaux sensoriels permettant de moduler l'interprétation du message transmis. Sans l'intonation de la voix, l'expression du visage, la posture, le message reçu risque d'être mal interprété,

laissant beaucoup de place au fantasme et générant donc de potentiels malentendus.

Avec cette forme de communication, l'immédiateté est de mise, voire exigée, générant insidieusement de nouvelles sources de stress et de conflit (46).

G. Un rapport paradoxal à l'attente ou la dialectique présence/absence

Le téléphone portable semble avoir changé notre rapport à l'attente, et cela ne paraît concerner que les adolescents : il suffit d'observer une file d'attente, ou les transports en commun, pour constater que ceux qui ont leur téléphone à la main, à la recherche d'une contenance ou d'une distraction, sont de plus en plus nombreux. Le téléphone donne l'impression d'une maîtrise du « capital temps » et illustre le triomphe d'une certaine vision utilitariste de la vie, en permettant de mettre à profit chaque moment en adoptant un mode « multitâche » (44).

Le fait d'attendre est aujourd'hui difficilement supporté, mais paradoxalement, le téléphone semble installer dans un temps qui est celui de l'attente, et où la seule chose qui compte est l'instant à venir, permettant de le préparer.

Comment être présent à l'autre, alors qu'avec le téléphone on peut planifier le moment suivant, toujours prometteur de plus de satisfaction ? Nous confrontant sans cesse à une multitude de choix et de possibilités, le portable va nous rendre absents des moments où nous sommes présents, et présents dans des moments où nous sommes absents, dans l'angoisse permanente d'être passé à côté de quelque chose (comme évoqué dans les médias par l'acronyme FOMO, ou Fear of Missing Out).

Il est d'un recours facile et confortable, véritable protection contre le présent immédiat. Pour certains, le téléphone portable constitue le symptôme d'un « malaise communicationnel de l'homme moderne » (41).

Cette dialectique présence/absence semble actualisée par les usages quotidiens du téléphone portable, qui paraît venir combler les moments de vide, en donnant l'illusion d'être toujours connecté à un autre, jamais absent. Le téléphone remplit le temps et l'espace de connexions virtuelles multiples, empêchant de se retrouver seul avec soi-même.

H. Relation à l'objet et nouvelles modalités de lien

On peut s'interroger sur la nature profonde de notre relation à cet objet technologique, tant chez certains son absence peut faire ressentir un sentiment de manque et d'insécurité (40). Certains auteurs décrivent effectivement le téléphone portable comme un « doudou », médiatisant la relation à l'autre éloigné de soi (39). Pourtant, nous avons vu qu'il ne faisait jamais vivre l'absence, comment peut-il alors permettre d'intérioriser la présence de l'autre ?

On peut considérer que le téléphone a toujours été une façon de nier la séparation. Le téléphone fixe déjà, servait à nier que la séparation ait eu lieu, en médiatisant la relation avec un interlocuteur éloigné. Aujourd'hui, le smartphone crée l'illusion d'une relation privilégiée avec un interlocuteur attentif et disponible, le téléphone lui-même. L'objet semble être devenu une machine communicante (40), en plus d'être le support de projections pour les désirs intimes (47), le réceptacle d'affects qui ne sont plus mentalisés. Paradoxalement, avec la possibilité infinie de

liens instantanés qu'il offre, le téléphone portable semble renvoyer plus à soi que vers l'autre.

Le téléphone portable, en nous présentant sans cesse un nombre infini de situations, nous permet de ne jamais nous sentir enracinés dans la situation où nous sommes. La virtualisation de notre présence rendue possible par les objets connectés nous donne l'impression d'être à la fois partout et nulle part, et nous introduit dans une civilisation où le lien dominant est un lien de surface (48).

Ainsi, les nouvelles modalités interpersonnelles qui s'expriment avec le téléphone portable ne semblent pas imputables à l'objet lui-même, mais révélatrices d'une évolution du lien social caractérisant notre contemporanéité (5).

Des pratiques numériques des adolescents à leur utilisation du téléphone portable, nous avons vu comment les objets connectés ont modifié leur relation à l'autre, leur présence au monde et à eux même, et participent pleinement à leur construction identitaire notamment par l'exercice de l'énonciation de soi auprès du groupe de pairs.

Nous allons maintenant aborder la place accordée au téléphone portable dans les services de Psychiatrie, et notamment les enjeux spécifiques qu'il représente pour la Pédopsychiatrie.

**PARTIE II : HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE ET
TELEPHONE PORTABLE**

Petit objet du quotidien, le téléphone portable peut être à l'origine de « grands enjeux » en Psychiatrie (49).

Si dans les autres services de Médecine, le portable fait rarement débat, il est dans nos unités objet de demandes et de tractations. Avant même l'arrivée du patient dans le service, le portable fait déjà parler de lui. Dans les situations d'urgence par exemple, lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, le téléphone s'invite parfois dans la négociation. Il n'est pas rare que l'accord du patient soit influencé par l'accès, ou non, au téléphone portable dans le service où l'on souhaite l'hospitaliser.

Que penser alors des situations où l'on est amené à hospitaliser sous contrainte un patient, par ce que ce dernier refuse d'être hospitalisé s'il n'a pas la possibilité de garder son portable ?

Nous allons voir, en Psychiatrie en général puis en Pédopsychiatrie en particulier, ce que peut représenter le téléphone portable du patient hospitalisé.

I. Le téléphone portable à l'hôpital :

A. Quelques éléments législatifs

1. L'absence d'une réglementation spécifique

Dans la société « réelle », le droit d'utiliser son téléphone portable n'est limité en rien, et la Loi ne décèle aucun motif généralisable qui justifierait l'interdiction ou la limitation du droit d'utiliser son téléphone portable dans les lieux publics.

La Loi ne définit pas spécifiquement des règles concernant l'utilisation du téléphone portable, qui est un bien privé, dans un espace public tel que l'hôpital.

L'unique texte réglementaire concernant l'usage du portable dans les établissements de soins est la Circulaire DH/EM 1 n° 40 du 9 octobre 1995 « relative aux perturbations électromagnétiques engendrées par les téléphones mobiles cellulaires pour certains dispositifs médicaux ». Elle se contente de signaler aux établissements de santé leur responsabilité en cas d'interférence réciproque entre les dispositifs médicaux et les ondes émises par les téléphones portables, les invitant à informer leur personnel ainsi que les patients et visiteurs, et préconisant une signalisation spécifique avertissant les personnes porteuses de téléphone portable de la nécessité de le mettre et de le maintenir en position « arrêt » afin que celui-ci n'émette ni ne reçoive des signaux, en raison de risques de perturbation.

En 2003, le Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), saisi par la direction de l'AP-HP pour se prononcer sur la place des téléphones portables à l'hôpital au regard

de l'interaction de ceux-ci avec certains dispositifs médicaux, indique dans ses conclusions: «C'est un principe général de précaution qui conduit aujourd'hui à une interdiction théorique d'utilisation de téléphones mobiles dans pratiquement tous les établissements de santé. Compte-tenu que l'utilisation des téléphones mobiles dans les hôpitaux est aujourd'hui extrêmement répandue, y compris auprès des patients les plus à risques de subir les conséquences graves de dysfonctionnements éventuels d'équipements médicaux, on peut s'interroger sur la pertinence de cette interdiction totale qui conduit, au contraire, à ne pas la faire respecter. Les hôpitaux français sont ainsi actuellement dans la situation de ne protéger personne de l'utilisation des téléphones mobiles à la raison de vouloir imposer une interdiction totale sans les moyens de la faire respecter ». En avril 2010, l'AP-HP autorise l'usage du téléphone portable par les patients dans leur chambre, sur les 37 établissements d'Ile de France. Cette décision fait l'objet d'une modification du règlement intérieur de l'hôpital et l'usage du portable reste proscrit dans les salles de soins, ainsi qu'au bloc opératoire.

Aucune nouvelle réglementation n'a été proposée depuis la circulaire de 1995, qui ne semble plus correspondre aux enjeux actuels d'omniprésence du téléphone portable à l'hôpital, tant du côté des personnes soignées que des soignants, laissant ainsi les directeurs d'établissements aménager leur règlement intérieur en fonction des problématiques propres à leur établissement.

Cependant, bien que la législation concernant le téléphone portable à l'hôpital présente des lacunes, la Loi pose un cadre fondamental au sein duquel doivent coexister deux principes : celui du respect de la vie privée d'une part, et celui de la sauvegarde de l'ordre public d'autre part.

2. Atteinte aux libertés individuelles

A l'hôpital, l'utilisation du téléphone portable n'est généralement pas susceptible de troubler l'ordre public, toute restriction est donc une atteinte aux libertés individuelles fondamentales. L'utilisation du téléphone portable pose cependant parfois problème, il s'agit alors de cas particuliers, non généralisables, dans lesquels la Loi ne peut donc statuer sur une règle à adopter.

La limitation de l'utilisation du téléphone portable va s'opposer à différents droits : le droit à la vie privée d'une part, le droit à communiquer librement d'autre part.

La notion de vie privée s'oppose à la vie collective, elle limite le pouvoir politique par la création d'un espace pour l'individu. La protection de la vie privée a été affirmée en 1948 par la Déclaration universelle des droits de l'Homme des Nations unies dans son article 12. Le principe de respect de la vie privée est également exprimé dans l'article 9 du Code civil français (modifié par Loi n°70-643 du 17 juillet 1970 - art. 22 JORF 19 juillet 1970, puis par la Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 1 JORF 30 juillet 1994), proclamant que « Chacun a droit au respect de sa vie privée ».

La Convention européenne des droits de l'homme prévoit quant à elle dans son article 8 le « Droit au respect de la vie privée et familiale : Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention

des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui ». Il nous paraît que le téléphone mobile répond à la notion de « correspondance » citée expressément dans la loi.

Toute borne mise à la liberté individuelle du patient doit être « adaptée, nécessaire et proportionnée à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis » selon l'article L3211-3 du Code de la santé publique (modifié par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 1), comme c'est par exemple le cas pour la contention physique en Psychiatrie.

Rappelons également que selon l'article 13 de la Convention Internationale Relative aux Droits de l'Enfant, ce dernier a droit à la liberté d'expression, comprenant « la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontière, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant ». Il nous semble que cette liberté d'expression peut par exemple s'exercer par le biais de l'utilisation du téléphone portable et aux pratiques numériques qu'il permet. L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet de restrictions que si elles sont « nécessaires au respect du droit ou de la réputation d'autrui, ou à la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publique ».

A l'hôpital, la limitation de l'utilisation du téléphone portable doit donc être « nécessaire, adaptée et proportionnée », et va être assimilée à une prescription médicale. Cette restriction des libertés individuelles du patient doit être prévue et actée par un protocole ou un règlement intérieur, définissant un ensemble de principes s'appliquant dans un secteur donné.

B. Du règlement intérieur au cadre thérapeutique

Le domaine scolaire représente un autre exemple d'établissement disposant d'un règlement intérieur. Celui-ci définit un ensemble des règles de vie, et fixe les droits et les devoirs de chaque membre de la communauté. Pour ce qui concerne le téléphone portable, il faut distinguer le lycée du collège et des écoles maternelles et primaires. Dans les écoles maternelles, les écoles élémentaires et les collèges, l'utilisation d'un téléphone mobile par un élève est interdite durant toute activité d'enseignement et dans les lieux prévus par le règlement intérieur (Article L511-5 du code de l'éducation, LOI n° 2010-788 du 12 juillet 2010 - art. 183 (V)). Au lycée, les conditions d'utilisation ne sont pas unanimes, entre discrétion et interdiction. Les règles concernant son utilisation dans l'enceinte du lycée sont donc spécifiées dans le règlement intérieur propre à chaque établissement.

A l'hôpital, c'est au pouvoir de police administrative du Directeur d'établissement hospitalier qu'incombe la décision de restreindre l'utilisation du portable chez les patients hospitalisés.

Dans les services, la question de l'utilisation du téléphone portable est généralement abordée par le règlement intérieur, à côté des horaires des visites, des repas, de l'accès à une télévision... Le règlement intérieur doit favoriser une organisation permettant le « vivre-ensemble » au sein du service, en établissant des règles communes, et en rappelant les droits et les devoirs de chacun. Ce règlement intérieur peut être commun à tout l'établissement, ou varier selon les services.

D'un établissement de psychiatrie à l'autre, les règlements intérieurs diffèrent, allant d'une interdiction totale à une utilisation libre.

Dans les différents rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, autorité administrative indépendante instituée par le législateur français, par la loi n°2007- 1545 du 30 octobre 2007, on constate la variété des pratiques dans les différents établissements et services de Psychiatrie. La plupart de ces rapports rappelle que les personnes hospitalisées devraient pouvoir utiliser leur téléphone portable en fonction de leur état clinique, et qu'il est nécessaire de garantir confidentialité et discrétion aux patients lors de leurs communications téléphoniques (notamment lorsqu'elles se font sur le téléphone fixe du service). Un des problèmes souvent évoqué par les services de soins est la question des photos prises avec un portable, ce qui peut constituer une entorse grave à la confidentialité et à l'intimité des autres patients. Rappelons cependant qu'un patient prenant en photo/vidéo un soignant entraverait le droit à l'image de ce dernier, et verrait sa responsabilité civile engagée s'il prenait en photo/vidéo un autre patient sans son consentement. Ce serait donc au patient de répondre des dommages qu'il aurait causé (article 1382 du Code Civil) et non au service hospitalier.

Les disparités constatées peuvent s'expliquer par la culture hospitalière spécifique à chaque établissement, mais aussi par le cadre thérapeutique mis en place dans le service.

En effet, en Psychiatrie, au-delà des questions d'organisation de service, le règlement intérieur dessine les contours du cadre et du contrat de soins au sein duquel l'hospitalisation va se dérouler. Le cadre doit donc avoir un effet thérapeutique, allant dans le sens des objectifs de l'hospitalisation en plus d'être le garant des valeurs de l'institution dans laquelle il s'applique.

Ce cadre thérapeutique est lié à de multiples facteurs : durée d'hospitalisation, type de pathologie accueillie, mode de soins (libre ou sous contrainte), projet thérapeutique, orientation théorique du service, hypothèses psychopathologiques, thérapie utilisée etc...

Comment s'articulent la place accordée au téléphone portable dans un service de Psychiatrie et ces différents facteurs ?

Sur quels principes justifions-nous l'interdiction ou la restriction de l'utilisation du téléphone portable dans les services de Psychiatrie ?

C. Restrictions de l'utilisation du téléphone portable : motifs invoqués et spécificités propres à la Psychiatrie

Trois types de raisons sont invoquées au sein des services :

– *Le téléphone portable, pourvoyeur de conflits entre patients et/ou soignants ?*

Vols, rivalité, prise de photos et de vidéos d'autres patients ou de soignants postés sur internet... Ces conflits possibles ne sont pas spécifiques aux services de soins, mais peuvent être renforcés par un espace confiné. Cela peut poser problème lorsque le règlement intérieur ne suffit plus à contenir le groupe et qu'une dynamique délétère s'installe, attaquant alors l'institution et le cadre de soins.

Par ailleurs, lors d'hospitalisations prolongées, le service devient un véritable lieu de vie. Une confusion peut alors s'opérer entre l'hôpital et d'autres espaces familiers du patient, comme par exemple le collège ou le lycée pour l'adolescent, lieux dans lesquels l'attention portée à la confidentialité n'est pas la même.

- *Une nécessité médicale de protéger un patient vulnérable ?*

Lorsque le patient hospitalisé en psychiatrie est considéré vulnérable, l'institution doit le cas échéant le protéger, parfois de lui-même.

C'est le cas par exemple des patients hospitalisés sous contrainte, dont l'état mental nécessite des soins et pour lesquels leur jugement est affecté, les rendant incapables de consentir à leur prise en charge. De telles personnes traversent une période de vulnérabilité, durant laquelle il peut être nécessaire de limiter leur accès au téléphone portable. On peut par exemple imaginer un patient délirant, appelant son persécuteur désigné à toute heure pour le menacer, ou bien un patient maniaque réaliser des achats inconsidérés grâce à son smartphone. Le câble du chargeur de téléphone pourrait également mettre en danger un patient gravement suicidaire.

Pour un patient en soins libres, cela paraît bien moins évident de déterminer à quel moment il est vulnérable et a besoin d'être protégé par l'institution. Dans quels cas la restriction de l'utilisation du téléphone portable sera « adaptée, nécessaire et proportionnée », selon le cadre volontairement flou, défini par le législateur ?

- *Un objet entravant le processus thérapeutique ?*

Parmi les soignants, on retrouve souvent l'idée que le téléphone portable perturberait l'investissement dans les activités thérapeutiques, faisant interférence avec les soins proposés. Le téléphone portable est perçu comme un objet susceptible de parasiter les interactions entre le patient et les soignants, et de le distraire, l'empêchant de se mettre au travail psychiquement.

Vecteur d'une image sociale que l'on renvoie à l'autre, le portable pourrait entraver les soins d'un patient ambivalent ou dans un « faux-self », en

l'encourageant à répondre aux exigences supposées de son entourage (les rassurer, paraître « fort ») et en l'empêchant de lâcher prise.

Vignette clinique

Nous rencontrons Lucie, âgée de 15 ans, alors qu'elle est hospitalisée en neurochirurgie pour un polytraumatisme, suite à une tentative de suicide par précipitation d'un lieu élevé.

Chez cette jeune fille discrète et sans antécédent, il semble que rien ne pouvait laisser présager d'un passage à l'acte aussi massif et déterminé, préparé minutieusement depuis plusieurs jours. D'après ses parents, Lucie est une adolescente sociable et joyeuse, et rien n'aurait pu les alerter dans son comportement les jours précédant sa tentative de suicide.

Lors du premier entretien, Lucie évoque un mal être ancien lié aux interactions avec ses pairs. Elle nous confie son impression d'extrême solitude, expliquant que ses relations aux autres ont toujours été synonyme de déception voire de trahison, et qu'elle a de ce fait choisi de ne faire confiance à personne. Pour autant, Lucie n'est pas isolée, mais les relations qu'elle entretient semblent exclusivement superficielles ; elle nous dit n'avoir aucun ami et ne jamais vraiment se confier, même à ses parents.

Le passage à l'acte de Lucie a été largement médiatisé, et ses camarades de lycée, ayant appris la nouvelle, lui envoient régulièrement des SMS et des messages via les réseaux sociaux. Certaines connaissances viennent d'ailleurs lui rendre visite dans le service.

Très vite, Lucie nous dit se sentir beaucoup mieux, son discours paraît moins authentique et se veut rassurant. Elle souhaite tourner la page et ne plus évoquer cet

épisode, ni avec ses parents ni avec les soignants. Malgré son sourire de façade, et l'assurance que « tout est rentré dans l'ordre », Lucie continue de nous inquiéter.

Analyse

Lucie présente une personnalité aménagée en faux self, qui semble s'être fissuré pendant quelques jours autour de sa tentative de suicide. Rapidement, ses mécanismes de défense habituels ont repris le dessus, fermant l'accès au travail psychique et empêchant toute élaboration. Le téléphone portable, support d'une communication inauthentique entretenue avec ses pairs, paraît avoir précipité ce « verrouillage », opérant un retour vers des modalités relationnelles superficielles.

Confronté à une popularité soudaine liée à l'inquiétude de ses camarades, Lucie ne peut que les rassurer, revêtant à nouveau le masque d'une sociabilité de façade constitué au fil des années. Le téléphone portable-a-t-il écourté ce moment temporaire de déséquilibre associé à la crise, empêchant qu'elle soit synonyme de changement ?

Ces motifs médicaux et thérapeutiques évoqués sont liés à certaines spécificités de la Psychiatrie, qu'il convient de dégager pour comprendre pourquoi la question du téléphone portable est si sensible dans nos services.

De par la nature des pathologies psychiatriques, nos patients peuvent traverser des moments de vulnérabilité psychiques au cours desquels ils ont besoin d'être protégés. Par ailleurs, ils peuvent dans certains cas être incapables de donner leur consentement à des soins que nous pouvons juger nécessaires, nous amenant alors à mettre en place des soins « contraints ». La Psychiatrie est donc par essence une

spécialité traversée par la question de la liberté, du consentement, mais aussi de la violence inhérente à la contrainte.

A côté des traitements médicamenteux éventuellement mis en place, de nombreux traitements proposés en Psychiatrie reposent sur la mobilisation psychique du patient. On retrouve parfois l'idée que le téléphone va perturber ce travail, empêchant le patient de se concentrer sur les outils thérapeutiques qui lui sont proposés. Pour S. Tisseron, le téléphone portable aurait en effet un impact sur notre capacité d'attention : « Notre attention est accaparée par la conversation et l'image que nous tentons de nous faire de notre correspondant, nous rendant très vite aveugles et sourds aux sollicitations extérieures » (50).

Selon les principes de thérapie institutionnelle, un des buts de l'hospitalisation est de proposer au patient une expérience qui leur permette d'intégrer un autre type de fonctionnement psychique que celui dans la répétition duquel il est bloqué, les mouvements transférentiels sur l'institution en étant le vecteur.

Le téléphone, si l'on considère qu'il peut parfois être utilisé non pas comme un outil de communication mais comme un moyen de faire valoir son désir d'être seul lorsque l'on est au sein d'un groupe, peut venir faire obstacle à ces principes thérapeutiques en permettant au patient de se mettre à l'écart. « Celui qui s'écarte du groupe n'est pas suspecté de mépriser sa société, quand tout le monde comprend qu'il se consacre à des relations lointaines et certainement très importantes pour lui. Le téléphone portable modifie donc la représentation de l'existence de chacun dans un groupe, en lui permettant d'affirmer son droit à être physiquement présent et psychiquement absent. » (50).

Nous l'avons vu, le téléphone portable modifie la façon d'être ensemble, avec l'autre, mais aussi à soi-même. La multitude des possibilités qu'il nous offre rend

parfois distractible et permet aussi d' « être ailleurs ». Le téléphone portable court-circuiterait-il les capacités d'élaboration, et empêcherait-il le patient de se saisir des outils thérapeutiques qu'on lui propose ?

Enfin, on remarque qu'il peut exister d'une part une intrication entre les problématiques des patients accueillis en Psychiatrie et leur environnement, et d'autre part une perturbation éventuelle de leurs échanges avec l'extérieur du fait de leur pathologie. Les pathologies addictives questionnent particulièrement le lien et la dépendance à l'environnement. Certains contextes peuvent donc nous amener à conduire des temps de séparation entre le patient et son environnement extérieur notamment familial.

Dans certains cadres thérapeutiques, on considère que la restriction de la liberté de communiquer est une mesure bénéfique. Les restrictions de l'utilisation du portable peuvent être perçues comme une modalité contemporaine de l'isolement, en cohérence avec, par exemple, la réglementation des visites ou du droit de sortie (11).

La question du téléphone portable en Psychiatrie est donc un sujet « sensible » pour différentes raisons. Le téléphone portable et sa régulation paraissent être de bons indicateurs de la façon dont libertés individuelles et soins psychiatriques s'articulent dans un service, mais aussi révélateurs d'une tension constante entre ce qui relève de la vie privée du patient et ce qui est du ressort du domaine public et institutionnel (11).

D. Une déconnexion nécessaire ?

Le téléphone portable, et les innovations technologiques qu'il représente, suscitent des craintes quant aux conséquences potentiellement néfastes de leur utilisation. En Psychiatrie, pour des soignants amenés à protéger des patients considérés comme vulnérables, le téléphone portable est parfois considéré comme un objet dangereux.

En effet, on ne connaît pas encore bien les conséquences psychiques, relationnelles et objectales de l'utilisation, massive pour certains, des objets connectés.

L'idée selon laquelle nous pourrions être devenus « accros » à notre téléphone portable est communément répandue dans l'opinion publique, et les articles sur la supposée « dépendance » des adolescents au téléphone portable sont nombreux.

La dernière mode serait de s'offrir un séjour de « digital-detox », sans portable, wifi ni écrans. « Quelques jours sans portable ne peut pas faire de mal » pensent parfois les soignants, alors que certains d'entre eux gardent leur téléphone dans la poche de blouse, pour le consulter entre deux soins (51). Si l'on envisage facilement les effets positifs supposés d'une restriction à l'utilisation du téléphone portable, on pense rarement à la possibilité que cela puisse avoir des effets néfastes. Les deux cas devraient être envisagés avant de décider si un patient doit, ou non, conserver son téléphone.

En psychiatrie, le terme « addiction » et « dépendance » répondent à des définitions bien précises, et si l'existence de telles pathologies liées aux TIC sont l'objet d'études, elles ne concernent certainement pas l'ensemble des patients que nous accueillons dans nos services. S'agit réellement d'une addiction, ou d'un

mouvement sociétal plus global modifiant notre rapport au temps, à l'espace, à l'autre ?

Nous sommes confrontés à ces questions lorsque nous réfléchissons à la place à accorder au téléphone portable dans un service de Psychiatrie, nous amenant à nous interroger sur l'actualité des principes thérapeutiques sur lesquels nous nous appuyons.

Nous l'avons vu, le téléphone portable paraît interroger la question du lien à l'autre et de la séparation, nous allons donc explorer cet aspect et ses implications en Psychiatrie.

II. La séparation en question : de la psychiatrie en général à la pédopsychiatrie en particulier

A. Eclairage historique : de l'isolement à la séparation dans les services de Psychiatrie.

Très souvent, on retrouve l'idée que le téléphone portable va s'opposer au travail des liens par le biais d'un temps de séparation, et empêcher le patient de prendre du recul par rapport à ses problématiques. Dans certains cas, l'interdiction du téléphone peut être perçue comme une variante contemporaine de l'isolement pratiqué par Pinel et Esquirol (49). Pour les psychiatres du 19^{ème} siècle, il s'agissait de couper l'aliéné de toute relation avec ses proches, Pinel affirmant par exemple

que « les aliénés ne peuvent presque jamais être guéris au sein de leur famille. » (52).

Michel Foucault, dans « Le pouvoir psychiatrique », explique que le principe fondamental de l'utilisation de l'asile psychiatrique du 19^{ème} siècle est que la guérison du malade mental doit nécessairement se faire en dehors de la cellule familiale. Cet éloignement de la cellule familiale se justifie selon différents principes : la famille est suspectée comme étant la cause ou au moins le déclencheur de la maladie ; le malade peut d'ailleurs attribuer, faussement pour Esquirol, sa maladie à l'environnement familial ; et enfin substituer le pouvoir du psychiatre au pouvoir du père ou du mari (53).

L'exemple des troubles du comportement alimentaire permet bien d'illustrer l'évolution de ces principes thérapeutiques, de l'isolement complet à la séparation thérapeutique.

Le traitement des jeunes patients anorexiques sous forme d'hospitalisation avec séparation de leur milieu apparaît à la fin du 19^e siècle. A l'époque, J.-M. Charcot développe un traitement de l'hystérie qui consiste en un isolement total des patients, et décrit l'anorexie mentale comme « une anorexie hystérique », méritant selon lui un traitement proche de l'hystérie (54). Pour Charcot, l'isolement a une influence curative sur cette pathologie et fait partie de son traitement moral et physique. Il partage par ailleurs les idées de L. V. Marcé, en imposant la rupture du milieu où la maladie s'est développée, étant persuadé que la présence des parents peut entraver le traitement.

Longtemps, l'isolement thérapeutique a constitué le dénominateur commun du traitement de l'anorexie (55) et généralement aussi le premier temps du traitement. Initialement, cet isolement était conçu sous une forme presque carcérale : il

s'agissait d'un retranchement total en chambre et d'une exclusion de tout contact, proche d'un isolement sensoriel se levant en fonction du gain pondéral. Secondairement, dans une perspective de traitement institutionnel, cet isolement s'est traduit différemment, allant de l'interdiction à la simple limitation des visites de l'environnement familial et social habituel, mais favorisant les échanges relationnels dans le service accueillant le patient. Progressivement, le terme isolement a été abandonné au profit de la notion de séparation, aujourd'hui associé à des soins institutionnels et au contrat thérapeutique. L'accent est mis sur la prise en charge parentale et familiale, les parents devenant « partenaires » dans les soins du patient.

Actuellement, la conception de l'anorexie mentale et de sa prise en charge a beaucoup évolué. La séparation ne constitue plus le premier temps du traitement (55), mais l'hospitalisation avec séparation reste encore pratiquée dans de nombreux services, bien que l'approche thérapeutique varie, d'une équipe à l'autre (56).

Ainsi, la pratique de la séparation semble s'être modifiée au grès de l'évolution des conceptions sur l'origine et le traitement des maladies mentales.

L'hospitalisation en Psychiatrie utilisée comme un temps de séparation avec l'extérieur ne se retrouve pas que dans les troubles du comportement alimentaire. Ce principe thérapeutique peut parfois être appliqué dans des contextes de « crise », suicidaire ou non, avec l'idée d'aider le patient à prendre de la distance avec ses problématiques, mais aussi chez l'adolescent pour soutenir une autonomisation difficile.

Avant d'aborder les indications d'hospitalisation de séparation à l'adolescence, nous allons voir, du bébé à l'adolescent, quelques enjeux impliqués autour de la séparation chez l'enfant.

B. Du bébé à l'adolescent : enjeux autour de la séparation

1. Effets de la séparation chez le nouveau-né et le jeune enfant

Par le passé, l'hospitalisation des enfants s'organisait exclusivement autour des prérogatives de santé physique, les préoccupations autour du bien-être de l'enfant semblant moins importantes que les soins médicaux. L'enfant hospitalisé était brutalement séparé de son milieu familial, passait des journées entières sans visites, privé de toute activité : il s'agissait avant tout d'assurer les soins d'hygiène et infirmiers, ainsi que les besoins physiologiques.

Dans les années 50, des travaux dénoncent les effets délétères potentiels de la vie en institution (hôpitaux, institutions, orphelinat) à la fois sur l'équilibre affectif des enfants mais aussi sur l'évolution de leur maladie. On commence à accorder de l'attention aux signes de souffrance manifestés par ces enfants, séparés de façon plus ou moins longue de leurs parents, notamment en milieu hospitalier.

La séparation de la mère et du bébé fait l'objet de nombreux travaux ; R.A. Spitz et J. Bowlby sont les grands pionniers de recherches concernant les conséquences physiques et psychiques des séparations précoces de la mère et du bébé.

R.A. Spitz décrit ce qu'il nomme la dépression anaclitique, en cas de séparation prolongée, qu'il observe chez des enfants en situation de carence affective du fait de leur placement en orphelinat. Les réactions de l'enfant se déclinent en trois temps : phase de pleurs, d'accrochage à l'observateur ; phase de gémissement avec stagnation psychomotrice et perte de poids ; phase de retrait avec refus du contact, retard du développement et sensibilité accrue aux maladies.

Cette évolution correspond à la dépression anaclitique, tableau réversible si la mère est restituée à l'enfant avant une période critique. Spitz décrit une forme aggravée de ce tableau qu'il nomme « hospitalisme », dans un contexte institutionnel d'éloignement maternel, et avec un retentissement physique et psychique majeur.

Aujourd'hui, les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie sont vigilantes à la prévention de ces troubles graves, particulièrement pour ce qui concerne les hospitalisations prolongées de bébés fragiles (57).

J. Bowlby décrit de son côté décrit la séparation d'avec la figure d'attachement, souvent la mère, comme une expérience possiblement traumatisante pour l'enfant, avec une réaction évoluant en trois phases pour des enfants de six mois à trois ans : la phase de détresse, la phase de désespoir puis la phase de détachement. Au retour de la mère, différents comportements peuvent être observés en fonction de la durée de séparation (joie, anxiété, agressivité, désintérêt), ces manifestations étant habituellement réversibles lorsque l'enfant retrouve sa mère ou un substitut adéquat. De ses travaux, J. Bowlby décrit différents modèles d'attachement (insécure, sécure, ambivalent, ou confus-désorganisé) (58), posant la question du lien entre l'angoisse de séparation dite développementale et l'angoisse de séparation dite pathologique (59).

2. Angoisse de séparation

S. Freud va être le premier à conceptualiser les enjeux de la séparation chez l'enfant, en s'appuyant sur des observations d'enfants et notamment de son petit-fils Ernst au cours du célèbre « jeu de la bobine ». Dans un premier temps, il expliquera l'angoisse comme résultant du refoulement de la libido lorsqu'elle ne trouve pas

l'objet de sa satisfaction, comme une expression de l'accroissement de la tension par la non-satisfaction du besoin de l'enfant séparé de sa mère. Secondairement, S. Freud décrira l'angoisse comme un signe d'alarme poussant l'enfant à utiliser divers mécanismes de défense pour lutter contre ce qu'il pressent comme un danger (60).

Pour M. Klein, l'enfant va vivre, dès la naissance, différentes situations de séparation, mais c'est le sevrage qui va constituer le prototype de toutes les pertes ultérieures. Du fait de sa dépendance absolue à sa mère, l'enfant va vivre la séparation d'avec celle-ci comme une menace pour la satisfaction de ses besoins, mais aussi comme une perte de la première ligne de défense contre la destruction interne. Chaque séparation va provoquer soit des angoisses d'anéantissement et d'annihilation, soit des angoisses paranoïdes, soit des angoisses dépressives avec la peur de détruire le bon objet interne. La séparation est ainsi liée à un dilemme : supporter la haine pour l'objet tout en lui conservant son amour pour le faire revenir (61).

L'angoisse de séparation est un processus développemental normal et attendu chez l'enfant le plus souvent entre six et vingt-quatre mois, qui présente une réaction de détresse lorsqu'il est séparé de la présence physique de sa figure d'attachement.

Il existe aussi des formes pathologiques d'angoisse de séparation, dans lequel l'enfant et ses parents peuvent être impliqués au travers d'une relation de dépendance hostile, caractérisée par un intense besoin de se maintenir ensemble dans une étroite proximité physique. Dans un contexte de séparation, à l'occasion par exemple d'une hospitalisation, des angoisses de séparation peuvent apparaître ou se réactiver chez l'enfant et/ou chez ses parents. Seule une évaluation psychopathologique fine permet alors de distinguer une angoisse de séparation

réactionnelle et développementale d'une angoisse de séparation envahissante et pathologique (57).

3. Adolescence et séparation

A l'adolescence, la question de la séparation est considérée comme un processus psychique incontournable et structurant. P. Blos reprend le concept de M. Mahler, considérant l'adolescence comme un second processus de séparation-individuation (62), relance obligée de la différenciation psychique mise à mal par les bouleversements pubertaires (63).

Pour pouvoir se séparer de ses parents un adolescent doit avoir des assises narcissiques suffisamment solides et la certitude de la constance de ses objets internes. P. Jeammet décrit comment l'adolescence se situe à la conjonction de deux lignes de développement : « celle de l'intériorisation, qui se nourrit de l'interaction avec l'entourage et notamment les parents, qui conduit à la constitution des objets internes et du monde fantasmatique, et celle de la différenciation et de la subjectivation c'est-à-dire l'axe de l'autonomie et du narcissisme » (64).

Le travail interne de la séparation à l'adolescence, enjeu crucial et véritable réaménagement psychique, nécessite plusieurs deuils : deuil de l'enfance et de ses privilèges, deuil de l'image idéalisée des parents et de leur immortalité, et renoncement à l'image d'un enfant asexué inscrit dans le narcissisme de ses parents (65).

Ainsi, si la séparation chez le bébé est délétère et redoutée, ce n'est pas toujours le cas chez l'enfant plus grand et chez l'adolescent ou la séparation, temporaire, peut au contraire être apaisante voire constituer un véritable outil thérapeutique (57).

C. Cadre thérapeutique et indications de séparation à l'adolescence

A l'adolescence, certains contextes psychopathologiques particuliers peuvent parfois conduire à proposer une hospitalisation avec séparation du milieu familial. Pour certains, les indications sont nombreuses : situations de crise ou de tensions familiales extrêmes, relations familiales pathologiques (fusionnelles, maltraitantes), pathologies du champ des addictions telles que l'anorexie mentale, mais aussi phobie scolaire, conversion somatique durable... Ces situations ont en commun un symptôme ou un comportement qui va poser le problème d'un besoin vital de préserver la dépendance, afin de sauvegarder l'équilibre familial. Le « compromis symptomatique » va avoir deux fonctions : « exprimer le conflit, celui de l'impossible séparation, et en protéger des effets fantasmatiques en assurant une proximité physique ». Dans ces situations complexes, il n'est pas rare que les prises en charge ambulatoires soient insuffisantes, du fait d'une demande de soin souvent ambiguë, et d'une problématique relationnelle au premier plan (65).

La notion de séparation thérapeutique n'implique pas uniquement de sous-entendre l'existence d'un milieu familial pathogène ou de bénéfiques secondaires justifiant la pérennisation d'un comportement, mais une valeur thérapeutique inhérente à la mesure de séparation elle-même, dans des situations où la conduite ou le comportement du patient vient mettre à l'écart le travail normal de séparation individuation de l'adolescence et figer l'évolution psychique (65).

Il peut alors être nécessaire de proposer un temps d'hospitalisation, qui va constituer une expérience de vie à distance du milieu habituel. La séparation est ainsi recherchée et permet de mettre en place un cadre thérapeutique qui va

restaurer des fonctions de contenance et de pare-excitation, dans un contexte de vie serein et apaisé. Ce temps va jouer un rôle de tiers, de médiation, et constituer un espace d'élaboration et de symbolisation. L'hospitalisation va offrir un lieu d'individuation où le patient va découvrir et développer son espace psychique personnel et où peut s'opérer un travail d'ajustement relationnel (66), (67).

Le cadre va pouvoir être aussi attaqué, créant un espace de conflit sur lequel l'agressivité va pouvoir se déplacer. Il s'agira d'aider le patient à vivre des conflits structurants, ces attaques faisant l'objet d'une « mise en sens », d'une mise en mots, c'est-à-dire d'élaboration psychique (66).

La séparation lors d'une hospitalisation peut ainsi donner la possibilité d'une ouverture et non d'un enfermement, permettant de relancer le jeu psychique. Il s'agit d'introduire une discontinuité réelle comme étayage concret du processus de séparation individuation (55). Cette expérience vécue du côté du patient et du côté de sa famille va permettre à chacun de vérifier qu'une séparation est possible, contredisant les fantasmes que l'un ou l'autre pourrait ne pas le supporter et parfois même y survivre (66). Généralement, des entretiens familiaux sont organisés parallèlement à ces temps de séparation, qui doivent pouvoir être aménagés en cas de désorganisation psychique ou d'effondrement des défenses du patient.

La réussite de cette séparation thérapeutique va en partie être liée au travail de préparation en amont de l'hospitalisation, et à l'élaboration du cadre thérapeutique en accord avec l'adolescent et sa famille. Dans les situations où l'adolescent refuse l'hospitalisation, ou que celle-ci doit s'organiser en urgence, on peut se demander quels effets peut avoir cette séparation thérapeutique.

Outre la fonction de séparation du milieu familial, l'hospitalisation va assurer une fonction contenante de l'angoisse, de l'agressivité, et permettre à l'adolescent de renouer des liens et des investissements avec ses pairs (65).

Au cours de ce temps de séparation, le téléphone portable est généralement interdit, ou du moins son utilisation est restreinte, puisqu'il est souvent perçu comme un obstacle à la mise en place de la séparation thérapeutique, voire comme un objet de dépendance.

Comme évoqué précédemment, le téléphone portable occupe une place particulière auprès de l'adolescent, qui au-delà de sa fonction de communication l'utilise comme un objet de socialisation et de construction identitaire. N'est-il pas alors paradoxal d'interdire à un adolescent d'avoir son téléphone portable alors que l'on cherche à soutenir son autonomisation et favoriser son investissement du lien aux pairs ?

Il semble que les principes thérapeutiques autour du travail de la séparation amènent différentes questions au regard des mutations du sujet contemporain, en particulier l'adolescent, évoquées dans notre première partie : se sépare-t-on de la même façon aujourd'hui qu'il y a vingt ans ? L'illusion d'une connexion virtuelle permanente, entretenue par les TIC et notamment le téléphone portable, renégocie-t-elle les termes du processus de séparation-individuation de l'adolescent ?

Ainsi, les indications d'une hospitalisation de séparation ont-elles changé ?

La question du téléphone portable dans nos services, interrogeant les problématiques de lien d'une façon inédite, nous invite à repenser certains principes thérapeutiques parallèlement aux évolutions sociétales et culturelles.

Nous allons voir, en pratique, comment se pose la question de la place du téléphone portable dans les services de Pédopsychiatrie.

III. Le téléphone portable dans les services accueillant des adolescents en Pédopsychiatrie : quelles pratiques ?

Nous venons de voir que lorsque l'hospitalisation va de pair avec un temps de séparation, le téléphone portable est généralement un objet indésirable, mis de côté. Pourtant, l'ambiguïté de cet objet nous amène à prendre une position paradoxale, en tentant de soutenir un processus de séparation-individuation défaillant tout en privant l'adolescent de l'objet privilégié de ses pratiques identitaires et sociales.

En dehors de ces indications spécifiques de séparation thérapeutique, comment les services de Pédopsychiatrie pensent-ils la place du téléphone portable et des objets connectés ? Comment cela se passe-t-il en pratique dans des services accueillant des adolescents avec des pathologies diverses ?

Nous avons choisi d'étayer notre réflexion sur des échanges avec cinq pédopsychiatres travaillant dans des services hospitaliers accueillant des adolescents dans la région Nord Pas de Calais.

Les différents pédopsychiatres avec lesquels nous avons échangé ont manifesté un intérêt marqué pour la question de la place du téléphone portable auprès des adolescents hospitalisés dans leur service. Sous la forme d'entretiens

semi structurés, nous avons évoqué avec eux la façon dont l'utilisation du téléphone portable et les objets connectés est régulée dans leur service, ainsi que les différentes problématiques soulevées. Nous avons échangé de façon plus générale sur les liens entre les adolescents et les TIC, et la place accordée à ces questions dans leurs suivis.

A. Une grande variété des règlements...

Lors de ces entretiens, on retrouve une grande diversité dans les règlements intérieurs. Dans le service n°1, le téléphone portable est strictement interdit (hormis éventuellement lors les visites, lors desquelles les SMS peuvent être consultés) alors que dans le service n°3, son utilisation n'est pas limitée. Dans le service n°2, le cadre a évolué suite à des tensions engendrées par le portable, passant d'une utilisation quelques heures par jour à une interdiction totale, associée cependant à un accès à Internet par le biais d'un groupe d'accompagnement à l'utilisation des médias. Cette évolution du cadre a été décidée avec les adolescents, lors de réunions soignant-soigné.

On retrouve presque systématiquement l'idée que le cadre est susceptible d'être adapté au patient de façon exceptionnelle, si la situation le nécessite.

Par ailleurs, il semble que l'âge des adolescents accueillis joue dans la régulation du téléphone portable. C'est dans le service accueillant les patients les plus âgés que l'accès au téléphone est le moins restreint, et dans le service où les patients sont les plus jeunes que son utilisation est la plus limitée.

Il semble que chez les patients les plus jeunes (préadolescents ?), se séparer du téléphone portable est parfois plus difficile pour les parents que pour l'adolescent

lui-même. Chez les patients déjà entré dans un processus adolescent, pour lesquels l'idée de se séparer du téléphone est beaucoup plus difficile, le téléphone portable entre en résonance avec leurs problématiques et favorise une impulsivité déjà présente.

Ces constats nous amènent à nous interroger sur un lien entre le cheminement vers une autonomie et l'attachement au téléphone portable. Il semblerait que plus la place accordée aux pairs est importante, plus l'adolescent tient à avoir son téléphone avec lui.

Au cours de ces échanges, on ne retrouve pas de consensus partagé par ces différentes équipes, et le cadre choisi, satisfaisant ou non, questionne directement les paradigmes de prise en charge.

Lorsque l'on interroge pourquoi l'utilisation du téléphone est régulée d'une façon ou d'une autre, différentes notions sont abordées.

B. ...répondant à des problématiques diverses

La temporalité dans laquelle l'adolescent est accueilli semble un facteur important à prendre en compte. En aigu, lors d'hospitalisations potentiellement courtes, on retrouve souvent l'idée de faire une coupure avec l'environnement pour aider le jeune à prendre de la distance. Au contraire, sur des hospitalisations plus longues en « post-aigu », on retrouve la volonté de travailler avec l'adolescent et son « réseau ».

La question de l'adhésion aux soins paraît également jouer, avec l'idée qu'il est plus facile de faire accepter à l'adolescent de laisser son téléphone portable si l'hospitalisation a été programmée, et que la démarche thérapeutique de séparation

lui a été expliquée. Le problème se poserait donc plus pour des hospitalisations décidées en urgence.

Vignette clinique

Nous rencontrons Ethan aux urgences, accompagné par ses parents. Cet adolescent de 15 ans et demi a été hospitalisé quelques semaines auparavant dans un service de Psychiatrie Adulte, suite à un geste suicidaire massif.

Ethan est régulièrement hospitalisé pour des soins chirurgicaux lourds, au décours d'un accident de la voie publique quelques mois avant que nous le rencontrions. Il est déscolarisé depuis son accident, et a par ailleurs pris plus de 20kg.

Ethan explique qu'il a de nouveau fait une tentative de suicide grave, qu'il ne critique pas. Il nous dit se sentir très agressif depuis l'accident, et s'être isolé de tous, notamment de ses pairs. Il se sent incompris, à la fois par ses amis et par ses parents, et qu'il n'arrive à discuter qu'avec d'autres jeunes partageant des problématiques « similaires » aux siennes, rencontrés sur Facebook. Plus que des problématiques similaires, ces jeunes rassemblés en groupes semblent en fait partager des symptômes (scarifications, troubles du comportement alimentaire, idées suicidaires).

Ethan nous confie son mal être lié à sa prise de poids, et nous confie : « je crois que j'ai envie de devenir ana », comme si s'agissait d'un style de vie qu'il souhaitait adopter, pouvant le rapprocher d'une communauté.

Ses parents, très inquiets, ne reconnaissent plus leur fils depuis l'accident. Ils lui avaient offert un scooter, gage d'autonomie réclamé par Ethan depuis longtemps.

L'accident a eu lieu alors qu'il se rendait à une fête avec son meilleur ami. Ils évoquent l'influence négative des réseaux sociaux, et ont d'ailleurs interdit à Ethan d'aller sur Facebook avec l'ordinateur familial. Ce dernier y a cependant accès grâce à son smartphone.

Devant cette situation inquiétante nous décidons d'hospitaliser Ethan, bien que ce dernier s'y oppose. Nous lui proposons d'être accueilli dans un service pour enfants et adolescents, Ethan refusant catégoriquement de retourner dans le service précédent, son hospitalisation parmi des patients psychiatriques adultes lui ayant laissé un souvenir quasi traumatique.

A l'arrivée dans le service, lorsqu'il apprend qu'il ne pourra pas garder son téléphone portable avec lui, Ethan refuse de rester, allant jusqu'à s'agiter. Malgré ses réticences initiales, il préférera retourner dans le service de psychiatrie adulte où le téléphone portable était autorisé.

Analyse

Alors que grâce à ce scooter, Ethan découvrait une liberté nouvelle et la possibilité de se déplacer sans ses parents, son accident semble l'avoir brutalement interrompu dans une autonomisation débutante. Le téléphone portable peut symboliser ici le peu d'autonomie qu'il lui reste, lui permettant d'échanger avec ses pairs en dehors du regard parental.

La déscolarisation, les blessures physiques et psychiques ainsi que les modifications corporelles subies l'ont éloigné de ses amis et paraissent avoir perturbé sa structuration identitaire. Ethan se cherche une nouvelle communauté d'appartenance sur les réseaux sociaux, dans des groupes où l'on s'identifie par son symptôme ou sa pathologie. Son téléphone portable favorise ce lien avec d'autres jeunes partageant sa souffrance, seuls aptes à le comprendre selon lui. Avec les

SMS et les réseaux sociaux, son téléphone lui permet de communiquer avec ses pairs en mettant à distance un corps changeant et embarrassant.

De par sa problématique et sa mauvaise expérience en Psychiatrie adulte, Ethan aurait certainement bénéficié d'une hospitalisation dans un service accueillant des adolescents de son âge. Malheureusement, l'interdiction du téléphone portable dans ce service sera vécue comme insupportable pour cet adolescent fragilisé. Dans cette situation urgente, l'hospitalisation n'a pas pu être travaillée, et l'idée d'une coupure avec l'environnement est d'autant plus difficile à accepter pour Ethan.

On peut cependant se questionner sur la façon dont l'hospitalisation aurait pu se dérouler si ce dernier avait eu son téléphone sur lui, connecté en permanence à des groupes de jeunes dans des préoccupations pathologiques voire morbides. On voit ici comment des réseaux sociaux comme Facebook peuvent favoriser des liens délétères pour des adolescents vulnérables.

Evoquer son utilisation du téléphone portable et des réseaux sociaux aurait été un axe de travail intéressant, permettant d'aborder à la fois ses préoccupations corporelles, son lien avec ses pairs et sa quête identitaire.

L'idée selon laquelle le téléphone pourrait entraver l'investissement dans les activités thérapeutiques et la vie du service revient souvent : le mettre de côté favoriserait les interactions avec les autres patients et les soignants.

Par ailleurs, pour travailler le lien entre le jeune et sa famille, le portable va parfois compliquer les choses, comme s'il empêchait que l'hospitalisation soit un lieu tiers. En effet, les messages ou appels échangés entre le jeune et sa famille par le portable sont difficilement accessibles à une médiation des soignants, et sont

susceptible de mettre à mal le travail thérapeutique engagé, comme cela a pu être le cas dans le service n°4.

Il s'agit aussi de proposer un cadre thérapeutique pare-excitant, et différent de l'environnement extérieur notamment familial. L'espace de l'hospitalisation doit permettre à l'adolescent de prendre de la distance et se décaler par rapport à ses problématiques (service n°2, n°3 et n°4).

Une utilisation limitée du portable éviterait aussi certains problèmes juridiques, source de préoccupations pour les soignants, par exemple en cas de vol ou de diffusion de photos ou de vidéos prises dans le service.

La limitation de l'utilisation du téléphone portable semble également liée à l'idée de « protéger » certains adolescents, notamment dans le service n°1, et cela pour différents motifs. Pour les patients les plus jeunes, il semble que le cadre doive assurer une fonction éducative et de prévention, assumant en quelque sorte les missions parentales durant le temps de l'hospitalisation. Pour d'autres patients, fragiles et/ou inscrits dans une psychopathologie particulière, on retrouve l'idée de protéger ces adolescents de liens toxiques, entretenus soit avec leur famille, soit avec d'autres jeunes. Il s'agit aussi de les protéger de leur propre sensibilité, l'hospitalisation allant de pair avec une période de vulnérabilité, et privant l'adolescent de contacts directs avec ses pairs susceptibles de l'aider à donner du sens aux communications entretenues par le portable ou les réseaux sociaux.

Pour certains, l'incapacité pour l'adolescent de se séparer de son téléphone portable pose la question d'une relation d'objet addictive, faisant craindre une « escalade » vers d'autres addictions.

Les pédopsychiatres interrogés relèvent différents problèmes posés par le téléphone portable malgré les règlements intérieurs de leurs services.

Il arrive que les patients enfreignent le cadre, gardant leur téléphone « caché » dans leur chambre, ou refusant de le rendre. Certains prennent des photos ou des vidéos à l'insu des soignants, et les postent sur les réseaux sociaux. Par ailleurs les adolescents échangent parfois leurs numéros, et restent en contact après leur sortie du service. Enfin, certains adolescents n'accèdent pas à l'hospitalisation, refusant d'intégrer le service s'ils ne peuvent pas garder leur téléphone sur eux.

Que cela soit lié à des attaques trop fréquentes du cadre, à l'évolution du projet thérapeutique du service ou au souhait de travailler avec de nouveaux principes de prise en charge, on retrouve dans les différents services l'idée que les cadres définis sont susceptibles d'évoluer.

**PARTIE III. PEDOPSYCHIATRIE ET OBJETS CONNECTES :
ENJEUX ET NOUVEAUX REPERES**

Après avoir abordé les pratiques et les représentations autour du téléphone portable dans les services, nous allons maintenant évoquer en quoi les objets connectés nous semblent constituer un enjeu important pour la Pédopsychiatrie, au regard des évolutions subjectales et interpersonnelle qu'ils paraissent annoncer.

Nous verrons pour quelles raisons il nous paraît important de s'intéresser aux objets connectés des adolescents, et réfléchissons aux implications possibles en ce qui concerne les outils thérapeutiques et les cadres de soin.

Nous tenterons de définir des nouveaux repères pour mieux appréhender le fonctionnement psychique de l'adolescent contemporain, en rapport avec le monde numérique et virtuel dans lequel il évolue.

Nous aborderons ensuite des pistes de compréhension psychopathologiques, permettant de mieux cerner le lien entre l'utilisation des objets connectés, les transformations sociétales et l'évolution psychique du sujet contemporain, ouvrant de nouvelles perspectives de recherche et de soins en Psychiatrie.

I. Un nouveau paradigme pour la Pédopsychiatrie ?

A. De l'importance de s'intéresser aux objets connectés des adolescents

En dehors des temps d'hospitalisation, certains des pédopsychiatres interrogés disent aborder systématiquement le téléphone portable et l'utilisation des TIC avec leurs patients. Cela peut présenter divers intérêts : avoir une meilleure connaissance du mode de vie de l'adolescent, de ses centres d'intérêt, de ses modes de sociabilité (16), faciliter la construction d'une alliance etc... Le fait d'évoquer spontanément ces sujets va autoriser l'adolescent à parler plus facilement d'éventuelles tensions familiales, symptômes ou difficultés en rapport son utilisation des TIC.

S'intéresser aux pratiques numériques des adolescents, c'est tenir compte de leur environnement symbolique et imaginaire, et de leur façon de s'inscrire dans la culture dans laquelle ils sont immergés. Il s'agit d'inventer avec eux ce qui pourrait soutenir leur travail de symbolisation, en intégrant ces nouveaux outils que nos générations ont mis à leur disposition, dans un usage créatif (5).

Par ailleurs, ces objets connectés, et l'omniprésence du virtuel qu'ils amènent, engendrent un certain nombre de questions.

L'adolescent d'aujourd'hui, connecté quasiment en permanence, effectue-t-il le même « travail » de séparation-individuation que l'adolescent de l'ère « pré-digitale » ? Ses nouveaux modes de communication (SMS, tchat), l'utilisation massive d'Internet

et des réseaux sociaux, modifient-ils ses modalités de lien à l'autre, et son accession à l'autonomie, sa psychopathologie ? Quel est l'impact sur son fonctionnement psychique ? Les objets connectés, dans les nouvelles modalités de lien qu'ils induisent, modifient-ils les styles d'attachement ?

A côté de ces interrogations, les objets connectés et le virtuel amènent également de nouvelles possibilités de soins

B. La perspective de nouveaux outils de soins ?

Le numérique s'est infiltré dans tous les domaines, et la santé n'est pas en reste. Utilisé comme base de données médicales, outil de formation et de prévention, Internet semble présenter un intérêt grandissant pour les professionnels de santé. Des programmes psycho-éducatifs, initialement conçus pour les maladies chroniques, semblent particulièrement efficaces auprès des jeunes adultes.

En Psychiatrie, le développement grandissant des applications numériques en santé semble être une opportunité pour la conception et la validation de nouveaux outils d'évaluation de symptômes subjectifs, par exemple les hallucinations chez les enfants et les adolescents (68).

Par ailleurs, l'expansion des technologies du numérique dans le domaine de la santé mentale permet d'envisager une application dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. L'utilisation d'avatars virtuels, l'exposition en réalité virtuelle, les techniques de neurofeedback, et les serious game, laissent présager des

perspectives thérapeutiques prometteuses (70). Le téléphone portable semble également un outil de recontact efficace, en particulier dans les suites d'une tentative de suicide, permettant de réduire le risque de nouveaux passages à l'acte (71). Dans de nombreuses pathologies psychiatriques, ces nouveaux supports pourraient constituer des outils thérapeutiques intéressants, à intégrer dans le cadre d'une prise en charge globale des patients (70), (1).

C. Un cadre de soins contenant à l'ère du « tout connecté » ?

Lors des hospitalisations d'adolescents, la contenance est un élément essentiel du cadre thérapeutique. Il s'agit avant tout d'une contenance psychique, qui implique l'existence d'un cadre thérapeutique dont chaque professionnel est le garant. Le travail institutionnel engagé avec les patients doit permettre l'instauration d'un espace psychique pour aider l'adolescent à penser ses troubles et à se sentir en sécurité psychique, en mettant en place des limites fermes et souples à la fois (67). L'hospitalisation doit être un lieu où l'adolescent peut faire l'apprentissage de la frustration, un espace de vie où il existe des latences, des différés (46).

Le téléphone portable, amplifiant une impulsivité déjà présente chez l'adolescent (69), et l'invitant à fonctionner dans le « tout, tout de suite », mettrait-il en péril le rôle de contenance de l'hospitalisation ?

Les changements liés aux objets connectés confronteraient-ils l'adolescent à une précipitation qui entrave l'élaboration, favorisant une prééminence de l'agir sur la pensée ?

Par ailleurs, nous pensons parfois les hospitalisations comme des moments de « parenthèse », permettant à l'adolescent de prendre du recul en étant à distance de son environnement. L'hospitalisation peut être pour l'adolescent un moment privilégié pour mettre à l'épreuve les liens qui l'unissent aux autres.

Le téléphone portable et les TIC nous initient à une nouvelle forme de communication permanente, immédiate, dans un partage émotionnel impulsif, sans pare-excitation. Paradoxalement, la communication favorisée par ces objets peut paraître froide, désaffectivée. Les adolescents que nous accueillons en hospitalisation traversent souvent une période de vulnérabilité, et sont susceptible à la fois d'être dans une sensibilité favorisant les interprétations erronées, mais aussi dans un recours accru au passage à l'acte. Parfois, il peut arriver paradoxalement que le cadre protecteur de l'hospitalisation puisse être utilisé par des proches comme un réceptacle de révélations douloureuses, notamment via le téléphone portable qui peut être utilisé dans un processus mortifère (70).

Ainsi, en hospitalisation, il convient d'être vigilant et de soutenir nos patients les plus vulnérables dans leurs échanges avec l'extérieur. Un accompagnement à l'utilisation des TIC, sous la forme de groupes ou d'ateliers, pourrait être particulièrement intéressant.

Si la limitation voire l'interdiction du téléphone permet dans certains cas, et de façon temporaire, de protéger l'adolescent, il faut aussi faire attention à ne pas isoler un adolescent aux liens déjà fragiles. La sociabilité adolescente passe de façon privilégiée par le téléphone portable, et en priver un adolescent sur une longue période peut avoir un effet délétère, entraînant une distension voire une rupture des liens avec ses pairs.

Vignette clinique

Florian a 15 ans. Il est hospitalisé depuis plus d'un an dans un service de pédopsychiatrie pour troubles du comportement alimentaire à type d'anorexie restrictive. L'évolution pondérale a longtemps stagné, et dans les premiers temps de son hospitalisation Florian pouvait se montrer très hostile aux soins. Le comportement de Florian s'est progressivement apaisé, laissant place au travail psychique notamment familial.

Au cours des entretiens avec Florian et ses parents se dessine un schéma familial marqué par une confusion des générations et des places de chacun. Florian occupe peu sa place d'enfant, jouant plutôt symboliquement le rôle de compagnon ou d'ami auprès de sa mère. L'intimité de Florian semble sans cesse sous la menace d'une intrusion de ses parents, qui partagent parfois la leur avec leur fils dans une ambiance que l'on pourrait qualifier d'incestuelle.

Florian est étayé par quelques amis, mais l'hospitalisation met à l'épreuve les liens avec ses pairs. Dans le service, Florian n'a pas son téléphone portable. Cette règle s'applique à tous les enfants hospitalisés dans le service, qui ne peuvent disposer de leur téléphone que lors des permissions ou éventuellement quelques minutes lors des visites, pour consulter leurs SMS ou en envoyer.

Florian peut passer des appels « médiatisés » à ses parents, auxquels il téléphone parfois. Il a également le droit d'appeler quelques amis définis avec le téléphone du service, mais ne le fait jamais. Alors que leurs liens sont déjà fragilisés, appeler ses copains lui paraîtrait « gênant », voire « déplacé ». « Je ne vois pas ce que je pourrais leur raconter au téléphone ! » nous dit Florian. Il nous explique par ailleurs qu'avant l'hospitalisation il utilisait plutôt les SMS pour communiquer avec

eux. Nous découvrons que Florian n'a jamais son téléphone entre les mains, alors qu'il a régulièrement des visites de ses parents et quelques permissions. Au lieu de lui envoyer directement des SMS, ses amis les adressent à sa mère, qui les montre alors à Florian. Ce dernier ne paraît pas gêné que sa mère reçoive des messages qui lui sont destinés. Il fait alors le lien avec son compte Facebook : Florian a beau avoir refusé d'être « ami » avec ses parents, il pense que ces derniers « surveillent » son profil par le biais d'un ami de sa mère qu'il a accepté comme contact.

Analyse

L'exemple de Florian nous pose la question du lien entre la durée de l'hospitalisation et la place à accorder au téléphone portable auprès des adolescents. Déjà fragilisé dans ses liens avec ses pairs de par sa pathologie, l'hospitalisation semble avoir favorisé l'éloignement de Florian par rapport à ses amis.

Florian ne se saisit pas de la possibilité de leur téléphoner pour rester en contact avec eux, et ce pour diverses raisons. Ce moyen de communication lui paraît inadapté pour s'adresser à des jeunes de sa génération, qui plus est à des amis qu'il ne voit plus. Il semble vouloir nous faire comprendre que « cela ne se fait pas », et que la mode est à une communication moins directe, permettant de converser de façon anodine. Consacrer un appel téléphonique à ses amis marquerait le fait que Florian tient à eux, et qu'il a besoin de préserver ces liens. De par son fonctionnement psychique, afficher ainsi son attachement est pour Florian beaucoup trop dangereux.

Le fait qu'il laisse son téléphone à ses parents illustre bien sa difficulté à s'individualiser, dans une famille où règne la confusion des espaces.

Le regard de ses parents sur ses échanges de SMS confirme l'intrusion de ces derniers dans son intimité y compris numérique.

On voit ici à quel point il est complexe d'articuler le cadre thérapeutique des hospitalisations adolescentes avec les objets connectés. Dans un monde de connexion et d'immédiateté, quels cadres de soins peuvent assurer une contenance suffisante et aider les adolescents à penser les questions de lien et de séparation ? Le propre d'une institution est d'accorder sa dynamique interne aux mouvements sociétaux qui la fondent, ne demeurant structurante qu'à la condition d'évoluer en rapport avec les mutations culturelles contemporaines, tout en maintenant vivant ce qui garantit ses principes fondateurs. Pour une institution prenant en charge des adolescents, il s'agit donc de faire avec les transformations culturelles et sociétales qui lui sont imposées sans renoncer à ses fondements, et tout en veillant à ne pas entraver les processus psycho-affectifs à l'œuvre au cours de cette période développementale particulière (5).

D. Des objets en résonance avec les problématiques adolescentes

La clinique de l'adolescence est marquée par une intrication entre des mouvements opposés d'autonomie et de dépendance, et les objets connectés paraissent participer à l'ambivalence inhérente à ce travail d'autonomisation.

Objet pratique et confortable, le téléphone portable peut sembler diminuer paradoxalement les libertés malgré les promesses d'autonomie qu'il véhicule. S'il peut favoriser le processus normal de séparation individuation de l'adolescent,

notamment par le biais des interactions sociales avec les pairs et des pratiques à valeur identitaire, il peut également s'y opposer en renforçant des liens fusionnels entre le jeune et ses parents, ou favoriser un collage compliquant l'individuation. D'une utilisation compulsive à un désinvestissement de l'objet, il peut générer et renforcer les liens sociaux comme isoler l'adolescent (68).

Plus connecté que jamais, l'adolescent peut pourtant se retrouver isolé au milieu d'une « foule virtuelle », enfermé dans une forme moderne de solitude.

Les avis sont divisés lorsque l'on évoque une modification possible du travail d'autonomisation de l'adolescent en lien avec l'utilisation actuelle du téléphone portable et des TIC. Pourtant, les questions d'autonomie semblent se poser en de nouveaux termes pour les parents, pour lesquels il semble parfois difficile de trouver un juste milieu entre faire pleine confiance à l'adolescent, et le surveiller de façon intrusive.

L'espace numérique ne supporte pas le différé, interpellant le sujet sans discontinuité, et privilégiant l'immédiat au détriment de l'exigence de différer, mais aussi la présence au détriment de l'absence (5). La question de l'attente et de la construction du désir semble avoir évolué, tant les objets connectés permettent l'assouvissement immédiat du désir.

Les objets connectés posent la question de la réalité de la séparation et de l'autonomie psychique autour de la notion de « cordon ombilical numérique » que nous évoquions précédemment. Se sépare-t-on différemment de ses parents aujourd'hui ? S'en sépare-t-on vraiment ?

Avec les objets connectés, on a l'impression d'un arrêt toujours repoussé de la connexion, qui semble renvoyer à une séparation douloureuse. Le travail de séparation, nécessaire à la différenciation subjective, semble rendu difficile par la téléprésence, via le numérique, qui réduit la distance à l'autre. Ainsi se développe un nouvel impératif : l'omniprésence, effet d'une présence qui se dialectise difficilement avec l'absence, compliquant le travail de séparation nécessaire à la différenciation subjective (5).

Comment vivre l'absence à l'heure du numérique, alors que son utilisation apporte une présence permanente, annulant virtuellement la question du manque à l'autre ?

On peut aussi considérer qu'au-delà du fait de se séparer, c'est la façon de gérer la dépendance qui pose problème. Les objets connectés sont à prendre en compte comme faisant partie d'une évolution connectique qui modifie radicalement les liens amicaux, conjugaux, familiaux et affectifs, renforçant peut-être la dépendance affective (46). A l'adolescence, les TIC pourraient favoriser un déplacement, par exemple sur les réseaux sociaux, de la douloureuse dépendance affective à l'autre. Chez un adolescent présentant un style d'attachement insécurisé, investissant la relation à l'objet sur la modalité de la dépendance avec l'illusion de combler un vide, on imagine bien quelle place le téléphone portable peut venir occuper. De pratiques compulsives à une véritable addiction, l'utilisation du téléphone peut entrer en résonance avec des problématiques de dépendance chez l'adolescent.

Les changements sociétaux se répercutent sur la façon dont l'adolescent va construire sa subjectivité : qu'il s'agisse de gérer les excitations et les conflits psychiques, de négocier le passage à l'âge adulte ou de définir son intimité, les nouvelles technologies et le rapport inédit au virtuel auquel elles nous invitent, posent des jalons et des repères nouveaux qu'il convient d'avoir en tête pour réfléchir à la place des objets connectés dans un service de Pédopsychiatrie (71).

II. Les repères en mouvement d'un monde virtuel et connecté

Les adolescents d'aujourd'hui se sont construits dans un monde où la réalité ne se limite plus à ce qui est tangible, et les supports numériques interrogent le rapport à l'environnement, à l'autre et à soi dans des modalités totalement nouvelles (72). Comment repérer et élaborer les déplacements symboliques qu'impose le nouveau médium, la matière numérique ?

En prenant garde de ne pas diaboliser ou idéaliser le virtuel, un des enjeux pour la Pédopsychiatrie semble être de comprendre à quoi répond, dans le processus pubertaire, l'investissement préférentiel du lien virtuel, dans l'ambiguïté que propose internet de pouvoir solliciter à tout moment un autre qui demeure maintenu à distance (73).

A. Un attrait particulier pour le virtuel à l'adolescence

Le développement du virtuel engage l'adolescent dans des relations d'objet et des modalités relationnelles particulières. Le virtuel a plusieurs définitions et cadres de compréhension, qui semblent sur certains points faire écho aux problématiques adolescentes, permettant de mieux comprendre l'engouement adolescent pour les mondes virtuels.

Le virtuel peut être défini comme ce qui existe en puissance, à l'état de simple possibilité, à prendre en compte dans un cadre de référence temporel, c'est-à-dire comme un futur en puissance. L'adolescent, qui n'est plus tout à fait un enfant ni encore un adulte, est confronté sans cesse à la question de son devenir, de ses potentialités, l'adolescence contenant virtuellement l'adulte à venir (72). Le virtuel comme « potentialité » en devenir pourrait ainsi évoquer « l'investissement progressif d'un objet privilégié par la poussée pulsionnel » (71), (74).

Dans un second cadre de compréhension, le virtuel peut également être ce qui peut advenir à tout moment, qui est absent ici mais présent quelque part, dans une perspective plus spatiale. Il ne s'oppose plus au réel mais à l'actuel. Selon cette définition, l'adolescent n'est pas plus dans le virtuel que l'adulte ou l'enfant, car le sujet n'actualise toujours qu'une partie de ses possibilités, appelés à devenir la réalité de demain. Le virtuel constituerait un présent non encore actualisé, qui peut évoquer les différentes formes de clivage, fonctionnel ou durable (74).

Enfin, le virtuel peut venir s'opposer au corporel, par une présence immatérielle, dans un cadre d'abstraction. En proie à des changements pubertaires qu'il ne peut contrôler, l'adolescent se réfugie volontiers dans un monde où le corps est absent, refoulant provisoirement certains aspects angoissants de la sexualité (71).

Certains n'hésitent pas à comparer le monde virtuel avec l'espace psychique adolescent, et d'autres avancent que l'adolescent pourrait trouver au sein de l'espace virtuel un lieu d'élaboration de ses conflits pubertaires, par un processus nommé « la virtualescence » (38). Ce concept s'appuie notamment sur les travaux de P. Jeammet, pour lequel l'adolescent a besoin de se créer un espace psychique élargi, s'étayant sur la réalité externe pour éviter la désorganisation (75).

La question du virtuel n'est pas récente, mais semble se poser en de nouveaux termes, avec un glissement de la notion de virtualisation à celle de réalité virtuelle qui se répercute dans la façon d'être au monde et de se situer face à l'altérité (5).

Un des enjeux de la clinique du psychiatre est d'appréhender les processus de liaison qui lient le sujet à sa vie interne, biologique et fantasmatique mais aussi à son environnement extérieur et aux autres. L'enfant est engagé dans un processus de liaison, comme enchaîné à ce qui est anticipé de lui, naissant de cette virtualisation de l'autre qui le pense et se le représente. Comment réussit-il à s'inscrire dans le monde, passant d'une dépendance totale à celui qui le prend en charge, connecté en direct avec lui, au statut de sujet séparé (5) ?

La virtualisation paraît assurer ce travail de liaison entre le sujet et le monde, constituant un espace de projection d'où on peut penser le monde. La révolution numérique, modifiant le rapport à l'image, revisiterait-elle le cadre de la représentation classique ?

Aujourd'hui, téléprésence, immersion et interactivité semblent avoir amplifié le pouvoir d'influence et de conviction de la réalité virtuelle, qui peut se définir comme « une construction mentale du sujet immergé physiquement dans des simulations

sensorielles interactives produites par des artefacts technologiques qui leurrent sa perception » (76). Des peurs ancestrales de confusion entre le réel et l'imaginaire se trouvent aujourd'hui réactualisées dans la crainte d'une confusion entre réel et réalité virtuelle. Les nouveaux outils informatiques semblent en effet capables de nous propulser dans des univers artificiels simulant notre réalité. Elle participe à la réalité externe de son spectateur, et à ce titre interfère avec sa réalité interne (74).

La réalité virtuelle, susceptible de créer une illusion de réalité presque parfaite, ne désigne-t-elle pas aussi « une position de croyance pour celui qui a décidé de s'y abandonner » (S. Tisseron, 2004) ?

Le danger du virtuel ne serait pas d'être confondu avec le réel, mais plutôt d'y être opposé dans un affrontement stérile et insoluble. Ainsi, plus que les définitions autour du virtuel, l'important serait de s'intéresser à l'usage qu'en font les jeunes et leur possibilité de l'articuler avec leur imaginaire et leur capacité de symbolisation (74). La recherche d'un aspect toujours plus « réel » dans ces mondes virtuels se fait-il au détriment de l'imaginaire (5) ?

Quel est l'effet de cette nouvelle forme de virtualité sur la notion de représentation ? Comment ce nouvel espace peut-il être investi d'une fonction imaginario-symbolique ?

B. Un espace de transitionnalité ou de dépendance ?

Sur certains aspects, l'utilisation d'Internet et du virtuel peut être comparée à l'expérience transitionnelle telle que D. W. Winnicott l'a décrite, œuvrant à l'ouverture du champ des possibles et de la créativité (73). Ce rapprochement semble plus ou moins pertinent en fonction de la définition que l'on donne de l'objet et de l'espace transitionnel (74).

Internet offre un espace de jeu dans lequel l'adolescent peut apprendre à gérer, à l'écart de la vie réelle, désirs, frustrations et angoisses suscitées par la rencontre. Comme dans le cas d'un espace transitionnel, ce sont les manipulations et les transformations que le jeune impose à certains objets, la manière dont cela transforme en retour son monde interne, et la mise en place d'un rapport privilégié à l'espace et à la durée de la symbolisation qui font l'intérêt de cet usage (74). Cet usage d'internet, accompagnant le travail psychique adolescent, devra progressivement se modifier, tout comme l'objet transitionnel est abandonné et désinvesti après avoir joué son rôle.

L'espace virtuel permettrait à l'adolescent de rêver, d'anticiper et d'expérimenter des situations, d'éprouver du plaisir à être en lien, dans des situations de jeu mobilisant son imagination et sa créativité, l'accompagnant ainsi le long de ces transformations/pubertaires. Le virtuel et les images seraient alors investies de fantasmes, sans être coupés de la réalité émotionnelle de l'adolescent. L'investissement du virtuel à l'adolescence pourrait s'inscrire dans une quête de sens dans une période où les modifications corporelles peuvent être vécues comme dépersonnalisantes (72).

Mais si la créativité d'un adolescent peut se déployer en utilisant les nouvelles technologies à son service, certains sujets fragiles peuvent se retrouver dans une utilisation proche de la dépendance. Dans ces situations, l'expérience de transitionnalité a disparu, ne laissant plus d'espace (de jeu) entre le sujet et l'objet, favorisant plutôt un collage (72).

Le travail d'autonomisation de l'adolescent ne se fait pas sans ambivalence, conflit en soi et avec l'environnement, puisqu'il faut lutter contre la peur de quitter le monde de l'enfance. Ainsi, les conduites paradoxales ne sont pas rares, l'investissement d'un objet externe pouvant conduire à une forme de dépendance à cet objet au moment où devrait se produire cette séparation.

Le virtuel peut constituer un refuge, un moyen d'échapper à l'expérience de transformation pubertaire, d'éviter de quitter l'enfance et de se soustraire à l'urgence de la séparation d'avec les parents. Bien que certaines utilisations du virtuel et du numérique aient un fort potentiel addictogène, la conduite de ces adolescents relève d'une problématique interne. La dépendance au virtuel peut traduire une difficulté à affronter des angoisses de perte et de séparation, mais aussi l'impossibilité à réaliser les différents deuils à l'œuvre lors du second processus de séparation-individuation.

La dépendance à ce type d'objet peut également masquer la difficulté à vivre ses affects, à s'engager dans des expériences vivantes, risquant ainsi de vivre la désillusion. L'incertitude de soi est parfois telle que le virtuel paraît nécessaire, pour faire l'économie de la rencontre avec son propre monde interne. Dans ces cas, le virtuel est un terrain de fuite de soi plutôt qu'un terrain d'aventure et d'exploration de ses propres potentialités internes. A défaut de pouvoir recourir à leur monde interne et imaginaire, certains adolescents peuvent se retrouver prisonniers d'un monde virtuel dont ils ne peuvent plus se passer (72).

La question de la dépendance au virtuel, que cela concerne les réseaux sociaux ou les jeux vidéo, est particulièrement complexe, et n'est pas à envisager dans une logique quantitative mais qualitative (73). S. Tisseron propose d'appliquer la distinction de D.W. Winnicott entre rêvasser, rêver et imaginer, pour mieux comprendre les processus psychiques en jeu dans l'engouement pour le virtuel et leur usage pathologique (77). L'important serait la présence d'une boucle de virtualisation et de capacités de symbolisation à l'œuvre, c'est-à-dire que le « vouloir voir absent » et « vouloir présent » soient articulés » (77). On retrouve dans de nombreux travaux l'idée d'un continuum, allant de l'objet virtuel soutenant le jeu, la créativité et la négociation souple des conflits internes, à l'utilisation pathologique.

C. Relation d'objet virtuelle ou relation d'objet virtuel ?

A l'adolescence est remise en jeu la problématique des relations aux objets : l'investissement de soi (renforcement narcissique) le disputant à l'investissement de l'autre avec le risque de se sentir perdu, voire vidé de soi dans les expériences amoureuses passionnelles. Le virtuel parait initier de nouvelles modalités de relations d'objet qui entrent, une fois de plus, en écho avec la problématique adolescente.

La relation d'objet virtuelle peut être décrite comme une relation d'objet pathologique, appauvrissant le monde du sujet, et le maintenant dans l'incapacité d'établir un lien « créateur » avec son entourage. Cette relation échouerait à obtenir un statut d'objet transitionnel, maintenant le sujet dans le fantasme que la

manipulation des objets du désir se révélerait plus satisfaisante que la relation directe avec eux (73).

A l'inverse, dans une relation d'objet virtuel, le sujet ne refuserait pas l'actualisation de la relation avec la personne réelle. Pour le Moi adolescent menacé par des angoisses d'intrusion et d'abandon, l'espace virtuel permettrait un aménagement de l'absence et de la présence de l'autre dans une dimension symbolique. La virtualisation permise par les écrans pourrait avoir un rôle positif lorsqu'elle favorise une alternance entre un investissement du pôle virtuel et du pôle actuel de la relation. L'écran peut alors prendre le rôle d'un pare-excitant, permettant de négocier la distance à l'autre au fur et à mesure que l'adolescent s'approprie la relation. Ainsi, l'usage du virtuel pourrait introduire une nouvelle forme de gestion de la dynamique de séparation (50), permettant à l'adolescent de se familiariser progressivement avec les désillusions toujours possibles, en lui donnant la possibilité d'interrompre la relation à tout moment, et le rassurant sur sa propre capacité à intéresser quelqu'un (74).

La relation d'objet virtuel ne ferait pas abstraction des enjeux de la relation réelle, mais permettrait au sujet de renforcer ses représentations préexistantes. Ces représentations préexistantes constitueraient ainsi un entre deux, à mi-chemin entre l'objet interne et l'objet externe, permettant à l'adolescent de passer d'un mode narcissique à un mode véritablement objectal (73).

D. Une intimité partagée avec l'autre ?

Période de métamorphose, l'adolescence oblige l'enfant devenu pubère à effectuer un travail psychique important pour intégrer ces changements tout en préservant une certaine continuité dans son sentiment d'exister : il s'agit en quelque sorte de changer tout en restant le même.

Le registre identitaire est en effet fortement sollicité, dans une quête de soi sur fond de rencontre avec l'autre. Nous l'avons vu, des enjeux identitaires extrêmement forts sont à l'œuvre dans l'usage que font les adolescents des technologies numériques affectant leur rapport à soi, qui se concentre désormais sur l'intime, mais un intime qui se partage avec les autres (16).

L'intime peut être défini comme ce qui est au plus profond de quelqu'un, de quelque chose, et qui en constitue l'essence. L'intime serait un secret caché des autres et appartiendrait à ce qu'il y a de tout à fait privé. L'intimité serait donc ce qu'on ne partage pas, ou alors rarement et dans des circonstances précises, et vient s'opposer à ce qui est public, potentiellement su de tous. L'identité en devenir fait aussi partie de l'intimité, qui couvre aussi ce qu'on ignore de soi. Chacun devrait disposer d'un espace intime qui soit au minimum l'intimité psychique : ce qu'on pense et ce qu'on garde pour soi. Pour S. Tisseron, cette intimité est essentielle à l'équilibre et est à ce titre un droit fondamental (50).

L'usage des TIC, et particulièrement celui des adolescents, semble avoir complètement bouleversé les repères entre ce qui relève de l'intime et ce qui devient public, exposé aux yeux de tous ou presque. Dans leur exercice constant d'énonciation de soi, les adolescents déposent sur la toile leurs états d'âmes, leurs

pensées les plus secrètes, des photos les mettant en scène, interrogeant de nouvelles limites de la pudeur, rendant poreuse la frontière entre le privé et le public.

Tisseron a développé le concept lacanien d'« extimité », qu'il rattache à l'ensemble des pratiques de mise en scène de soi dont les pratiques nouvelles sur Internet et plus particulièrement, celles des jeunes. L'extimité est définie comme un processus par lequel on est amené à exposer un peu de son intimité vers l'extérieur en la partageant. Ce processus, particulièrement populaire à l'adolescence, s'accompagne d'une réappropriation de ces éléments de l'intimité après qu'ils aient été soumis à l'opinion des autres et évalués à l'occasion de cette circulation. Il fait d'ailleurs le lien avec l'introjection, processus psychique par lequel on s'approprie le monde et on construit son identité en l'adaptant au monde.

L'usage massif des outils de communication à l'adolescence semble lié à la possibilité qu'ils offrent d'exercer l'extimité, dans un processus de recherche identitaire. Les réseaux sociaux, comme nous l'avons vu précédemment, sont le support idéal de tels exercices, permettant à l'adolescent d'y peindre un portrait de lui-même, associant vidéo, photo, commentaires, liens avec des groupes ou des communautés.

L'exercice d'extimité doit se faire auprès d'une communauté de pairs auprès de laquelle l'identité se construira par essais/erreurs. Cependant, s'il est possible sur certains réseaux sociaux de régler les paramètres de son compte, filtrant ainsi l'audience à laquelle s'adresse l'adolescent, la tentation peut parfois être grande d'être « ami » avec tous, et de laisser les curieux accéder à ses contenus extimes. Les réactions des autres internautes peuvent poser problème lorsqu'elles ne sont pas attendues par l'auteur, et une conjonction de réactions négatives peut être déstabilisante pour une identité en construction, en particulier chez un adolescent vulnérable. De plus, ces contenus extimes semblent avoir une durée de vie limitée,

reflétant l'état d'esprit de leur auteur à un instant précis, mais devenant rapidement obsolètes. Ces contenus déposés sur Internet ont l'inconvénient de laisser des traces qu'il n'est pas si simple de faire disparaître (50).

On peut également s'interroger sur le(s) destinataire(s) de ces contenus extimes. Sont-ils adressés à l'autre, en tant qu'individu reconnu comme une personne, aux autres, en tant que communauté ou groupe rassemblé autour d'intérêts commun, ou à tous, sans distinction particulière ?

Alors qu'auparavant on partageait des éléments de son monde intime avec un autre, auquel on était alors lié d'une façon particulière, il semblerait que le désir d'extimité ne s'adresse pas à une personne mais à une multitude d'inconnus, un public bien réel mais que l'on peut en même temps totalement ignorer (7). La pratique de l'extimité est-elle un « partage de soi » avec un autre, ou une pratique auto-centrée ?

Dans ces pratiques extimes, l'adolescent semble avant tout partir à la rencontre de l'autre qu'il devient pour lui-même.

Ces nouvelles pratiques adolescentes autour de l'intimité vont de pair avec une évolution du rapport des jeunes à leur propre image : les représentations de soi se multiplient, l'identité ne s'attache plus à aucune. Les ados rattachent beaucoup moins leur intimité et leur identité à la représentation visuelles d'eux-mêmes. Ils n'ont plus une mais des images d'eux-mêmes avec lesquelles ils apprennent à jouer. (71)

Par ailleurs, on a parfois l'impression paradoxale que plus l'adolescent se montre, plus il se cache. Comme si cette intimité dévoilée et mise en scène avait pour but de masquer cette incertitude de soi, de son être. En s'affichant, en se

donnant à voir, l'adolescent cacherait en fait sa fragilité narcissique, la peur de n'être pas ou plus aimé, la peur de ne pas ou plus faire partie d'une communauté (72).

Ces nouveaux repères, qui semblent révéler des modalités inédites de lien à l'autre, de fonctionnement psychique, de présence au monde, de rapport à l'absence et à l'intimité, ne nous semblent pas imputables à l'usage des nouvelles technologies, mais révélateurs de bouleversements profonds en lien avec une évolution sociétale majeure.

III. Evolution sociétale et un nouveau fonctionnement psychique

Dans la vie psychique de l'individu pris isolément, l'autre intervient très régulièrement en tant que modèle, soutien et adversaire (78). Dans différents travaux, S. Freud a étudié le lien entre psychologie individuelle et psychologie sociale (79), s'attendant à décrire les incidences des modifications sociétales sur la subjectivité du sujet (80).

On peut considérer que la clinique change et se transforme en fonction des discours sociétaux et des modalités de liens sociaux, le sujet étant marqué dans la construction de sa subjectivité par les mutations qui affectent les rapports sociaux (5). Ainsi, les transformations sociétales nous amènent à réinterroger régulièrement

nos modèles de compréhension, processus nécessaire si l'on ne veut pas se contenter de constater les modifications qu'elles provoquent.

A. Nouvelle société et nouvelle économie psychique

Le lien entre les bouleversements sociétaux et un nouveau fonctionnement psychique est l'objet de recherches, notamment chez les psychanalystes.

Pour certains, on assiste à « un glissement d'une économie psychique dominée par la nécessité de refouler ses désirs, à une organisation psychique addictive, commandée par la nécessité de jouir à tout prix et sans délai » (V. Dodin, 2014) Internet et les TIC favoriseraient cette quête de jouissance, annonçant la généralisation d'une confusion entre le désir et le besoin. Ainsi, cette quête de satisfaction immédiate nous mettrait dans un rapport de dépendance par rapport à notre environnement, et notre utilisation du téléphone portable symboliserait bien cette dérive addictive. L'homme occidental serait passé du statut de producteur, participant par son travail à la « grande aventure industrielle », au statut de consommateur, obsédé par la nécessité impérieuse de jouir de l'objet de consommation (46).

Par ailleurs, les écrans pourraient être utilisés pour tenter d'oublier les difficultés et les souffrances de la vie quotidienne, dans une société qui impose à chacun l'injonction de se sentir responsable de toutes ses actions (50)

Dans L'homme sans gravité, Charles Melman évoque une crise des repères, considérant que la tâche de penser le monde dans lequel nous vivons s'impose donc

plus que jamais (81) . Les réflexions de Melman nous semblent donner un éclairage particulièrement intéressant sur les pratiques et réflexions décrites dans notre travail.

Pour lui, le développement des technosciences, associé à l'évolution de la démocratie et de l'essor du libéralisme économique, ont favorisé l'émergence d'une nouvelle économie psychique corrélée aux changements sociétaux, nous obligeant à réinterroger la majorité de nos certitudes passées. Melman explique que cette "nouvelle économie psychique" est une mutation à la fois de la subjectivité et de l'existence collective, dont le moteur n'est plus le désir mais la jouissance (78).

Nous serions donc passés d'une économie psychique organisée par le refoulement à une économie organisée par l'exhibition de la jouissance.

Cette nouvelle économie psychique existerait du fait d'un progrès : *« Le progrès considérable, c'est d'avoir effectivement pris la mesure du fait que le ciel est vide, aussi bien de Dieu que d'idéologies, de promesses, de références, de prescriptions, et que les individus ont à se déterminer eux-mêmes, singulièrement et collectivement [...] D'une certaine façon, nous assistons à la fin d'une époque, à une liquidation - en termes analytiques on dirait une liquidation collective du transfert, ce qui est la source d'une liberté assez remarquable. [...] Oui, du transfert en tant qu'il est susceptible de porter aussi bien sur des personnes que sur des blocs de savoir. Il n'y a plus ni autorité, ni référence, ni non plus de savoir qui tienne -justement grâce au transfert. On n'est plus que dans la gestion, il n'y a plus que des pratiques »* (81).

Avec la mondialisation et la généralisation de la communication instantanée, les particularités de la culture seraient abolies, et la dimension du transfert ainsi que le savoir s'en trouveraient désinvestis. Seules les techniques, qui permettent d'agir directement et immédiatement sur le réel, intéresseraient la jeune génération.

La jouissance semblerait désormais envisagée comme un droit, et Melman décrit une nouvelle forme de dépendance aux objets, visant à abolir toutes les restrictions de jouissance de manière à rendre possible l'excès, dans le rapport aux objets. Nous nous serions débarrassés d'une forme de dépendance au « grand Autre » pour nous inféoder aux objets (78).

Ces changements impliqueraient des devoirs radicalement nouveaux, des impossibilités, des difficultés et des souffrances différentes pour le sujet (81).

Pour Melman, les groupes et les communautés, dont les réseaux sociaux favorisent largement le développement chez les adolescents, sont faits de semblables, rapprochés par une identification imaginaire des membres entre eux. Tout dissemblable est dès lors rejeté hors du groupe et son humanité n'est pas reconnue. Il n'y aurait plus de rapport avec l'altérité, mais uniquement des rapports avec des semblables. La jouissance narcissique commune serait portée par l'égalité souhaitée dans le groupe. Ce dispositif, dans lequel la parole ne sert qu'à s'admirer réciproquement, générerait les phénomènes de bandes et l'agressivité (78).

Les conséquences de la nouvelle économie psychique se manifesteraient dans les relations sociales que ce soit au travail, à l'école ou dans les familles, interrogeant sur le développement de nouvelles pathologies, et posant de nouvelles questions cliniques. Paradoxalement, cette nouvelle économie psychique semble aller de pair avec la propension à la fois à s'autoriser de soi-même, mais aussi à partager, à envisager le monde de manière globale et humanitaire. Il pourrait donc y avoir une attente et un besoin en termes de rééquilibrage symbolique : un peu d'être, un peu de sens, pour contrebalancer la "course à l'avoir" ?

B. Une nouvelle personnalité de base ?

Parallèlement à ces travaux sur une nouvelle économie psychique, certains auteurs défendent l'hypothèse que les récents bouleversements économiques et sociaux entraîneraient non seulement des nouvelles expressions des pathologies de l'enfant, mais également une structuration de la personnalité différente (82).

Ainsi, la personnalité « nevrotico-normale » et ses achoppements développementaux, décrits par la théorie psychanalytique à partir de la fin du XIXème siècle, serait en passe d'être remplacée par une nouvelle personnalité de base, traduction de nouveaux repères sociétaux et familiaux, et conséquence de nouvelles pratiques d'éducation des enfants.

Pour Lazartigues et al., la famille de la première moitié du XXème siècle était une institution organisant les pulsions autour de l'autorité et du devoir, favorisant les intériorisations massives des valeurs, des interdit et des idéaux. Ces repères familiaux étaient modelés sur des principes sociétaux reposant sur la primauté absolue du collectif sur l'individuel, le processus d'individualisation procédant de manière descendante du collectif.

Ce modèle familial aurait aujourd'hui profondément évolué, autour d'une conjugalité fondée sur le sentiment amoureux et l'épanouissement de soi, et la place de l'enfant, « fait » pour soi et soutenir son narcissisme, mais aussi considéré comme une personne à part entière, dont l'individualité, les potentialités et l'épanouissement doivent à tout prix être favorisées (82).

Les relations familiales seraient aujourd'hui fondées sur le consensus, l'hédonisme et l'individualisme, dans une symétrisation des relations entre les parents et les enfants.

Les modalités sociales s'organiseraient autour d'une pression nouvelle, liée à une mobilité physique, attentionnelle et communicationnelle toujours plus importante, dans une exigence de spontanéité et d'authenticité, alors que continuité et contrôle de soi seraient devenus désuets. La temporalité serait pour l'essentiel réduite au présent, constitué d'une succession d'instantanés juxtaposés, sans lien subjectif, favorisant le zapping et la discontinuité.

Ces modifications de l'organisation familiale, du rapport à la mobilité et à la temporalité sembleraient affaiblir les intériorisations intrapsychiques des valeurs, interdits et idéaux (82).

Tous ces changements expliqueraient l'avènement d'une nouvelle personnalité dite « narcissico-hédoniste », caractérisée par une faiblesse des intériorisations, un Surmoi peu efficace, un Idéal du Moi peu socialisé, et un lien à l'autre précaire et fragile. La relation d'objet serait marquée par une dépendance importante à l'environnement, avec un vécu difficile de l'absence des objets d'amour, nécessitant de leur être « connecté » en permanence. Ce sujet « narcissico-hédoniste » fonderait ses relations sur un effort constant de séduction, vivant difficilement la frustration, et ressentant facilement les manifestations d'altérité de l'objet d'amour comme persécutrices. Ses angoisses d'abandon seraient au premier plan, et la dépendance aux stimulations externes importantes.

Ces éléments autour d'un fonctionnement psychique nouveau secondaire aux évolutions sociétales méritent bien sûr le débat, ce lien n'allant pas de soi tant épistémologiquement et méthodologiquement. Ils peuvent cependant apporter un éclairage intéressant, permettant de mieux comprendre la place occupée par les

objets connectés auprès de l'adolescent, nourrissant ainsi nos réflexions sur la place à accorder à ces objets dans nos services.

CONCLUSION

Les objets connectés, et le portable en premier lieu, reflètent l'ambivalence du sujet contemporain à bien des égards : entre liberté et dépendance, présence et absence, hantise de l'attente mais anticipation constante, il lui permet d'être partout et nulle part à la fois. Le portable induit une connexion permanente, interrogeant de nouvelles façons d'être au monde, en lien avec l'autre et avec soi-même.

Dans le service de Psychiatrie, le téléphone portable interroge l'articulation entre vie institutionnelle et vie privée du patient, et nous fait revisiter des principes thérapeutiques anciens, de l'isolement à la séparation.

En Pédopsychiatrie, il pose particulièrement la question du processus de séparation-individuation, au cours duquel il semble jouer un rôle important mais paradoxal. Gage d'autonomie, objet de structuration identitaire et de pratiques sociales, il peut parfois renforcer l'isolement plus que les liens sociaux, et venir empêcher une séparation vécue comme dangereuse. Si la valeur symbolique du lien représenté par le téléphone peut être discutée à l'occasion d'une hospitalisation, cet objet précieux pour l'adolescent a bien des fonctions et il ne paraît pas anodin de l'en priver.

Comment faire vivre à l'adolescent, le temps de l'hospitalisation, le fait que la discontinuité offerte par une « déconnexion » n'est pas synonyme de rupture ? Comment utiliser les nouveaux espaces virtuels plébiscités par l'adolescent pour

consolider ses liens sociaux, évitant qu'ils le précipitent dans un repli narcissique et vers des identifications réifiantes ?

La place à accorder au téléphone portable dans nos services de Pédopsychiatrie est un sujet complexe, qu'il convient de réfléchir au cas par cas. On peut cependant dégager quelques principes de « bonnes pratiques », et relever des situations nécessitant d'accorder une attention particulière à la place qu'il occupe.

Dans les pathologies du lien et de la dépendance, le téléphone portable va être porteur d'enjeux importants : il est essentiel d'expliquer tant à l'adolescent qu'aux parents ce que cet objet représente, et en quoi limiter son utilisation va pouvoir être bénéfique. Il s'agira d'une mesure thérapeutique permettant à l'adolescent de vivre la séparation dans une ambiance contenant, propice à l'individuation et au développement de son espace psychique. Le respect, ou non, de cette mesure pourra faire l'objet d'une mise en sens du côté de l'angoisse ou au contraire de l'apaisement lié à cette séparation.

Lorsqu'un des objectifs est de soutenir une autonomisation fragile, par exemple lors d'une hospitalisation de séparation, il convient d'avoir en tête que le téléphone portable constitue un lien avec la famille mais aussi avec les amis. Lors d'hospitalisations longues, si l'on ne permet pas que la sociabilité adolescente passe par le téléphone portable, il faudra veiller à aménager d'autres possibilités de liens avec les pairs (visites, courriers, accès médiatisé à Internet et aux réseaux sociaux etc...), pour éviter d'isoler le patient.

Dans les situations où le patient est vulnérable et l'ajustement relationnel difficile, que cela soit à cause de la pathologie ou de la durée de l'hospitalisation, un accompagnement à l'utilisation des TIC paraît nécessaire. Cet accompagnement

pourra prendre des formes variées : groupes thérapeutiques, médiatisation des échanges ou reprise en entretien individuel.

Par ailleurs, le fait que le téléphone portable ne fasse l'objet d'aucune demande chez l'adolescent devra particulièrement attirer l'attention. Questionner son utilisation du portable et des TIC paraît essentielle, apportant des éléments sur les modalités de lien à l'autre, l'investissement d'une sociabilité adolescente mais aussi l'existence d'éventuelles relations toxiques.

Les situations les plus problématiques sont certainement celles d'hospitalisations décidées en urgence, alors que la demande de soins n'a pas pu être travaillée et que le sens du cadre thérapeutique n'a pas été intégré. La limitation du téléphone portable va parfois être vécue comme insupportable, amenant l'adolescent à s'opposer à l'hospitalisation, comme nous l'avons vu dans une des vignettes cliniques. Cependant, lorsqu'un adolescent a besoin de soins urgents, un des intérêts de l'hospitalisation est de lui faire vivre une expérience contenant et différente de ce qu'il connaît dans son environnement : il peut alors être intéressant de mettre le portable de côté.

Notre difficulté à statuer sur la place à accorder au téléphone portable paraît être liée au fait qu'il s'agit d'un objet ambivalent, dont les usages sont en évolution constante. Les problématiques qu'il soulève nous semblent évoquer plus généralement la difficulté à prendre en compte les évolutions sociétales et culturelles en faisant évoluer les principes régissant le cadre thérapeutique, tout en préservant d'une part les processus développementaux et psycho-affectifs à l'œuvre chez nos patients, et d'autre part les principes fondateurs de l'institution.

Le portable nous amène à revisiter les concepts d'autonomie, d'intimité, les questions de lien à l'autre et de dépendance, et convoque également des enjeux liés

au virtuel. La connexion permanente qu'il permet questionne sur l'émergence de modalités relationnelles et d'un fonctionnement psychique nouveaux, interrogeant sur l'actualité des principes thérapeutiques utilisés, mais offrant aussi de nouvelles perspectives de soin.

Les adolescents et les enfants sont les premiers concernés et réinventent déjà de nouvelles manières d'être à l'autre, au monde, à soi.

Plutôt que de diaboliser l'usage du téléphone et des autres objets connectés, il convient de nous intéresser aux changements sociétaux dont ils sont le symbole, peut être annonciateurs d'une nouvelle psychologie individuelle.

La question d'une « psychopathologie du virtuel et de la connexion » (2), centrée sur la singularité du sujet, semble être un sujet de recherche nécessaire afin de nous aider à penser la place à accorder aux objets connectés, dans les processus thérapeutiques que nous mettons en œuvre pour nos patients.

Notre société, de plus en plus privée de ses repères traditionnels, pourrait adresser au psychiatre un défi nouveau, à savoir s'interroger sur la subjectivité et sur le devenir psychique de l'homme contemporain, et trouver de nouveaux repères se substituant aux anciens.

OUVERTURE

Notre monde contemporain est marqué par un mouvement paradoxal, qui d'une part donne une place prépondérante à l'individu et à son expression, et d'autre part impose au sujet de se conformer constamment à un modèle normatif.

Les évolutions sociétales sont cycliques, et ce qu'elles produisent comme symptômes semblent changer perpétuellement. Ainsi, bien qu'il soit difficile d'imaginer quelle sera l'économie psychique de demain, deux positions semblent déjà se profiler : une posture paranoïaque, où l'autre est un danger, ou une posture coopérative où l'« Autre » est une chance, permettant d'inventer une nouvelle manière de vivre ensemble (46).

La reliance est un concept inventé par le philosophe Marcel Bolle de Bal, qui possède une double signification conceptuelle : l'acte de relier ou de se relier, c'est-à-dire l'acte de reliance ; et le résultat de cet acte, c'est-à-dire l'état de reliance.

Il élargit ce concept en décrivant trois notions clés pour le devenir humain : l'identité, au cœur du travail de reliance à soi (reliance psychologique) ; la solidarité, au cœur du travail de reliance aux autres (reliance sociale) ; et la citoyenneté, au cœur du travail de reliance au monde (reliance culturelle, écologique ou cosmique).

Pour Marcel Bolle de Bal, notre société contemporaine est société de «déliance», marquée par la désagrégation des groupes sociaux et par des carences de reliance dans la nature des liens sociaux. Cependant, au sein d'un tel système

social naîtraient et se développeraient des désirs de reliance: les individus isolés souhaiteraient être reliés, c'est-à-dire liés à nouveau et liés autrement (83).

Pour Edgar Morin, cette reliance serait une nécessité : « *Notre civilisation sépare plus qu'elle ne relie. Nous sommes en manque de reliance, et celle-ci est devenue besoin vital ; elle n'est pas seulement complémentaire à l'individualisme, elle est aussi la réponse aux inquiétudes, incertitudes et angoisses de la vie individuelle. Parce que nous devons assumer l'incertitude et l'inquiétude, parce qu'il existe beaucoup de sources d'angoisse, nous avons besoin de forces qui nous tiennent et nous relient. Nous avons besoin de reliance parce que nous sommes dans l'aventure inconnue. Nous devons assumer le fait d'être là sans savoir pourquoi. Les sources d'angoisse existantes font que nous avons besoin d'amitié, amour et fraternité, qui sont les antidotes à l'angoisse* » (84)

Connectés à tous mais plus seuls que jamais, nous manquerions cruellement de reliance, nos connexions virtuelles n'étant majoritairement que des liens de surface. Pourtant, paradoxalement, une recherche de reliance pourrait tout à fait passer par le numérique, comme nous le prouve l'exemple des mouvements politiques, citoyens, écologistes développés récemment à l'échelle mondiale notamment grâce à l'essor d'internet et des nouvelles technologies.

Ainsi, en plus des enjeux déjà évoqués, les objets connectés nous mettent au défi d'accompagner les jeunes générations dans leur quête de sens et l'invention d'un futur à venir, en réinventant de nouvelles façons d'être en lien (63).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Auxéméry Y. *Risque et utilité du Web en santé mentale chez l'adolescent, évolutions et perspectives*. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. nov 2010;58(8):500-6.
2. Brice L, Crouette P, Jauneau-Cottet P, Lautié S. Baromètre du numérique. CREDOC ; 2015.
3. Baudis D, Derain M. *Enfants et écrans : grandir dans le monde numérique - Rapport 2012 consacré aux droits de l'enfant*. Défenseur des droits ; 2012 nov.
4. Moutoucomarapoule O. *Usage d'Internet et comportements suicidaires à l'adolescence* (Thèse de médecine, Bordeaux, 2015).
5. Texier D. *L'enfant connecté*. Eres ; 2014.
6. Allard L. *Les digital natives existent-ils ?* 2015.
7. Tisseron S. *3-6-9-12 : apprivoiser les écrans et grandir*. Toulouse : Éd. Érès; 2013.
8. Hendrickx M. *Petit traité d'horreur fantastique, à l'usage des adultes qui soignent des ados*. Toulouse : Érès éditions ; 2012. 164 p. (La vie de l'enfant).
9. Junior Connect. Ipsos France ; 2015.
10. Association Génération Numérique. *Les 11-18 ans et les réseaux sociaux*. Educnum, CNIL; 2016 janv.
11. Stald G, Green L, Barbovski M, Haddon L. *Online on the mobile: Internet use on smartphones and associated risks among youth in Europe*. EU Kids Online;

12. *Risks and safety on the internet: the perspective of European children: full findings and policy implications from the EU Kids Online survey of 9-16 year olds and their parents in 25 countries.* EU Kids Online ; 2010.
13. *Les ados au téléphone: l'enquête de l'ASEF.* Association Santé Environnement France ; 2013 janv.
14. *L'usage des réseaux sociaux chez les 8-17 ans.* TNS Sofres ; 2011 juin.
15. Dominique Pasquier, Jouët Josiane. *Les jeunes et la culture de l'écran.* Enquête nationale auprès des 6-17 ans. Réseaux. 1999 ;17(92-93) : 25-102.
16. Mabilon-Bonfils B. *Les « pratiques numériques », entre écrit et sociabilité.* Adolescence. 2012 ; 79(1):217.
17. Rémen T, Delmas D, Hours M, Lacour B. *Étude MOBI-KIDS : technologies de communication, expositions environnementales et tumeurs cérébrales chez les jeunes.* Rev Oncol Hématologie Pédiatrique. mars 2014;2(1):15-29.
18. Falbe J, Davison KK, Franckle RL, Ganter C, Gortmaker SL, Smith L, et al. *Sleep Duration, Restfulness, and Screens in the Sleep Environment.* Pediatrics. 1 févr 2015 ;135(2) : e367-75.
19. Godeau E, Navarro F, Blanquer J-M. *La santé des collégiens en France / 2010.* Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; (Etudes Santé).
20. Wood B, Rea MS, Plitnick B, Figueiro MG. *Light level and duration of exposure determine the impact of self-luminous tablets on melatonin suppression.* Appl Ergon. mars 2013;44(2):237-40.
21. *«Enfants et Internet» Baromètre 2011 de l'opération nationale de sensibilisation : « Génération Numérique ».* France: Calysto; 2011.
22. Alao AO, Soderberg M, Pohl EL, Alao AL. *Cybersuicide: review of the role of the internet on suicide.* Cyberpsychology Behav Impact Internet Multimed Virtual Real Behav Soc. août 2006;9(4):489-93.

23. Cox GR, Robinson J, Williamson M, Lockley A, Cheung YTD, Pirkis J. *Suicide clusters in young people: evidence for the effectiveness of postvention strategies*. *Crisis*. 2012;33(4):208-14.
24. Gould MS, Kleinman MH, Lake AM, Forman J, Midle JB. *Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988–96: a retrospective, population-based, case-control study*. *Lancet Psychiatry*. juin 2014;1(1):34-43.
25. Notredame C-É, Pauwels N, Walter M, Danel T, Vaiva G. *Le traitement médiatique du suicide : du constat épidémiologique aux pistes de prévention*. *Presse Médicale*. déc 2015;44(12):1243-50.
26. Norris ML, Boydell KM, Pinhas L, Katzman DK. *Ana and the Internet: a review of pro-anorexia websites*. *Int J Eat Disord*. sept 2006;39(6):443-7.
27. Rémond J-J, Kern L, Romo L. *Étude sur la « cyber-intimidation » : cyberbullying, comorbidités et mécanismes d'adaptations*. *L'Encéphale*. sept 2015;41(4):287-94.
28. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. *Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils*. *J Child Psychol Psychiatry*. avr 2008;49(4):376-85.
29. Shariff S, Churchill AH, éditeurs. *Truths and myths of cyber-bullying: international perspectives on stakeholder responsibility and children's safety*. New York: Peter Lang; 2010. 301 p. (New literacies and digital epistemologies).
30. Gozlan A. *Facebook : de la communauté virtuelle à la haine*. *Topique*. 2013 ;122(1):121.
31. Arsène M, Raynaud J-P. *Cyberbullying (ou cyber harcèlement) et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : état actuel des connaissances*. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. juin 2014;62(4):249-56.

32. Sourander A, Brunstein Klomek A, Ikonen M, Lindroos J, Luntamo T, Koskelainen M, et al. *Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: a population-based study*. Arch Gen Psychiatry. juill 2010;67(7):720-8.
33. Romo L, Bioulac S, Kern L, Michel G. *La dépendance aux jeux vidéo et à Internet*. Paris : Dunod; 2012. 207 p. (Psychothérapies. Pathologies).
34. Ko C-H, Yen J-Y, Chen C-S, Chen C-C, Yen C-F. *Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students : an interview study*. CNS Spectr. févr 2008;13(2):147-53.
35. Stip E, Thibault A, Beauchamp-Chatel A, Kisely S. *Internet Addiction, Hikikomori Syndrome, and the Prodromal Phase of Psychosis*. Front Psychiatry. 2016 ; 7:6.
36. Arendt H, Lévy P. *La crise de la culture : huit exercices de pensée politique*. Paris: Gallimard; 2000. 380 p. (Collection folio Essais).
37. Liliana Escobar-Chaves S., Susan R. Tortolero, Christine M. Markham, Barbara J. Low, Patricia Eitel, Patricia Thickstun. *Impact of the Media on Adolescent Sexual Attitudes and Behaviors*. Pediatrics. juill 2015;116/ Issue supplement 1.
38. Gozlan A, Masson C. *Le théâtre de Facebook : réflexion autour des enjeux psychiques pour l'adolescent*. Adolescence. 2013 ; T.31 2(2):471.
39. Tisseron S. *Virtual, mon amour : penser, aimer, souffrir à l'ère des nouvelles technologies*. Paris : Albin Michel; 2008.
40. Amri M, Vacaflor N. *Téléphone mobile et expression identitaire : réflexions sur l'exposition technologique de soi parmi les jeunes*. Enjeux Inf Commun. 2010/1:170.
41. Journet N. *La culture du mobile : mon portable c'est moi!* Sci Hum. sept 2007;(185).

42. Martin Corinne. *Téléphone portable chez les jeunes adolescents et leurs parents : quelle légitimation des usages ?* Deuxième workshop de Marsouin ; 2003 déc 4; ENST Bretagne, Brest.
43. François De Singly. *Libres ensemble : l'individualisme dans la vie commune*. Nathan. 2000. 253 p. (Essais et Recherches).
44. De Dumandolx A. *Le téléphone portable à l'adolescence : rupture du cordon ou fil à la patte ?* Courr Addict. mars 2003;(1).
45. Leindecker M-C, Petiau C. *Le téléphone portable : nouvelle cause de dette de sommeil chez les collégiens*. *Médecine Sommeil*. avr 2013;10(2):77.
46. Dodin V. *Guérir les addictions chez les jeunes*. Desclée de Brouwer ; 2014.
47. Tisseron S. *Comment l'esprit vient aux objets*. Paris : Aubier; 1999. 231 p.
48. Benasayag M, Del Rey A. *Plus jamais seul : le phénomène du téléphone portable*. Paris : Bayard; 2006.
49. Deshuis J-Y. *Le téléphone : petit objet, grands enjeux*. 8ème soirée de l'Espace de réflexion éthique en santé mentale de la F2RSM ; 2012 juin 20.
50. Tisseron S. *L'intimité surexposée*. Ramsay ; 2001.
51. Gripon F. *Les soignants et leur téléphone portable à l'hôpital* [Diplôme de Cadre de santé CERSE EA 965 ED 68: « Littératures, cultures, sciences sociales » Master 1 des Sciences de l'Education Education, mutations, formation]. [Institut de Formation des Cadres de Santé Université de CAEN Basse-Normandie]: Université de Caen; 2012.
52. Pinel Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*. 2ème. Paris: J.A. Brosson; 1809. 496 p.
53. Foucault Michel. *Le pouvoir psychiatrique*. Cours au Collège de France. 1973-1974. Gallimard. 2003. 393 p. (Hautes Etudes).

54. Silverman J.A. *Charcot's comments on the therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa*. Int J Eat Disord. avr 1997;Volume 21, Issue 3:295-8.
55. Sanchez-Cardenas M, Mammar N, Venisse J-L, Renaud M. *Isolement et/ou séparation psychique dans les prises en charge de patients anorexiques*. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1994;42(8-9).
56. Schilling-Adalsteinsson Marianne. *Séparation thérapeutique dans le traitement de l'anorexie mentale à l'adolescence : Impact de l'introduction du courrier en hospitalisation au CHU de Nancy Etude rétrospective sur 53 cas* [Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2011.
57. Duverger P, Chocard A-S, Malka J, Ninus A, Marcelli D, Picherot G. *Psychopathologie en service de pédiatrie pédopsychiatrie de liaison*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, Masson; 2011.
58. Bowlby J, Kalmanovitch J. *Attachement et perte*. Vol. 1, Paris: Presses universitaires de France; 2002.
59. Marcelli D, Cohen D. *Enfance et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2012.
60. Freud S. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Puf; 2011. 90 p. (Quadrige, numero 172).
61. Klein M, Jones E, Derrida M, Abraham N, Torok M. *Essais de psychanalyse : (1921-1945)*. Paris: Payot; 1989.
62. Blos P. *The second individuation process of adolescence*. Psychoanal Study Child. 1967;22:162-86.

63. Mille C, Agneray F, Loget M. *Tentatives de suicide graves et répétées, et vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence. Réflexions théoriques à partir d'un cas clinique*. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. nov 2014;62(7):437-45.
64. Jeammet P. *Les vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence*. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1994 ; 42(8-9):p395-402.
65. Boudaillez B, Daroux J-L, Berquin P. *Séparation « thérapeutique » à l'adolescence, l'expérience d'un service de pédiatrie et répercussions institutionnelles*. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1994 ; 42(8-9):555-60.
66. Guisseau-Gohier M, Grall-Bronnec M, Lambert S, Venisse J-L. *Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale*. Inf Psychiatr. 2007;83(5):389.
67. Rochet T. *Hospitalisation des adolescents en psychiatrie*. Inf Psychiatr. 2004;80:799-802.
68. Demeulemeester M, Kochman F, Fligans B, Tabet AJ, Thomas P, Jardri R. *Assessing early-onset hallucinations in the touch-screen generation*. Br J Psychiatry. 1 mars 2015 ; 206(3):181-3.
69. Gomez J-M, Van der Linden M. *Impulsivité et difficultés de régulation émotionnelle et de gestion des relations sociales chez l'enfant et l'adolescent*. Développements. 2009 ; 2(2):27.
70. Brière M, Poussevin C, Vayleux E, Lefranc J, Cayrol B, Garré J-B, et al. *Adolescents et téléphone portable, quelle place dans les unités d'hospitalisation ?* Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2012;170(8):587-90.
71. Tisseron S. *Le virtuel à l'adolescence: autodestruction ou autothérapie?* Neuropsychiatr Enfance Adolesc. sept 2007;55(5-6):264-8.
72. Marty F, Missonnier S. *Adolescence et monde virtuel*. Etudes. nov 2010;473-94.

73. Frédérique P-L, Anne-Valérie M, Marjorie R. *Enjeux psychiques du virtuel à l'adolescence*. Bull Psychol. 2014;Numéro534(6):467.
74. Tisseron S. *Le virtuel à l'adolescence : ses mythologies, ses fantasmes et ses usages*. Rev Adolesc. 2004;22(1).
75. Corcos M, Balsan G. P. Jeammet, « *Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence* », Revue Française de Psychanalyse, PUF, 1980, 3-4, 481-521. In: 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle [Internet]. Dunod; 2013 [cité 10 avr 2016]. p. 307.
76. Missonnier S, Lisandre H. *Le virtuel: la présence de l'absent*. Paris: Éditions EDK; 2003.
77. Tisseron S. *Clinique du virtuel : rêvasser, rêver ou imaginer. Adolescence*. 2012;79(1):145.
78. Melman C. *La nouvelle économie psychique: la façon de penser et de jouir aujourd'hui*. Toulouse: Erès; 2009. 238 p. (Collection « Humus, subjectivité et lien social »).
79. Freud S, Dejours C. *Psychologie des foules et analyse du moi*. Paris: Payot & Rivages; 2011.
80. Freud S, Badal-Leguill C. *Le malaise dans la civilisation*. Paris: Points; 2010.
81. Melman C, Lebrun J-P. *L'homme sans gravité. Jouir à tout prix*. Paris: Gallimard; 2005.
82. Lazard A, Planche P, Saint-André S, Morales H. *Nouvelle société, nouvelles familles : nouvelle personnalité de base ?* L'Encéphale. juin 2007;33(3):293-9.
83. Bolle De Bal M. *Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques*. Sociétés. 2003;80(2):99.

84. Morin E. *La méthode 6*. Paris : Ed. Points; 2014.

ANNEXES

Entretiens semi structurés autour de la place du téléphone portable auprès des adolescents en Pédopsychiatrie.

Les documents suivants restituent le résumé d'idées échangées et partagées avec les pédopsychiatres interrogés, à l'occasion des questions de l'entretien.

Service n°1

1. Recueil d'informations générales : Nom du service, du PH, âge des patients accueillis, type de pathologie, durée d'hospitalisation

Service Pierre Mâle, Hôpital Michel Fontan, CHRU de Lille, Docteur Aline Picard

Patients de 6 à 16 ans

Pathologies variables (troubles du comportement, tentative de suicide, syndrome dépressif, syndrome délirant)

Durée d'hospitalisation moyenne : 1mois et demi.

2. Comment l'utilisation des téléphones portables est-elle régulée dans votre service ?

Le téléphone portable n'est pas admis dans le service, hormis éventuellement lors des visites (les adolescents peuvent uniquement consulter leurs message)

3. Pour quelle(s) raison(s) cette utilisation est-elle régulée de la sorte ? En quoi cela participe-t-il, ou non, du cadre thérapeutique des hospitalisations et cela-a-t-il été pensé spécifiquement pour les adolescents ?

Cette régulation repose sur des principes organisationnels et thérapeutiques, pas pensé spécifiquement pour les ados :

- Eviter les liens « toxiques » avec l'extérieur
- Protéger les ados de leur sensibilité dans une période de fragilité
- Limiter l'accès aux réseaux sociaux
- Limiter la prise de photos (problème juridique) et les vols
- Favoriser un sommeil de bonne qualité
- Favoriser les interactions dans le service et éviter l'isolement

L'hospitalisation est aussi l'occasion de permettre aux ados de voir qu'ils peuvent se passer de leur téléphone.

4. La régulation de l'utilisation des téléphones portables dans votre service vous paraît-elle poser problème ?

Cela pose parfois problème, pour les ados les plus âgés du service (14-16ans)

Les patients voient que la vie continue sans eux en ayant accès « au monde extérieur » via les réseaux sociaux.

Lors des hospitalisations longues, les patients ne sont pas forcément ajustés dans la relation à l'autre.

5. Pensez-vous qu'il serait pertinent de faire évoluer le cadre de votre service concernant l'utilisation des téléphones portables lors des hospitalisations ?

Peut-être cela sera amené à évoluer, mais le cadre actuel permet d'éviter le fait que les enfants puissent se comparer (ceux qui ont un téléphone et ceux qui n'en ont pas), et permet de les protéger (accès internet et aux photos).

6. Evoquez-vous avec vos patients adolescents leur utilisation du téléphone portable et des TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) ?

Oui.

Le téléphone est évoqué notamment pour ce qui concerne la question du sommeil, mais aussi par rapport aux tensions qu'il peut susciter dans la famille.

Différents sujets doivent être abordés : la pratique des jeux vidéo, particulièrement en réseau, les réseaux sociaux, ce qu'ils postent, un éventuel cyber-harcèlement peut être questionné.

L'accès aux sites pornographique, les liens avec des réseaux de radicalisation, la fréquentation des sites en rapport avec le djihadisme sont aussi à rechercher.

7.Pensez-vous que l'utilisation actuelle du téléphone portable et des TIC modifie-t-elle le « travail » de l'adolescent, que cela favorise l'émergence de nouvelles pathologies ou une expression symptomatique particulière ?

Ce qui est compliqué, c'est que les objets connectés favorisent les liens « virtuels », parfois au détriment des liens réels. Ces liens virtuels ne permettent pas la communication des affects, la communication est « froide », avec une part importante d'interprétation possible (par exemple dans les sms). Cela ne rend pas facile l'expression et la perception des sentiments.

On peut « bien se séparer » aujourd'hui. Cela peut cependant être angoissant pour les parents de devoir choisir entre faire confiance à 100% ou « cliquer ». Les parents peuvent se sentir en insécurité, avoir du mal à se situer entre contrôle et prévention.

Le téléphone portable devrait être un outil que l'on utiliserait à 18-25ans.

Chez les adolescents, le téléphone portable répond à la spirale de l'immédiateté, de l'impulsivité. C'est un outil confortable mais problématique, il diminue les libertés et donne accès, seul, à des images.

Les passages à l'acte sont peut-être favorisés par le téléphone portable et les TIC.

Service n°2

1. Recueil d'informations générales : Nom du service, du PH, âge des patients accueillis, type de pathologie, durée d'hospitalisation

Clinique de l'Adolescent à Wasquehal, Dr Emmanuel Delannoy

Les patients admis ont entre 12 et 18 ans, avec des pathologies variées : troubles de personnalité, dépression, psychose, difficultés socio-éducatives etc...La seule limite est la nécessité d'une contenance (contre indiquant l'hospitalisation dans le service)

2. Comment l'utilisation des téléphones portables est-elle régulée dans votre service ?

Initialement, les ados avaient le droit à leur téléphone 1h/J, puis de 16h30 à 21h mais cela a engendré des problèmes (intrusion du dehors, mise à mal du fonctionnement du service). Depuis, suite à une réunion soignant-soigné, l'équipe et les adolescents ont décidé de supprimer l'accès au téléphone portable et de n'autoriser que les appels médiatisés. Les ados ont cependant accès à internet lors d'un atelier « ado-clic », accompagnés par des éducateurs. L'idée est de favoriser l'éducation à l'utilisation des médias, des réseaux sociaux et d'internet en général.

3. Pour quelle(s) raison(s) cette utilisation est-elle régulée de la sorte ? En quoi cela participe-t-il, ou non, du cadre thérapeutique des hospitalisations et cela-a-t-il été pensé spécifiquement pour les adolescents ?

Cette régulation s'appuie sur des principes thérapeutiques. L'UFA accueille des pathologies aiguës, l'hospitalisation doit permettre de se décaler et d'éviter l'intrusion/l'envahissement du dehors dans le dedans.

Le problème avec le téléphone portable c'est qu'on a du mal à maîtriser l'information échangée entre le jeune et le milieu extérieur (notamment la famille), on n'a pas accès à cette info et c'est plus difficile de travailler les choses.

Cela a été pensé pour et avec les adolescents, avec l'idée de prendre de la distance sans couper totalement la communication et de les préparer à mieux se «

défendre ». Cela participe au cadre thérapeutique de l'hospitalisation, et semble avoir un effet bénéfique même s'ils récupèrent le téléphone à la fin.

4. La régulation de l'utilisation des téléphones portables dans votre service vous paraît-elle poser problème ?

Avant (avec l'ancien cadre) cela posait problème dans la régulation de l'information car il n'y avait pas de maîtrise dans les échanges entre l'adolescent et ses parents. Il y avait aussi des échanges entre ceux qui y avaient droit et les autres.

L'interdiction totale du téléphone s'est mise en place après un moment très compliqué à l'UFA : un jeune qui était sorti continuait à envoyer des sms à ceux qui étaient encore hospitalisés, le cadre thérapeutique avait été très mis à mal.

Aujourd'hui cela ne pose plus vraiment problème : les hospitalisations sont préparées, et si le cadre est refusé il n'y a pas d'hospitalisation.

Pour ceux qui veulent écouter de la musique on peut leur prêter un MP3, sinon ils peuvent prendre le leur.

5. Pensez-vous qu'il serait pertinent de faire évoluer le cadre de votre service concernant l'utilisation des téléphones portables lors des hospitalisations ?

Oui, mais plutôt en allant vers un élargissement de l'accès aux ordinateurs (grand écran : on peut garder un œil sur ce qui s'y passe) et donc au web, aux médias, pourquoi pas favoriser le travail avec les avatars.

Il faudrait également favoriser la prévention, dans les écoles (c'est déjà fait sur le secteur de l'UFA, projet que l'éducation aux médias se fasse par les pairs), avec un travail d'aide à la parentalité, des groupes (ado clic est un outil de prévention accessible y compris à des personnes venant de l'extérieur du service)

6. Evoquez-vous avec vos patients adolescents leur utilisation du téléphone portable et des TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) ?

Oui, notamment leur usage des réseaux sociaux et de jeux vidéo.

Il faut se remettre dans une problématique d'apprentissage par rapport à eux, il faut essayer de s'adapter à ces nouvelles pratiques

7. Pensez-vous que l'utilisation actuelle du téléphone portable et des TIC modifie-t-elle le « travail » de l'adolescent, que cela favorise l'émergence de nouvelles pathologies ou une expression symptomatique particulière ?

Le travail de l'adolescent est peut-être un peu plus compliqué.

Dans le processus de séparation-individuation de l'adolescence, la séparation ne paraît pas plus poser problème, c'est plutôt la façon de gérer la dépendance.

Etre ado, c'est se rendre compte de la douloureuse dépendance affective à l'autre. Peut-être qu'avec les TIC les ados déplacent leur dépendance affective sur les réseaux, comme s'il y avait un déplacement de l'impossible dépendance affective à l'autre, comme si les réseaux venaient combler quelque chose qu'on n'avait pas eu avant.

A l'adolescence, l'impulsivité et la question du « tout, tout de suite » est très présente, avec un recours à des passages à l'acte massifs.

On a l'impression qu'on reçoit beaucoup de troubles de personnalité à l'adolescence mais bien sûr cela n'est pas fixé, et ces troubles ont en fait plutôt une bonne évolution.

Avec les objets connectés et internet l'ado a un accès immédiat à l'assouvissement du désir, il n'y a plus d'attente permettant la construction du désir.

La tablette paraît être comme une boîte de Pandore, il n'y a pas assez d'éducation, précocement, pas assez d'accompagnement au média.

Service n°3

1. Recueil d'informations générales : Nom du service, du PH, âge des patients accueillis, type de pathologie, durée d'hospitalisation

Dr Doubliez, travaillant actuellement à la Clinique des 4 Cantons (désigné comme le service n°3) après avoir longtemps exercé dans le service Adolescents de l'hôpital Saint Vincent. Proposition d'un regard croisé entre ces deux services.

Aux 4 Cantons :

Les adolescents admis ont entre 15 et 25 ans, les problématiques retrouvées ont souvent un point d'appel scolaire et des pathologies sous-jacentes type TCA, début de psychose, trouble anxieux etc... La durée d'hospitalisation est souvent longue

A St Vincent :

Les adolescents admis ont entre 13 et 17 ans, il y a des pathologies pédiatriques et pédopsychiatriques aiguës, avec seule limite la capacité de contenance du service, La durée d'hospitalisation est variable, soit 4-5 jours environ, soit 1 mois environ.

2. Comment l'utilisation des téléphones portables est-elle régulée dans votre service ?

Aux 4 Cantons :

Il n'y a pas de limite d'utilisation, ont les téléphones sur eux, sauf si cela paraît très envahissant par rapport à une psychopathologie particulière (par exemple une addiction aux jeux vidéo). Le service est ouvert, les adolescents peuvent aller à l'extérieur, cela n'aurait pas trop de sens de limiter leur accès au téléphone.

A St Vincent :

Les téléphones portables sont conservés dans le PC infirmier, et donnés entre 19h30 et 20h mais possible si indication médicale d'avoir plus ou moins accès. Les TCA ont généralement un « traitement » particulier (travail de séparation)

C'est compliqué s'il y a des différences entre les patients même si on aménage le cadre en fonction des patients

3. Pour quelle(s) raison(s) cette utilisation est-elle régulée de la sorte ? En quoi cela participe-t-il, ou non, du cadre thérapeutique des hospitalisations et cela-a-t-il été pensé spécifiquement pour les adolescents ?

Aux 4 Cantons :

L'ado vient en post aigu, on doit travailler avec son réseau, il n'y a donc pas de limitation sauf si cela va à l'encontre du projet thérapeutique. Les ados sont souvent majeurs, cela change la donne.

A St Vincent :

L'idée est de couper les adolescents de l'environnement dans lequel ils vivent pour essayer de les aider à voir les choses différemment. Faire venir le patient dans un environnement différent de celui de l'extérieur en lui permettant de travailler des questions en les projetant sur l'équipe soignante. On veut aussi éviter les effets de groupe et que les ados soient « reclus » en chambre

4. La régulation de l'utilisation des téléphones portables dans votre service vous paraît-elle poser problème ?

Aux 4 Cantons :

Aucun problème ne se pose, les patients sont plus vieux et ont généralement « auto-régulé » les choses par rapport à leur utilisation d'internet et des objets connectés.

A St Vincent :

Les ados plus jeunes sont souvent dans le passage à l'acte, l'immédiateté. C'est parfois plus difficile pour les parents que pour l'adolescent de ne pas avoir le téléphone.

Il peut y avoir des problèmes de photos sur les réseaux sociaux, des patients qui retranscrivent à leurs parents ce qu'ils ont compris/interprété de l'entretien par sms (exemple d'un père qui a porté plainte) sans qu'il soit possible de médiatiser les choses. Le téléphone favorise aussi les liens entretenus entre les patients, et les attaques institutionnelles et personnelles (soignants filmés).

5. Pensez-vous qu'il serait pertinent de faire évoluer le cadre de votre service concernant l'utilisation des téléphones portables lors des hospitalisations ?

Aux 4 Cantons :

Il ne faut rien s'interdire et rester souple, pour le moment cela fonctionne bien

6. Evoquez-vous avec vos patients adolescents leur utilisation du téléphone portable et des TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) ?

Pas systématiquement, seulement si cela a un sens dans le cadre du suivi (par exemple dans le cadre d'une phobie scolaire, poser la question du cyberbullying ; chez des anorexiques, demander si elles ont fréquenté des sites pro-ana)

La question des TIC et du téléphone portable peut être un axe de travail intéressant, mais en faire un outil thérapeutique en tant que tel est compliqué. C'est à la génération des digital natives de se saisir de ces questions.

7. Pensez-vous que l'utilisation actuelle du téléphone portable et des TIC modifie-t-elle le « travail » de l'adolescent, que cela favorise l'émergence de nouvelles pathologies ou une expression symptomatique particulière ?

- La séparation-individuation se fait moins, il y a des difficultés dans l'autonomisation

Ce travail passe plus par les pairs.

- Les TIC modifient probablement notre relation aux autres.

On observe une modification sociétale, avec des traits de fonctionnement type état-limite. On n'a plus de névrosés qui composent avec le manque et la frustration. Avec internet, on a accès à ce tout qu'on veut tout de suite, la question du désir et du manque n'y est plus. On retrouve une prééminence de l'agir sur la pensée, une communication sans pare excitation.

La relation virtuelle autorise beaucoup de choses, le risque relationnel est moins marqué.

Service n°4 :**1. Recueil d'informations générales : Nom du service, du PH, âge des patients accueillis, type de pathologie, durée d'hospitalisation**

Service Adolescents, Hôpital Saint Vincent de Paul, Dr Julien Girard

Les adolescents accueillis ont de 11-12ans jusqu'à 16-17ans. C'est une unité mixte pédiatrie-pédopsychiatrie ou se côtoient différentes pathologies. Sur le plan pédopsychiatrique, il y a des patients anorexiques, déprimés, suicidants, des phobies scolaires etc...Avec la limite de la capacité de contenance du service (pas de chambre d'isolement, service ouvert situé dans un hôpital général. Il y a aussi bien des hospitalisations en urgence que des hospitalisations programmées. La durée d'hospitalisation est variable.

2. Comment l'utilisation des téléphones portables est-elle régulée dans votre service ?

La cadre varie en fonction des situations.

Pour les patient(e)s anorexiques, le téléphone portable est généralement interdit au début des soins, puis progressivement autorisé, parallèlement au travail de préparation de permissions. On travaille la séparation, bien que les visites soient autorisées.

Dans les situations de crise suicidaire, c'est-à-dire d'hospitalisations généralement plus courtes, le téléphone portable est autorisé le soir, de 19h30 à 20h.

Pour toutes les hospitalisations avec des motifs d'entrée initialement somatiques, cela se décide au cas par cas.

3. Pour quelle(s) raison(s) cette utilisation est-elle régulée de la sorte ? En quoi cela participe-t-il, ou non, du cadre thérapeutique des hospitalisations et cela-a-t-il été pensé spécifiquement pour les adolescents ?

Pour ce qui concerne l'anorexie mentale, la question de la séparation est travaillée, en s'appuyant sur les travaux de Philippe Jeammet par exemple.

L'hospitalisation fait distance en soi, mais l'idée est de proposer un cadre thérapeutique différent du cadre environnemental et familial. Pour être thérapeutique, le cadre doit avoir une fonction de pare-excitation. Il faut aider les ados à se remettre

à penser, pour cela ils ne doivent pas être envahis par l'extérieur. Limiter l'utilisation du téléphone vise aussi à les protéger des réseaux sociaux.

4. La régulation de l'utilisation des téléphones portables dans votre service vous paraît-elle poser problème ?

Oui, cela pose parfois des problèmes :

- Transgression du cadre (gardent leur téléphone sur eux, refusent de le rendre à l'heure prévue etc)

- Parfois les adolescents ou leurs parents refusent l'hospitalisation lorsqu'ils apprennent que l'utilisation du téléphone est limitée. Cela arrive surtout pour les hospitalisations en urgence.

Globalement cela se passe bien.

5. Pensez-vous qu'il serait pertinent de faire évoluer le cadre de votre service concernant l'utilisation des téléphones portables lors des hospitalisations ?

Le sujet est parfois évoqué en équipe, dans des temps dédiés aux questions de cadre. Il ne semble cependant pas forcément pertinent de faire évoluer le cadre pour le moment.

6. Evoquez-vous avec vos patients adolescents leur utilisation du téléphone portable et des TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) ?

Oui, bien sûr, en particulier ce qui concerne les réseaux sociaux. Autour des tentatives de suicide notamment, on est parfois surpris d'apprendre les messages laissés par les adolescents avant leur passage à l'acte. Cela « autorise » parfois une intrusion massive des parents.

7. Pensez-vous que l'utilisation actuelle du téléphone portable et des TIC modifie-t-elle le « travail » de l'adolescent, que cela favorise l'émergence de nouvelles pathologies ou une expression symptomatique particulière ?

Cela ne modifie peut-être pas le travail de l'adolescent sur le fond, mais l'accès à l'autonomie est peut-être modifié.

Le téléphone portable et les TIC amplifient parfois certains phénomènes, par exemple le harcèlement.

La question est à considérer d'un point de vue plus large, concernant la société toute entière. On n'a plus l'habitude d'être seul avec soi-même !

Service n°5 :**1. Recueil d'informations générales : Nom du service, du PH, âge des patients accueillis, type de pathologie, durée d'hospitalisation**

Dr Kochman, à la clinique de Lutrémont, accueillant des patients de 15 à 25ans, La durée moyenne d'hospitalisation est de 19jours mais avec des grands écarts entre certaine durée d'hospitalisation, et beaucoup d'hospitalisations séquentielles organisées.

2. Comment l'utilisation des téléphones portables est-elle régulée dans votre service ?

C'est régulé de façon identique entre tous les patients, hormis situation exceptionnelle.

Dès la préadmission le cadre est posé : comme les patients sont « en traitement » toute la journée, ils n'ont pas accès à leur téléphone. Les portables sont laissés dans le PC de soin dans le « casier » individuel du patient. Ils peuvent l'utiliser à partir de 16h30 jusqu'au repas du soir à 19h, librement dans le service. On leur rappelle régulièrement qu'ils n'ont pas le droit de prendre des photos.

3. Pour quelle(s) raison(s) cette utilisation est-elle régulée de la sorte ? En quoi cela participe-t-il, ou non, du cadre thérapeutique des hospitalisations et cela-a-t-il été pensé spécifiquement pour les adolescents ?

Certains jeunes sont dans une relation d'objet extrêmement addictive, et sont incapables de se séparer de leur téléphone. Il y a un risque d'escalade vers d'autres addictions.

Le téléphone portable est un objet de conflits, un objet anxiolytique pour les parents.

La régulation de l'utilisation est liée notamment à l'importance du respect du secret médical (en évitant les photos par exemple)

Avoir tout le temps le téléphone sur soi rend difficile le travail de l'attachement. On doit expliquer au jeune la démarche thérapeutique de séparation.

4. La régulation de l'utilisation des téléphones portables dans votre service vous paraît-elle poser problème ?

Cela pose parfois problème, le règlement étant enfreint : certains patients cachent un téléphone dans leur chambre, refusent de le rendre, rendent une fausse carte SIM en prétextant qu'ils veulent le garder pour écouter de la musique (l'utilisation de la musique peut être très intéressante dans la prise en charge des ados), il y a parfois des photos des patients hospitalisés sur les réseaux sociaux, voire même des groupes sur Facebook dédiés au service.

Par ailleurs les patients restent fréquemment en lien entre eux grâce à l'utilisation de leur téléphone.

5. Pensez-vous qu'il serait pertinent de faire évoluer le cadre de votre service concernant l'utilisation des téléphones portables lors des hospitalisations ?

Pas pour le moment, le cadre a déjà évolué plusieurs fois. Il est déjà arrivé de suspendre de façon transitoire l'accès au téléphone pour tous les patients ou pour un seul.

Cependant la question du téléphone portable est régulièrement un enjeu dans les CME des cliniques Clinéa, la majorité des autres cliniques refusent l'accès au téléphone.

6. Evoquez-vous avec vos patients adolescents leur utilisation du téléphone portable et des TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) ?

Oui, cela paraît nécessaire. Le portable et l'utilisation qui en est faite donne des éléments sur la dimension du lien.

7. Pensez-vous que l'utilisation actuelle du téléphone portable et des TIC modifie-t-elle le « travail » de l'adolescent, que cela favorise l'émergence de nouvelles pathologies ou une expression symptomatique particulière ?

L'utilisation du téléphone portable et des objets connectés en général semble mettre en exergue les tendances addictives, on retrouve parfois des phénomènes addictifs transgénérationnels. Dans ces cas-là, il paraît important de faire de la

psycho-éducation familiale. Le temps passé sur les écrans est un temps de fragilisation du lien.

AUTEUR : HENRY Hélène

Date de Soutenance : Jeudi 26 Mai 2016

**Titre de la Thèse : Comment penser la place des objets connectés en Pédopsychiatrie ?
L'exemple du téléphone portable chez l'adolescent hospitalisé**

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : DES Psychiatrie

Mots-clés : téléphone portable, hospitalisation, adolescents, Pédopsychiatrie, lien, séparation, cadre thérapeutique

Résumé :

Contexte Dans les services de Psychiatrie, l'utilisation du téléphone portable est généralement régulée par le règlement intérieur. Avec l'omniprésence de cet objet dans le quotidien et l'évolution des usages, il s'agit d'un sujet de plus en plus sensible, particulièrement pour ce qui concerne les adolescents, amenant les services de Pédopsychiatrie à se questionner sur la place à accorder au portable et aux objets connectés.

Méthode : En nous appuyant sur une revue de la littérature, nous allons voir quels principes peuvent guider notre réflexion sur la place des objets connectés en Pédopsychiatrie, en prenant l'exemple du téléphone portable chez l'adolescent hospitalisé. Nous étayerons notre pensée sur des entretiens semi-structurés avec des pédopsychiatres abordant leurs pratiques dans les services.

Résultats : La régulation du téléphone portable dans les services de Psychiatrie fait partie du cadre thérapeutique et interroge notamment le principe de séparation. Chez l'adolescent, le portable occupe une place particulière, questionnant le processus de séparation-individuation au cours duquel il semble jouer un rôle important mais paradoxal. Dans certaines indications, l'hospitalisation peut être l'occasion d'interroger la valeur symbolique du lien représenté par le téléphone portable. Limiter son utilisation pourra être une mesure thérapeutique permettant à l'adolescent de vivre la séparation dans une ambiance contenant et apaisée. Lors de longues hospitalisations, il faudra cependant veiller à ne pas isoler l'adolescent de ses pairs en aménageant d'autres possibilités de liens. Dans les situations où le patient est vulnérable et l'ajustement relationnel difficile, il peut être nécessaire de l'accompagner dans ses échanges via les objets connectés.

Conclusion : Le téléphone portable est un objet ambivalent, aux usages en évolution constante. Il nous amène à revisiter les concepts d'autonomie, d'intimité, les questions de lien à l'autre et de dépendance, et convoque également des enjeux liés au virtuel. Les problématiques qu'il soulève nous semblent évoquer la difficulté à faire évoluer le cadre thérapeutique en prenant en compte les évolutions sociétales et culturelles, tout en préservant d'une part les processus développementaux et psycho-affectifs à l'œuvre chez nos patients, et d'autre part les principes fondateurs de l'institution. La connexion permanente qu'il permet questionne sur l'émergence de modalités relationnelles et d'un fonctionnement psychique nouveaux, et sur l'actualité des principes thérapeutiques utilisés, mais offrant aussi de nouvelles perspectives de soin.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Renaud Jardri, Monsieur le Professeur Vincent Dodin,
Madame le Docteur Marion Hendrickx**