



HAL
open science

L'adolescent " voyageur " : rompre, explorer, exister

Alexandra Ronchi

► **To cite this version:**

Alexandra Ronchi. L'adolescent " voyageur " : rompre, explorer, exister. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01732574

HAL Id: hal-01732574

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732574>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

T/NCY / 2005 / RONCHI 2

DOUBLE

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2005

N° 18

180767



THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée
le 25 mars 2005

par

Alexandra RONCHI

née le 4 novembre 1974 à Bordeaux (GIRONDE)

**L'ADOLESCENT « VOYAGEUR » :
ROMPRE, EXPLORER, EXISTER**

JURY :

Madame Colette VIDAILHET	Professeur	Présidente
Monsieur Michel VIDAILHET	Professeur	}
Monsieur Daniel SIBERTIN-BLANC	Professeur	} Juges
Monsieur Georges KUNTZ	Docteur en Médecine	}





THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

le 25 mars 2005

par

Alexandra RONCHI

née le 4 novembre 1974 à Bordeaux (GIRONDE)

**L'ADOLESCENT « VOYAGEUR » :
ROMPRE, EXPLORER, EXISTER**

JURY :

Madame Colette VIDAILHET	Professeur	Présidente
Monsieur Michel VIDAILHET	Professeur	}
Monsieur Daniel SIBERTIN-BLANC	Professeur	} Juges
Monsieur Georges KUNTZ	Docteur en Médecine	}

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Asseseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JULLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF
Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre Maître et Présidente de thèse,

Madame le Professeur Colette VIDAILHET

Professeur émérite de Pédopsychiatrie

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Nous vous savons gré d'avoir éveillé en nous l'intérêt pour la psychiatrie des enfants et des adolescents et d'avoir guidé nos premiers pas.

Nous avons pu apprécier vos qualités pédagogiques et humaines durant vos enseignements et notre stage dans votre service. Nous vous remercions sincèrement de votre écoute bienveillante et de votre disponibilité pendant ces années d'internat.

Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir encouragé et soutenu notre projet d'effectuer un de nos semestres d'internat outre-mer dans le département de la Guyane.

Nous connaissons votre attachement à notre région natale et nous en sommes, permettons-nous de vous l'avouer, très touchée et très fière.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur François FEILLET

Professeur de Pédiatrie

C'est un très grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté de remplacer Monsieur le Professeur Michel VIDAILHET qui ne peut malheureusement pas assister à notre soutenance.

C'est pour nous une occasion de faire votre connaissance et nous en sommes très heureuse.

Nous souhaitons vous témoigner ici toute notre gratitude et notre estime.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Michel VIDAILHET

Professeur de Pédiatrie

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi les membres de ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour avoir bien voulu accorder un intérêt à ce travail en acceptant de le juger. Votre regard ne pourra que l'enrichir.

Recevez ici le témoignage de notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédopsychiatrie

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse.

Vous nous avez guidée avec beaucoup de bienveillance tout au long de ce travail. Nous vous remercions très sincèrement de la confiance que vous nous avez accordée en nous chargeant de sa réalisation.

Nous apprécions vivement vos qualités pédagogiques et humaines. Votre grande culture et votre ouverture d'esprit contribuent à la richesse de vos enseignements et des échanges qui en découlent.

Nous vous savons gré du soutien et de la sympathie que vous nous témoignez chaque jour depuis notre venue dans votre service.

Nous vous assurons de notre estime et de notre admiration.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur Georges KUNTZ

Psychiatre des hôpitaux

Nous vous remercions infiniment d'avoir accepté de siéger parmi les membres du jury.

Nous souhaitons vivement rendre hommage à vos qualités humaines et professionnelles que nous avons eu la chance d'apprécier durant l'année passée dans votre service.

C'est une grande émotion que de vous retrouver à l'occasion de la soutenance de notre thèse. Votre présence est le témoignage de votre profonde gentillesse.

Soyez assuré de toute notre estime et de toute notre reconnaissance.

A ma famille, avec tout mon amour,

A mes parents,

Avec toute mon affection et toute ma gratitude,

A toi maman, femme de cœur,

A ta joie de vivre, ton dynamisme, ton optimisme et ton humour. A ton soutien durant toutes ces années d'études. A notre complicité, nos emplettes et nos fous rires,

A toi papa, grand voyageur,

A ton courage, ton sang-froid, ta ténacité et ta volonté exemplaires. A nos parties de pêche sur le Bassin d'Arcachon et nos parties de rami,

A mes grands-parents,

Pour tout ce que vous m'avez appris et transmis. Avec tout mon respect et toute ma reconnaissance,

A mon frère Nicolas,

Avec toute ma tendresse. A cette passion pour le cinéma que tu m'as fait partager,

A Françoise et « Nono »,

A ces liens si forts qui nous unissent. Pour tout ce que vous faites et avez fait pour moi,

A Laure, Dominique, Audrey, Carole et Fabrice,

Vous êtes une véritable fratrie,

A ma tante Marie-Françoise, mon oncle Jean-Baptiste et mes cousines Florence et Julie,

A tous ces merveilleux moments de mon enfance et de mon adolescence passés auprès de vous,

A mon filleul Nino, dont je suis très fière d'être la marraine,

A notre souvenir commun sur « La bicyclette bleue »,

*A ma grande cousine Dominique, "mère de filleul",
A tes cours de géographie, ta fantaisie et à notre glamour !*

*A la mémoire de mon petit cousin Thomas, mon ami Chady, mon parrain « tonton André »
et de ceux qui nous ont quittés,
Vous êtes toujours présents dans mon cœur,*

*A mes oncles, tantes, cousins, cousines, petits et grands,
Avec toute ma tendresse.*

A mes amis, avec toute mon affection,

A mes amis d'enfance et de faculté,

Pour tous ces moments de stress et de joie partagés pendant toutes ces années,

A Patrick, Anne-Gaëlle et Marlène,

Nous avons grandi ensemble. A ce que nous sommes devenus...

A Stéphanie et Etienne,

Vous qui m'avez toujours « trimballée » partout avec vous !

A Marie-Noëlle,

Toi qui m'as fait découvrir l'île de la Réunion,

A Aude,

Et à notre célèbre binôme,

A « ma » Christine,

A la Guadeloupe et à nos souvenirs d'externat,

A Karine ,

En souvenir des ballets russes, de la R 5 rouge et de nos aventures à la « Thelma et Louise » en Guyane,

A notre belle amitié,

Et à tous les autres...

A mes amis et collègues d'internat,

A la ville de Nancy qui nous a réunis,

A notre merveilleuse complicité et à nos états d'âme !

A Delphine « la grande », Jean-Marie, David, Virginie, Sophie, Laurence, Delphine,

Solenn, Karine et Caroline,

A notre fabuleuse petite troupe,

Mais aussi...

A Stéphanie,

Pour ton soutien, ton éclairage pertinent et tes petits « remontants » si efficaces !

A Laurence G, ma « sœur »,

Pour tout ce que tu m'as enseigné, ton écoute bienveillante, ta patience et ton soutien depuis le début. Avec toute mon affection,

A Marthe, « petit animal des... forêts »,

A notre joyeuse collaboration en Guyane qui a fait naître une grande amitié,

Et enfin...

A Corinne,

Pour ton rôle de « substitut maternel » que tu remplis à merveille !

A Catherine,

Pour ton aide précieuse dans l'organisation de cette soutenance,

A vous tous et à vos familles...

A toutes les personnes qui comptent et ont compté dans ma vie. Elles se reconnaîtront...

A toutes les équipes soignantes avec lesquelles j'ai eu la chance et la joie de collaborer et qui ont participé à ma formation :

A l'équipe du 2^e IJ, service de M. le Professeur Sibertin-Blanc, et aux équipes croisées dans le cadre de la liaison. C'est un honneur de faire partie de votre grande famille,

A l'équipe du 3^e secteur de Psychiatrie adulte, service de M. le Docteur Kuntz (CHS de Jury-les-Metz),

A l'équipe du 4^e IJ, service de Mme le Professeur Vidailhet,

A l'équipe du pavillon Comou-Wassai et du CMP Ouest de la Fédération de Psychiatrie Générale de Cayenne. A M. le Docteur Desvilles et en particulier à M. le Docteur Fort dont j'ai apprécié les qualités professionnelles et humaines,

A l'équipe du 5^e secteur de Psychiatrie adulte, service de Mme le Docteur Verra,

A ceux qui m'ont soutenue à mes débuts dans le service de psychologie médicale de M. le Professeur Kahn,

A l'équipe de l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques, service de Mme le Docteur Pichené,

A toutes les secrétaires, confidentes et aides précieuses, en particulier Martine, Marie-Chantal, Dominique, Patricia et Isabelle. Une mention particulière à Patricia et Sylvie sans qui ce travail n'aurait pu prendre forme,

A mes collègues de Bordeaux et à mes professeurs de l'Université Victor Segalen, Bordeaux II,

A la famille Devrell, ma « famille » d'outre-Manche,

Et à tous ceux que j'aurais oubliés. Qu'ils me pardonnent...

Aux patients et à ce qu'ils nous enseignent tous les jours...

A nos pérégrinations...

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".



SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	25
II.	CLINIQUE DU VOYAGE ET DU VAGABONDAGE A TRAVERS LES EPOQUES ET LES COURANTS.....	28
	A. Les premières observations et catégorisations.....	29
	B. Le phénomène du vagabondage au cours des siècles.....	33
	1. Durant l'Antiquité.....	33
	2. Au Moyen-Âge.....	33
	3. Du XIVe au XVIIIe siècle.....	34
	4. Au XIXe siècle.....	34
	5. Au XXe siècle.....	41
	C. Définitions actuelles et nosographie.....	41
III.	VOYAGE ET PSYCHOPATHOLOGIE.....	44
	A. Voyage et troubles psychotiques.....	45
	B. Voyage et troubles de l'humeur.....	47
	C. Voyage et troubles névrotiques.....	48
	D. Voyage, addictions et troubles somatiques.....	50
	E. Voyage et troubles de la personnalité.....	51
	F. Voyage thérapeutique.....	52
	G. Voyage et rapatriements sanitaires.....	53
IV.	VOYAGE ET ADOLESCENCE : VIGNETTES CLINIQUES.....	55
	A. Le périple de Patrick.....	56
	1. Motif d'hospitalisation.....	56
	2. Biographie.....	56
	3. Anamnèse.....	60
	4. Séméiologie.....	62

5.	Prise en charge institutionnelle.....	63
a.	Modalités.....	63
b.	Entretiens médicaux et infirmiers.....	64
c.	Psychomotricité.....	64
d.	Bilan psychologique.....	65
6.	Evolution clinique.....	66
B.	La fugue de Stéphanie.....	67
1.	Motif de consultation.....	67
2.	Biographie.....	67
3.	Anamnèse.....	68
4.	Prise en charge familiale en ambulatoire.....	68
5.	Evolution.....	71
C.	La désertion de Jean-Christophe.....	71
1.	Motif de son admission aux urgences.....	71
2.	Biographie.....	72
3.	Anamnèse.....	72
4.	Cliniquement.....	72
5.	Evolution.....	73
D.	L'errance de Catherine.....	74
1.	Circonstances de notre rencontre.....	74
2.	Biographie.....	74
3.	Prise en charge psychologique dans le service de néonatalogie.....	76
4.	Evolution.....	77
V.	FUGUE ET PROBLEMATIQUE ADOLESCENTE.....	78
A.	Des premiers pas de l'enfant à la fugue de l'adolescent.....	79
B.	L'adolescence, « passage » déterminant.....	81
C.	La fugue : une mise en acte.....	84
1.	Définitions.....	84
2.	Facteurs de risque environnementaux prédisposants.....	85
a.	Milieu sociofamilial.....	85
b.	Contexte culturel.....	88

3.	Approche épidémiologique.....	90
a.	Le profil du fugueur.....	90
b.	Les différents types de fugues.....	92
-	La fugue sans maltraitance.....	92
-	La fugue avec maltraitance.....	93
-	Les adolescents chassés de chez eux.....	94
-	Les adolescents en errance.....	94
4.	Significations de l'agir.....	95
a.	Problématique identificatoire.....	95
b.	Recherche d'objets narcissiques externes.....	100
c.	Tentative d'autonomisation.....	102
D.	La fugue, symptôme des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent.....	104
1.	Fugue et dépression.....	104
2.	Place de la fugue dans les autres pathologies psychiatriques.....	106
E.	Fugue de l'adolescent face à la maladie somatique.....	107
F.	La fugue et ses dangers.....	108
1.	Répétition des fugues et errance.....	108
2.	Délinquance.....	108
3.	Agressions, pédophilie et prostitution.....	109
4.	Alcoolisme, toxicomanie et complications somatiques.....	109
5.	Passage à l'acte suicidaire.....	110
6.	Disparitions.....	111
G.	Le fugueur et la loi : aspects juridiques.....	111
1.	Généralités.....	111
2.	Extraits du Code Civil.....	114
3.	Extrait du Code Pénal.....	114
4.	L'ordonnance de 1945.....	115
H.	Fugues et désertions en milieu militaire.....	118
VI.	L'ERRANCE OU LE TEMPS SUSPENDU.....	121
A.	Définitions.....	122
B.	Particularités des conduites erratiques.....	126
1.	L'adolescence comme période d'errance.....	126

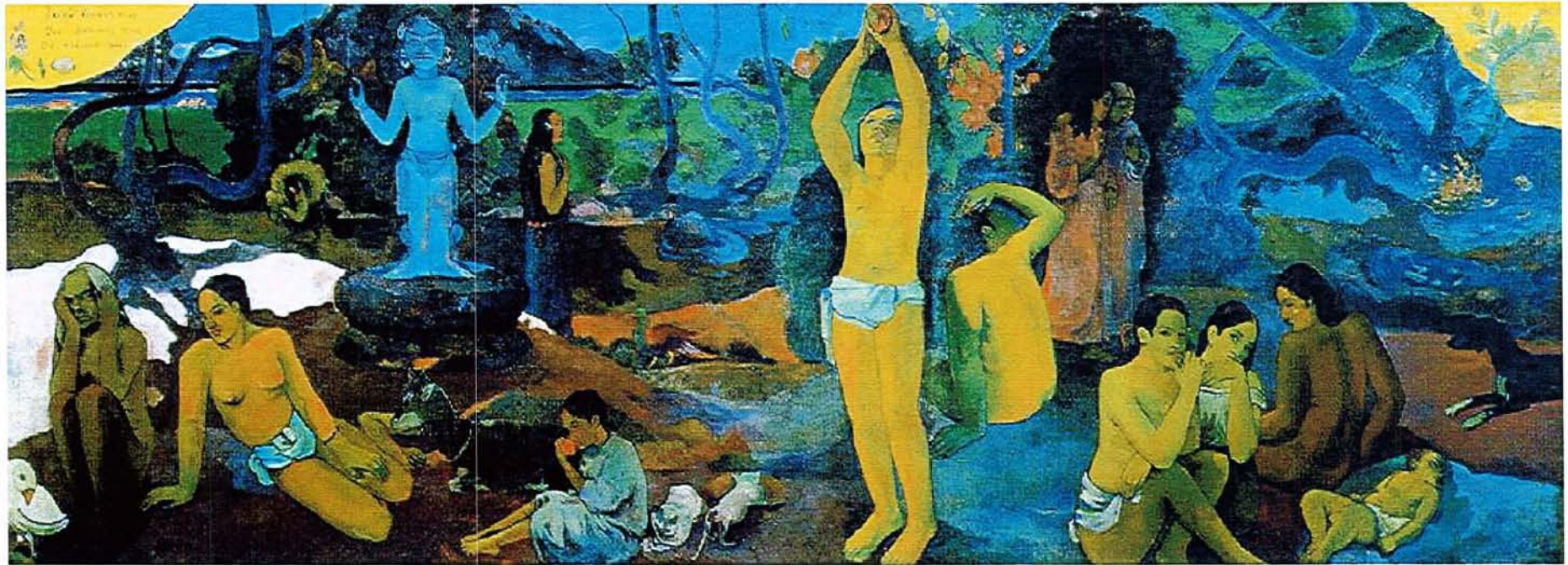
2.	L'impossible « historicisation ».....	128
3.	Vide de la pensée et fonctionnement opératoire.....	130
4.	Représentations de la rue.....	133
C.	Psychopathologie de l'errance.....	134
1.	Structure de personnalité du jeune en errance.....	134
2.	L'errance comme conduite addictive.....	136
3.	Espace géographique, espace psychique et temporalité.....	136
4.	La notion d'objet fantôme.....	139
5.	Devenir de l'errant.....	140
D.	Errance « constructive ».....	141
VII.	LE VOYAGE INITIATIQUE ET LA QUETE DE SOI.....	145
A.	Illustration par les récits initiatiques.....	146
B.	Rite de passage et conduite ordalique.....	148
C.	Quête de l'identité.....	150
1.	Découverte du corps sexué et phénomène des identifications.....	150
2.	Voyager pour se sentir naître, ou renaître.....	151
3.	L'enfant abandonné à la recherche de ses origines.....	153
4.	L'adolescent migrant et le mythe du retour.....	155
D.	Eloignement de la société moderne et expérience de conditions de vie différentes.....	157
VIII.	PRISE EN CHARGE DE CES ADOLESCENTS « VOYAGEURS » :	
	DISCUSSION.....	158
A.	L'hospitalisation.....	159
1.	Le rôle de l'institution.....	159
2.	L'accueil dans l'urgence et la mise en place d'un relais.....	160
3.	Fugue et tentative de suicide : le passage à l'hôpital comme rite initiatique.....	160
B.	La prise en charge familiale en ambulatoire.....	161
C.	Le suivi en psychothérapie individuelle.....	162
IX.	LE VOYAGE : ETAPE OBLIGATOIRE POUR LE MEDECIN ?.....	163

X. CONCLUSION.....167

BIBLIOGRAPHIE.....171

FILMOGRAPHIE..... 184





Paul Gauguin - "D'où venons-nous ? Que sommes-nous ? Où allons-nous ?" - 1897



I. INTRODUCTION

« Aucun apprentissage n'évite le voyage. Sous la conduite d'un guide, l'éducation pousse à l'extérieur. Pars : sors. Sors du ventre de ta mère, du berceau, de l'ombre portée par la maison du père et des paysages juvéniles. Au vent, à la pluie : dehors manquent les abris. Tes idées initiales ne répètent que des mots anciens. Jeune : vieux perroquet. Le voyage des enfants, voilà le sens nu du mot grec pédagogie. Apprendre lance l'errance. »

Michel Serres (de l'Académie française),

Le Tiers-Instruit

« Les voyages forment la jeunesse » affirme le fameux dicton. L'adolescence est par définition un temps d'errance, une période de transition où le jeune pubère doit accomplir un chemin, un parcours, pour passer de l'enfance à l'âge adulte. C'est durant cette période que vont se poser les questions de la séparation, l'autonomisation, l'identité et du corps sexué. L'adolescent en crise identitaire va remettre en cause les identifications, abandonnant certains choix antérieurs, rompant avec le monde de l'enfance et les objets d'amour infantiles, afin de trouver sa propre vision du monde. La fugue va faire état d'une protestation à l'encontre des exigences parentales et d'une volonté d'individuation.

Le départ de l'adolescent pour un voyage, qu'il soit fugue, vagabondage ou voyage initiatique, va signer la rupture. Rompre, c'est casser, briser, se séparer, se disperser, c'est faire cesser ou mettre fin à quelque chose, c'est renoncer soudain à une habitude, c'est s'opposer. Rompre, c'est également quitter ce qui est connu, le monde de l'enfance, pour grandir et devenir adulte. Dans sa fuite, l'adolescent va explorer des lieux, va observer et étudier attentivement ce qui l'entoure, va rencontrer des gens, va découvrir de nouvelles émotions, de nouvelles sensations, va apprendre en se confrontant à ce qui lui est inconnu, et va, de ce fait, pouvoir se forger sa propre identité d'adulte, se construire et exister par lui même.

A l'occasion d'un semestre d'internat dans les DOM-TOM, nous avons rencontré Patrick, jeune homme originaire de la population des « Petits Blancs des Hauts » à l'île de la Réunion, venu en Guyane dans le but de se suicider sans laisser de trace. Nous avons été interpellée par son parcours et nous sommes demandée ce qui pouvait bien pousser un adolescent, ou un jeune homme dans une problématique adolescente, à partir de chez lui et à se mettre en danger de la sorte.

A notre retour en Lorraine, nous avons fait la connaissance de Stéphanie, lycéenne qui avait fugué de la maison pendant vingt-quatre heures. Nous avons repensé à Patrick et nous sommes aventurée à réfléchir sur les liens qu'il pouvait y avoir entre ces deux passages à l'acte, concrétisés sous la forme de deux départs, deux fuites, deux voyages différents et pourtant si proches.

Par la suite, durant nos gardes aux urgences de Nancy, nous avons croisé des jeunes « perdus », « déboussolés », comme Catherine, mère adolescente qui ne rentrait pas toujours au centre maternel où elle était hébergée, et son compagnon Jean-Christophe, qui avait déserté

l'armée alors qu'il était engagé volontaire. Nous avons alors décidé de faire du voyage des adolescents l'objet de notre travail.

A partir de l'histoire singulière de ces jeunes que nous avons rencontrés, nous avons tenté d'articuler le phénomène du voyage des adolescents, qu'il soit fugue, désertion, errance ou voyage initiatique, avec la problématique de l'adolescence et la construction identitaire, afin de mieux comprendre la signification de cette mise en acte.

Nous avons voulu, dans une première partie, rappeler la clinique du voyage de manière plus globale dans sa psychopathologie chez l'adulte et son évolution au cours des siècles. Nous avons détaillé ensuite les quatre situations cliniques choisies pour ce travail. Avec l'aide de quelques données épidémiologiques déjà publiées et de la clinique psychiatrique et psychanalytique à l'adolescence, nous avons tenté de comprendre et de donner un sens à ces phénomènes de départ, de fuite brève ou prolongée de ces jeunes, qui passent à l'acte faute de pouvoir mettre en mots. La fugue, l'errance et le voyage initiatique font l'objet de trois grandes parties. Nous avons illustré nos propos par des exemples littéraires et cinématographiques puisque la psychiatrie nous offre cette chance de pouvoir ouvrir notre réflexion sur d'autres champs que la médecine. Nous nous sommes enfin demandée si le voyage était pour nous, médecins, un passage obligé dans la connaissance de notre métier, des patients et de nous-même.

II. CLINIQUE DU VOYAGE ET DU VAGABONDAGE A TRAVERS LES EPOQUES ET LES COURANTS

« Cette façon qu'ont tous les hommes d'être toujours en chemin... Au fond, rien ne nous paraît plus étrange qu'un homme qui ne bouge pas. »

Hugo von Hofmannsthal,
Chemins et rencontres, 1907

A. Les premières observations et catégorisations

Voyager peut soigner. Dès l'Antiquité, le voyage, parfois associé à un pèlerinage, était utilisé en thérapeutique et mis à profit par les médecins comme moyen curatif de la mélancolie et de l'aliénation.

Michel Foucault propose la thèse du renfermement des fous et voit dans la fondation en 1656 de l'Hôpital Général de Paris l'acte premier de ce grand renfermement. En fait, les « insensés » sont plutôt minoritaires. Ce sont surtout les mendiants, les libertins, les galeux, les prostituées, les vénériens et les enfants trouvés qui vont être internés de plus en plus souvent. Depuis le XVII^e siècle, la misère, le chômage, l'urbanisation créent une population errante grandissante. Ce phénomène s'étend à toute l'Europe mais les idées de l'époque ne s'orientent pas vers la charité mais vers l'enfermement des pauvres.

Le voyage, en tant que symptôme psychopathologique, a fait depuis la fin du XIX^e siècle l'objet de nombreuses études. Magnan avait effectué des observations cliniques de voyageurs aliénés et avait mis en place une théorie sur les climats et les tempéraments. Il avait observé les effets thérapeutiques du mal de mer ou de l'air marin sur la tuberculose. La modalité du voyage, comme par exemple le déplacement à cheval, aidait au relâchement du système nerveux (26).

En 1838, Esquirol avait abordé la folie dans une perspective comparative, historique, géographique et culturelle. Il parlait de « *dromomanie* », ou volonté impulsive au voyage, qui appartenait aux monomanies (psychoses délirantes chroniques). Il lui arrivait de prescrire le voyage sur ordonnance (70).

A l'avènement d'une nosographie psychiatrique au XIX^e siècle, la valeur séméiologique de rupture, d'effraction dans le vécu, de passage à l'acte des voyages a été reconnue, tout en soulignant la signification multiple de ces conduites. Le voyage pathologique, replacé dans l'histoire du sujet, permettait de lui donner un sens.

En 1875, les travaux de Foville concernaient « *les aliénés voyageurs ou migrants* ». Le patient partait pour fuir ses persécuteurs, ce qui pouvait le conduire à faire des milliers de

kilomètres (26). Il avait décrit une dizaine de cas, mettant en évidence celui des fugueurs, capables de relations sociales, pouvant demander des indications, trouvant une solution raisonnable et réfléchi à des problèmes fous, s'expatriant pour échapper à l'ennemi imaginaire. L'acte était réfléchi et conscient, le voyage linéaire et polarisé, même si la finalité était délirante. A noter que les foyers géographiques étaient le plus souvent les grands ports comme Le Havre ou Bordeaux.

En 1880, Charcot avait tenté d'unifier l'ensemble des voyages pathologiques sur un modèle théorique, à savoir *l'automatisme ambulatoire* dont est rattachée la *fugue épileptique* (4). Les manifestations motrices de l'épilepsie entraînaient des comportements de fugue plus ou moins prolongés. La durée importait peu, qu'elle soit de quelques jours ou de plusieurs mois, il s'agissait du même modèle. Grâce à l'automatisme ambulatoire, Charcot unifie quatre modèles cliniques différents :

- *l'amnésie traumatique*, provoquée par un traumatisme physique ou crânien pouvant être suivi d'une période où le sujet poursuit son activité motrice sans qu'il n'en garde le souvenir ;
- *les épilepsies non convulsives* dont le vertige épileptique, très controversé, où surviennent des actes soudains et irrationnels sans aucune conscience des choses ;
- *le somnambulisme* (4, 26), bien décrit par Pinel, Janet et Mesnet, qui parlait des « *automates somnambuliques* », « instruments aveugles obéissant aux impulsions d'une volonté inconsciente », avec l'idée que les somnambules « souffrent de réminiscences » où, au cours des accès, les souvenirs anciens refont surface et éclairent l'étrangeté de leur comportement. Trois types de somnambulisme seront distingués : le somnambulisme naturel (controversé), le somnambulisme provoqué (par hypnose), le somnambulisme spontané pathologique (celui de l'hystérie). Ce que l'on appelait au XIXe siècle « *dédoublements* », et pas encore dissociation, fut illustré par le somnambulisme avec oubli de l'épisode au réveil (62) ;

- *les voyages d'aliénés*, négligés un peu par Charcot. C'est le fils de Foville, en se situant près du port du Havre, qui observera plusieurs cas, comme les persécutés fuyant leurs persécuteurs, ou les hallucinés accomplissant les actes dictés par leurs voix...

Charcot avait également décrit la fugue comme équivalent hystérique lors de grandes crises démesurément prolongées, se référant à « *l'automatisme ambulatoire hystérique*. » Mais il existait des fugueurs, ni épileptiques, ni hystériques, dont le déplacement était conscient et mnésique mais tout de même pathologique (26). Il s'agira d'un troisième type de fugue, la *fugue « névropathique*. » Concernant initialement l'épilepsie et l'hystérie, la notion de fugue va être par la suite appliquée à la neurasthénie et la psychasthénie, puis étendue à de multiples maladies mentales, perdant toute signification.

Le modèle de la fugue, élaboré par la neurologie et la psychiatrie, sera ensuite utilisé pour rendre compte du phénomène social du *vagabondage* au XIXe siècle (4). Charcot va le ranger dans *l'hystéro-neurasthénie*. Il sera démontré que la majorité des vagabonds arrêtés sont des malades mentaux. Par la suite, on émettra même l'hypothèse d'un « vagabondage de race », en référence aux peuples nomades.

Pour le même comportement, le vagabondage concernerait les pauvres tandis que les riches ne seraient perçus que comme des explorateurs satisfaisant leur curiosité intellectuelle. Cette théorie du vagabondage comme entité pathologique est critiquable. On ne peut méconnaître le contexte socio-économique et de lieu conduisant à la fugue comme les casernes ou les asiles. Mais le choix de considérer l'automatisme ambulatoire comme une forme d'épilepsie amènera à considérer le principe d'irresponsabilité pénale des crimes et délits commis lors d'accès épileptiques.

Régis, en 1893, va s'intéresser aux impulsions conscientes et reprendra le terme de « *dromomanie*. » Elève de Pitres, ils rendront compte de la tendance impulsive à voyager, de statut comparable aux autres comportements impulsifs connus comme la dipsomanie, la kleptomanie ou la pyromanie. C'est ainsi qu'on décrira la fugue du neurasthénique, consciente et mnésique, survenant après une longue et douloureuse lutte intérieure. Il attribuera l'automatisme mental de la neurasthénie à une forme de dégénérescence.

A la fin du XIXe siècle, on retrouve trois étiologies, à savoir *l'épilepsie, l'hystérie et la psychasthénie*. Puis on repère des entités cliniques très différentes comme la fugue alcoolique, décrite antérieurement par Lasègue, la fugue du dipsomane, celle relative à la maladie de Basedow, la fugue du paranoïaque, du mélancolique, du dément, du psychotique, la fugue confusionnelle, etc. On parlera de « *psychose migratrice* », de « *paranoïa ambulatoire* », de « *manie ambulatoire* » chez le sujet atteint de maniaco-dépression ou folie circulaire, d'« *automatisme confusionnel* », et par la suite de « *fugue hétérophrénique* » décrite par Kraepelin au sujet des démences précoces, que nous appelons aujourd'hui schizophrénies (4).

Aujourd'hui, sous le terme d'*hystérie dissociative*, on rassemble des formes cliniques qui s'expriment par des troubles du comportement et de l'activité mentale dont la nature s'apparente aux *hystéries de conversion*. Sont aussi décrits les *amnésies psychogènes, les fugues psychogènes et le trouble « personnalité multiple*. » L'absence de trouble physiologique et le rôle des traumatismes affectifs semblent acquis.

La *fugue psychogène* (ou *fugue dissociative*) se caractérise par le départ inattendu et soudain du domicile ou du lieu de travail, accompagné d'un sentiment de perte d'identité ou d'une amnésie psychogène portant sur l'existence habituelle. Dans certains cas, le sujet est perplexe et désorienté. Dans d'autres cas, c'est impulsivement qu'il s'engage dans une errance qui dure quelques jours. Durant cette période, les contacts sociaux demeurent pauvres, souvent évités. La fin de l'épisode est généralement brusque et le retour dans le cadre habituel de vie se fait aussi soudainement que la fugue a commencé. Le sujet peut alors garder un certain souvenir des événements et des pensées qui ont accompagné l'épisode. Il se montre alors réticent pour les évoquer. Parfois, une amnésie lacunaire s'établit (102).

Toutes les formes de transition peuvent s'observer entre l'amnésie et la fugue psychogène. Les facteurs déclenchants peuvent être une consommation massive d'alcool, des stress psychosociaux sévères (guerre, catastrophe naturelle, conflits affectifs, événement de vie brutal). Parfois, la fugue se poursuit plusieurs mois et comporte des voyages compliqués au cours desquels le sujet peut parcourir de longues distances. On peut se demander si l'état mental ne se modifie pas au cours du temps et si, après une période aiguë de fugue dissociative, le sujet ne se pose pas de manière plus consciente dans un état prolongé d'errance.

B. Le phénomène du vagabondage au cours des siècles

1. Durant l'Antiquité

Pendant l'Antiquité, *l'éphèbe* vagabondait au sein d'un petit groupe, à l'écart de la cité d'Athènes, dans l'attente des rites d'initiation au statut de citoyen (55).

De manière plus générale sous l'Antiquité, le phénomène du vagabondage est engendré par des perturbations politiques, où les hommes chassés de leurs terres migrent vers la ville pour mendier et subissent la concurrence des travailleurs. La dissolution de l'empire d'Alexandre le Grand entraîne une nouvelle vague d'errants, d'hommes sans attache. Les différences sociales et économiques s'accroissent. Dès le VIIe siècle, les vagabonds mendient aux portes des couvents car le devoir de charité leur est accordé par l'Eglise, même s'ils sont considérés comme des pêcheurs victimes du châtement de Dieu (23).

2. Au Moyen-Âge

Entre le XIe et le XIIIe siècle, la forêt recouvre notre territoire et des groupes de paysans se déplacent à l'intérieur de cette forêt. Le déplacement fait partie du mode de vie. Puis ces groupes se fixent progressivement, c'est la naissance du village. Les groupes de paysans, les familles, se fixent autour du château du seigneur et de la paroisse. On assiste à une sorte de stabilisation du monde mais la forêt garde son attrait. Elle est le monde étrange où l'on peut progresser et encore conquérir quelque chose. Ainsi le monde paysan se fixe mais il reste des marginaux qui continuent à gagner leur vie dans la forêt : d'un côté l'image du braconnier, de l'autre l'errant, figure aristocratique et chevaleresque qui ose braver les ténèbres et le froid à la recherche du mystère, du salut. C'est le temps des pèlerinages, en groupe ou en solitaire (79).

L'errance se caractérise à cette époque par la forte mobilité géographique de la société. Au XIIe siècle, pèlerins, marchands, colporteurs, chevaliers, mendiants et brigands circulent partout en Europe. L'expansion du christianisme favorise le développement du vagabondage car l'Eglise favorise la charité et l'assistance. L'Eglise consacre la sainteté de la vie de pauvre.

3. Du XIV^e au XVIII^e siècle

A la suite de la famine provoquée par la Grande Peste de 1348 venue d'Orient, une grande vague de misère s'installe en France, source de migration. C'est à cette époque qu'apparaît le terme de vagabondage, associée à l'idée de mendicité et de mobilité géographique. En 1350 apparaît la législation contre les mendiants, le vagabondage étant considéré comme un délit. Les déplacements doivent être justifiés, soit dans un but spirituel comme les pèlerins, soit dans un but économique comme les marchands et les colporteurs. En 1614, l'emploi forcé des vagabonds devient systématique dans les galères qui servent aux grandes conquêtes. En 1656 apparaît la mesure plus radicale de l'enfermement des mendiants et des vagabonds lors de la création de l'Hôpital Général de Paris. L'errance est due à la pauvreté et aux conditions matérielles difficiles mais aussi à la maltraitance familiale et à l'abandon.

Le XVII^e siècle voit l'apogée de la charité et de la bienfaisance. La Révolution institue un service national d'assistance et confisque les biens des institutions charitables. A la fin du XVIII^e s'organisent les secours publics obligatoires pour les indigents.

4. Au XIX^e siècle

Au XIX^e siècle, l'errance vagabonde est très mal perçue tandis que l'errance contrôlée est appréciée mais seulement pour les garçons. Les filles ne font pas les voyages d'apprentissage que l'on encourage dans les milieux aristocratiques. L'idéal pour une jeune fille est la maison, c'est là qu'elle fait ses apprentissages. La rue, le monde, la ville représentent quelque chose de très dangereux pour une jeune fille vertueuse cantonnée aux futurs rôles de maîtresse de maison et de mère de famille (79).

Alors que le modèle éducatif aristocratique pousse l'adolescent (le garçon mais pas la fille) à partir pour connaître le monde extérieur, il y a au XIX^e siècle une stabilisation, un enclassement de la société dans la famille. Les jeunes rêvent alors de sortir, quitter la famille ou l'internat. Ce désir d'errance se manifeste par la fugue. L'adolescent fugueur est une figure classique dans les internats du XIX^e siècle ou les maisons de correction des classes populaires. Il va chercher à sortir physiquement, faire le mur, et quand cela n'est pas possible, il va fuir

dans l'imaginaire et se réfugier dans la lecture. La littérature de voyage connaît une grande vogue auprès des adolescents à cette époque, ce qui explique le succès de Jules Verne.

Par ailleurs, les adolescents, surtout les garçons, écrivent beaucoup et souvent en cachette. La lettre est une forme de sortie, de fugue à l'extérieur du territoire dans lequel on est confiné. Les filles, encore plus surveillées, s'expriment davantage dans leur journal intime. C'est d'ailleurs toujours le cas aujourd'hui puisque les adolescentes que nous rencontrons nous confient parfois l'existence de ce fameux recueil de secrets. Le jeune chanteur Bénabar y fait référence dans sa chanson « Adolescente » : « *Tu claques la porte de ta chambre... Tu sors de sa cachette ton journal intime... Tu racontes entre deux larmes qu'un jour tu vas fuguer...* » Dans le journal intime des adolescentes au XIXe siècle, on y voit apparaître des projets de vie mais aussi des formes de rébellion contre l'éducation qui leur est imposée. L'imaginaire de ces jeunes gens va se nourrir d'un ailleurs. Le garçon va y trouver la vocation d'officier de marine, la jeune fille partira dans les missions coloniales d'évangélisation comme en Afrique. Il y a donc d'une part une errance qui concerne les classes bourgeoises et qui s'apparente au voyage initiatique, en mettant en avant la positivité et la créativité, d'autre part l'errance imaginaire des jeunes (79).

Cependant le phénomène de l'errance et du vagabondage inquiète. Contrairement au migrant qui part d'un point pour aller à un autre, sait ce qu'il veut et peut rendre service sur le plan économique, le vagabond, lui, ne sait pas où il va et l'on s'en méfie. Au XIXe siècle, avec l'apparition du Code Pénal de Napoléon, les vagabonds sont désignés comme « ceux qui n'ont ni domicile certain, ni moyen de subsistance et qui n'exercent habituellement ni métier, ni profession » (23). La loi éprouve le besoin de cibler cette population et de l'éloigner. On note un nombre très important de lois, décrets et circulaires qui correspondent à l'accroissement du phénomène dans les années 1880. Les politiques sociales commencent à naître avec l'apparition du capitalisme. C'est en 1893 que sont votées les lois d'assistance. « *Le vagabondage mène au crime, à l'anarchie ou à la maladie* », disait-on au XIXe siècle (55).

Parmi ces vagabonds se trouvent beaucoup de jeunes de familles pauvres dont les parents ne peuvent subvenir à leurs besoins. Ils se retrouvent en apprentissage, coursiers effectuant les tâches ingrates, corrigés par leur maître et finissant par partir. Pour les filles, c'est plus délicat. Elles sont souvent employées comme bonnes à tout faire dans des familles bourgeoises au risque de tomber dans la prostitution.

Les institutions de prévention et de sanction contre le vagabondage sont le petit séminaire, les écoles militaires, les maisons de correction où les adolescents sont isolés, sermonnés, et remis au travail. Les institutions de l'Etat et de l'Eglise se substituent aux familles défaillantes dans leur rôle éducatif (79).

Victor Hugo illustre le sort des malheureux vagabonds dans son roman « Les Misérables », paru en 1862, défendant les pauvres et les opprimés et amenant à une réflexion sur la façon d'améliorer leur sort (34). Le mot « *misérable* » désigne à la fois les pauvres et les malfaiteurs, deux catégories liées, la misère poussant fréquemment au crime. Ce phénomène du vagabondage est illustré par deux personnages emblématiques : Jean Valjean, forçat libéré après vingt-ans de bagne, et Gavroche, enfant des rues abandonné par ses parents. Ce dernier devient la figure type de ces gamins errants, alors nombreux dans les rues de Paris, pointant la fragilité des liens familiaux chez les malheureux.

Au XIXe siècle, la rue est l'ennemi, elle est synonyme de danger. C'est un lieu de débauche et de perdition, donc un lieu interdit. Le XIXe siècle a peur de ses adolescents errants. On les surveille car l'on craint toujours qu'ils n'échappent au regard de l'adulte. La ville est la matrice principale du territoire de l'errant (48).

Plusieurs tentatives de catégorisation des différentes variantes cliniques du voyage-symptôme ont été proposées. Benon et Froissart en 1908 opposent les « *fugues* » et les « *vagabondages*. » La fugue serait une réaction antisociale et représenterait « un acte morbide de l'activité, accidentel, transitoire, qui survient toujours par accès, au cours duquel le malade exécute un déplacement anormal, marche, course, voyage... sous l'influence de troubles psychiques. » Le vagabondage est au contraire « un état morbide habituel de l'activité au cours duquel le malade exécute des marches, voyages, sous l'influence de troubles psychiques. » Les frontières entre ces deux types de symptômes sont imprécises et reposent essentiellement sur la notion de durée (98).

A la fin du XIXe siècle, la fugue était considérée comme une maladie de la mémoire ou *amnésie dissociative*. L'épidémie d'aliénés voyageurs à la fin du XIXe siècle a conduit à la description des personnalités multiples et à la notion de *fugue dissociative*.



Emile Bayard - "Gavroche" - 1892

La fin du XIXe siècle en France est marquée par la conquête coloniale et deux phénomènes sociaux importants que sont le tourisme romantique et le vagabondage criminel (58). Sur le thème du vagabondage criminel, citons pour exemple le film de B. Tavernier « Le juge et l'assassin » (115), où ce militaire réformé incarné par Michel Galabru, ce « *cheminot* » de la fin du XIXe siècle, avec les deux balles de pistolet restées dans sa tête après sa tentative de suicide, jalonne ses errances de crimes abominables. Il est question d'ailleurs de la responsabilité pénale et du problème posé par les vagabonds à cette époque, sur fond de lutte des classes.

Ian Hacking, qui s'est toujours intéressé à « *la manière de façonner les gens par la création des classifications et des concepts* » (58), a étudié dans « Les fous voyageurs » (56) le processus de médicalisation des vagabonds de la fin du XIXe siècle (12). L'auteur raconte l'histoire d'Henri C., « *demi-fou à fugues, qui a « déserté » plusieurs fois, a fait les voyages les plus invraisemblables, et aurait fini par être très gravement condamné par les conseils de guerre si l'autorité militaire n'avait pas provoqué une expertise médico-légale sur le degré de sa responsabilité.* » Son médecin le Docteur Grasset (1849-1918) s'était intéressé au cas de ces personnes et interrogé sur leur degré de folie. Si le Docteur Grasset n'avait pas rédigé un rapport remis à la loi concernant son patient, évoquant les « demi-fous » à responsabilité atténuée, Henri C. aurait été condamné à mort en temps de guerre. Le but était de protéger les déserteurs de la loi martiale.

Ian Hacking évoque également la passion du psychiatre bordelais P. Tissié pour son patient Albert Dadas, déserteur décrit comme « *aliéné* » ayant fait des voyages extraordinaires, symbole de l'épidémie de vagabondage ayant eu lieu en France entre 1887 et 1909. Le cas de ces patients a permis de considérer la *fugue dissociative* comme moyen inconscient de s'évader de l'armée et le rôle des médecins (et aujourd'hui des psychiatres) utilisant leurs diagnostics pour sauver les déserteurs des peines les plus sévères, la loi de 1885 sanctionnant lourdement le vagabondage. Tissié avait listé cinq types de fugueurs : *le délirant, l'halluciné, le dément, l'impulsif et le captivé* (cas de Dadas). Il a également mentionné d'autres psychoses comme causes de fugue : l'érotomanie, l'anthropophagie et la lycanthropie (prendre la forme d'un animal à savoir le loup et se comporter comme lui) (57).



Philippe Noiret et Michel Galabru dans "Le juge et l'assassin"

Ian Hacking tente de saisir par quels cheminements logiques, dans telle ou telle civilisation, « *un comportement particulier* », le voyage par exemple, peut être considéré comme « *une manière d'être fou.* » En quoi s'agit-il d'un voyage pathologique ? Est-ce un voyage fou ou le voyage d'un fou ? Un type de folie passagère ou le symptôme intermittent d'une folie sous-jacente ? Le fait que le voyageur mène d'ordinaire une vie sédentaire banale rend difficile ou peut-être au contraire plus facile le diagnostic d'aliéné (12).

Parallèlement aux Etats-Unis, en 1850, La Société médicale de l'Etat de Louisiane nomme une commission pour étudier les caractéristiques de la race noire (57). Les esclaves qui tentent d'échapper à leurs maîtres sont déclarés par les médecins blancs comme fous et atteints de « *drapetomanie* », mot tiré d'une racine grecque signifiant s'enfuir. Entre 1890 et 1905 sont décrits sur le continent américain des hommes jugés mentalement dérangés, qui voyagent, parfois sur de très longues distances. Une fois en fugue, ils perdent tout sens de leur ancienne identité et ne gardent aucun souvenir des lieux traversés. Dans certains cas, ces souvenirs peuvent être rappelés sous hypnose. Mais ces sujets ne sont pas considérés comme des fugueurs et l'automatisme mental ne figure pas dans les interprétations.

Certains iront même jusqu'à parler d'une tendance innée dans la race humaine au *nomadisme*, inhibé par la civilisation et la culture. La colonisation et la conquête de l'Ouest illustrent ce besoin qu'a l'homme de se déplacer pour acquérir des territoires et donc de la puissance.

Les voyageurs aliénés seraient affligés de faibles inhibitions, dues à une dégénérescence héréditaire. On parle de « *double conscience ou de personnalité multiple.* » La notion de spiritisme était très présente et favorisait le diagnostic de double personnalité. La fiction, d'ailleurs, déborde de personnalités multiples. Le manque d'intérêt des anglophones pour la fugue est d'une part que la personne qui part s'installer ailleurs ne revient pas, et d'autre part que ni l'Empire britannique ni l'Amérique n'ont d'armée de conscription, les déserteurs représentant une part importante des fugueurs en France et en Allemagne.

5. Au XXe siècle

Les deux guerres mondiales ont pour effet de diminuer le nombre de condamnations pour vagabondage. La guerre a un fort pouvoir de résorption des vagabonds car ceux qui n'étaient pas au front avaient la possibilité de trouver facilement du travail. Les années post-soixante-huit voient apparaître le terme de *marginal*, en rupture par rapport au « système. » Au terme de vagabond se substituent les termes de *routard*, *errant*, « *sans domicile fixe*. » Ce changement de terminologie est en rapport avec l'évolution des politiques d'action sociale. La question de l'errance est depuis toujours au cœur de notre société. Remettant en cause la valeur du travail, modèle prédominant dans notre société moderne, ces catégories de population déroutent, embarrassent et peuvent être perçues comme menaçant l'ensemble de la cohésion sociale.

Nous n'aborderons pas dans ce travail la population des « gens du voyage », où le nomadisme, phénomène culturel, constitue un mode de vie.

C. Définitions actuelles et nosographie

Dans les classifications internationales, le voyage en tant que symptôme n'apparaît guère que dans la catégorie diagnostique des *troubles dissociatifs* du DSM-IV (35), dans la rubrique « *fugue psychogène* », départ soudain et inattendu du domicile ou de son lieu de travail, accompagné de l'impossibilité de se souvenir de son passé, adoption d'une nouvelle identité (partielle ou complète), la perturbation n'étant pas due à un trouble mental. Dans la CIM-10, ce diagnostic est repris sous la dénomination de « *fugue dissociative* », F 44.1 (19). L'errance ou la perte du lieu d'origine peut être associée à l'amnésie d'identité, où l'on retrouve fréquemment la notion d'un deuil non fait en rapport avec une problématique de l'identification et de la filiation (39).

La nosologie psychiatrique a longtemps voulu individualiser sous l'appellation conventionnelle de « *voyage pathologique* » un déplacement dont la logique sous-jacente ainsi que les motivations sont liées à une activité psychologique de type délirant ou hallucinatoire,

entité à l'autonomie floue et problématique. Il s'agit d'un trouble comportemental aux apparences nosologiques multiples et variées.

Tout voyage peut être cause ou symptôme. Le voyage, défini comme le déplacement d'une personne qui se rend en un lieu éloigné, apparaît porteur de plusieurs significations : d'abord le voyage *pathogène*, où le changement d'environnement produit ou révèle la folie, puis le voyage *pathologique* où le déplacement est reconnu comme conséquence de la pathologie, enfin le voyage *thérapeutique* et le thème du pèlerinage, et pour finir, le voyage *formation* et la tradition initiatique (26).

Le voyage se constitue tout à la fois en initiation et en mise à l'épreuve à l'adolescence, quête d'un accomplissement. Rupture dans le vécu immédiat, véritable passage à l'acte, le voyage peut représenter l'aboutissement d'une longue méditation spirituelle, d'une élaboration délirante, ou les deux à la fois. Voyage initiatique, voyage pathologique et voyage thérapeutique sont souvent confondus (70).

Pour certains auteurs, toute folie est métaphore d'un voyage et tout voyage est susceptible de se constituer en métaphore de la folie. Certains jeunes prennent des toxiques pour « délirer », faire un voyage, un trip, sortir du sillon.

En psychiatrie, tout voyage peut être cause ou symptôme, de par le changement d'environnement, la perte des repères. Il peut déclencher un trouble, le révéler ou le donner à lire. Il constitue un symptôme inaugural ou évolutif de plusieurs tableaux cliniques. On peut se demander sous quels aspects le voyage constitue un événement particulier et un risque pour l'intégrité psychique d'un sujet, un événement de vie pouvant précipiter ou aggraver des désordres somatiques et psychopathologiques (82).

Le voyage pathologique proprement dit peut être défini par le déplacement plus ou moins long et durable, sous-tendu par une activité délirante, se distinguant ainsi des autres types de déplacement comme le nomadisme, la fugue, l'errance, le vagabondage, les voyages névrotiques ou déambulations hystériques (105). Les étiologies de voyage pathologique peuvent regrouper également les épilepsies temporales, les états crépusculaires, le voyage onirique, administratif (mutations professionnelles nombreuses sous-tendues par une symptomatologie délirante de persécution).

Dans le voyage pathologique, le voyage est plutôt acte symptomatique que facteur précipitant. Il est le produit d'une idée délirante ou déraisonnable se soldant par des évolutions plus ou moins compliquées sur place. La définition habituelle peut être étendue à des cas où les troubles ne sont pas manifestes au départ mais sont latents dans le projet de voyage, élaborés par un sujet dans une situation psychosociale instable (82).

Le voyage touristique est aujourd'hui souvent marqué par ce double aspect de la rupture des repères habituels et de la quête d'un univers inconnu. C'est dans cette quête d'aventure, de nouvelles sensations que le sujet s'imagine étendre les limites de son expérience au risque d'y rencontrer une brutale effraction du réel par des mésaventures. A cela peuvent s'ajouter les problèmes somatiques, fréquents lors des voyages, ayant une répercussion psychique accrue. Les cas de voyage comme transgression de l'interdit, avec expériences de toxicomanie locale, peuvent être rattachés à une structure psychopathique ou un état limite (70).

Certaines « décompensations psychiatriques » peuvent être provoquées par la rencontre avec des lieux spécifiques de sujets exempts de tout antécédent psychiatrique. Freud décrivait dans sa lettre à Romain Rolland ce « *sentiment d'étrangeté* » éprouvé lors de sa visite de l'Acropole en 1904 (43). Stendhal avait décrit le vertige déclenché par la contemplation de la beauté de certaines villes italiennes. Ce phénomène est d'ailleurs cité sous le terme de *syndrome de Stendhal* (82, 106, 20). Certaines destinations sont favorables au déclenchement de pathologies mentales. C'est l'exemple typique du voyageur parti à la découverte d'un lieu mythique. Il peut ressentir une vive déception en constatant le décalage entre la réalité et l'idéal qu'il s'était imaginé ou bien se trouver dans un état où le rêve devient réalité (92).

Le voyage, devant la prise de risque et la mise en danger, peut comporter un risque de décompensation psychologique. Cependant, la recherche de déstabilisation fait intrinsèquement partie de l'attrait pour les voyages et peut être la source d'un enrichissement de l'expérience subjective (106). Ce lien entre psychopathologie et voyage se lit dans certains motifs de départ : recherche de sensations fortes, goût de l'aventure et des expériences dangereuses, ordalies initiatiques et prises de risques, mais aussi fuite de soi-même, partances névrotiques ou fugues impulsives du sujet jeune (26), découverte de l'autre en soi ou d'un autre en soi... Malheureusement se pose à l'heure actuelle le problème du développement du tourisme sexuel dans les pays d'Asie.

III. VOYAGE ET PSYCHOPATHOLOGIE

« Mes expéditions ressemblent à des plongées dans la folie. »

Redmond O'Hanlon

A. Voyage et troubles psychotiques

Les troubles psychotiques concernent les voyages pathologiques proprement dits. Ils peuvent s'observer à n'importe quel stade d'un processus délirant aigu ou chronique, systématisé ou non. Ils traduisent la discordance, le délire, les éléments de persécution, les hallucinations, l'automatisme mental, les thèmes messianiques (70).

On peut distinguer trois types de voyage pathologique selon leur lien avec l'activité délirante :

- le voyage pathologique est *simple* quand il constitue le vecteur du délire, la fonction du voyage étant d'obéir à l'idée délirante ;
- le voyage pathologique est *secondaire* quand il s'intègre au contenu du délire ;
- le voyage pathologique est *pur* quand le thème délirant est l'obligation de se déplacer.

Dans le cas de la schizophrénie, les patients sont le plus souvent sujets à des conduites d'errance et de vagabondage qui reflètent la désorganisation psychotique et pour lesquels l'arrivée dans tel ou tel lieu apparaît aléatoire (105). A titre d'exemple, sur une radio nationale de grande écoute, lors d'une émission consacrée aux auditeurs, une femme a évoqué le cas de son frère « instable. » Il se déplaçait dans toute l'Europe sans motif apparent, faisant toujours en sorte de quitter le pays où il était de passage au moment où l'on pouvait le localiser et le retrouver grâce à ses retraits bancaires. Ceux-ci mettaient en évidence un certain degré d'adaptation du sujet.

La bouffée délirante aiguë serait le moteur le plus fréquent des voyages pathologiques. Les thèmes délirants les plus constamment associés à des voyages pathologiques sont les thèmes de persécution. Le choix du lieu d'arrivée n'est généralement pas aléatoire. Lorsque le patient est sous l'emprise d'idées délirantes de persécution, le voyage peut permettre de fuir les persécuteurs. Lorsque le délire est construit, le voyage conserve un certain degré d'organisation. Mais les persécuteurs le poursuivent malgré l'éloignement géographique. Une variante de ce type de voyage est représentée par « *la mutation pathologique* » où la fuite des persécuteurs se fait par des mutations professionnelles administratives abusives (99).

Les études concernant les rapatriements sanitaires effectués par les compagnies d'assurance montrent que les troubles psychiatriques représentent une part importante de leur activité. Dans la majorité des cas, ceux-ci surviennent en période estivale et concernent des sujets jeunes ou d'âge mûr. Dans la moitié des cas, il s'agit de troubles psychotiques (87). Pour le psychotique, le voyage reste fonctionnel dans le but d'accomplir sa mission délirante. Le voyage pathologique, sous-tendu par un processus délirant, est peut-être un compromis entre une adaptation difficile à la réalité et une décompensation plus morcelante (70).

Il semble que le voyage exerce un effet de soulagement sur la tension du sujet. On peut se poser la question si dans certains cas, le voyage pathologique n'est pas sous-tendu par un projet thérapeutique, le patient trouvant parfois une stabilisation de son état par l'intermédiaire de ses errances (87). Mais certains patients, déjà suivis et stabilisés par un traitement médicamenteux, peuvent présenter des rechutes au cours de voyages à cause de ruptures thérapeutiques.

Il faut également mentionner que certains états psychotiques surviennent chez des sujets sans antécédent psychiatrique. La résolution de cet état psychotique aigu est souvent rapide. Il semble que le dépassement rapide de plusieurs fuseaux horaires lors des voyages d'Ouest en Est soit à l'origine d'une désynchronisation. Appelée « *jet-lag* », elle favoriserait ces états aigus et associerait asthénie, troubles intestinaux, céphalées, irritabilité, labilité thymique, troubles cognitifs, somnolence. Ceci expliquerait la fréquence des décompensations psychotiques en Asie. Les voyages de l'Est vers l'Ouest favoriseraient plutôt les décompensations dépressives (99, 106).

Le voyage pathologique se distingue par sa valeur de rupture, d'effraction dans le vécu et de passage à l'acte. De diagnostic facile lorsqu'il apparaît dans un contexte psychotique évident, il nécessite un examen clinique précis et des examens complémentaires appropriés lorsqu'il constitue la seule manifestation d'un trouble mental.

Notons également la fugue de certains patients psychotiques chroniques hospitalisés en service de psychiatrie. Nous nous souvenons de ce patient admis au Centre Hospitalier de Jarry-Metz. Hospitalisé dans la région parisienne, sous tutelle, il souffrait de schizophrénie paranoïde stabilisée sous anti-psychotiques. Sous l'adhésion à un délire plutôt enkysté en lien avec les événements de guerre, le patient avait subitement décidé de partir pour l'Allemagne à

la recherche d'un grand-père qui s'y serait battu mais qu'il n'a jamais connu, comme pour venir combler un trou dans son histoire. Fraudeur puisqu'il n'avait pas de billet, il avait été conduit depuis la gare de Metz au centre hospitalier spécialisé. Très compliant aux soins et renonçant facilement à son projet peu expliqué ou critiqué, le retour du patient dans son établissement d'origine s'est fait rapidement. Les soignants contactés sur Paris étaient peu étonnés puisque le patient n'était pas à son premier voyage.

Au cours d'une garde aux urgences de Nancy, nous avons été sollicitée pour une patiente d'origine espagnole, retrouvée sur le bord de la route avec pour tout bagage des boîtes de médicaments anti-psychotiques et thymorégulateurs.

Il faut préciser que les établissements psychiatriques reçoivent un nombre considérable de patients sans domicile fixe ou originaires d'autres régions. Compte-tenu de la sectorisation, un fonctionnement particulier de chaque établissement est mis en place pour organiser les hospitalisations de ces patients qui sont par la suite transférés dans leur secteur.

B. Voyage et troubles de l'humeur

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, *la manie délirante* en est la principale cause. Dans ce cas, le voyage constitue le signal symptôme annonçant une décompensation maniaque. Le fait d'entreprendre un voyage ou de quitter brutalement le domicile est un symptôme que l'on retrouve de manière quasi-constante lors de chaque accès maniaque et constitue parfois le premier symptôme de la décompensation thymique, ce qui complexifie la prise en charge. L'émergence d'idées délirantes de mission sous-tend parfois ces départs (98).

Le voyage peut également jouer le rôle de facteur précipitant par le biais des perturbations du sommeil et des rythmes chrono-biologiques, ou par l'usage de la pharmacopée locale, le dépaysement, la rupture avec le cadre habituel et les liens affectifs. Rappelons l'importance des mesures préventives.

L'hyperactivité psychomotrice et la mise en acte des multiples projets générés par la tachypsychie maniaque déterminent le plus souvent ces voyages. A l'inverse, certains voyages

a priori non pathologiques peuvent jouer le rôle de facteur déclenchant d'un accès maniaque. Une rupture avec l'habitus de base doit alerter sur une possible décompensation thymique.

De manière moins fréquente, il peut s'agir d'une *mélancolie délirante*, le voyage constituant un équivalent suicidaire et étant entrepris pour mener à bien des projets d'autolyse. On retrouve alors des idées de culpabilité, d'autodépréciation, de dévalorisation narcissique et d'incapacité amenant le patient à quitter ses proches pour leur épargner sa présence inutile. Le patient se retrouve souvent incognito dans un endroit inconnu et le lieu sert de décor à une expérience dramatique (105).

Les voyages pathologiques survenant au cours d'un *accès dépressif* sont moins fréquents car l'inhibition et le ralentissement psychomoteur ne favorisent guère ce type de comportement. Cependant, le patient peut être amené à partir soigner sa « déprime » sur les conseils d'un ami. Le voyage à l'étranger n'est pas toujours la meilleure façon de soigner une dépression mais il peut avoir des effets thérapeutiques sur les dépressions hivernales (99).

Nous nous souvenons de ce patient âgé rencontré aux urgences, admis pour « état confusionnel » après avoir été retrouvé allongé par terre dans la forêt non loin de chez lui. Ce patient n'était pas du tout confus, très bien orienté dans le temps et l'espace. Cependant, il présentait une symptomatologie dépressive réactionnelle au fait que son épouse était atteinte d'un cancer du foie de mauvais pronostic. Il a pu verbaliser très clairement son angoisse à l'idée de lui survivre, après cinquante ans de vie commune durant lesquels ils ne se sont jamais quittés. Il a pu expliquer qu'il était « bien, là-bas dans la forêt » et qu'il aurait pu attendre la mort « comme cela, calmement. » Le patient étant très entouré par sa famille, un suivi psychiatrique régulier en ambulatoire a été mis en place.

C. Voyage et troubles névrotiques

Le voyage garde pour un certain nombre de sujets sa dimension de mystère, d'étrangeté. Parmi les facteurs de motivation, on peut parler du désir d'être transformé par le seul changement de lieu, comme pour fuir les conflits intrapsychiques par le déplacement du corps. La dimension symbolique est importante (105).

L'éloignement du cadre de vie peut provoquer chez le voyageur des situations anxieuses et des attaques de panique.

Pour le sujet névrotique, l'ailleurs est fantasmé, objet d'une quête imaginaire. Il s'agit de fuir un quotidien vécu comme insatisfaisant, de rompre une appartenance sociale ou familiale vécue comme étouffante, pour un ailleurs plus satisfaisant (106, 70).

Les errances névrotiques, les *fugues psychogènes* ou « *hystériques* » dont nous avons parlé plus haut constitueraient, pour les psychanalystes, un passage à l'acte permettant au sujet d'éviter un conflit intrapsychique ou l'intrusion d'un fantasme violent à l'encontre des parents lorsqu'il s'agit d'un adolescent. La fugue peut se dérouler dans un contexte crépusculaire et partiellement amnésique. Elle est alors considérée comme un équivalent de conversion en réponse à une situation devenue intolérable.

Il est important de se questionner sur la personnalité antérieure du sujet et sur les motivations l'ayant amené à prendre la décision de partir. Il s'agit de fuir un Ici vécu comme insatisfaisant, pour un Ailleurs forcément meilleur, idéalisé (80). La pathologie que l'on retrouve chez un bon nombre de voyageurs est celle d'un mal de vivre chronique.

Nous nous rappelons cette patiente, hospitalisée pour état dépressif au service de psychiatrie de l'hôpital de Cayenne. En rupture avec son compagnon, ses enfants et sa famille, elle avait décidé de partir en Guyane pour « changer de vie. » Se retrouvant dans une ville très isolée où elle souhaitait créer des chambres d'hôtes, elle ne supportait plus cet isolement et l'échec de son projet, se retrouvant dans une profonde désillusion. C'est bien souvent le cas de ceux qui sont partis pour s'engager dans une nouvelle vie sans projet de retour. Ils se voient confrontés aux désagréments du pays d'accueil et projettent sur celui-ci leur mal-être ancien qu'ils pensaient avoir laissé en partant.

Nous avons rencontré aux urgences, à l'occasion d'une garde, une patiente âgée de quarante ans amenée par les pompiers pour malaise survenu à la gare de Nancy. Elle avait erré pendant près d'une semaine aux alentours de la gare après son retour de pèlerinage à Saint-Jacques de Compostelle. Le bilan neurologique était normal. Elle évoquait le véritable traumatisme psychologique engendré par sa rencontre avec le pape en déplacement à Lourdes. Elle s'était rasé le crâne pour se « purifier », elle qui exerçait dans le milieu de la prostitution.

On notait un très grand attrait pour les choses mystiques et un parcours de vie chaotique. La patiente avait tenté de recommencer une nouvelle vie dans les Antilles après l'échec de son mariage. Déçue par ses conditions de vie là-bas, elle avait entrepris ce pèlerinage dans le sud pour tenter de donner un sens à sa vie et y voir plus clair. Bouleversée par ce voyage, elle est rentrée très perturbée. Elle n'a pu se souvenir en détail de ce qu'elle avait fait durant ses jours d'errance, ce qui peut faire évoquer l'amnésie et la fugue dissociative.

D. Voyage, addictions et troubles somatiques

Dans les automatismes psychomoteurs survenant au cours des épilepsies complexes, les fugues épileptiques constituent une entité particulière décrite dans les manuels mais rarement retrouvée en clinique. On décrit *l'épilepsie temporale* comme pouvant induire des déambulations. C'est le diagnostic différentiel le plus fréquemment évoqué de la fugue psychogène. Le déplacement épileptique est automatique, de courte durée et limité, survenant par accès, associé à un trouble de la conscience, une perte du jugement et une amnésie post-critique. Contrairement à la fugue psychogène, l'épisode peut se répéter et n'est pas déclenché par un stress psychosocial. L'humeur est souvent dysphorique. L'électroencéphalogramme intercritique peut être entièrement normal ou montrer des anomalies focales, de projection le plus souvent temporale antérieure. Les fugues épileptiques sont classiquement décrites mais peu fréquentes (94, 102).

Les *tumeurs cérébrales* de localisation frontale peuvent être à l'origine de perturbations du jugement et de troubles du comportement à type de déambulations inadaptées. Pour exemple, nous avons suivi un patient porteur d'un glioblastome cérébral très évolué. Il avait été admis en hospitalisation d'office dans la région lorraine pour mise en danger de lui-même et d'autrui. Décidant de prendre la route sans but précis, il avait conduit en zigzaguant sur plusieurs kilomètres.

Les *démences* comme la maladie d'Alzheimer ou la démence vasculaire peuvent être à l'origine de fugues. Evoquons une patiente âgée admise sous la contrainte, retrouvée dans la rue en plein hiver, partie de chez elle et errant toute la journée sans pouvoir retrouver son domicile. La prise en charge des personnes âgées démentes dans les maisons de retraite est un

réel problème à cause du risque de fugue. Celles-ci se retrouvent souvent hospitalisées en psychiatrie dans des pavillons fermés, ce qui est douloureux pour eux et pour leurs proches.

Il est nécessaire d'être vigilant afin de ne pas passer à côté d'une pathologie organique neurologique ou infectieuse à expression psychiatrique prédominante. La recherche de toxiques et un examen clinique complet doivent être systématiques. Certaines fugues peuvent survenir dans le cadre *d'états confuso-délirants* liés à un syndrome démentiel, à l'alcool ou à des substances toxiques (la prise de benzodiazépines est classiquement citée). Plus rarement, il peut s'agir d'une hyperactivité psychomotrice due à une hyperthyroïdie.

Lors des voyages, on retrouve fréquemment des conduites de toxicomanie locale. Le voyage intérieur, avec ou sans déplacement, favorisé par des substances psychodysléptiques, se situe entre thérapeutique et pathologique : trip sous toxiques, *pharmacopsychoses* et expérience initiatique.

Certains toxicomanes partent en voyage pour s'éloigner des psychotropes et échapper à la dépendance. Ce sont plutôt des vagabonds qui fuient l'ordre établi mais dont l'angoisse est vite ravivée. Le voyage peut reprendre sans cesse dans un but anxiolytique, pour maîtriser l'angoisse, et dans un but antidépresseur.

E. Voyage et troubles de la personnalité

Les errances et vagabondages sont surtout le fait de patients présentant des troubles de la personnalité. On retrouve fréquemment des antécédents multiples d'hospitalisation avec plusieurs échecs dans la prise en charge thérapeutique. Les errances jalonnent l'existence des sujets aux traits de *personnalité anti-sociale* et constituent un élément de leur biographie. Equivalents de passages à l'acte, le plus souvent impulsifs, ils représentent une quête permanente d'un ailleurs idéal. Ils sont le reflet de l'instabilité et l'immaturation affective, de la peur de s'attacher et la crainte d'être abandonné de ces sujets (70).

A l'unité d'hospitalisation de courte durée des urgences de Nancy, nous avons rencontré un patient âgé d'une trentaine d'années dont le mode de vie était l'errance. Enfant

placé dans plusieurs familles d'accueil à cause d'un alcoolisme maternel, son vécu de carence avait empêché une construction identitaire solide. Père d'un enfant gardé par son ex-compagne, il était incapable de s'inscrire dans la vie, il n'avait pas de but, pas de projet. Ses journées étaient jalonnées de prises de toxiques, alcool et médicaments hypnotiques, dont le surdosage l'avait conduit à l'hôpital. Il n'avait aucune demande d'aide, semblant flotter dans l'espace sans notion de temporalité. Nous aborderons de manière plus détaillée ce phénomène de l'errance dans la suite de notre travail.

F. Voyage thérapeutique

Au XIXe siècle, le voyage thérapeutique était utilisé pour lutter contre la *mélancolie*. Certaines familles aisées envoyaient leurs enfants malades accompagnés d'un psychiatre pour un long périple, le plus souvent en Italie ou en Orient.

« *La maladie de la pierre* » dont souffrait Montaigne était à l'origine de l'itinéraire de ses voyages, Italie, Suisse, Allemagne, dans le but de se soigner. Il prenait des notes sur les villes d'eau, avec une description des bains, des breuvages et de leur efficacité (67). Dans les Essais (76), on peut lire : « *Je ne démonte pas volontiers quand je suis à cheval, car c'est l'assiette en laquelle je me trouve le mieux, et sain, et malade.* »

La valeur curative des voyages, en particulier sur les dépressions, est restée ancrée dans la croyance populaire, avec le mythe du changement de cadre. Contrairement aux difficultés existentielles ne nécessitant pas une prise en charge médicale, les probabilités d'effet curatif d'un voyage sur une dépression avérée sont faibles.

Cependant, le voyage peut avoir une efficacité dans le cas des *dépressions hivernales*, caractérisées par une hypersomnie, une hyperphagie pour les produits sucrés avec prise de poids, un ralentissement psychomoteur. Le séjour aux Antilles pendant la période d'hiver peut faire office de *photothérapie* ou *luxthérapie* (99).

Citons les *marches thérapeutiques* ou les aventures à valeur de défi auprès de patients toxicomanes, cancéreux, diabétiques ou atteints d'affections neuro-dégénératives, pour

mobiliser leurs ressources intérieures, consolider leur estime d'eux-mêmes et leur permettre de mieux affronter la maladie (26). Le voyage peut être l'occasion d'une reconstruction, à la faveur de l'éloignement temporaire du milieu pathogène.

G. Voyage et rapatriements sanitaires

Les études montrent que 15 à 20 % des rapatriements sanitaires sont réalisés pour motif psychiatrique. Les pathologies psychotiques sont fortement représentées. Le rapatriement fait souvent suite à une hospitalisation sur place et on note que le trouble psychiatrique varie en fonction de la destination du voyage. Les rapatriements depuis les *pays d'Asie* comme l'Inde, le Népal, la Thaïlande, sont souvent motivés par une décompensation psychotique en dehors des pharmacopsychoses. L'attraction que peut exercer sur des patients psychotiques les cultures empreintes de mysticisme est probablement à l'origine de cette concentration géographique (99).

Le voyage peut se révéler en effet pathogène et devenir l'occasion de vacillements temporaires de l'identité, voire de véritables décompensations psychopathologiques lors de spectaculaires bouffées délirantes aiguës dont la guérison est souvent assurée par le rapatriement. Les « *voyages humanitaires* » peuvent exposer parfois à ce type de risque.

L'expérience des rapatriements sanitaires psychiatriques a montré que des décompensations délirantes pouvaient survenir brutalement lors des *dépaysements* chez des sujets sans antécédent pathologique particulier. De plus, le voyage pouvait servir de « *catalyseur* », faisant émerger un trouble latent.

Il faut également se pencher sur la psychopathologie des expatriés au retour des *missions à l'étranger*. L'influence des traumatismes bien réels comme les états de guerre, la famine, les catastrophes naturelles, s'ajoute à celle du voyage par lui-même et à la personnalité de base du sujet (91).

On parle communément du *syndrome du voyageur*, lorsque le sujet, dépourvu de tout antécédent, développe un trouble psychiatrique à l'occasion de son voyage. Le sujet est au

départ dans un certain équilibre mental. Il quitte son milieu habituel, relationnel, géographique et socioculturel. Dans ce nouveau contexte, il peut décompenser subitement, rompant l'état d'équilibre antérieur. Il entre en crise sous la forme d'un délire ou de troubles du comportement. Cette crise correspond à une faille dans le système de régulation personnel (92).

IV. VOYAGE ET ADOLESCENCE : VIGNETTES CLINIQUES

« Et sûrement, mes rêves de voyages exprimaient aussi le désir d'échapper à l'atmosphère familiale, ce même désir qui pousse tant d'adolescents à faire des fugues. »

S. Freud,
Un trouble de mémoire sur l'Acropole, 1936

A. Le périple de Patrick

1. Motif d'hospitalisation

Patrick est un jeune homme âgé de 21 ans. Nous venons de le recevoir dans le service d'admission de la Fédération de Psychiatrie Générale au Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, en Guyane. Nous sommes en période de vacances scolaires. Patrick est transféré des urgences en hospitalisation libre pour prise en charge spécialisée suite à plusieurs tentatives de suicide qu'il a faites au cours de la semaine.

Le compte-rendu des urgences nous interpelle. Il s'agit d'un jeune homme originaire de l'île de la Réunion, venu en Guyane « dans le but de se suicider sans laisser de trace ». Il a été conduit à l'hôpital par les gendarmes d'un petit bourg paisible situé à 30km de Cayenne. Patrick les avait sollicités en vue d'un rapatriement après l'échec de ses tentatives d'autolyse. De contact étrange, Patrick paraît perdu, désespéré. Il nous raconte avec un certain détachement le récit de ce voyage depuis le départ de son île natale.

2. Biographie

Patrick est né dans une ville située au nord-ouest de l'île de La Réunion. Il habite à une vingtaine de kilomètres de cette ville, dans un petit village situé dans les hauteurs, « à l'écart du monde ». Patrick est un « Yab », descendant des « Petits Blancs », créole blond aux yeux clairs. Chez les « Yabs », la consanguinité est importante. Patrick dira d'ailleurs que son nom de famille (de consonance française) est très répandu dans la région où il habite.

De par l'histoire de son peuplement, l'île de la Réunion représente un modèle de cohabitation pacifique entre les ethnies (83). Malgré le métissage, les communautés ne se mélangent guère. Est « créole » toute personne née dans l'île de parents réunionnais. Héritiers des colons, les Créoles sont le résultat d'un métissage de plusieurs siècles entre différents groupes ethniques :

- les *Créoles Blancs* : descendants des colons blancs. A côté des « Gros Blancs », fortunés, propriétaires de terres et occupant l'essentiel des fonctions libérales, se

trouvent les « Petits Blancs » ou « Yabs », pauvres exploitants agricoles vivant dans les « Hauts », où la consanguinité est importante ;

- les *Cafres* : descendants des esclaves africains et malgaches
- les *Malabars* : non-musulmans, ils sont originaires de l'Inde ;
- les *Chinois* : ils sont essentiellement originaires de la province de Canton ;
- les « *Zarabes* » : ils ne sont pas des Arabes mais des Indiens musulmans originaires de la frontière du Pakistan ;
- les *Comoriens* : peu nombreux, de religion musulmane ;
- les *Métropolitains* : appelés les « *Zoreilles* » (ne comprenant pas la langue créole, les arrivants avaient tendance à faire répéter en tendant l'oreille) ou de manière moins péjorative les « métro » ;
- les *Malgaches* : les premiers Malgaches de l'île étaient des esclaves puis se sont métissés avec les Européens et les Créoles.

Pour mieux comprendre l'histoire de Patrick, il est nécessaire de rappeler le sort réservé à la population des « Petits Blancs des Hauts » issus des premiers colons. En effet, en 1664, Colbert crée la Compagnie des Indes Orientales qui marque le début de la colonisation de l'île anciennement appelée « Ile Bourbon. » Les premiers colons sont d'origines très diverses. Ils vont être appelés « créoles », ce qui signifie « élevés ici. » La colonisation s'avérant plus difficile que prévu, les premiers colons sont abandonnés à leur sort plusieurs années durant. Cependant, la prospérité revient vers 1720 grâce à la culture du café. L'esclavage s'établit dans l'île. Le mauvais traitement réservé aux esclaves provoque leur fuite vers l'intérieur des terres ou « marronnage. » En 1767, la Compagnie des Indes fait faillite et l'île est rétrocédée à la Couronne de France. La nouvelle orientation économique de l'île Bourbon consiste en l'extension des cultures vivrières (31).

En 1780, il ne reste plus de terres sur le littoral. Elles sont redécoupées et partagées entre les héritiers des premiers colons mais sont devenues tellement petites qu'elles ne permettent plus de nourrir leurs propriétaires. Seuls quelques héritiers plus chanceux s'enrichissent et achètent les terres d'autres familles. Les autres sont obligés de vivre sur des terres étroites et inexploitable puis se retrouvent ruinés. Ils forment la catégorie des « pauvres Blancs », déchus de leur position sociale. Dépossédés de leurs terres et ruinés, ils se replient sur

eux-mêmes. En effet, les pauvres de la colonie étaient avant tout les Noirs et ils refusent de se rabaisser en travaillant pour d'autres Blancs.

Les « pauvres Blancs » vont pouvoir vivre dans ces hauteurs éloignées sur des terres qui ne leur appartiennent pas et vont devoir payer une redevance (14). Cet éloignement va permettre à ces habitants de cacher leur misère et de garder une certaine dignité par la vertu du travail. A partir de 1815, le « pauvre Blanc » fait figure de légende. Ces « créoles des Hauts » ont peu de relations avec les habitants des Bas, comme s'ils vivaient dans leur propre monde. Hélas, beaucoup ne travaillent pas et « l'image très négative du Blanc paresseux réduit à l'état de bête sauvage fait son apparition. » On leur reproche un grand nombre de vices. Les « Petits Blancs » sont appelés ainsi après l'abolition de l'esclavage en 1848.

Après 1848, les « Petits Blancs » désargentés se joignent aux anciens esclaves, les Noirs Marrons, et participent au métissage de la population locale du cirque de Cilaos. Dans les années 1880-1900, les conditions de vie des anciens esclaves et du petit peuple créole sont devenues pratiquement identiques. Même si leur image demeure péjorative de par leur histoire, les « Petits Blancs » sont aussi décrits dans les guides touristiques comme des fermiers courageux.

Patrick est donc issu d'une famille d'agriculteurs. Il décrit son père comme un homme alcoolique, autoritaire et violent. Le jeune homme raconte que son père l'« emmerdait gravement. » « Il me faisait faire des choses que je n'aimais pas, comme planter du maïs... J'étais obligé, sinon il me frappait... C'est parce que je ne faisais pas ce qu'il voulait, ou bien parce qu'il ne m'aimait pas, tout simplement. » Il dit qu'il a toujours eu des problèmes avec son père et que dans sa famille, on ne communique pas beaucoup : « Chacun vit un peu de son côté. »

Son père a cessé de lui donner des gifles après l'âge de seize ans. « Il avait peur que je lui rende les coups, il craignait d'aller en prison. » En retour, le père menaçait son fils de poursuites judiciaires car celui-ci avait planté du cannabis. « J'ai arraché les plants car ce n'était pas honnête envers Dieu... » Patrick explique que tous les jeunes de son âge le faisaient et qu'il tentait, par ce moyen, d'obtenir de l'argent pour partir. Il avait été un enfant « battu » puis un adolescent en rupture avec son milieu familial et traditionnel.

Patrick semble soulagé de nous livrer son histoire, malgré sa timidité. Le discours très détaillé, plutôt désaffecté, sera toutefois marqué par l'emploi de mots très durs, faits d'un mélange d'agressivité, de haine et de peur, à la moindre évocation de son père. L'apparence physique, le discours, le contact avec le jeune homme nous amènent à considérer volontiers Patrick comme un adolescent plutôt qu'un adulte.

Patrick est le quatrième d'une fratrie de cinq enfants. Il a un frère aîné âgé de vingt-deux ans. Le père lui a confié son bétail. Patrick dit qu'il ne le frappait pas car « ils s'entendent bien. » Son autre frère est plus jeune et âgé de dix-sept ans. Également victime des violences du père, ce dernier lui a confié tous ses cabris. Sa sœur aînée, mère au foyer, est âgée de trente ans. Elle est marraine de son petit frère. Patrick dira qu'il ne voit jamais ses propres parrain et marraine : « C'est comme si je n'en avais pas. »

Patrick a refusé, contrairement à ses frères, de perpétuer la tradition familiale en travaillant comme agriculteur. Il aspire à autre chose, mais il ne sait pas quoi. Est-il en cela « le mauvais fils » ? L'autre sœur de Patrick, âgée de vingt-neuf ans, est assistante commerciale. A dix-neuf ans, elle a quitté le domicile familial après avoir reçu une gifle administrée par son père. Elle vit désormais avec son compagnon. A l'âge de dix-huit ans, Patrick est parti habiter chez elle. Il mentionne que ses deux sœurs ont vécu chez la grand-mère maternelle, sans en donner les raisons.

La mère de Patrick est âgée de quarante-huit ans et occupe un emploi de technicienne de surface. Le patient mentionne qu'elle est « très pieuse » et qu'elle fait sa prière tous les soirs. Son père, lui, est âgé de cinquante-trois ans. Patrick raconte que sa famille travaille sur des terres qui n'étaient pas exploitées, et ce de manière non déclarée. Il explique que, dans ce cas, il ne sera pas obligé de poursuivre ce travail à la mort de son père. Se pose ici le problème de la transmission d'héritage car ces terres n'appartiennent pas à la famille et le travail n'est pas légalisé, donc pas reconnu. Quelle valeur attribuer à cet héritage ?

« Ma mère n'aime pas mon père, elle lui avait demandé de partir quand j'avais quinze ans. » Patrick évoque les violences verbales et physiques de son père envers sa mère. « Lorsque je le voyais la frapper, je riais, je ne sais pas pourquoi, je ne suis pas normal... » Il se montre ambivalent : « Ce con, je ne lui pardonne rien, je n'oublie rien... mais je suis obligé de lui pardonner. » Il explique l'alcoolisme de son père par le fait que celui-ci n'était pas aimé de sa

propre mère : « Sa famille était méchante avec lui, il ne voit plus sa mère et ses sœurs. » Les deux grands-pères de Patrick sont décédés.

Sur le plan scolaire, Patrick a redoublé sa classe de quatrième, « à cause du prof de maths. » Il a également redoublé sa classe de terminale STT (sciences et technologies tertiaires), à sa demande, alors qu'il venait d'obtenir son baccalauréat car il trouvait que son dossier n'était pas bon. « Je n'avais pas envie ni fini de grandir. » Patrick redoutait la vie d'étudiant, d'adulte. A dix-huit ans, il était resté six mois en internat puis était retourné chez ses parents. Sa sœur partie en métropole, il ne pouvait plus retourner chez elle. « Ma mère était contente que je revienne. »

Depuis la rentrée, il était inscrit en faculté d'Histoire et bénéficiait d'une bourse d'études. Il avait choisi l'histoire « pour faire comme ses amis et parce que cela ne paraissait pas trop difficile. » Les études n'ont pas bien marché alors il a laissé tomber la faculté car, de toute façon, il organisait son départ. Patrick a dit à sa famille et à ses amis qu'il partait faire ses études en métropole et qu'il ne pourrait pas facilement leur donner de nouvelles.

3. Anamnèse

Patrick a du choisir entre plusieurs destinations, uniquement les DOM-TOM, pour parvenir à ses fins, se suicider. Il opte pour la Guyane, quatre mois avant son départ. Le jeune homme argumente son choix en expliquant que l'étendue de la forêt ferait obstacle aux recherches et à la découverte de son corps. Et puis la Guyane est à l'autre bout du monde. Ce territoire couvert à 95% de forêt (13) alimente de nombreux fantasmes par son caractère hostile : les fleuves et les caïmans, la brousse avec les serpents, les mygales, les jaguars... Patrick songe à la mort depuis plusieurs années à cause de son père mais aussi parce qu'il se sent mal dans sa peau. « Je ne m'aime pas. Quand je me regarde, je me trouve plein de défauts. » « J'attendais un miracle, que les choses changent pour rester. »

Avec sa bourse d'étude, il décide d'acheter son billet d'avion un mois à l'avance. Il traverse le globe en deux temps, Saint Denis / Paris puis Paris / Cayenne et arrive en Amérique du Sud. Il souligne que le chauffeur de taxi qui l'a pris à l'aéroport à son arrivée « est un voleur » et que « les hôtels sont trop chers », considérations surprenantes pour un jeune homme

destiné à mourir. Il passera donc la première nuit dehors, sur un banc. Patrick n'est muni que d'un petit sac à dos sans nécessaire de toilette, il a donné ses quelques effets personnels à des inconnus. A la Réunion, il n'a laissé aucune lettre, a déchiré ses diplômes et a fermé son compte en banque en donnant l'argent qui restait à sa mère. Probablement a-t-elle pensé qu'il en ouvrirait un autre en métropole. A son arrivée en Guyane, Patrick brûle ses papiers d'identité.

Le lendemain, il se dirige vers l'est du département et marche une vingtaine de minutes dans la forêt tropicale. Il s'y installe « sous la pluie. » Il tente une phlébotomie avec un stylo bille mais c'est un échec. Il décide alors de se briser la nuque avec le tranchant de la main : « Cela a craqué mais ça n'a pas pris. » « Pourquoi ne pas me jeter dans un ravin ? » Il n'en a pas trouvé... Il cherche un jaguar, un serpent, muni d'un bâton pour les affronter, « afin de voir si je pouvais les battre », mais pas d'animal en vue... Il décide de rentrer en ville pour se laver un peu et dort de nouveau sur un banc.

Le jour suivant, il se rend dans une autre ville plus proche, calme et tranquille, entourée de différents cours d'eau. Il tente de mourir de faim et de soif mais à son réveil, il constate qu'il est toujours en vie et que la méthode est beaucoup trop longue. Le jour d'après, il boit un litre de jus de fruit pour reprendre des forces et retourne à Cayenne. Il achète un couteau pour se sectionner les veines « mais j'ai eu trop peur, je pensais que cela devait faire trop mal. » Il transite par l'hôpital une première fois afin d'évaluer la hauteur du bâtiment pour se jeter dans le vide mais il n'y a que deux étages.

Il repart vers l'est. Il tente d'avaler du liquide assouplissant et de l'eau de Javel mais est vite stoppé par le goût repoussant des produits ménagers. Il se jette dans le fleuve après avoir ingurgité du rhum, se débat, nage et regagne la rive. A ce moment-là, Patrick réalise que son « destin n'est pas de mourir », et décide de rentrer à la Réunion. Il se rend à la gendarmerie car il ne sait pas comment faire puisqu'il a brûlé tous ses papiers. « J'ai compris que je n'y arriverais pas, j'ai renoncé et maintenant je pense à ma famille et à mes amis. »

4. Séméiologie

Au début, le contact avec Patrick est plutôt froid. Sa présentation n'est pas incongrue mais en lien avec les événements de la semaine. Il se montre poli, posé, son discours est cohérent, fluide mais dépourvu d'affects. On ne retrouve pas d'hallucination. Il est bien orienté dans le temps et l'espace.

Le récit de ses passages à l'acte paraît étrange et peut prêter à sourire mais la volonté de mourir semble bien réelle. Les raisons évoquées sont tout de même bizarres. Il est question de coups de soleil trop facilement pris, de boutons sur la peau (que l'on observe pas), de difficultés avec les filles. Il n'a d'ailleurs connu aucune expérience amoureuse, il dit que ce n'est peut-être pas pour lui...

La description que Patrick fait de son apparence physique évoque une dysmorphophobie qui semble évoluer depuis l'âge de seize ans. Son discours est d'ailleurs essentiellement centré sur son corps et sa peau. Il a la certitude d'avoir un côté du corps plus maigre que l'autre, il nous montre à quel point les os de son visage sont saillants. Ressemble-t-il à son père, à sa mère ou à quelqu'un d'autre ?

Patrick nous dit qu'il compte ses cheveux tous les jours car il en perd énormément. A notre regard surpris et dubitatif, il montre des plages de cuir chevelu atteintes, soi-disant, d'alopécie. Il va passer sa main plusieurs fois dans ses cheveux pour obtenir la preuve qu'ils chutent de manière spectaculaire (ce qui n'est pas le cas). Patrick déclare également souffrir d'une sensibilité accrue aux coups de soleil qui risque de provoquer un cancer de la peau. « J'ai des peaux mortes et le teint trop blanc. » Patrick décrit son visage comme cireux et émacié, sa description ressemble à celle d'un cadavre.

Il a des difficultés à exprimer pleinement ses émotions. Patrick évoque sa peur du regard de l'autre et reste dans une attitude de retrait. On retrouve des éléments d'éreutophobie et de phobie sociale associés à des phénomènes de bizarrerie, éloignés de la réalité.

D'emblée, le patient va critiquer ses passages à l'acte en disant : « C'est farfelu quand j'y pense. » Mais la critique paraît rationalisée sur un mode morbide. Il avoue avoir beaucoup pleuré. « Je voulais la vie que je m'étais imaginée, avoir de l'argent pour gâter ma famille,

avoir le physique qui me plait... » Il parle de tristesse quand il s'est jeté dans le fleuve. Ces symptômes dépressifs semblent avoir disparu.

Patrick nous explique que son but était de rejoindre le monde des morts. « On y aurait vidé mon âme et j'aurais décidé sur place de revenir ou pas. » Il constate que les morts ne reviennent finalement pas car « ils ne sont pas assez forts ou bien ils sont plus heureux là-bas. » Le jeune homme pense que les morts sont quelque part dans une dimension parallèle.

Il existe une ambivalence par rapport à la mort : « J'en ai peur, c'est à la fois attractif et répulsif. » Patrick est croyant, il pense que Dieu a décidé qu'il ne meure pas et que l'on n'a pas le droit de se donner la mort. « Je n'ai plus envie de mourir, je veux maintenant réussir ma vie car j'ai quelque chose à faire sur terre. J'attendrai la fin tout simplement... »

5. Prise en charge institutionnelle

a. Modalités

La prise en charge de Patrick a été institutionnelle et pluridisciplinaire : entretiens individuels, prise en charge psychologique, groupes de parole, psychomotricité, activité sportive. Parallèlement, des démarches avec l'assistante sociale ont été menées afin de permettre le rapatriement du jeune homme avec l'établissement de nouveaux papiers d'identité. Durant l'hospitalisation, le débat entre les soignants sera permanent quant à déterminer si le jeune patient est structuré sur un mode psychotique, s'il est affecté d'une forme de dépression atypique ou s'il s'agit d'un équivalent de rite de passage chez l'adolescent. Un traitement antipsychotique sera tenté mais rapidement interrompu par Patrick. Il faut souligner le rôle que l'institution a joué par rapport à l'évolution clinique de ce patient. Patrick est surpris par la gentillesse des soignants à son égard, lui qui ne s'aime pas. Lors des sorties thérapeutiques, il se montre intéressé et ne fuit pas le contact. Ses remarques sont pertinentes et Patrick révèle un certain sens de l'humour. Il va accepter facilement la prise en charge.

b. Entretiens médicaux et infirmiers

Le contact avec Patrick va s'améliorer. Cependant vont persister ses plaintes par rapport à l'image du corps. Il va pouvoir aborder les sentiments très négatifs qu'il ressent pour son père, qui peuvent aller jusqu'au désir de meurtre. Il dira à quel point il déteste ce père qui l'a toujours dévalorisé. Patrick n'est pas intéressé par le travail d'agriculteur puisqu'il s'est inscrit à l'université. S'il poursuit le chemin tracé par son père, il risque de devenir comme lui. Il semble n'exister comme unique alternative que le suicide, car il ne veut pas de « l'héritage » de ce père. Mais pourquoi ne peut-il pas exister ailleurs ? N'a-t-il pas sa place ? Est-ce la seule solution que d'« être un Yab ou mourir » ? Est-ce une prise de risque que d'étudier l'Histoire ?

Patrick va parler de l'emprise tyrannique du père sur la famille et notamment sur la mère envers laquelle il ressent une profonde affection. Elle sera contactée pour financer le retour de son fils mais il refusera qu'elle soit mise au courant de son hospitalisation et des motifs de son voyage (elle ne posera d'ailleurs pas la question mais enverra le mandat). L'amour qu'il a pour sa mère ne l'a pas empêché dans sa démarche suicidaire. Cependant, c'est peut-être cet amour qui l'a sauvé.

Patrick a souffert de maltraitements psychologiques et physiques durant son enfance. Il sera très sensible au fait que l'on s'occupe de lui et s'investira énormément dans toutes les activités proposées, l'institution jouant le rôle d'une famille de substitution. Le jeune homme annoncera qu'il voulait mourir en héros, comme pour être regretté ou bénéficier d'un amour posthume.

c. Psychomotricité

L'alliance thérapeutique avec la psychomotricienne va être forte. Patrick va parvenir à verbaliser beaucoup de choses dans cette relation privilégiée. Il lui dit qu'il ne se trouve pas beau, que la seule chose qu'il aime en lui, c'est son cœur. Il présente une attitude de repli, le dos voûté. La psychomotricienne va l'aider à intégrer l'image du corps et les affects. La description de ses yeux morts, de sa couleur de peau, de la chute de ses cheveux a une connotation mortifère. Patrick souffre-t-il de ne pas se sentir un vrai « Yab » dans ce milieu où la consanguinité est pourtant très importante ?

Il parle de dysmétrie faciale, d'yeux rouges, d'éruption cutanée sur les paupières et le sexe. Il est question de bras plus long que l'autre, comme s'il avait un hémicorps « bâtard », de cheveux qui tombent par centaines. Patrick n'a pas de douleurs et ressent bien les limites de son corps. Il a une bonne connaissance du schéma corporel. Il dessine un personnage auquel il aimerait ressembler. C'est un jeune homme aux muscles développés et aux cheveux longs, les cheveux caractérisant une force intérieure pour s'opposer aux autres. Il dessine un autoportrait en insistant sur l'aspect saillant des os de son visage. Il se dessine avec la barbe, clairsemée d'un côté.

Il craint les relations de séduction et les évite. Il en a honte. Dès qu'on le touche, il devient hypertonique, se raidit. Dans sa relation de transfert avec la thérapeute, Patrick évoque ses sentiments, notamment un amour impossible pour une jeune fille qui l'a pris dans ses bras il y a quelques mois. S'est-il senti dévalorisé ? Est-il en plein chagrin d'amour ? L'amour pour une femme lui fait-il peur ? Est-il empêché par la relation fusionnelle à sa mère ?

d. Bilan psychologique

Patrick n'exprime aucune critique vis-à-vis de ses passages à l'acte, simplement le souhait d'aller maintenant de l'avant. Il semble exister un émoussement affectif important. Le contact est plutôt froid et fermé mais le patient est coopérant, cohérent. Il n'y a pas d'hallucination. Il paraît dans le déni de la situation, semble être déjà passé à d'autres projets plus constructifs, à savoir rentrer chez lui, avoir un métier, une maison, une voiture.

Patrick a décidé de se tourner vers l'avenir mais regrette certaines choses qu'il a faites par le passé. Il aurait dû se protéger la peau bien plus tôt des coups de soleil... Par ailleurs, il raconte qu'il a fait des choses « pas bien ». Un jour, il a pris un nid avec des petits oiseaux pour s'en occuper lui-même mais quelques temps après, certains sont morts. Il pense qu'il aurait mieux fait de les laisser tranquilles, ils auraient vécu plus longtemps. Il décide de mettre sa culpabilité et ses regrets de côté maintenant.

Les préoccupations corporelles sont majeures, elles ne semblent pas être de l'ordre de la dysmorphophobie mais plutôt de l'ordre d'un trouble de la perception de l'image du corps des pathologies névrotiques. Patrick est interloqué par le bronzage et les nombreuses tâches de rousseur de la psychologue, d'origine métropolitaine, et ne comprend pas qu'elle puisse vivre

sereinement de la sorte. Il se sent plus à l'aise pour parler de ses préoccupations physiques avec la psychomotricienne, créole guyanaise avec la peau noire.

Il est important de noter la rapidité avec laquelle le patient s'est construit un autre chemin de vie, éliminant de ce fait toutes ses idées suicidaires pourtant présentes depuis de nombreuses années. Il n'aspire qu'à rentrer chez lui et quitter le service car il commence à s'y ennuyer.

Le test de Rorschach a beaucoup amusé Patrick car il en avait entendu parler à la télévision. L'analyse du test met en évidence une problématique narcissique avec des difficultés dans la relation à l'autre. Il se perçoit comme vulnérable, avec peu d'estime de lui-même. La mise en place d'une forme de rigidité émotionnelle lui permet de lutter contre une introspection douloureuse et négative. L'environnement est considéré comme menaçant, il adopte une attitude évitante et défensive proche de celle des psychotiques. Mais Patrick est jeune, encore immature, en pleine construction identitaire et seule l'évolution des troubles permettrait d'orienter précisément le diagnostic.

6. Evolution clinique

Malgré la persistance des troubles de la perception de l'image du corps (Patrick réclamant sans cesse des vitamines pour faire pousser ses cheveux), le contact avec le patient s'améliore rapidement. Il est même devenu presque désinhibé et ludique tant il était replié sur lui-même à son admission.

Il n'a pas été constaté durant son hospitalisation de vécu dépressif, de trouble du sommeil ou de l'appétit, de ralentissement psychomoteur. Les idées suicidaires avaient déjà disparu et le jeune homme se projetait dans l'avenir. Il voulait retrouver sa famille et ses amis. Il souhaitait intégrer l'armée, « car ils proposent quatre-cents métiers », mais Patrick précisait que s'il devait aller à la guerre, il irait se cacher « par rapport à sa foi. » Ou bien il deviendrait cycliste professionnel car il aimait beaucoup faire du vélo, un flou de projets à la mesure de son flou identitaire.

Grâce à l'argent envoyé par sa mère et à l'obtention de nouveaux papiers d'identité, Patrick a pu quitter la Guyane, après une hospitalisation d'une vingtaine de jours, pour regagner l'île de la Réunion via une escale à Paris. Il n'a pas été possible de s'entretenir avec la mère du patient, celui-ci s'y étant opposé, désirant garder le secret de ce voyage et « la préserver. » Patrick ne souhaitait ni traitement (le traitement anti-psychotique administré à son arrivée et rapidement arrêté par le patient était-il vraiment judicieux ?), ni poursuite de la prise en charge dans son département d'origine. Il a rappelé une fois dans le service quelques semaines après son départ pour obtenir des informations sur l'armée. Drôle de prétexte...

B. La fugue de Stéphanie

1. Motif de consultation

Stéphanie, âgée de 17 ans, est amenée par ses parents en consultation au centre médico-psychologique pour adolescents de Lunéville suite à une fugue survenue l'avant-veille. Stéphanie a les larmes aux yeux, elle n'était pas au courant que ses parents avaient pris rendez-vous pour elle. Les parents expriment leur peur par rapport au comportement de leur fille qui, par ailleurs, « a laissé tomber les cours » alors qu'elle a toujours été une très bonne élève.

2. Biographie

Stéphanie est l'enfant unique du couple parental, marié depuis une vingtaine d'années. La mère est infirmière au bloc opératoire, le père est agent de conduite à la SNCF. L'adolescente est en classe de terminale littéraire, elle n'a jamais redoublé. Stéphanie n'a pas d'antécédent de santé particulier.

La mère de Stéphanie a deux sœurs, l'une d'entre elles est décédée il y a deux ans. A l'évocation de ce décès, la maman fond en larmes. Le père a également perdu un frère, décédé d'un accident de la voie publique dix ans auparavant. Stéphanie a peu de contacts avec ses grands-parents paternels. Elle voit davantage sa grand-mère maternelle, tandis que son grand-père paternel est décédé d'un cancer il y a cinq ans. Stéphanie reste proche de ses cousins côté maternel.

Le père de Stéphanie dirige une association sportive et s'occupe d'autres enfants. Stéphanie pratiquait d'ailleurs le tennis avec lui mais a arrêté cette année, prétextant le manque de temps. Le père déclare que contrairement à son épouse, il ne souhaitait qu'un seul enfant pour ne changer en rien ses habitudes. Il ajoutera par la suite : « On dit toujours qu'on fait mieux avec le deuxième... »

3. Anamnèse

Les parents de Stéphanie racontent les circonstances de sa fugue. L'avant-veille au matin, jour de grève à la SNCF, elle a pris le train pour Lyon (elle bénéficie, par son père, de l'avantage de trajets gratuits). C'est une ville où elle ne connaît personne en particulier, choisie au hasard car il s'agissait d'un train qui partait « tout de suite. » Durant son absence, les parents ont contacté la gendarmerie pour lancer des recherches. Les parents déclarent : « On était mort de trouille. » Stéphanie a passé la nuit à la gare, elle est rentrée à la maison le lendemain, en fin d'après-midi.

Mais lorsque Stéphanie est rentrée, les parents n'ont « pas su quoi dire, quoi faire. » Eux qui n'avaient jamais rencontré le moindre problème avec leur fille, ils se retrouvaient stupéfaits voire sidérés. Ils ont manifesté leur inquiétude sans pour autant réprimander leur fille. Se sentant démunis, ils ont décidé de prendre rendez-vous par l'intermédiaire de l'infirmière scolaire avec laquelle nous sommes souvent en lien.

4. Prise en charge familiale en ambulatoire

Durant le premier entretien, on note des difficultés de communication entre Stéphanie et ses parents, comme s'il y avait le « bloc parents » face à Stéphanie bien esseulée et mécontente d'être au centre de consultation. Il n'en demeure pas moins qu'elle reste très attentive à ce qui se dit pendant l'entretien. Stéphanie se confie peu, est autonome, a toujours bien travaillé à l'école jusqu'à présent. Elle se montrera silencieuse tout au long de l'entretien, lâchant parfois quelques « Je m'en fous » pour ne pas qu'on l'embête.

La mère de Stéphanie se repose beaucoup sur son mari, elle paraît déprimée, effondrée, perdue de devoir se confronter à de tels problèmes alors que sa fille ne lui avait causé aucun

souci jusqu'alors. Elle ne comprend pas ce bouleversement et ne parvient pas à y faire face. En fait, les parents ne reconnaissent pas leur fille, ou plutôt ils en découvrent « une autre. » Les parents de Stéphanie déclarent qu'ils ont « peur de mal faire et de se tromper », ils demandent des conseils. Ils déplorent l'absence de dialogue avec Stéphanie, ils s'en plaignent auprès d'elle. Il paraît bien difficile de raconter ses souffrances d'adolescente à une maman qui semble si fragile.

Depuis quinze jours, Stéphanie ne travaille plus à l'école, elle éprouve des difficultés de concentration et d'attention. Les parents vont nous parler d'une amie d'enfance de leur fille qui a fait une tentative de suicide il y a trois semaines, et d'une camarade de classe anorexique qui a également fait une tentative d'autolyse. Un groupe de parole avait eu lieu à l'école au sujet de cette dernière. Stéphanie pleure à l'évocation de ces faits, ce type de passage à l'acte étant vraisemblablement redouté par ses parents. « Nous sommes en alerte », disent-ils.

Nous proposons à Stéphanie de la revoir avec ses parents lors d'une prochaine consultation. Nous tentons de la rassurer sur le fait qu'elle n'est pas « folle » et que le centre pour adolescents s'adresse aussi bien aux adolescents qu'à leur famille et que, peut-être, nous pouvons essayer de l'aider elle et ses parents en proposant une écoute bienveillante dépourvue de tout jugement. Un deuxième rendez-vous est fixé.

Lors du deuxième entretien, Stéphanie a le visage moins fermé, elle est plus souriante même si elle parle peu, seulement pour dire : « Ca va, je m'en fous. » Les parents racontent qu'ils se sont rendus à la gendarmerie et ont été interrogés chacun à leur tour, procédure qui a lieu après les avis de recherche. « Tu as pu te rendre compte qu'il y avait du monde mobilisé autour de toi », diront les parents. Ceux-ci trouvent que leur fille a « exagéré », qu'elle a fugué « sans réfléchir. » Cette fugue s'est justement produite parce que la réflexion et la mise en mots n'ont pas été possibles. Stéphanie s'est trouvée sous l'emprise d'une charge émotionnelle trop forte et impossible à gérer.

Les parents admettent que pendant l'absence de leur fille, ils s'étaient demandés ce qu'ils allaient bien pouvoir faire à son retour. Ils ne comprennent pas cet acte car ils laissent beaucoup de liberté à Stéphanie et disent rarement non à ses projets. « On respecte ton intimité, ta vie privée. » Peut-être trop ? Comment Stéphanie peut-elle faire comprendre à ses parents qu'elle a besoin d'eux ? A-t-elle voulu tester leur attachement ? A-t-elle voulu voir s'ils ne la

laissaient pas tomber maintenant qu'elle est grande et qu'elle a paradoxalement davantage besoin d'eux ? La maman est encore émue par cette fugue et le souvenir de l'inquiétude ressentie. Elle parle de « malaise. » Rappelons que Stéphanie a pris le train le jour de la grève à la SNCF, excellente manière de montrer son opposition et prouver son désaccord...

Stéphanie présente des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement. Elle n'a pas perdu de poids. A la maison, les emplois du temps respectifs de chacun empêchent la prise des repas en famille et l'occasion de discuter tous ensemble. « On voulait que tu nous parles », dit la maman, qui souffre de ce manque de communication. En fait, il y a peu de conflits à la maison car il n'y a pas de dialogue ou d'échange.

Stéphanie écoute plus qu'elle ne participe activement à la consultation. Elle annonce : « C'est fini, je m'en fous, j'ai pas envie de comprendre. » Il est de nouveau question du deuxième enfant que le papa n'a pas voulu. Il déclare qu'« il y a un manque. » Stéphanie devait-elle combler ce manque ? « On ne la laisse pas en avoir marre. » « On essaie d'être heureux, d'être à l'aise matériellement, on souhaite que Stéphanie réussisse dans sa scolarité. »

La maman déclare que sa fille a tout laissé tomber d'un coup alors que c'est une jeune fille très active. Au collège, elle était chef de classe et s'est battue pour défendre certaines causes. Stéphanie s'implique beaucoup auprès des autres. Les parents n'étaient pas au courant, ils ne l'ont su que l'année suivante. La maman dit : « Cela prouve qu'elle est mature, je n'aurais pas fait la même chose à son âge. » Les parents souhaitaient que leur fille grandisse vite et soit rapidement autonome. La mère de Stéphanie reconnaît plusieurs périodes de déprime : « Je me repose beaucoup sur mon mari. » La maman redoute les conflits et joue le rôle de « tampon » entre Stéphanie et son père. La possibilité d'un conflit semble intolérable pour la maman, et même si elle se repose sur son mari, peut-être se repose-t-elle également sur sa fille qui se retrouve parentalisée dans le fait de la protéger.

Stéphanie négocie beaucoup les heures de sortie et remet en question les règles. Elle crie : « Lâchez-moi », prise dans l'ambivalence de la peur que ses parents ne la lâchent trop tôt. La maman est en colère, pleure en disant qu'ils tentent tous les deux de se remettre en question et pas elle. « On fait des efforts et tu ne dis rien, oui je suis en colère », comme si la maman, totalement abattue au départ, tentait de se ressaisir et reprendre sa place.

5. Evolution

Un rendez-vous était prévu le mois suivant. Dans l'attente de ce rendez-vous, la maman a contacté le secrétariat du CMP car sa fille ne s'était pas rendue à l'école. Son mari absent, elle demandait une conduite à tenir car sa fille allait rentrer à la maison dans les cinq minutes. Indisponibles car en entretien, nous avons proposé de rappeler la maman le lendemain, pensant en outre qu'il valait mieux qu'elle se fasse confiance en temps que mère et qu'elle décide elle-même de la conduite à tenir. Nous avons laissé un message sur son répondeur le lendemain mais la consultation prévue n'a pas été honorée et la famille a interrompu le suivi. La maman ne s'est-elle pas sentie soutenue après son coup de fil sans réponse immédiate ? Les parents ont-ils trouvé les ressources nécessaires pour tenter de rétablir le dialogue avec leur fille ? Stéphanie a-t-elle refusé de revenir au CMP ? A-t-elle fugué de nouveau, mettant en échec la prise en charge débutée ? Une alliance thérapeutique semblait pourtant possible avec Stéphanie et sa famille lors du deuxième entretien.

C. La désertion de Jean-Christophe

1. Motif de son admission aux urgences

Jean-Christophe, vingt-ans le mois prochain, est un jeune patient rencontré aux urgences de l'Hôpital Central de Nancy en pleine nuit. Il a été admis au décours de passages à l'acte auto-agressifs impulsifs survenus dans un contexte d'alcoolisation et de conflit avec sa fiancée qui menaçait de le quitter. Dans un accès de jalousie, il s'est d'abord porté des coups au visage en se regardant dans un miroir et en s'insultant, puis il s'est tapé la tête volontairement contre un meuble provoquant une plaie au niveau du cuir chevelu nécessitant une suture. C'est devant les circonstances volontaires de cet acte que le chirurgien des urgences a demandé une évaluation psychiatrique. Jean-Christophe est accompagné par sa fiancée et un ami, militaire comme lui. Il a d'ailleurs tenté, durant le trajet vers l'hôpital, de sauter de la voiture en marche.

2. Biographie

Jean-Christophe est originaire du Sud-Ouest de la France comme le montre son accent. Il est fils unique, ses parents sont divorcés. Il relate un vécu d'alcoolisme familial et de carences affectives. Il dit qu'il ne voit plus sa famille mais il a encore des contacts avec son père. Jean-Christophe s'est engagé dans l'Armée de Terre chez les parachutistes en Lorraine « pour partir de chez lui et rejoindre un copain » qu'il n'a finalement pas pu retrouver. Il fréquente une petite amie, Catherine, depuis quelques mois. Le père de Jean-Christophe est un ancien légionnaire, dont le parcours sentimental est jalonné de nombreuses conquêtes féminines.

3. Anamnèse

Engagé volontaire à sa majorité, Jean-Christophe a déserté l'armée pendant plus d'un mois car il ne supportait pas d'être loin de Catherine. Mère adolescente, il redoutait que son ex-compagnon, père de son enfant, lui fasse du mal car il se montrait très menaçant. Jean-Christophe déclare qu'il existe une certaine « tolérance » dans l'unité où il est affecté et qu'il ne sera pas renvoyé ni sanctionné. Il évoque également des difficultés professionnelles. Le jeune homme n'a jamais rencontré de psychiatre civil ou militaire.

Catherine, la « fiancée » de Jean-Christophe (ils portent tous les deux une alliance symbolisant cette union) vit dans un foyer maternel et a accouché tout récemment d'un petit garçon, grand prématuré. Il a rencontré Catherine alors qu'elle était enceinte et séparée du père de l'enfant. Il avait décidé de reconnaître le bébé et avait besoin de temps pour faire cette démarche. Mais le père biologique a rapidement fait une reconnaissance du petit garçon à la mairie. « Pour ne pas nous laisser tranquilles », dira le couple. Jean-Christophe et Catherine se voient régulièrement dans la maison prêtée par la tante de l'ami qui les accompagne ce soir aux urgences. C'est dans cette maison que Jean-Christophe s'est volontairement blessé. Les deux camarades de régiment disent qu'ils ne sont pas obligés de dormir tous les jours à la caserne.

4. Cliniquement

Jean-Christophe a plus d'un gramme d'alcool dans le sang. Il n'est pas réticent à l'entretien, en binôme avec l'infirmier, même s'il parle peu spontanément. Il souhaite que son

ami et sa compagne soient présents lors de l'entretien. Il reconnaît qu'il éprouve de grandes difficultés à verbaliser les choses. Le jeune homme exprime des idées suicidaires, il dit que des personnes malveillantes tentent de briser son couple. Quelqu'un a rapporté à Catherine que son fiancé sortait le soir sans son alliance, ce qui a provoqué la colère de celle-ci. Menaçant de partir, le patient ne l'a pas supporté et s'est fait du mal. Par ailleurs, le jeune homme ne supporte pas la présence de l'ex-compagnon qui « gravite » autour de celle qu'il aime.

La relation entre les deux jeunes gens semble construite sur un mode abandonnique et de dépendance réciproque, avec une forte immaturité affective. Le lien est exclusif ce qui provoque de nombreux accès de jalousie de la part de l'un ou de l'autre. Jean-Christophe est très impulsif mais critique son geste, la charge émotionnelle est importante. Il a de bonnes capacités d'élaboration malgré ses difficultés à verbaliser.

Nous proposons à Jean-Christophe de rester pour la nuit à l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques ce qu'il accepte, sous l'impulsion de Catherine et de son ami de régiment. Nous évoquons avec lui la nécessité d'une aide thérapeutique mais lui proposons d'en reparler le lendemain. Le couple a du mal à se quitter, s'enlace, se fait des promesses. Catherine refusera d'être raccompagnée par leur ami. Elle va rentrer seule dans la nuit au centre maternel où elle est hébergée. Jean-Christophe va passer une bonne nuit et se montrera très discret dans le service.

5. Evolution

Jean-Christophe a montré de lui une image calme et apaisée. Coopérant à cette courte hospitalisation, il a avoué avoir « pété un plomb » la veille au soir avec son amie. Il dit « faire n'importe quoi en ce moment », ce qui porte préjudice à sa carrière militaire puisqu'il est en fugue depuis un mois. En effet, il devait faire des allers-retours entre la caserne et le centre ville où habite Catherine. Il est en souffrance, il s'inquiète beaucoup pour Catherine et a certainement du mal à trouver sa place dans cette relation. Il dit qu'il ne parvient plus à prendre du recul et qu'il mêle trop étroitement vie professionnelle et vie privée. Il souhaite passer une nouvelle nuit aux urgences et rentrer à la caserne le lendemain.

Jean-Christophe dit avoir pu échanger de manière constructive avec son amie. Les jeunes amoureux ont décidé de mettre un peu de distance avec leur entourage amical qui entretient, selon eux, un climat « malsain » dans leur couple. Jean-Christophe se dit apaisé par cette courte hospitalisation qui lui a permis de faire le point sur son couple et de repartir sur des bases nouvelles. Il a quitté les urgences avec une orientation sur le service médical de son régiment. Nous n'avons pas d'informations sur la suite de sa prise en charge et sur les conséquences disciplinaires de sa désertion.

Jean-Christophe et Catherine sont partis quelques jours dans le Sud-Ouest chez le père du jeune homme. Jean-Christophe a quitté Catherine puis a renoué avec elle. Leur relation demeure en dents de scie. Jean-Christophe s'est-il rendu compte de la situation problématique dans laquelle il se trouvait ? Son père l'a-t-il mis en garde ? Jean-Christophe a-t-il été rassuré par l'attachement de son père pour lui, ce qui aurait relativisé sa relation de dépendance à Catherine ? A-t-il renoué avec sa mère ?

D. L'errance de Catherine

1. Circonstances de notre rencontre

Catherine, âgée de dix-huit ans, accompagne Jean-Christophe lors de sa venue aux urgences. Il se trouve que la jeune femme est connue du service de néonatalogie puisque son petit garçon, grand prématuré, a été hospitalisé dès la naissance. Nous parlons régulièrement de son histoire à la maternité en réunion avec les assistantes sociales et les psychologues du service de néonatalogie. Catherine est désolée de voir dans quel état Jean-Christophe se trouve suite à leur querelle.

2. Biographie

La jeune patiente nous dit qu'elle est suivie par une éducatrice en qui elle a confiance et qu'elle loge actuellement dans un centre maternel. Paraissant frêle et amaigrie, sa silhouette évoque celle des jeunes filles anorexiques. Elle arbore de nombreux « piercing » sur son visage très juvénile.

Lors de l'entretien avec Jean-Christophe, Catherine dira d'emblée qu'elle est une ancienne toxicomane (totalement sevrée ?) et qu'elle a été victime d'inceste de la part son père vers l'âge de six ans. Bien que sa biographie soit émaillée de zones d'ombres, nous apprendrons que les parents de la jeune femme étaient divorcés. La mère de Catherine n'aurait pas voulu soutenir sa fille après qu'elle ait porté plainte contre son père, ce qui aurait abouti à un non lieu. Plusieurs fois hospitalisée pour troubles psychiatriques, la mère s'est suicidée alors que Catherine était âgée de quatorze ans. Elle a laissé une lettre soutenant les dires de sa fille et affirmant l'existence de cet inceste.

Après le décès de leur mère, Catherine, son frère et ses deux sœurs ont été séparés et placés dans plusieurs foyers. Catherine aurait été suivie sur le plan psychologique après ces événements dramatiques. Catherine conserve essentiellement des liens avec son frère. C'est par son intermédiaire qu'elle a connu Jean-Christophe puisqu'il était un de ses amis. Le frère de Catherine a assisté à l'accouchement de sa sœur, situation peu banale qui fait poser la question de la place de chacun dans une famille ayant vécu la maltraitance. Catherine a fugué de nombreuses fois des foyers où elle était hébergée. Elle n'a pas de formation professionnelle. Nous apprendrons également l'existence d'un beau-père que la mère passait son temps à suivre et à espionner, mêlant très fréquemment les enfants à ses « filatures. »

Le père du bébé est décrit comme impulsif et violent. Dealer, il a déjà fait un séjour en prison. Catherine déclare que ce bébé était un « accident » mais qu'elle a décidé de le garder. Elle a quitté le père de son enfant et a, par la suite, rencontré Sébastien alors qu'elle était encore enceinte. La jeune femme a accouché très prématurément et son enfant a été pris en charge en service de néonatalogie. Jean-Christophe voulait reconnaître l'enfant mais hésitait beaucoup à prendre cette décision. Il a été « devancé » par le père biologique qui est venu à deux reprises voir l'enfant à la maternité puis a interrompu les visites. La présence de cet homme dans l'entourage de Catherine génère une forte angoisse chez le couple et en particulier chez la jeune femme, décidée à rompre toute relation avec lui. La jeune femme avait insisté pour que Jean-Christophe bénéficie d'une autorisation de visite auprès du bébé dans le service de néonatalogie. Elle lui avait été refusée car il n'était pas le père de l'enfant et Catherine en avait été très affectée.

3. Prise en charge psychologique en individuel dans le service de néonatalogie

Catherine est suivie plus ou moins régulièrement par la psychologue de néonatalogie. En effet, elle venait souvent voir son fils au début de son hospitalisation puis ses visites se sont faites plus rares. Le lien mère-enfant a eu du mal à se nouer et Catherine, qui paraissait triste, ne rentrait pas toujours au foyer maternel. Le problème qui se posait alors était l'opportunité d'un signalement par rapport au devenir de cet enfant à sa sortie du service. Il est intéressant de se questionner sur la place de cet enfant chez cette maman qui a vécu la maltraitance et de manière plus générale de la maternité chez les adolescentes. Catherine est en grande difficulté. Elle se met en danger, ce que nous avons pu constater lorsqu'elle est rentrée seule au beau milieu de la nuit. Comme si Catherine espérait mais redoutait que les liens se nouent, avec ses compagnons ou son bébé, témoignant de l'immaturité affective et des troubles de l'attachement.

Les difficultés à nouer le lien avec son enfant semblaient en relation avec ses problèmes sentimentaux. Au début de l'hospitalisation du bébé, elle souhaitait que son compagnon Jean-Christophe entre avec elle dans le service, comme dans un rituel. Puis le couple s'est disputé et Catherine s'est faite plus rare dans le service. Elle avait du mal à mener tout de front et semblait fuir l'environnement hospitalier.

La prise en charge de Catherine met en évidence une grande difficulté dans la continuité du suivi thérapeutique. Les consultations ne peuvent être programmées à l'avance. Elle décide elle-même des consultations dans l'immédiateté et à sa convenance. Le thème essentiel de son discours est sa relation avec Jean-Christophe, qui représente une attache très forte bien qu'ils soient séparés, mais par conséquent non fiable. Cette relation de dépendance exclusive et oppressante a eu, en partie, raison de leur couple. Jean-Christophe l'a quittée, elle le qualifie de « faible », le décrivant dans une admiration pour son père légionnaire. Elle critique les copains de Jean-Christophe et les propos orduriers prononcés à son encontre. Catherine les rend responsables de l'échec du couple. L'histoire de Catherine souligne la pathologie du lien que nous allons développer plus loin.

4. Evolution

Par peur d'un signalement, Catherine est venue voir son bébé beaucoup plus souvent et a continué le suivi auprès de la psychologue. Elle a pu retourner au centre maternel avec son enfant. Pas tout à fait terminée, sa relation avec Jean-Christophe reste chaotique. Très attachée à ce compagnon, elle lui téléphone régulièrement. Elle a d'ailleurs donné comme deuxième prénom à son enfant celui du père de Jean-Christophe. Lorsqu'elle a rencontré ce dernier à l'occasion de leur visite dans le Sud-Ouest, elle a été choquée par son comportement de séducteur et d'homme à femmes. Le prénom du bébé est un prénom court à la mode.

Le lien avec son bébé semble se tisser peu à peu, elle lui parle et le berce avec tendresse. Catherine souhaiterait quitter le centre maternel et trouver un appartement près de chez Jean-Christophe, même s'ils ne sont plus ensemble. Les relations avec l'équipe du centre maternel se dégradent, elle se sent jugée et ne supporte plus le cadre contenant, d'orientation très éducative. Dans un climat d'incompréhension, la jeune femme se trouve en rébellion contre ce lieu et ceux qui y travaillent. Elle s'est néanmoins fait quelques amies dans le centre et ne fugue plus comme auparavant, de peur que son enfant lui soit retiré.

Catherine a très mal vécu la dernière consultation pédiatrique qui révélait une absence de prise de poids de l'enfant, faisant planer le doute sur ses compétences maternelles et sur la nécessité d'un signalement et de placement de l'enfant. Catherine, désireuse de ce bébé, se retrouvait confrontée à la réalité des contraintes imposées par cette maternité prématurée.

V. FUGUE ET PROBLEMATIQUE ADOLESCENTE

« Tout le monde dormait, ou bien était sorti, ou à la maison pour le week-end, et dans le couloir c'était très calme et déprimant... Ce que je pensais faire, je pensais que je pourrais descendre voir ce que fabriquait Mal Brossard. Et puis tout d'un coup j'ai décidé que ce que j'allais faire c'était foutre le camp – à l'instant même et tout. Pas attendre au mercredi ni rien. Je voulais plus continuer à traîner là. Je me sentais trop cafardeux, trop seul. Alors j'ai décidé que je prendrais une chambre dans un hôtel à New York – un petit hôtel pas cher et tout – et que je me laisserais vivre jusqu'à mercredi. Et puis, mercredi, j'irais à la maison, bien reposé, en pleine forme ».

J. D. Salinger,
L'attrape-cœurs

A. Des premiers pas de l'enfant à la fugue de l'adolescent

Lorsque l'enfant explore le monde qui l'entoure, d'abord à quatre pattes puis debout, il éprouve l'espace en tâtonnant les supports, les objets, sous la guidance affective de ses parents. Déjà il échappe à l'attention et au contrôle parental et s'expose aux accidents domestiques. La présence concrète des adultes dans le territoire de vie peut inciter l'enfant à courir le risque d'explorations inédites. En effet, il s'insinue dans les failles et les faiblesses de toute structure. L'enfant délaissé petit se signale souvent par des actes proches d'une fugue. Il va se hisser sur le rebord de la fenêtre ou se diriger vers les escaliers...

Ainsi l'espace normal du tout-petit s'organise très tôt comme un espace dynamique, souple et mobile. L'enfant fouille, explore les limites de ce qui est possible et de ce qui est interdit. L'espace habité par la vie de la famille, les parents, les frères et sœurs, les bruits, les portes, les cloisons, la spécificité des pièces et l'ambiance qui y règne, sont une référence universelle pour l'enfant. La vie dicte sa loi plus que les ordres. Elle offre à l'enfant ce tableau spontané, concret et immédiat dont les murs et les interdits en sont le cadre.

L'enfant qui, bébé, va dormir près de ses parents pour être surveillé (et apaiser les angoisses de mort subite notamment), va avoir plus tard sa chambre et son propre espace que ses parents vont lui « imposer. » Mais la plupart des enfants ont envie de fuir ce territoire bien à eux et regagnent, au beau milieu de la nuit, la chambre des parents, si sécurisante. Ils éprouvent dans cet espace nocturne la force des limites entre la vie commune et la vie intime, le droit au privilège par rapport à la loi, la détermination individuelle et la force des liens intra-familiaux. Ils fuguent de cet espace rigide assigné à l'enfant, forgé de contraintes socioculturelles et notamment du spectre de la problématique oedipienne, veto imposé par les théories psychanalytiques contemporaines. En effet, dans certaines cultures, le coucher en groupe est une pratique régulière (74).

L'enfant, en grandissant, va mettre au point des stratagèmes équivalents de fugues pour parvenir à ce qu'il souhaite. Certains vont rater volontairement le bus pour rester dormir chez la copine, ou oublier leur ticket de cantine pour aller manger chez une voisine.



Robert Doisneau

"Les Frères, rue du Docteur Lecène, Paris, 1934"

Lorsque l'enfant devient adolescent, il investit librement sa chambre, son territoire propre, pour se sentir « chez lui. » Il va se démarquer de ses parents en se créant un monde à lui, avec sa « déco », ses musiques, ses photos, ses objets. Lorsque les parents tentent de mettre de l'ordre et s'immiscent dans cet espace intime, les adolescents peuvent le vivre comme une véritable intrusion.

La porte de la maison va représenter une limite essentielle dans le cours de l'émancipation spatiale du jeune. Elle symbolise cette limite entre le dedans et le dehors. L'enfant occidental apprend très tôt à se méfier du dehors, car la rue représente tous les dangers pour les parents qui les mettent constamment en garde. La rue est le premier espace social de la fugue.

B. L'adolescence, « passage » déterminant

L'adolescence dérive du mot latin « *adolescencia* » signifiant jeunesse, jeune âge. Dans l'Antiquité, le terme « *adulescens* » était utilisé pour désigner les hommes âgés de dix-sept à trente ans. Depuis le début du XXe siècle, le mot renvoie à un âge qui débute à la puberté et s'étend jusqu'à vingt-cinq ou trente ans.

« *Adolescere* » signifie croître, grandir, se transformer, se fortifier. La puberté se définit comme l'ensemble des changements biologiques et anatomiques qui amènent l'enfant à l'état adulte. L'activation des systèmes endocriniens à la puberté s'accompagne :

- de l'augmentation de taille des organes génitaux externes et internes ;
- de l'acquisition des caractères sexuels secondaires ;
- de l'apparition des possibilités de procréation ;
- d'une importante poussée de croissance ;
- de modifications psychologiques.

Pour Françoise Dolto, l'adolescence est une période critique (31), un « passage » déterminant qui mène les enfants à la prise d'autonomie. Il n'y a pas d'âge précis qui « date » ce stade du développement de l'individu car chacun la vit selon son rythme propre. C'est un long parcours tumultueux qui attend les enfants avant de pouvoir entrer dans la vie adulte et

assumer des responsabilités de citoyens. Ils vont avoir à franchir un certain nombre d'épreuves et à résoudre des crises individuelles et en relation avec la famille. L'adolescence est une phase de mutation, elle est à rapprocher de la naissance. Dans la réalisation de la prise d'autonomie, tous les adolescents auront besoin de leur « vouloir-vivre » pour affronter cette mort de l'enfance.

On parle de la population des « ados » mais cette expression tend à isoler les jeunes individus en « *passage* », en « *transit* », en les enfermant dans une classe d'âge. Plutôt que de les situer sur une pyramide des âges, il convient de les considérer par rapport à une large mouvance dépassant les controverses et désaccords entre psychologues et psychiatres, sociologues, endocrinologues et neurologues. Certains vont la considérer comme une simple transition vers l'âge adulte, en la situant entre douze-quatorze ans et dix-huit ans. Ceux qui la définissent en terme de croissance, comme un temps de développement osseux, musculaire et nerveux, sont tentés de la prolonger jusqu'à vingt-ans voire plus.

Quand l'adolescent manifeste son désaccord, son mécontentement, quand il veut s'opposer et entre en conflit avec ses parents, on lui répond : « *Tu partiras et tu feras ce que tu veux quand tu auras dix-huit ans.* » En effet, le juge, lui, va prendre le repère de la majorité pénale, le législateur ayant fixé à dix-huit ans la majorité civique. Néanmoins, la société actuelle se retrouve face à l'immatunité, l'irresponsabilité d'une jeunesse trop assistée qui reste longtemps chez ses parents (phénomène illustré par le personnage de Tanguy dans le film d'E. Chatiliez) (109). F. Dolto ajoute qu'« *un jeune individu sort de l'adolescence lorsque l'angoisse de ses parents ne produit plus sur lui aucun effet inhibiteur.* » Les enfants ont atteint le stade adulte lorsqu'ils sont capables de se libérer de l'influence des parents et de les quitter sans culpabilité.

Lors de la puberté s'opère un changement, une métamorphose structurale à la fois physique et psychique. L'adolescent va être amené à penser ce changement en compagnie de sa famille. L'affaire de l'adolescence va être de penser le changement, imaginer maintenant une vie après la puberté. Le travail psychique va consister à clore sur la reviviscence des images incestueuses et parricides et « *cheminer* » avec les nouveaux objets d'amour et d'amitié avant de « *séjourner.* » (52, 53)

Erikson parle des adolescents comme des « *jeunes gens assaillis par la révolution physiologique de leur maturation génitale et par leur incertitude quant aux rôles adultes qui les attendent.* » (38) Ils tentent d'établir une « subculture » juvénile qui ressemble à une formation d'identité finale, en réalité initiale. Le travail des adolescents va être de pouvoir installer des idoles et idéaux durables comme gardiens d'une identité finale. Le monde social, la société, va remplacer le monde de l'enfance au niveau des identifications.

L'adolescent, qui n'est pas encore un adulte mais qui n'est plus un enfant, doit affronter une série de transformations physiologiques, morphologiques, psychiques et relationnelles qui vont être source de questionnements et d'angoisses. La question de l'identité, du « *qui suis-je ?* » va devenir primordiale et générer anxiété, fragilité et instabilité (63). Les modifications physiques à l'adolescence provoquent des réactions psychologiques, étroitement dépendantes des attitudes et des jugements d'autrui, surtout de ceux des parents, mais aussi de ceux du groupe. Le corps, symbole du Soi, constitue la frontière entre l'individu et le monde. Stimulus sexuel, il est aussi stimulus social. Sa signification pour autrui et sa conformité avec les normes du groupe comptent beaucoup pour l'adolescent. Tout écart par rapport à la norme est alors jugé avec désespoir. Ces transformations physiques et leurs répercussions contribuent au sentiment d'insécurité et de malaise qui peut se traduire par une crise identitaire. L'adolescence est un âge de construction identitaire, c'est un âge de tous les possibles mais aussi de tous les risques dans le contexte social actuel où l'avenir est incertain (22).

Les images parentales sont dévalorisées et l'adolescent va s'opposer à ses parents dans des valeurs ou opinions différentes (c'est le cas de Stéphanie qui prend le train le jour de la grève). C'est une façon de se démarquer d'eux, de marquer sa différence dans sa quête d'identité. L'adolescence est une période de transition où le jeune doit accomplir un parcours pour passer de l'enfance à l'âge adulte. Il doit se repositionner par rapport à la séparation, à son identité et à son corps (46). L'adolescence est un cheminement qui doit conduire le sujet à se séparer d'un monde familial pour exister dans le monde encore étranger des adultes. C'est durant ce parcours que l'adolescent risque de se perdre.

L'acte de fugue peut être considéré comme sain : le sujet refuse une situation de dépendance et de tension, choisissant une autonomie physique radicalement émancipatrice. L'adulte fugue de manière plus masquée que le jeune car il a à sa disposition le statut et les moyens qui lui permettent de le faire (74).

C. La fugue : une mise en acte

1. Définitions

Le voyage est un départ préparé dans un but précis, comme le désir de découverte, le goût de l'aventure ou la fuite de la vie quotidienne. C'est une mise entre parenthèses d'une tranche de vie signant une volonté délibérée de rupture d'avec la famille et le contexte idéologique de la société dans laquelle vit le jeune (pour exemple, le mouvement hippie dans les années soixante-soixante-dix) (46).

La fugue est une fuite brutale du milieu habituel où vit le sujet. C'est un départ impulsif, brutal, immédiat et déterminé, le plus souvent dans une atmosphère de conflit avec la famille ou l'institution où est placé l'adolescent. En fuyant son lieu de vie, l'adolescent espère également se fuir lui-même, se fuir pour s'échapper, se retrouver autrement, se refaire. Le fugueur n'est pas forcément un voyageur en quête de sensations nouvelles. Il n'est pas toujours animé par une curiosité intellectuelle qui le pousserait à découvrir des « *horizons nouveaux*. » La fugue est le plus souvent un acte qui a valeur de raptus non délibéré et qui peut même surprendre celui qui en est l'auteur.

Ainsi la fugue est associée à la fuite, à l'escapade. Fuir, c'est échapper à quelqu'un ou quelque chose de menaçant. Elle se définit toujours en référence à un lieu de départ que l'on quitte rapidement sans prévenir. L'errance, elle, se définit comme un mode d'être dans le monde, sans contrainte et sans but.

La fugue, parmi les troubles du comportement, occupe une place importante dans la psychopathologie de l'adolescence. Certains la considèrent comme un rite de passage, d'autres comme un comportement déviant. La fugue à l'adolescence constitue pour un individu une tentative désadaptée de résolution de ses conflits internes à travers un aménagement de sa réalité externe. Par le changement de son cadre de vie, la prise de distance vis-à-vis des personnes et des situations avec lesquels sont établis des liens conflictuels, le sujet met en scène un changement de sa propre vie (70).

La fugue vient du mot italien *fuga* qui signifie la fuite. La première définition est le « fait de s'enfuir de son domicile, notamment pour un enfant mineur » (66). « Je me barre », « Je me tire », « Je dégage », « Je me casse », « Je m'arrache » sont des expressions familières qui signent la rupture franche et brutale.

Selon P. Messerschmitt, la fugue consiste dans l'abandon par le jeune du lieu habituel de vie, domicile ou institution, abandon agi de manière unilatérale, soit impulsive, soit mûrement réfléchi et prémédité. C'est l'abandon par un mineur du territoire de responsabilité des adultes contre leur volonté. La fugue évoque la fuite, le caractère fugace et transitoire de l'acte de quitter un système de vie, sans préjuger du contenu ni de la suite de l'événement. Le fugueur sait ce qu'il quitte mais sait mal ce qui l'attend, son acte reste proximal, dans la problématique du lien (74).

2. Facteurs de risque environnementaux prédisposants

a. Milieu sociofamilial

L'espace de tolérance socioculturelle est variable, notamment selon l'âge et la maturité de l'enfant, selon les habitudes de la famille ou de l'institution, la quotidienneté, la nuit plus angoissante que le jour (74). La constitution du couple parental et l'atmosphère familiale jouent un grand rôle. La dissociation des parents ou leur mauvaise entente, le manque de communication entre les membres de la famille, l'alcoolisme des parents entraînant la violence, le manque d'autorité, l'hyperprotection, le rejet de l'enfant par ses parents, sont autant d'éléments pouvant inciter l'adolescent à fuguer (31).

La maltraitance est un facteur de risque de fugue. Le court-métrage de C. Ruggia, « L'enfance égarée » (113), raconte l'histoire d'un adolescent qui décide de ne plus jamais retourner chez lui. Battu par son père, il craint qu'il ne s'en prenne à sa petite sœur, pour l'instant épargnée, et décide de partir. Rempli d'hématomes et de traces de coups, le jeune garçon fait croire à ses copains qu'il est tombé dans les escaliers. Ils ne sont pas dupes mais que peuvent-ils faire ? L'un d'eux lui conseille de remettre son blouson car on voit des marques de sang sur son dos.

La fugue existe dans tous les milieux. Contrairement au milieu sociofamilial de Stéphanie, c'est dans les milieux défavorisés qu'elle est la plus fréquente. Les carences éducatives, l'absentéisme scolaire, l'inadaptation et l'échec scolaire sont aussi bien souvent responsables des fugues d'adolescents. Les enfants qui vivent en foyer sont souvent amenés à fuguer après, par exemple, un conflit avec l'éducateur référent. Le jeune va vouloir fuir de façon impulsive l'établissement qui représente la cause de son malheur (c'est la haine du lieu qui incarne la douleur du placement) mais également tester l'attachement des responsables du foyer à son égard.

Les bouleversements sociaux sont également à prendre en compte. Ils sont à l'origine de ces bandes d'enfants vagabonds que l'on voit se former au cours des guerres, des révolutions, des catastrophes naturelles. Mais la fugue est le plus souvent un acte solitaire, conséquence d'une revendication affective insatisfaite.

La fugue va permettre d'échapper à un quotidien rendu douloureux du fait d'interrelations affectives pénibles avec les membres de l'entourage et à des conflits intrapsychiques ingérables. Patrick semble habité par une haine intolérable dont il ne peut se séparer. Ce besoin de fuir va prendre le dessus sur la peur de l'inconnu. Le jeune homme va tenter de trouver un sens à son existence en voulant l'anéantir. Il ne semblera découvrir la valeur de la vie qu'après avoir confronté la sienne aux situations potentiellement dangereuses voire mortelles.

Abordons la notion des mythes familiaux. Ils donnent signification et continuité aux questions posées concernant l'origine, la transmission, l'identité de la famille, jouant le rôle du contenant qui fait « tenir ensemble. » Ils ont ainsi un rôle structurant pour la pensée familiale et les psychés individuelles et fondent l'appartenance familiale. Cependant, ils sont bien souvent façonnés par un négatif souvent tragique (49).

Le voyage peut permettre de gérer des émotions non formulées surtout si les interactions affectives intra-familiales sont de mauvaise qualité. L'importance des « non-dits » et les perturbations des références à l'image paternelle sont fréquents (88). Patrick est très proche de sa mère et rejette ce père trop violent qu'il déteste et qui lui fait peur. Sans doute existe-t-il d'autres raisons réelles ou fantasmatiques d'agir ainsi. Patrick est-il un enfant illégitime, adultérin ? A-t-il été victime de violences sexuelles ? Il ne parvient pas à s'affirmer

en tenant tête à son père et va donc se confronter à la mort. En y survivant, il prendra de l'assurance et n'en reviendra que plus fort.

A propos de son voyage à Athènes, Freud expliquait la pulsion de voyager par le fait qu'elle trouve sa cristallisation dans l'adolescence où la tentation de la fugue est la plus forte et s'enracine dans l'insatisfaction de la famille. « *J'avais depuis longtemps démêlé qu'une bonne part de mon envie de voyager tenait à ce désir d'une vie libre, autrement dit à mon mécontentement au sein de ma famille.* » Ainsi le voyageur est-il pris dans un mouvement d'insatisfaction et de fuite de l'autorité parentale dans sa fonction limitante (106, 43).

De façon générale, les déplacements paraissent en relation avec une perte d'identification au domaine social et une mauvaise qualité des échanges avec l'environnement. Parmi les déterminants des fugues et des errances, on retrouve bien souvent la quête de repères, d'objets internes référents symboliques.

La fugue est un événement dans la continuité de l'histoire familiale et sociale, après quoi, plus rien ne sera exactement comme avant. La fugue dans la plupart des cas est un événement logique, « normal », sain voire nécessaire dans une économie familiale moins équilibrée. Elle s'intègre dans un système, vient révéler un déséquilibre historique et initier une issue. Il est important de souligner que le risque de fugue est davantage lié à un processus éducatif qu'au milieu lui-même. La fugue peut être considérée comme un échec de la verbalisation, un défaut du Dire entre le jeune et les adultes qui l'entourent (74).

Acte physique, la fugue vient démontrer un échec, une carence qualitative de l'autorité parentale :

- *autorité « excessive »*. Il s'agit de pères durs, sévères, autoritaires et rigides. La fugue constitue alors un compromis pour résoudre le conflit ;
- à l'opposé, *laxisme et faiblesse*. Le père est souvent absent, pris par son travail, et la mère protectrice et permissive. La fugue prend alors la valeur d'une démonstration de pouvoir, de toute puissance, de provocation des parents par rapport à leur incohérence.

Certains adolescents peuvent se trouver dans l'impasse car ils ne peuvent partager quelque chose vécu comme honteux, comme par exemple une grossesse d'adolescente, des

préoccupations homosexuelles ou un échec scolaire. Nous nous souvenons des choses « pas bien » qu'avait commises Patrick, notamment à propos des oiseaux, de ses regrets non assumés, de son « problème » avec les filles, de son corps qu'il vivait comme laid et honteux.

b. Contexte culturel

Patrick, sa famille et sa communauté sont des « déracinés. » Le repli sur soi est un mécanisme défensif et compensatoire du déracinement. La famille recrée un monde à elle et s'isole. Dans ce contexte de souffrance, puisqu'il s'agit d'une population qui a été abandonnée, humiliée, l'extérieur va être perçu comme mauvais (36). Patrick est attaché à son milieu dont il ne peut se séparer. Il va néanmoins tenter de prendre contact avec le monde environnant qui lui fait peur et qui est certainement mal jugé par son père. Le fait de brûler ses papiers signe la crise identitaire et le vœu de rompre avec son passé.

On peut s'aventurer à évoquer une sorte de descendance condamnée à ne pas survivre, du fait de la fragilité et de la dimension mortifère d'une société basée sur la consanguinité. Comme si Patrick n'avait pas d'autre solution que de devenir le même que son père, ce qu'il refuse. Patrick détient un bagage scolaire qui aurait peut-être pu lui permettre d'aspirer à quitter son père « par le haut », avec les honneurs, sans se sentir obligé de suivre son chemin. Pourquoi renonce-t-il à poursuivre ses études ? Comment exister en tant que « descendant » si miséreux des « grands » colons, devenu « Petit » mais habitant les « Hauts » ?

Le contact avec Patrick est emprunt de bizarrerie, accentuée par le fait qu'il est blanc et qu'il parle avec un accent créole. Nous nous posons la question plus large des repères dans les sociétés métissées, et du besoin d'identification et d'appartenance à un groupe donné.

Un changement d'ordre culturel et historique au niveau de la famille peut se révéler traumatisant dans la constitution de l'identité. Chez l'adolescent immigré, la question de l'identité va se heurter à l'expérience migratoire immédiate (63). Le sentiment d'identité peut être gravement menacé par l'expatriation que représente la migration dans un pays étranger. La crise que représente l'adolescence va se confronter au patrimoine culturel, au choc de deux cultures différentes.

Les parents migrants se retrouvant bien souvent dans une situation plus précaire avec un autre statut, l'adolescent peut avoir le sentiment de perdre son père et sa mère dans leur fonction habituelle auprès de lui. La question de l'identité, « *qui suis-je ?* », « *où suis-je ?* » « *à quelle culture j'appartiens ?* » « *qu'est-ce que l'on attend de moi ?* », qui se pose déjà en terme de crise en temps ordinaire, va s'en trouver d'autant plus fragilisée.

Il peut exister un conflit entre le désir d'adopter la nouvelle culture et de ressembler à tous les autres jeunes de son âge dans un phénomène d'appartenance au groupe et celui de se différencier pour maintenir son individualité et continuer à être le même, sans renier ses origines. L'adolescent immigré qui fugue de son milieu familial peut signifier, en plus de l'opposition aux modèles parentaux et à leurs exigences culturelles, la marque d'une place impossible à tenir, celle par exemple de réussir mieux que le père ou d'être garant de la « survie » du modèle culturel d'origine (63).

Le problème de l'ethnie est important. Chaque population immigrée a sa propre gestion du territoire de vie et sa propre idée du compromis entre les deux cultures (74). Dans certains pays, les enfants sont habitués à courir et à jouer dans la rue, les voisins les connaissent bien. Les enfants qui errent dans les rues dans nos pays occidentaux sont plutôt livrés à eux-mêmes. Les gens n'ont pas les mêmes rapports de voisinages, sont plutôt seuls et isolés. Parents « démissionnaires », à cause de la précarité, ils exposent leurs enfants aux dangers du dehors.

La place des filles fait généralement l'objet d'un « tiraillement » entre les différents modèles culturels. Les problèmes surgissent autour de coutumes particulières, comme le port du voile, et les relations avec les garçons. Ces situations entraînent souvent des passages à l'acte : fugue ou tentative de suicide.

Les fugues peuvent prendre une forme romantique lorsqu'il s'agit du départ d'un couple de jeunes qui fuient « à la Roméo et Juliette » dans le cas d'un amour socialement et culturellement impossible.

3. Approche épidémiologique

a. Le profil du fugueur

La fugue a été peu abordée par les épidémiologistes car elle ne fait pas partie des comportements les plus étudiés que sont la consommation de produits psycho-actifs, les délits et les comportements sexuels à risque. Pourtant, la fugue est une conduite décrite depuis longtemps, que l'on analyse comme un phénomène aux déterminants multiples : protestation, fuite, agression, affirmation de soi, désir de relations nouvelles, découverte... Ainsi, la diversité des motifs et des significations de cet acte rendrait les études difficiles (18).

Une enquête nationale a été réalisée en 1993 par Choquet et Ledoux auprès de 12391 élèves du second degré, parmi lesquels 450 déclaraient avoir fugué dans l'année (6, 17). Les fugueurs ont été comparés à ceux qui n'avaient pas fugué sur le plan des conduites à risque, des consommations de produits, des violences agies ou subies et l'expression de mal-être psychologique.

La séparation parentale est un des premiers facteurs de risque sociodémographique associé à la fugue. Cependant, les facteurs relationnels relatifs à la famille sont davantage associés à la fugue que les facteurs sociodémographiques. Les fugueurs sont plus nombreux à ressentir le manque « d'intérêt de la mère ou du père » ou le sentiment de solitude. Ils sont plus nombreux à avoir consulté un psychologue, un psychiatre ou une assistante sociale.

Les idées ou tentatives de suicide, la dépressivité et la prise de médicaments psychotropes, les agressions physiques ou sexuelles sont fortement associées à la fugue. C'est également le cas pour les conduites à risque, la délinquance ou le mal-être psychologique. Les fugueurs sont plus nombreux à faire du racket, à voler, à avoir des conduites violentes, à sortir et à pratiquer l'absentéisme scolaire, à avoir des rapports sexuels réguliers.

Les consommations d'alcool, de tabac et de drogues (médicaments psychostimulants comme les amphétamines, cannabis, etc.) sont fortement associées à la fugue. Les dangers de la fugue à l'adolescence nécessitent de toute évidence une prise en charge contenante. Face à la diversité des manifestations exprimées, elle est souvent multifocale.

Selon une étude faite au niveau du Service d'Accueil et d'Hébergement Provisoire rue de la Croix-Nivert à Paris publiée dans la revue *Adolescence* en 1996 (5) en regard de l'Enquête nationale, on retient que le sex-ratio est de 0,6 et que la moyenne d'âge des adolescent en fugue est de quinze ans. Les trois quarts sont français. La majorité des fugueurs sont récidivistes. Un conflit ou une dispute est bien souvent à l'origine de cette fugue. La majorité des adolescents partent sans argent.

La fugue est un signe de rupture dans l'espace et dans le temps. La moitié parcourt plus de cinquante kilomètres et fugue sur une durée de plus d'une semaine. La fugue débute et prend fin de jour et en semaine. Elle est autant solitaire que collective. Elle se termine le plus souvent à l'arrivée dans le Service d'Accueil et dans la moitié des cas dans les suites d'une interpellation. Pour les autres, les motifs d'arrêt peuvent être le manque d'argent, l'obtention de ce qu'ils souhaitaient ou l'envie que cette fuite cesse. Un tiers des jeunes termine leur fugue dans une gare, dans la rue, au commissariat dans un centre commercial, etc.

Si la fugue se termine « bien » dans la majorité des cas, certains adolescents se sont sentis en danger, ont eu peur ou ont subi une agression, ont commis un délit. Ces jeunes fugueurs habitent soit chez leurs deux parents, soit chez un seul, soit en foyer. La majorité a des parents séparés, divorcés ou décédés. Un tiers a un père au chômage ou en invalidité, ou bien incarcéré ou en situation irrégulière.

Ce sont surtout des élèves de collège et lycée mais certains sont chômeurs ou dans un cycle d'apprentissage hors de la filière scolaire classique. Ils relatent des problèmes familiaux anciens et très importants. Dans la majorité des cas, un juge est intervenu pour ces problèmes familiaux ou pour une faible part, un délit. La moitié de ces jeunes ont des idées suicidaires et nombreux ont fait des tentatives de suicide. Des troubles du sommeil et une symptomatologie dépressive sont fréquents. Le tabagisme de ces jeunes est important.

Les jeunes fugueurs cumulent dans la majorité des cas des problèmes d'ordre familial, social, scolaire et personnel. L'instabilité, l'hyperémotivité et l'immaturation affective sont les traits de caractère le plus souvent présents chez l'adolescent fugueur.

Selon une étude plus ancienne réalisée en 1988 auprès d'un échantillon aléatoire d'adolescents, de même statut socio-économique, scolarisés dans l'ensemble des

établissements du second degré dans un département de l'Est de la France (18), les parents avaient été interrogés et donnaient quelques informations sur la présence de troubles précoces durant la prime enfance et la période de latence. Les enfants étaient le plus souvent gardés par une autre personne que la mère, sur une durée plus longue. Dès l'entrée à l'école, les jeunes fugueurs avaient présenté plus de problèmes que les autres au niveau des apprentissages (lecture, écriture, discipline, manque de concentration et d'attention) mais pas au niveau de l'intégration sociale. Les fugueurs ont notamment eu plus de problèmes de santé (allergie, eczéma, asthme, troubles du sommeil et énurésie). La fugue reste tout de même peu fréquente et n'est pas forcément une conduite typique de l'adolescence. Mais il existe une période de fragilité entre 15 et 17 ans. La récurrence ne survient que dans un quart des cas, au même titre que la tentative de suicide. Le retrait scolaire serait un bon indicateur de risque de fugue.

b. Les différents types de fugues

Une étude réalisée en 1991 sur 320 jeunes qui sont passés au centre d'accueil de la Croix-Nivert à Paris a permis de définir des catégories « types » de fugues (7).

- La fugue sans maltraitance :

La fugue du domicile des parents ou du foyer sans qu'il y ait eu maltraitance est la situation la plus fréquente (46%). La moyenne d'âge est de 16,1 ans et le sex-ratio de 1. 45% d'entre eux sont nés en Province, 22% sont nés à l'étranger. 35% des jeunes fugueurs vivent en foyer. Sur les 53% qui vivent au domicile des parents, 29% fuguent de la maison des parents vivant ensemble. Dans le cas de parents séparés (24%), il existe trois fois plus de fugues de chez la mère que de chez le père. Les parents de ces jeunes sont mariés ou vivent en concubinage pour 58% des jeunes. Ils appartiennent à une famille nombreuse (fratrie de trois ou plus). Le père travaille pour 53% d'entre eux (la mère pour 43%). Il est décédé, incarcéré ou en situation irrégulière pour 29% (la mère pour 15%). La mère est au foyer pour 28%. Ils sont 55% à être partis d'un domicile avec un indice de confort positif (confort, état, téléphone, salle de bain, etc.).

Sur le plan de la scolarité, le taux de non-réponse concernant toutes les catégories de jeunes interrogés dans l'enquête met l'accent sur le peu d'engagement scolaire. Dans le cas des fugueurs sans maltraitance, 48% sont élèves, 26% en apprentissage ou en stage, 6% travaillent.

23% vont en classe de manière irrégulière (75% de non-réponses) et 50% ont redoublé plusieurs fois. Le loisir le plus fréquent de tous ces jeunes est d'être dehors avec des copains (54%). 31% aiment sortir en boîte de nuit, 28% préfèrent aller au café. Ce sont des loisirs qui sont tous en dehors de la maison. 59% ont vu un médecin dans les six derniers mois avant leur venue au centre et 68% sont en bonne santé (pas d'hospitalisation, d'accident, de caries, etc.).

50% fument au moins dix cigarettes par jour, 27% boivent de la bière au moins une fois par semaine, 13% boivent de l'alcool fort au moins une fois par semaine, 31% ont un jugement favorable sur la drogue. Leurs consommations en font le groupe le plus à risque après celui de l'errance. Les trois-quarts des jeunes de cette catégorie ont déjà eu un contact avec la justice, dont plus de 50% en assistance éducative. 29% souhaitent rentrer chez eux, 30% désirent être placés.

- *La fugue avec maltraitance :*

Cette catégorie de jeunes représente 12,4% de l'étude. La moyenne d'âge est également de 16,1 ans, mais le sex-ratio diffère puisque le groupe est constitué de 60% de filles. 50% sont nés à l'étranger, 44% ont encore le statut d'étranger comme 72% des pères. 26% sont nés à Paris et en banlieue. Les jeunes habitent pour 53% chez leurs parents, 36% chez leur père, 11% chez leur mère. Ils partent le plus souvent de chez leur père. Les parents naturels sont le plus souvent mariés ou en concubinage (78%) par rapport au groupe précédent. Ils appartiennent pour 61% à des fratries d'au moins quatre. Le père travaille pour 61% d'entre eux. La mère travaille pour 35%, est au foyer dans 35% des cas. Ils sont 56% à avoir un domicile avec un indice de confort positif.

69% sont élèves, 10% travaillent, 6% déclarent ne rien faire, 18% vont en classe irrégulièrement (82% de non-réponses), 33% ont redoublé plusieurs fois. 35% aiment être dehors avec les copains, 31% disent écouter de la musique et regarder la télévision, 25% aiment lire et notamment les bandes dessinées. 51% ont vu un médecin et 87% sont en bonne santé.

40% fument au moins dix cigarettes par jour, 19% boivent de la bière au moins une fois par semaine, 3% boivent des alcools forts au moins une fois par semaine, 15% ont un jugement positif sur la drogue. Près de la moitié des jeunes de cette catégorie n'ont pas eu de contact

avec la justice. 38% ont été en assistance éducative, 8% ont déjà commis des délits les plaçant sous l'ordonnance de 1945 (détaillée plus loin). Ils souhaitent pour la majorité être placés.

- *Les adolescents chassés de chez eux :*

Ce groupe représente 7,9% de l'échantillon d'étude. Le sex-ratio est de 1. La moyenne d'âge est de 16,6 ans. Ces jeunes sont majoritairement originaires à 70% de Paris et sa banlieue, 16% viennent de l'étranger. Ils habitent pour 24% chez des parents qui vivent ensemble. 24% habitent chez leur père, 16% vivent chez la mère. C'est le groupe dont les parents naturels sont majoritairement séparés (56%). Ils sont « chassés » trois fois plus de chez leur père que de chez leur mère, un sur sept a été chassé de son foyer. La moitié de ces jeunes appartient à une famille nombreuse. Le père travaille pour 67% d'entre eux, la mère pour 55%. Elle est mère au foyer dans 25% des cas. Seulement 50% ont un domicile avec un indice de confort positif.

48% sont élèves, 12% travaillent, 16% déclarent ne rien faire, 32% vont en classe de façon irrégulière (c'est le taux le plus élevé de tous ces groupes), 44% ont redoublé plusieurs fois. 40% aiment être dehors avec les copains, 30% écoutent de la musique ou regardent la télévision. C'est le groupe qui a vu le plus souvent le médecin dans les six derniers mois (64%) et qui a le taux le plus élevé à l'indice de bonne santé (92%).

Ils sont 44% à fumer plus de dix cigarettes par jour, 24% boivent de la bière au moins une fois par semaine, 8% boivent des alcools forts au moins une fois par semaine, 24% disent que la drogue, ce n'est pas désagréable. Du point de vue justice, 50% bénéficient d'une assistance judiciaire, 10% relèvent de l'ordonnance de 1945. Ils souhaitent majoritairement être placés.

- *Les adolescents en errance :*

Le phénomène de l'errance fera l'objet de la partie suivante de notre travail. Nous pouvons d'ores et déjà donner quelques éléments épidémiologiques de manière à pouvoir comparer ce groupe aux autres catégories de cette étude.

Ce groupe représente 10,2% de l'échantillon. La moyenne d'âge est de 16,3 ans. 55% sont originaires de Paris, 30% sont étrangers. 35% vivent chez des parents qui sont ensemble, 42% chez des parents séparés. 12% vivent avec leur père, 31% avec leur mère. Ils partent le plus souvent de chez leur mère. Ils n'appartiennent pas forcément à une famille nombreuse. Les parents naturels sont le plus souvent séparés (52%). 57% des pères (les autres étant souvent en marge de la loi) et 41% des mères travaillent. 31% des mères sont au foyer. 66% ont un logis dont l'indice de confort est négatif.

28% sont élèves, 19% ne font rien, 13% travailleraient. 16% disent fréquenter irrégulièrement l'école, 31% ont redoublé plusieurs fois. Sur le plan des loisirs, 59% souhaitent être dehors avec les copains, 40% écoutent de la musique ou regardent la télévision, 27% déclarent aimer l'achat de vêtements, 27% vont en boîte de nuit. C'est le groupe qui voit le moins le médecin (34%) mais 88% ont un indice de bonne santé.

55% fument plus de dix cigarettes par jour, 36% boivent de la bière, 9% des alcools forts au moins une fois par semaine. 32% ont une image positive de la drogue. 33% ont déjà une assistance judiciaire et plus de 11% relèvent des ordonnances de 1945. Ils souhaitent rentrer chez eux ou être placés.

De façon générale, on constate qu'il s'agit de jeunes en difficultés mais les portraits demeurent très hétérogènes.

4. Significations de l'agir

a. Problématique identificatoire

Pour certains, la fugue constituerait, de façon très alarmante, un passage à l'acte grave au même titre que la drogue, la délinquance ou le suicide, que l'on peut expliquer par la morosité ou le refus d'investir. Elle se différencie du « voyage » ou de la « route » par l'impulsivité et la brutalité de l'acte. Ce n'est alors pas un acte banal mais plutôt une réaction agressive non socialisée chez un sujet immature et présentant des troubles psychopathologiques divers (18). Cependant, la fugue relève plus des troubles de la socialisation que de mécanismes psychopathologiques spécifiques.

Dans la légende (59), Œdipe avait fui son père de peur de le tuer. En effet, Œdipe avait quitté sa patrie, la Corinthe, où il passait pour le fil du Roi Polybe. La cause de cet exil volontaire était l'oracle. Apollon avait en effet déclaré qu'il était destiné à tuer son père. Œdipe crut pouvoir faire mentir l'oracle. Il décida de ne jamais revoir Polybe et se mit à vagabonder... Patrick détestait tellement son père qu'il avait avoué avoir eu envie de le tuer.

L'adolescent se retrouve confronté aux poussées de la libido, aux nécessités de se former selon de bonnes images identificatoires à valeur structurante. La difficulté adolescente est de renoncer à la séduction parentale et aux fantasmes incestueux et parricides. En effet, la pulsion de fuir est bien souvent en rapport avec l'importance des émois oedipiens. La fuite serait une tentative d'émancipation de la famille (72). La trop grande proximité d'avec l'objet incestueux est un des facteurs déclenchants de la fugue de l'adolescent (47).

Dans le film largement autobiographique de F. Truffaut, « Les quatre-cents coups » (116), Antoine Doinel, âgé d'une douzaine d'années, est rejeté par sa mère. Comme il l'explique à la psychologue, elle l'a eu « fille mère » et n'a pas avorté sous l'impulsion de la grand-mère. Le jeune garçon a découvert que son père était en fait son beau-père à l'occasion d'une dispute entre les parents. Il se sent de trop dans cette famille et dans ce trois-pièces où il n'a pas de chambre, seulement un lit placé dans le couloir. Il vit le monde des adultes comme injuste, culpabilisant et peu affectueux, et fait régulièrement l'école buissonnière avec son copain René. A l'occasion d'une énième réprimande à cause d'un mensonge de taille et peu anodin (il justifie son absentéisme scolaire en inventant la mort de sa mère), il décide de ne plus rentrer chez lui. Ses parents découvrent la lettre qu'il leur a laissée : « *Mes chers parents, je comprend(s) la gravité de mon mensonge. Après cela, la vie entre nous n'est plus possible. Aussi je vais tenter ma chance tout seul dans la capitale ou ailleurs. Je veux prouver que je peux devenir un homme, alors je vous reverrai et nous nous expliquerons sur tout. Je vous quitte et je vous embrasse. Antoine* ». Un clin d'œil est fait dans le film lorsque le professeur d'Anglais interroge un élève de la classe et lui demande : « Where is the father ? »

Pour Freud, dans « Malaise dans la civilisation » (42), le vagabond « *fuit ses pulsions, son objet d'amour* », il s'arrache à son objet. L'étayage identificatoire que représente la référence parentale sert de trame à la problématique oedipienne.



Jean-Pierre L aud dans "Les quatre cents coups"

La famille constitue un cadre dans lequel s'incluent au développement psychique de l'enfant l'activité fantasmatique, le repérage de sa propre identité en référence à la différence des sexes et des générations, la constitution du Moi en référence à l'environnement par le jeu des interactions, des emprunts ou des différenciations.

Rappelons les nombreux voyages qu'ont effectués de célèbres poètes tels Rimbaud et Verlaine. Voyage et problèmes d'identification sont évoqués dans l'ouvrage d'A. de Mijolla concernant Rimbaud (75). Ses nombreux voyages, errances, comportements provocants vont être sous-tendus par une image paternelle à laquelle le poète tentera désespérément de s'identifier. Son père, capitaine d'infanterie, avait « déserté » définitivement le foyer familial, la mère abandonnée ayant supprimé toute trace de ce père comme s'il n'avait jamais existé. Rimbaud avait, lui, déserté l'armée. Il avait redouté à la fin de sa vie d'être considéré comme un déserteur alors qu'il était au bord de la folie, malade cancéreux et amputé... Les souffrances semblent liées avec les départs, et inversement. Par ailleurs, l'échec total de la métaphore paternelle et la relation souvent fusionnelle à la mère rendent difficile l'intégration de la loi (78).

L'image du corps, son investissement narcissique, le sentiment esthétique de sa beauté, le sentiment d'identité, l'estime de soi s'élaborent par des remaniements successifs inscrivant le sujet dans sa propre histoire. Selon la force de cette image de soi se mettra en place le sentiment d'identité au travers des identifications. C'est au travers du regard de la mère et de la reconnaissance narcissique du corps que le nourrisson va élaborer le processus d'identification.

A l'adolescence, les identifications doivent pouvoir se faire dans un milieu suffisamment bon. L'identification aux figures parentales témoigne du désir de l'enfant de s'approprier les qualités parentales face au sentiment de sa propre insuffisance. Plus tard, il s'agira d'une identification sociale. Dans le cas de Patrick, il semble y avoir eu distorsion voire carence lors de l'élaboration du processus d'identité et du narcissisme. D'où la question du mauvais fils voire de l'enfant adultérin...

Dans cette question de l'identité, revenons à la question de l'image du corps. On peut regrouper sous le terme de dysmorphesthésies (40) les perturbations psychopathologiques du sentiment esthétique de l'image de soi. Ce trouble de l'apparence est de gravité variable selon le degré d'adhésion du sujet à sa plainte et du retentissement social.



Arthur Rimbaud

On dit que les dysmorphophobies délirantes sont plus rares et qu'il s'agit bien souvent de symptômes névrotiques avec préoccupations obsessionnelles et conduites d'évitement social. Ces préoccupations débutent souvent après le remaniement psychologique de l'adolescence et vont devenir obsédantes pour le sujet au lieu de s'estomper.

Par ailleurs, comment Stéphanie, affectée par le mal-être de son amie, peut-elle s'identifier solidement à une maman déprimée, sinon en sollicitant son angoisse comme lutte contre l'effondrement ? Le papa, pour qui la naissance de sa fille ne devait rien changer à ses habitudes, ne paraît pas rassurant non plus. Si Stéphanie, jusque là petite fille modèle, grandit, pourra-t-elle compter sur ses parents lorsqu'elle sera majeure et adulte ? Comment se séparer d'une maman déprimée ? Comment grandir sans la crainte que les parents la laissent tomber ?

b. Recherche d'objets narcissiques externes

A la puberté, la fragilité du Moi des adolescents rend nécessaire la recherche d'objets narcissiques qui pourront aider à la poursuite de leur développement. La fugue peut se justifier comme le moyen de retrouver des objets moins menaçants parce qu'éloignés de la constellation oedipienne proche. Cette recherche d'objets externes vise à nourrir un narcissisme incomplètement établi durant l'enfance (30).

Le rôle du Service d'Accueil et d'Hébergement Provisoire situé rue de la Croix-Nivert à Paris paraît tout à fait intéressant. Il permet aux jeunes fugueurs de marquer une pause dans la fuite, pour la recherche de leur identité. Cet espace peut constituer un contenant, un lieu « enveloppant » satisfaisant, comme pouvait être le rôle de la mère dans l'enfance. Il sert en premier lieu à satisfaire les besoins primaires de ces jeunes en fugue ou en errance : manger, boire, dormir, se laver. Par ailleurs naît le désir d'être reconnu comme adolescent en souffrance et le besoin de tendresse, d'affection, d'être écouté et sécurisé.

Ce lieu peut permettre une certaine renaissance de l'estime de soi. Un relatif sentiment d'existence peut ressurgir et un début de restauration narcissique est possible. Mais les problèmes restent entiers puisque l'adolescent souffre, n'est pas capable d'autonomie, d'indépendance, qui le ferait quitter le monde de l'enfance. Il demeure encore tributaire d'objets externes pour assurer son narcissisme.

Les adolescents en fugue cherchent des objets narcissiques capables de leur donner un sentiment d'existence. Ils s'appuient sur des objets à potentialité narcissique, c'est-à-dire investis positivement. L'adolescent se l'approprié comme une partie de lui-même et l'utilise comme appui et modèle. L'idée de restauration narcissique par recours à des objets externes a été théorisée par différents auteurs comme P. Jeammet ou P. Gutton. L'investissement des représentations de l'objet externe va permettre à l'adolescent d'accepter son monde interne. Dans la relation de transfert, le thérapeute peut jouer ce rôle d'objet externe du support narcissique lorsque les autres objets viennent faire défaut.

L'adolescent cherche à se mettre à distance d'un monde interne devenu dangereux avec l'accroissement pulsionnel en lien avec la résurgence du conflit oedipien. Il investit alors la réalité extérieure qu'il juge plus sûre et maîtrisable. Ces investissements narcissiques se développent à un moment où l'adolescent traverse une crise identificatoire, remettant en cause son identité. Cette fragilité narcissique rend l'adolescent vulnérable. Il recherche à l'extérieur des appuis dans son environnement immédiat. L'adolescent, dans ce mouvement d'élargissement de l'espace psychique, comme le décrit Jeammet, va se protéger de son monde interne par projection sur le milieu environnant (52).

L'adolescent ne veut pas avoir affaire avec son monde interne d'où la prédominance du vécu sur le pensé. Ce mécanisme de défense va prendre la forme d'une attitude phobique, dont l'objet renvoie aux pensées sexualisées de l'adolescence en relation avec la résurgence du complexe d'Edipe. La réalité extérieure peut séduire par son apparente sûreté et pousser l'adolescent dans une problématique de fausse maîtrise des éléments extérieurs à lui. L'adolescence marque un temps de défiance à l'égard du monde interne, utilisant la réalité externe comme point d'appui pour un retour vers son psychisme, en vue d'élaborer un Moi plus solide. S'il existe une carence de l'objet externe, l'adolescent peut réagir sur le mode du contre-investissement par l'ennui, la passivité, le retrait affectif ou l'indifférence.

La puberté provoque un rejet des anciens objets narcissiques de l'enfance et pousse au choix d'autres objets selon le mécanisme de l'identification projective. Ce choix d'objet peut entraîner la survenue d'une pathologie. Par exemple, lorsque les objets apparaissent trop nécessaires, le Moi est attiré par eux et le sujet renonce à se constituer un Moi propre à assurer son indépendance et son autonomie. La personnalité peut se constituer sur le mode de l'état-limite. Dans le cas où les objets font défaut, le sujet peut tomber dans la dépression. Le

mécanisme de projection peut se faire sur le corps et entraîner des manifestations hypocondriaques. Dans les cas les plus extrêmes, le sujet peut détruire ce corps. Le suicide va constituer le moyen de mettre à distance des représentations intolérables nées de l'activité pulsionnelle pubertaire.

La fugue va donner l'occasion de la découverte d'objets narcissiques externes en instaurant une relation de dépendance à eux pour la réassurance narcissique qu'ils apportent. Lorsque l'adolescent ne parvient pas à quitter l'objet incestueux pour investir des objets adéquats, il peut se retrouver dans l'errance. Le destin pulsionnel de l'adolescent s'inscrit dans un contexte d'histoires parentales pouvant offrir des repères troublés, ne lui permettant pas de jouer son drame oedipien et de s'en détacher pour d'autres aventures amoureuses extra-familiales (72).

La rue représente les nouvelles possibilités d'être en dehors de la famille, de l'espace clos du contrôle parental. L'adolescent attend dans son mouvement, son déplacement, que quelque chose bouge en lui, que la dimension sociale lui permette de trouver des issues à des problèmes qui ne parviennent pas à se métaboliser au sein de l'espace familial. La fugue est une extension vers l'extérieur, le débordement et la projection sur le monde social d'une problématique non contenue au sein de l'espace psychique de l'adolescent et de celui des membres de sa famille. L'adolescent sait se saisir de l'espace social pour traiter un problème de l'intimité. La capacité parentale de penser qu'il existe, ailleurs que dans la famille, des espaces ayant une valeur structurante pour les adolescents favoriserait l'investissement des objets externes adéquats : penser le hors familial comme bon.

c. Tentative d'autonomisation

La fugue implique un acte auto-initiatique. Le jeune crée sa propre émancipation et accède brutalement à la dimension adulte. Il sort de l'enceinte familiale, enfreint l'obligation de dépendance, il se place dans « sa » loi. Le contenu de cette fugue est alors positif, inventif, créatif et exprime cette détermination individuelle. Dans « Les quatre-cents coups », le jeune Antoine Doinel, décide de partir de chez lui afin de prouver qu'il peut devenir un homme, comme il l'explique dans la lettre laissée à ses parents. L'école ne l'intéresse pas, il préfère passer des heures au cinéma avec son ami René ou lire les romans de Balzac. A quoi bon « subir » une famille où il ne se sent pas aimé ? Autant vivre la vie qu'il se souhaite...

La rue est le premier espace social de la fugue. Pour beaucoup de parents, être dans la rue est déjà une fugue. Le fugueur ne va pas toujours très loin, il déambule près du domicile ou est vu devant l'entrée de son école. Il reste en bordure, aux limites, il ne « part » pas forcément mais déjà, il occupe quelques heures une ligne de démarcation, première et irréversible preuve de son autonomie. Petit à petit, le jeune distend l'intervalle de filiation. Il se soumet à l'inconnu, au hasard et aux coïncidences, à l'imprévisible (74). Le fait que l'adolescent, autorisé à sortir jusqu'à une certaine heure fixée par les parents, transgresse et ne rentre pas à la maison à l'heure peut être considéré comme un équivalent de fugue.

La grande difficulté à négocier l'ambivalence par rapport à l'objet maternel peut pousser très tôt à fuguer, à mettre une distance avec cet objet originel faute de ne pouvoir élaborer un réel travail de séparation intra-psychique (77). Fuguer n'est pas synonyme de se détacher. Elle permet simplement une mise à distance des parents oedipiens. L'appel à la rue serait pour l'adolescent un des moyens qu'il se donne pour résoudre le problème du désinvestissement des images parentales au bénéfice d'un objet non incestueux. Le détachement de la famille devient pour chaque adolescent une tâche que la société l'aide à remplir au moyen des rites de puberté et d'initiation.

Cependant, l'acte de la fuite peut avoir une fonction structurante dans sa valeur initiatique. Elle participe à la sauvegarde de l'autonomie du Moi. Quelque soit le caractère étrange qu'elle puisse revêtir, la fugue apparaît comme une manière urgente de répondre à l'anxiété qui la sous-tend. Elle peut néanmoins être traumatique chez des adolescents à l'équilibre narcissique antérieur fragile. J.-D. Salinger raconte dans « L'attrape-cœurs » (86) la fugue d'un adolescent en internat et ses aventures pendant ses quelques jours de vagabondage, à la recherche de lui-même et à la découverte des autres. Le jeune fugueur va déranger, alerter, solliciter, réveiller : il oblige à rajeunir, à renaître, comme une leçon constructive imposée aux aînés.

Pour Patrick, la vie dans son environnement familial et social semble impossible. Il ne parvient pas à trouver sa place dans le présent ni à se projeter dans le futur. Il aurait pu mettre fin à ses jours « sur place » mais il décide de mettre en pratique ses projets à l'autre bout du monde, ce qui met en évidence le phénomène principal qui est d'abord la fuite. Partir, quitter, s'éloigner, s'échapper, rompre les liens... Ce voyage entrepris en Guyane, lieu servant de décor à une expérience dramatique, peut constituer l'équivalent d'un passage à l'acte significatif de

l'impossible accès à une réalité intolérable (61). Comment fuir sa mère, son père, se séparer, se construire ? Patrick semble en crise identitaire, comme s'il avait le devoir de s'arracher à une relation « incestuelle » avec sa mère, plutôt que de fuir un père tyrannique, et le besoin de « se sentir exister. » Dans le cas de Patrick, les idées suicidaires équivalentes à un rite de passage seraient plutôt un appel à la vie, comme de nombreuses conduites à risque d'adolescents.

La fugue s'accompagne d'un rejet brutal des idéaux et images parentales, constituant ainsi une blessure narcissique profonde. Le risque de répétition de ces conduites agies de fugue est l'organisation en conduite d'errance qui, contrairement à la fugue, renverrait assez systématiquement au vide narcissique.

Le voyage du patient psychotique est bien souvent soudain, désorganisé et peu prémédité. Ce n'était pas le cas de Patrick. Nous nous souvenons qu'il avait préparé son voyage et réfléchi à un lieu le plus éloigné de son département d'origine dans le but de disparaître sans laisser de trace. Il avait d'ailleurs acheté son billet à l'avance.

Il est vrai que le contact avec Patrick est étrange et qu'il ne paraît pas vraiment encre dans la réalité. Mais il ne s'agit peut-être pas de réalité mais plutôt de maturité et en cela, notre perception de Patrick et notre ressenti vis-à-vis de lui sont différents. Même âgé de plus de vingt ans, le patient semble se situer dans la problématique adolescente du changement et de la découverte de sa propre identité.

D. La fugue, symptôme des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent

1. Fugue et dépression

La fugue en tant que passage à l'acte est définie comme un équivalent dépressif pour certains auteurs ou comme une défense contre la dépression pour d'autres, d'où la notion de « *dépression masquée*. » Parmi les diverses modalités de mise en acte, l'accident, la violence, la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue, la fugue et la tentative de suicide sont largement évoqués. Ces actes peuvent être des expressions de lutte ou de maîtrise, comme la

violence par exemple, soit des comportements de fuite comme la fugue et les idées ou comportements suicidaires. La dépression est davantage associée aux idées suicidaires qu'aux tentatives de suicide, comme si le passage à l'acte suicidaire avait fait baisser la charge dépressive (6, 29).

La dépression chez les adolescents fugueurs occupe une place centrale. La fugue répond à la nécessité pour l'adolescent de mettre une distance entre lui et son objet oedipien. Plus l'objet devient excitant et plus la fugue apparaît, pour certains adolescents, comme une conduite de défense contre ces pulsions ressenties comme intenses et dangereuses (77).

L'absence de satisfaction narcissique peut faire craindre un effondrement. Winnicott parle d'un effondrement passé au cours de l'enfance qui a eu lieu mais qui n'a pas été éprouvé (104). Cet effondrement revêt l'organisation d'un Moi menacé, d'un narcissisme fragile. Pour entraver l'évolution qui conduit vers cette issue, l'adolescent va fuguer, de manière plus ou moins répétitive, éloignant ainsi les risques de dépression. Le passage à l'acte va agir comme un mécanisme de défense contre une activité pulsionnelle incontrôlée (30).

Cette nécessité d'une prise de distance physique renvoie à une sensibilité à l'abandon et à la perte. L'adolescent déprimé fugue pour ne pas avoir à vivre la réalité décevante, c'est-à-dire la nécessité d'un travail de désillusion par rapport à l'objet oedipien. La fugue en tant qu'acte n'évacue pas la problématique dépressive. Elle permet de diminuer la sidération psychique induite par la dépression. Le départ impulsif qu'est la fugue renvoie à une carence d'individuation.

Plus souvent que dans un contexte de dépression franche, les fugues interviennent dans celui d'un malaise ou d'un mal-être diffus chez ces adolescents fugueurs. La fugue, plutôt qu'un équivalent dépressif, serait au contraire une défense contre la dépression. C'est une stratégie comportementale permettant de triompher de la dépendance à l'objet et de l'incapacité à affronter la séparation. La fugue apparaît comme une défense contre les sentiments d'impuissance et d'abandon et contre la blessure narcissique que comporte la « désidérialisation » d'un parent.

Dans le cas de la dépression post-traumatique, celle-ci s'exprime à la puberté par des attitudes de retrait, de repli, des troubles du comportement, de pseudo-débilité. L'aspect

dépressif post-traumatique à l'adolescence s'exprime le plus souvent par un état de dépréciation et de dévalorisation global où la fugue est fréquente (30).

2. Place de la fugue dans les autres pathologies psychiatriques

Nous citerons plus particulièrement chez le jeune les pathologies psychiatriques telles que l'autisme, les déficiences mentales, les psychoses infantiles ou troubles complexes du développement. Les fugues surviennent alors de façon brutale et non réfléchie dans un contexte d'angoisse massive. Pour les plus grands, il peut s'agir de voyages pathologiques des schizophrénies, sous-tendus par une activité délirante à thème de persécution, de mécanisme interprétatif, avec possible automatisme mental. Certains patients psychotiques en hospitalisation libre fuguent des services hospitaliers.

Mais ces fugues peuvent également concerner des patients adolescents aux tendances psychopathiques hospitalisés pour crises clastiques, agitation ou hétéro-agressivité. Nous nous rappelons le jeune Michel, âgé de quatorze ans, victime de carence affective, négligence et maltraitance, hospitalisé dans le centre hospitalier spécialisé de la région de Metz. Il fuguait régulièrement du service, commettait des vols, incendiait les voitures, ce qui l'amenait à être reconduit dans la foulée au pavillon par les forces de l'ordre. Les fugues de Michel donnaient le sentiment qu'il avait besoin que l'on s'inquiète pour lui, qu'on le recherche. Une fois dehors, il faisait tout pour retourner dans le pavillon et non dans sa famille qui ne pouvait plus le gérer.

Lors des crises d'angoisse ou d'attaques de panique, l'acte de fugue peut être libérateur. Il détend et apaise le sujet. La fuite en avant ou les conduites d'évitement des phobiques sociaux peuvent être des équivalents de fugues dans leur caractère brutal et salvateur des tensions. Rappelons les fugues des états maniaques et du somnambulisme dont nous avons parlé plus haut.

E. Fugue de l'adolescent face à la maladie somatique

La maladie somatique se surajoute aux bouleversements liés à la période de l'adolescence, empêchant parfois la mise en route des processus de l'adolescence ou au contraire les faisant exploser. La maladie chronique s'oppose aux aspirations d'indépendance de l'adolescent. Au moment où il tente peu à peu d'échapper à l'autorité parentale, il reste soumis à l'autorité médicale. La maladie altère le vécu et la représentation du corps et met à l'épreuve l'estime de soi. Elle rend l'adolescent différent au moment où il cherche à être avec et comme les autres (73).

En dehors des processus organiques pathologiques tels que les épilepsies (très rares), la fugue peut survenir chez un enfant ou un adolescent atteint d'une maladie somatique grave dans le cadre d'une anxiété majeure. Elle représente une tentative d'échapper à un diagnostic intolérable et de se protéger contre les angoisses de mort. Comme si le changement de cadre allait changer le cours des choses et empêcher la maladie. Elle peut survenir au moment de la découverte de la pathologie et de l'annonce du diagnostic ou bien lorsque le traitement, qui fait trop souffrir, est redouté par le jeune patient.

Certains adolescents « acceptent » de vivre avec leur maladie et s'adaptent, mais d'autres ont du mal à supporter ce qui est pour eux source de douleur, agression, frustration, angoisse, culpabilité et blessure narcissique. L'adolescent peut se trouver en position régressive infantile ou bien se révolter. Les tentatives de suicide, les attitudes de déni et la non-observance du traitement sont fréquentes.

La période de l'adolescence est plus ou moins tumultueuse. Comme tout changement, elle constitue un risque. Lorsque l'enfant est malade, ce risque va s'accroître car la maladie chronique peut modifier le travail psychologique de l'adolescence. Alors que l'adolescence signifie surestimation de soi, vécu mégalomane, besoin d'aller vite, conquête de l'identité et de l'indépendance, la maladie chronique signifie contraintes, angoisse, dépendance, contrôle par les parents et les médecins (95).

Nous avons pris en charge, dans le cadre de la psychiatrie de liaison, un jeune garçon de dix ans atteint de mucoviscidose qui faisait régulièrement des « petites » fugues au sein de

l'hôpital d'enfants, ce qui mettait tout le monde en alerte. On pouvait interpréter ses fugues comme un moyen de solliciter l'inquiétude et donc l'attention des parents et des soignants, dans une hyperactivité globale face aux angoisses de mort. Le jeune patient viendrait « vérifier » que ses parents sont toujours là pour fixer des limites et ne sont pas dans le « deuil anticipé » de l'enfant qui va mourir.

La non-compliance au traitement peut être assimilée à une fuite et fait partie des conduites à risque permettant à l'adolescent de se dégager de l'emprise parentale, de se confronter à ses limites, d'évaluer son autonomie. Cette « expérience » peut être positive et constituer un rite de passage à condition qu'elle ne dure pas et qu'elle ne mette pas en jeu le pronostic vital.

F. La fugue et ses dangers

1. Répétition des fugues et errance

Lorsque les fugues sont de plus en plus longues et de plus en plus fréquentes, l'adolescent risque de s'installer dans une errance quasi-permanente. Il commence par dormir dehors, dans la rue, puis s'initie aux conduites addictives et ne rentre plus du tout dans son lieu de vie. C'est en cela que l'errance constitue une complication des fugues répétées (48). Lorsque l'errance est installée, on peut craindre un risque d'effondrement du Moi sous forme de décompensation psychotique.

Les fugues se prolongent, les retours au domicile sont de plus en plus courts et source de conflits, et le grand départ a lieu un jour de trop de conflit, de trop de mal-être. Cette fuite « définitive » est habillée d'une revendication de choix pour pouvoir continuer à exister (16).

2. Délinquance

Vite « marginalisé », le jeune fugueur, devant la difficulté pour se loger et se nourrir, devra bien souvent accomplir des actes répréhensibles. Cependant, le fugueur n'est pas nécessairement un délinquant.

Certains adolescents fugueurs rejoignent des bandes d'adolescents parfois livrés à eux-même, sans autre attache que celles-ci. La fugue représente un acte d'initiation visant à devenir « un parmi les autres, comme les autres » où l'adolescent pourrait être reconnu, avoir une place. Le risque de l'errance est la délinquance dans la mesure où le groupe de référence est devenu celui de la bande (63). Certains jeunes délinquants vont trouver un statut selon qu'ils auront fait de la prison ou commis tel ou tel acte générant une certaine forme de respect, selon des repères hors la loi.

3. Agressions, pédophilie et prostitution

Les violences subies chez les fugueurs sont fréquentes. L'adolescent en fugue, vulnérable et en proie à tous les dangers, peut être victime d'agressions physiques (vol avec violence, agression sexuelle...). La nuit est propice aux fugues des mineurs qui, dans leur errance, peuvent rencontrer des pédophiles. Dans certains squats, des errants expérimentés se livrent à des pratiques qui touchent au sadisme, de façon que le jeune arrivant sache où il met les pieds (16).

La fugue est propice à de mauvaises rencontres. Un adolescent fugueur peut faire la connaissance d'un adulte pédophile. Souvent déprimé, il est dans une recherche d'amour et d'attention qu'il va trouver chez cet adulte. Le jeune peut se trouver dans une quête affective qui recouvre une quête identificatoire, à la recherche d'images parentales qui lui font défaut (44). L'adolescent qui fugue s'éloigne de son milieu familial ou de l'institution où il est placé et affronte le monde des adultes. Ces adolescents peuvent rencontrer des pédophiles errants qui les ramassent, les hébergent, les nourrissent, leur donnent des cadeaux et de l'argent, et finalement les mettent sur le trottoir. La nécessité d'aide et de soin pour ces jeunes est primordiale.

4. Alcoolisme, toxicomanie et complications somatiques

L'errance conduit de nombreux adolescents vers des comportements d'addiction. La consommation de produits licites comme illicites est très souvent associée. Le jeune peut découvrir des nouveaux modes de consommation et de nouveaux produits. L'usage d'hallucinogènes est très répandu, ainsi que de cocaïne et d'opiacés. Cette recherche d'états

seconds permet alors la fuite de soi-même. La toxicomanie peut entraîner des complications graves comme des bouffées délirantes et des décompensations psychotiques. Nous avons relaté dans l'histoire de Catherine une période de toxicomanie débutée très jeune, conduite qu'elle semble avoir abandonné depuis qu'elle a rencontré Jean-Christophe, est devenue maman et a pu investir d'autres objets d'amour.

D'une gravité tout aussi importante, nous savons que les enfants pauvres des pays sous-développés ou en guerre qui vivent dans la rue s'adonnent à ce type de conduite en sniffant régulièrement de la colle pour « supporter » la misère et la violence de leur condition.

L'alcoolisme chez un jeune patient, croisé aux urgences pour malaise, reflétait le besoin de se déconnecter de la réalité comme il le disait si bien, son seul but quotidien étant la recherche de médicaments psychotropes et d'alcool. Avec un lourd vécu de deuil et de carence affective, il semblait se situer dans un monde parallèle à la réalité où tout ce qui pouvait abolir la capacité de penser et donc d'exister était la seule recherche.

Dans le cas des errances, les conditions de malnutrition, pauvreté et promiscuité peuvent être responsables d'infections bactériennes comme la tuberculose (surtout observée chez les migrants) et dermatologiques comme la gale, ainsi que d'infections virales. La contamination par le VIH est essentiellement due aux conduites de toxicomanie intraveineuse (3). Les décès par mort violente ou accidents corporels graves, les surinfections septicémiques par des plaies mal soignées, les dégâts neurologiques dus aux drogues, la clochardisation sont autant de risques au quotidien (16).

5. Passage à l'acte suicidaire

Lorsque la fugue ne remplit pas son rôle de séparation, de distanciation, d'ouverture vers le dehors, l'évolution peut être régressive vers un repli sur soi jusqu'à la dépression et le suicide.

La tentative de suicide peut être la conséquence d'une souffrance psychique intolérable associée à des conditions de vie misérables. La tentative peut constituer un appel à l'aide et aboutir sur une prise en charge spécialisée et d'un travail de réintégration. Mais elle peut

aboutir à la mort lorsque le jeune considère que la vie ne vaut plus d'être vécue, après multiples déceptions et échecs pour s'en sortir. C'est le cas du personnage de Marie, dans le film d'E. Zonca « La vie rêvée des anges », écorchée vive qui finira par se suicider en se défenestrant (118).

6. Disparitions

Il est très important de souligner le nombre toujours aussi conséquent d'enfants disparus. Certains visages nous sont familiers, les parents désemparés tentant avec l'aide des médias de trouver la moindre petite piste. Mais au fil des mois et des années, l'espoir diminue et cette incertitude est une immense souffrance. L'hypothèse d'une fugue reste très culpabilisante mais porteuse d'espoir tandis que la peur de l'enlèvement est quelque chose d'intolérable.

L'enrôlement dans les sectes concerne les adolescents vulnérables et déprimés, en manque affectif et en quête d'un idéal de vie dans une nouvelle « famille » qui, elle, est sensée les comprendre. C'est la mauvaise rencontre entre des enfants fragiles et des adultes activement complaisants et prosélytes.

Tout peut s'imaginer : la mort dans un pays lointain, l'overdose au coin de la rue, l'enlèvement pour la prostitution, l'enfermement dans une prison proche ou lointaine, l'isolement dans une secte, le voyage pathologique jusqu'au suicide ignoré, le détournement des jeunes par des malfaiteurs, des pédophiles, des pervers, etc.

G. Le fugueur et la loi : aspects juridiques

1. Généralités

Rappelons que la première fugue de Rimbaud s'était piteusement achevée dans une prison où l'adolescent avait été jeté faute d'avoir acquitté le prix d'un billet de train. Il s'agit là de sa première expérience de l'enfermement et il jure que ce sera la dernière (9). Au XIXe

siècle en effet, la peur du vagabondage avait entraîné de nombreux emprisonnements et internements.

Dans « Les quatre-cents coups » de F. Truffaut, les parents d'Antoine Doinel décident de conduire leur fils au commissariat après sa fugue et sa tentative de vol (délit réparé puisqu'il restitue la machine à écrire qu'il a volé pour se faire de l'argent de poche). Ils demandent que leur enfant soit placé quelque part, jugeant qu'ils avaient fait tout ce qu'il fallait. Le juge pour enfants souligne que leur autorité s'exerce peut-être de façon trop intermittente. Le jeune garçon est placé dans un « centre d'observation de mineurs délinquants » d'où il se sauve pour aller voir la mer.

Les juristes furent les premiers à s'intéresser aux fugues de mineurs, puis ce furent les spécialistes, médecins, psychiatres, psychologues. Chaque année en France, des dizaines de milliers de fugues de mineurs sont enregistrées par la police mais beaucoup de fugues ne sont pas déclarées par les parents. En France, d'après le Code Civil, un mineur ne peut quitter le domicile de ses parents sans leur accord, mais le Code Pénal ne considère pas la fugue simple comme une infraction. Cependant, il y a dans la fugue une notion de danger, qui va justifier l'intervention de la police voire du juge pour enfants, mais aussi le risque de la délinquance.

Les jeunes en fugue qui arrivent dans les centres d'accueil n'ont pas forcément commis de délits. Cependant, les motifs d'admission peuvent être variables : convocation chez le juge, présentation spontanée à la police ou au tribunal, prostitution, racolage, violence, bagarre, abus sexuel subi, vol alimentaire ou autre, voyage sans titre de transport, toxicomanie, contrôle d'identité, délit non retenu par procédure, abus intempestif de l'alarme du train (7).

Les adultes responsables du cadre de vie ne signalent pas toujours la fugue aux services de police et de gendarmerie. L'expérience montre que beaucoup de jeunes regagnent la structure de vie dans les quarante-huit heures, spontanément ou accompagnés par les fonctionnaires de police qu'ils ont eux-même requis (74).



Antoine Doinel au commissariat de police

2. Extraits du Code Civil

- *Article 371* : L'enfant, à tout âge, doit honneur et respect à ses père et mère ;
- *Article 371. 1* : Il reste sous leur autorité jusqu'à sa majorité et son émancipation ;
- *Article 371. 2* : L'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé, sa moralité. Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation ;
- *Article 371. 3* : L'enfant ne peut, sans permission des père et mère, quitter la maison familiale et il ne peut être retiré que dans les cas de nécessité que détermine la loi ;
- *Article 375* : Si la sécurité, la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, du gardien ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel... ;
- *Article 375. 1* : Le juge des enfants est compétent, à charge d'appel, pour tout ce qui concerne l'assistance éducative. Il doit toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée.

3. Extrait du Code Pénal

Article 356 : Celui qui, sans fraude ni violence, aura enlevé ou détourné, ou tenté d'enlever ou de détourner, un mineur de dix-huit ans, sera puni d'emprisonnement ou d'une amende...

4. L'ordonnance de 1945

L'ordonnance du 2 février 1945 fixe le cadre de référence actuel de la justice des mineurs (90, 24) :

- Dans chaque département est créé un *tribunal pour enfants* ;
- Une administration indépendante de l'Administration Pénitentiaire est créée au ministère de la justice : *la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (P.J.J.)*. Son objectif est de mettre en œuvre le droit à l'éducation pour les mineurs délinquants ;
- La *majorité pénale* est maintenue à *dix-huit ans* révolus au jour de l'infraction ;
- La notion de *discernement* est supprimée ;
- Tous les mineurs sont soumis à des « *mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation* », ce qui implique le principe de *responsabilité pénale des mineurs*. Mais elle fait une différence entre les moins de treize ans et les treize-dix-huit ans :
 - Les moins de treize ans ne peuvent en aucun cas être frappés d'une condamnation à une peine sans pour autant être exonérés de responsabilité. Inaptes à la sanction pénale, ils sont cependant justifiables de simples mesures éducatives ou rééducatives ;
 - Les treize-dix-huit ans peuvent faire l'objet de condamnation à une peine « lorsque les circonstances et la personnalité du délinquant paraîtront l'exiger », cette condamnation pouvant être combinée avec une mesure de liberté surveillée.

La loi de programmation pour la justice votée par le Parlement le 3 août 2002 remanie l'ordonnance de 1945 :

- Elle enlève aux juges leurs capacités d'atténuer certaines lois, revenant par exemple sur l'interdiction de la détention provisoire en matière délictuelle avant seize ans ;

- Elle propose d'appliquer plus sévèrement la loi impliquant la responsabilité des parents (article 227-7 du Code Pénal) : « *Le fait par le père ou la mère légitime, naturel ou adoptif, de se soustraire sans motif légitime à ses obligations légales au point de compromettre gravement la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende* » ;
- Elle pose le principe de la création d'une *justice dite « de proximité »* composée de « juges vacataires », non professionnels mais disposant d'une compétence et d'une expérience, ne remettant pas en question le rôle du juge des enfants tel que l'ordonnance de 1945 l'avait conçue. Ces juges interviendraient à l'initiative du Procureur de la République pour les petits délits commis par des treize-dix-huit ans qui pourront prononcer des mesures d'admonestation, de remise aux parents et de réparation, l'objectif étant d'intervenir rapidement ;
- Elle recommande la création de *centres éducatifs fermés*, petites unités qui pourraient regrouper six à dix jeunes, très encadrés par des éducateurs et qui suivront un programme à très fort contenu éducatif dirigé vers leur insertion. En cas de non-respect des règles du centre, ces enfants iront en détention provisoire ou pourront faire l'objet de sanctions pénales dès l'âge de dix ans.

Il s'agit d'apporter des réponses adaptées à l'évolution actuelle de la délinquance juvénile, plus violente dans son expression et impliquant une population de plus en plus jeune.

A partir de l'ordonnance du 2 février 1945, les missions de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation de la justice des mineurs ont été définies sur deux axes complémentaires :

- *Protéger les jeunes en danger* : cela concerne les enfants victimes de maltraitance physique et morale, carence éducative et affective, violences, abus sexuels, ou dont les conditions de vie (alimentation, santé, sécurité, éducation) ne leur garantissent pas un bon développement physique ou psychologique (article 375 du Code Civil). Cette mission concerne aussi les jeunes qui se mettent eux-mêmes en danger du fait de leurs comportements : fugue, absentéisme scolaire, prise de produits toxiques,

prostitution... Le parquet des mineurs, sous l'autorité du Procureur de la République, reçoit les signalements, recueille les informations et décide s'il y a lieu ou non de saisir le juge des enfants, le juge des affaires familiales et/ou pénales.

- *Juger les mineurs délinquants* : cela concerne les contraventions, jugées par le tribunal de police, les délits jugés par le tribunal correctionnel, les crimes jugés en cour d'assises. Ils bénéficient d'un régime de responsabilité atténuée et de diminution de la peine. Le parquet des mineurs est immédiatement informé d'un placement en garde à vue de tout mineur et veille au respect de ses droits. Il décide de poursuivre le mineur en saisissant le juge des enfants ou le juge d'instruction des mineurs, ou bien de classer l'affaire.

Le juge des enfants est chargé de trancher les conflits qui lui sont soumis à la différence des magistrats du Parquet chargés de réclamer l'application de la loi. Il a comme attribution :

- *La protection des jeunes en danger* : par des mesures appropriées, en recherchant autant que possible l'accord des parents. C'est l'assistance éducative ;
- *Le jugement des mineurs délinquants* ;
- *Les mesures de tutelles aux prestations familiales* : lorsque la famille d'un mineur n'utilise pas les allocations familiales pour le bien-être du mineur, le juge des enfants peut ordonner de les verser à un tuteur.

En application des décisions du juge des enfants, les *éducateurs* de la P.J.J. suivent les jeunes délinquants tout au long de la procédure, puis après la décision en s'assurant que les jeunes évoluent correctement dans le cadre de vie choisi (famille, famille d'accueil, institutions spécialisées, foyer, prison). Ils participent à l'élaboration pour chaque jeune d'un projet individualisé.

Les services et établissements de la Protection Judiciaire de la Jeunesse comprennent :

- Les services éducatifs auprès des tribunaux (S.E.A.T.) ;
- Les foyers et centres d'action éducative ;
- Les centres d'action éducative en milieu ouvert (A.E.M.O.) ;

- Les centres de jour ;
- Les centres éducatifs fermés ;
- Les centres de placement immédiat.

H. Fugues et désertions en milieu militaire

La fugue-désertion qualifiait une des déviances spécifiques à l'institution militaire chez les appelés du contingent. Malgré la réforme du Service National, ce phénomène est toujours d'actualité compte-tenu de l'histoire de Jean-christophe, engagé volontaire.

Selon une étude faite en 93 sur les appelés du contingent hospitalisés au décours d'une fugue (81), dans un but préventif lors des incorporations, un nombre considérable de ces jeunes, âgés en moyenne entre 20 et 25 ans, relataient une tentative de suicide concomitante à leur fugue. Les sujets projetaient sur le service national le motif de leurs troubles alors que bien souvent étaient en jeu des évènements de vie récents : précarité, deuil, toxicomanie, IVG chez la compagne... Un bon nombre de jeunes appelés avaient réalisé une tentative de suicide antérieure à leur incorporation ou avaient fugué dans l'enfance ou à l'adolescence.

L'examen psychiatrique mettait en évidence une personnalité de type immature et dépendante chez près de la moitié de ces patients. Les autres présentaient des traits de personnalité antisociale ou impulsive. Chronologiquement, le geste auto-agressif survient au décours de la fugue lorsque se profile l'arrestation ou le retour à l'unité. Cette fugue semble liée à « la recherche d'une solution à une expérience intolérable » pour le sujet dans une « fuite de soi-même » plutôt qu'à une réelle situation objective. Savoir que le père de l'enfant de Catherine tournait autour d'elle était quelque chose d'insupportable pour Jean-Christophe.

Jean-Christophe correspond à ce type de personnalité très dépendante. Il s'est engagé dans l'armée, qui représente un cadre familial symbolique contenant, pour y retrouver un ami. Il voulait partir de chez lui et cet engagement dans l'armée peut être considéré comme un voyage pour fuir son milieu familial. Les appelés du contingent n'ont pas le choix, mais beaucoup d'éléments observés dans cette étude se rapprochent de ce qui a pu se passer pour Jean-Christophe. Ne retrouvant pas son ami dans le régiment et face à cette situation

reproduisant sa condition difficile au sein du milieu familial, Jean-Christophe a de nouveau fui. Il s'est fait quand-même de nouveaux amis à la caserne et a rencontré Catherine, enceinte, ancienne toxicomane vivant en foyer.

Leur relation de couple s'exprime sur un mode de dépendance réciproque sur un fond abandonnique, qui génère de fortes tentions, d'accès de jalousie et d'impulsivité. Jean-Christophe ne peut verbaliser et demeure dans l'agir, il est dans l'impossibilité de mettre en mots et se fait du mal. Vouloir reconnaître le fils de sa compagne lui garantissait peut-être un attachement total de sa part sur le mode de la dette. La survenue du père de l'enfant, violent et menaçant, dans cette constellation a ravivé les sentiments de jalousie et d'abandon.

Jean-Christophe et Catherine sont ensuite partis dans le Sud-Ouest, région d'origine du jeune homme. Ont-ils voulu fuir le père de l'enfant ? Jean-Christophe a-t-il voulu rentrer chez lui ? Nous n'avons pas les détails de ce voyage mais savons qu'ils sont revenus dans la région nancéienne et que Jean-Christophe a quitté Catherine. Comme si Jean-Christophe, après son retour dans le Sud-Ouest, avait compris qui il était et ce qu'il voulait.

Le terme de désertion vient du mot latin *desertus* signifiant « abandonné » (66). Déserter, c'est abandonner, quitter, laisser. Jean-Christophe, dans son vécu abandonnique, est à son tour acteur dans ce phénomène de l'abandon.

Lorsque nous visitons le site Internet du Sénat, nous pouvons lire : « Le service national constituerait un élément essentiel de notre *identité républicaine*, forgée au XIXe siècle par l'instituteur et l'officier, et serait, avec le droit de vote, un élément crucial de la *citoyenneté française*. D'autre part, le service national contribuerait, en favorisant le brassage de contingents hétérogènes, à la *cohésion de notre société...* » Maintenant basé sur le volontariat, le service national « offrirait à notre jeunesse une *aventure sans précédent*, l'expérience du don de soi, *sans qu'aucune obligation légale motive ce dévouement.* »

L'armée constitue une sorte de famille, où les supérieurs hiérarchiques jusqu'au Président de la République peuvent représenter des images paternelles. Pourtant engagé volontaire, Jean-Christophe va désertier. On peut penser qu'il a rejoint l'armée par un phénomène d'identification au père puisqu'il était légionnaire mais qu'une fois engagé, il a fui cette nouvelle emprise paternelle. Le phénomène d'appartenance au groupe chez les

adolescents se fait ici sous l'autorité : ils sont obligés de s'habiller pareil, dans une uniformité de groupe niant les individualités. Le « don de soi » évoqué plus haut peut se déplacer sur Catherine, lorsque Jean-Christophe décide d'en adopter le fils.

Quand Patrick a rappelé le service après son retour chez lui, il voulait des renseignements pour s'engager dans l'armée. Que venait-il chercher ? Une nouvelle "famille", une nouvelle identité ? Une image paternelle contenant et rassurante ? Voulait-il se protéger de l'amour oedipien ?

VI. L'ERRANCE OU LE TEMPS SUSPENDU

*« Je m'en allais, les poings dans mes poches crevées ;
Mon paletot aussi devenait idéal ;
J'allais sous le ciel, Muse ! et j'étais ton féal ;
Oh ! là là ! que d'amours splendides j'ai rêvées !*

*Mon unique culotte avait un large trou.
-Petit-Poucet rêveur, j'égrenais dans ma course
Des rimes. Mon auberge était à la Grande-Ourse,
- Mes étoiles au ciel avaient un doux frou-frou*

*Et je les écoutais, assis au bord des routes,
Ces bons soirs de septembre où je sentais des gouttes
De rosée à mon front, comme un vin de vigueur ;*

*Où rimant au milieu des ombres fantastiques,
Comme des lyres, je tirais les élastiques
De mes souliers blessés, un pied près de mon cœur ! »*

Arthur Rimbaud,
Ma bohème

A. Définitions

Selon la définition du Petit Larousse, le verbe « errer », dérivé du latin *errare*, signifie « aller ça et là, à l'aventure, sans but » (66). Errer, c'est s'écarter, s'éloigner, déambuler, traîner, vagabonder au hasard. Mais c'est aussi être déboussolé, désorienté, sans point de repère par rapport à des normes et des idéaux. Ainsi l'errance sous-tend-elle toujours la possibilité de l'égarement du corps et de l'âme. L'adolescence est justement une période où le jeune doit s'orienter. C'est une période ambiguë de perte et d'égarement qui perturbe l'identité de l'être telle qu'elle s'était constituée durant l'enfance (47).

L'origine du verbe « errer » est approximativement datée du Ve siècle. Issu du latin *errare*, lui-même dérivé du mot celtique *era* ou mouvement, il désigne essentiellement la déambulation. Le sens figuré n'apparaît pas encore. Dans l'Ancien Testament, l'épopée du peuple juif errant dans le désert en attente de la Terre Promise, illustrée par la peinture de Chagall, « Sur le chemin », évoque l'idée d'un savoir implicite quant à la finalité du voyage. Dans le Nouveau Testament, l'errant est un égaré, un foudroyé, un « paumé » comme on dirait aujourd'hui. Il ne sait pas où il va, il est en « perte » (10).

Dès le XIIe siècle apparaît le mot « errance ». Errer signifie alors « se tromper ». Plusieurs sources latines sont reprises : *errare*, qui signifie aller ça et là, faire fausse route, se tromper, *itinerare* (de *iter*, le voyage) qui signifie marcher ça et là, aller à l'aventure, *iterare* ou « aller librement », *errare* ou faire erreur. L'erreur et l'errance ont donc des sources communes, à la fois l'itinéraire et à la fois l'erreur ou la faute. Ne pas trouver son chemin dans l'espace terrestre et s'égarer dans son espace psychique sont des actions qui se télescopent dans le même concept (10). Si « *errare humanum est* », l'errance serait-elle, comme l'erreur, le propre de l'homme ? Peut-être, mais seulement si elle provisoire.

L'errance est une démarche où le désir du but à atteindre est nécessairement évacué. L'idée « d'errer jusqu'à » un repère précis est un non-sens, puisque errer, c'est se tromper. L'erreur peut être démentie par l'autre mais également reprise par le sujet à son propre compte et fonctionner sous la forme d'un leurre (11).



Marc Chagall - "Sur le chemin" - 1924

L'abondante littérature consacrée à l'errance depuis le XIXe siècle témoigne de sa permanence, de son acuité et de sa complexité. Préoccupation des juristes, source d'intérêt pour les psychiatres et les sociologues, l'errance fait toujours l'objet de débats, parce qu'elle touche la jeunesse « *paumée* » de notre société. Comme nous l'avons vu, l'errant plutôt nommé vagabond, a été confié aux hospices durant tout le XIXe siècle. Le sens des conduites erratiques de ces jeunes reste bien flou car difficile à étudier (46).

L'errance n'est pas un unique passage à l'acte, elle est aussi un comportement, un mode de vie, une condition, un état. L'errance serait une identité qui ne peut se composer que dans l'agir et l'actuel. Le sujet tente de se dégager d'une menace provenant d'objets intériorisés mortifères. C'est ainsi que l'errance se distingue de la fugue par l'impossibilité du retour lorsque l'origine est devenue menaçante voire persécutive (33).

Dans la sémiologie de la psychose, l'errance constitue le plus souvent un mode d'entrée dans la pathologie. La perte des repères symboliques comme les papiers d'identité ou l'argent en est un des premiers symptômes. Rappelons que Patrick avait lui-même brûlé ses papiers d'identité pour se lancer dans l'errance de son suicide non-abouti.

Des groupes d'errants peuvent se constituer, susceptibles d'avoir la mobilité comme norme de communauté. Les jeunes de la rue se réunissent, s'organisent et se définissent par le *groupe* auquel ils appartiennent (22) :

- *la bande* : groupe plus ou moins éphémère à forte mobilité potentielle, doté d'une organisation interne reposant sur des rôles et parfois des signes distinctifs, associé par affinité ou dessein licite ou délictueux. Il existe des leaders de bandes et des épreuves d'entrée. La bande est organisée sur la base d'un territoire qui possède généralement une unité ethnique ou sociale assez forte. Cette unité communautaire de la bande se traduit par des affrontements avec d'autres bandes afin de contrôler des territoires et de renforcer la cohésion interne. Mais les jeunes en errance ne vivent pas souvent en bande, il s'agit dans leur cas d'une expérience vécue de façon solitaire ;
- *les punks* : à l'origine, le mouvement punk est un mouvement de contestation apparu en Grande-Bretagne vers 1975, regroupant des jeunes en marge d'un ordre social

qu'ils s'attachent à tourner en dérision, s'exprimant notamment par le port de coiffures exubérantes et une musique conçue comme une protestation contre le vedettariat et le rock classique. De manière générale, les punks affichent une marginalité revendiquée et cultivée, non subie, dans un mouvement s'opposant aux valeurs dominantes et reconnaissables par une apparence physique provocatrice. Mais peut-on parler de véritable errance à propos de ces marginaux ?

- *les zonards* : la vie de la zone est régie par la recherche et le besoin permanent d'argent, la recherche d'un état psychique second lié à l'utilisation de substances, par l'incertitude du lendemain. Ce sont surtout les jeunes de banlieue en situation de désœuvrement. Leur mode de vie est assez déstructuré et passif, ils traînent sans stratégie bien construite. Les comportements agressifs et destructeurs (alcool, drogue, bagarres) sont fréquents ;
- *les squatteurs* : ce sont des personnes sans abri qui occupent illégalement un logement vacant ou destiné à la destruction (66).

L'ensemble de ces définitions met en évidence le caractère labile, éphémère, immédiat de leurs désirs. Seule importe la satisfaction de leurs besoins journaliers, sans aucune projection dans l'avenir. S'agit-il alors de groupements d'individualités ou de groupes construits ? La revendication de leur mode de vie vient signifier un rejet de la norme. Ces groupes sont comme des assemblages, des juxtapositions de besoins, de galères et parfois d'aventures.

Les jeunes en errance peuvent également se définir en dehors du groupe par leur *individualité* :

- *le marginal* : se dit de quelqu'un qui vit en marge de la société organisée, faute de pouvoir s'y intégrer ou par refus de se soumettre à ses normes. Le comportement du marginal se situe hors des limites de ce qui est considéré comme la norme, après avoir rompu les liens avec sa famille ou son lieu d'origine sans être devenu un « clochard » ;

- *l'assisté professionnel* : il connaît toutes les possibilités offertes par l'action sociale et les travailleurs sociaux et sait se faire prendre en charge par tous les dispositifs existants ;
- *le déviant* : son comportement est éloigné de la norme et des règles. Il pose des problèmes dans le rapport à la loi ;
- *le SDF (sans domicile fixe)* : certains s'efforcent de trouver une solution à leurs problèmes, d'autres se « clochardisent ».

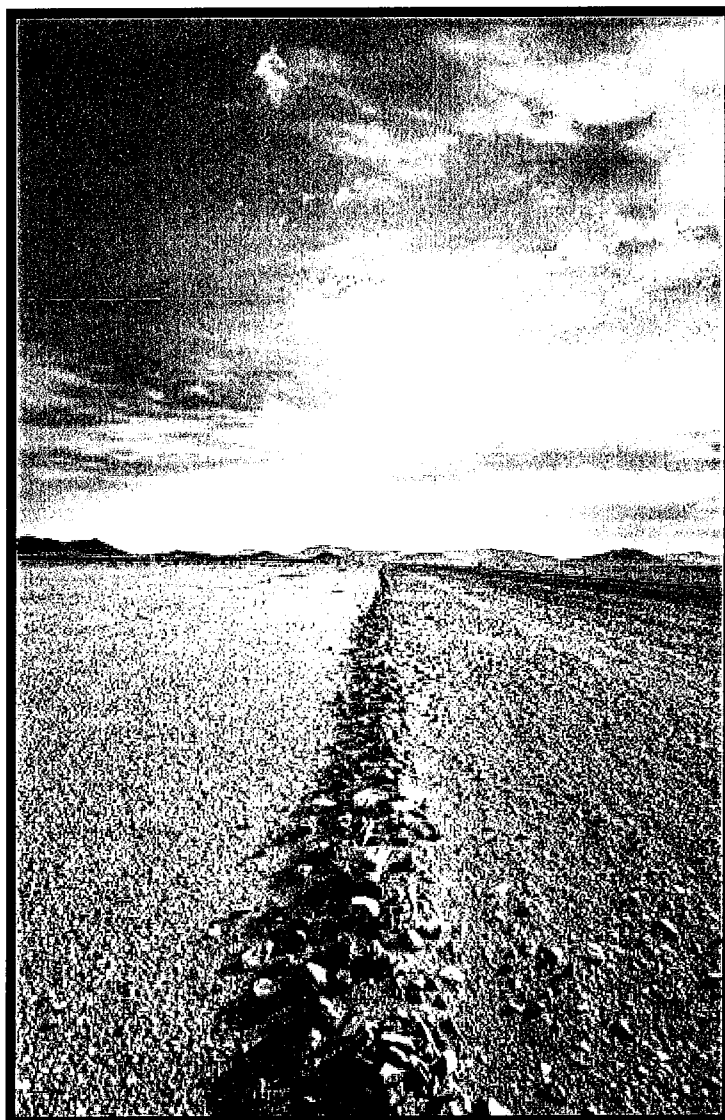
Enfin, la vie du jeune en errance peut être définie par celle choisie, celle assumée ou celle subie. Cependant, la vie de l'errant est davantage la fuite permanente, douloureuse et désespérée, d'une souffrance individuelle impossible à gérer et à dépasser, que le choix d'un mode de vie épanouissant.

B. Particularités des conduites erratiques

1. L'adolescence comme période d'errance

Selon P. Gutton, l'adolescence serait par définition un temps d'errance. L'éphèbe vagabondait, éloigné à la périphérie de la cité d'Athènes, comme en attente des rites initiatiques devant le transformer en citoyen. L'errance, alors transitoire, précéderait une initiation suffisamment bonne. Le mythe de l'adolescence comme temps d'une errance encore possible avant les fixations adultes est prégnant dans nos civilisations. Les choix identitaires et objectaux se font par les essais et les erreurs. Sociologiquement et psychologiquement, l'adolescent se dégage de l'apport parental et familial narcissique, ouvrant vers les échanges inter et intragénérationnels. C'est « *le temps moratoire* » dont parle Erikson. Ce qui vient clore cette période est bien souvent le choix professionnel et la création d'une famille (53, 55).

Du point de vue littéraire, l'errance est une catégorie thématique qui progressivement désignera l'émergence d'une spécificité adolescente au plan de l'affect et du style.



Raymond Depardon - "Errance"

L'adolescence s'écrira comme un moment d'oscillation entre l'appel au lointain, pour se séparer du familier, et le mal du pays, l'impossible retour, la nostalgie. La métapsychologie « normale » de l'adolescence nous apprend que cet âge de la vie est tissé d'aller et retour entre idéalisation et déception, entre identifications et désidentifications. L'adolescent ne cesse d'opérer des aller et retour entre ce qu'il a été en tant qu'enfant et ce qu'il essaie de construire (32).

A l'errance psychique permettant une bonne capacité de développement s'oppose l'errance agie qui, lorsqu'elle envahit le temps et compromet la capacité de penser, peut être considérée comme une errance pathologique. Il existe de nombreux intermédiaires entre les moments d'errance passagers et l'errance plus ou moins installée (55). Qu'est-ce qui transforme une fugue en errance ? Comment une conduite passagère peut-elle se chroniciser ?

2. L'impossible « historicisation »

Le travail de l'adolescence va nécessiter la construction du passé. L'historicisation du « Je » va s'avérer difficile quand les origines sont incertaines, quand des trous noirs occupent une place importante. Les jeunes sont alors dans une *panne d'identification* et ont du mal à subjectiver leur histoire. L'adolescent, qui tente de donner un sens à son histoire, va être confronté à une *histoire trouée*. L'errance est une tentative de recherche de ses racines ou une tentative de reconstitution d'un trajet familial. La conduite erratique tend à masquer les carences narcissiques et les difficultés identificatoires. En résumé, au moment où le travail d'historicisation du passé devrait avoir lieu, l'espace psychique est un espace troué, comme un gouffre sans fond. Cette perception interne du vide habitent ces adolescents et les précipitent dehors, à la conquête de l'espace réel.

Les adolescents errants se trouvent le plus souvent en état de rupture de filiation transgénérationnelle. Lors du travail d'historicisation, le champ psychique est envahi de représentations familiales faites de deuils ou d'incertitudes concernant leurs origines. Les jeunes se retrouvent dans la nécessité traumatique de perpétuer cette rupture avec leurs origines, les conduisant à se priver de leurs propres racines. Dans leur errance, les adolescents évoquent leur quête d'un parent inconnu, perdu ou disparu depuis longtemps. La rencontre

avec cet objet idéalisé devrait venir combler ce vide présent en eux. L'illusion constante d'un possible objet de complétude est ce qui les tient vivants.

L'absence de toute conviction en la valeur narcissique de l'environnement empêche l'investissement objectal. Si celui-là tente de se produire, il se révèle dangereux, persécuteur. La conduite d'errance est une conduite de substitution de l'espace au temps du déroulement de la vie, qui se traduit par une *addiction à l'espace*. Cette « cassure » d'histoire comporte une volonté d'échapper à une non-histoire personnelle d'un poids exceptionnel et à un milieu familial défaillant ou effondré. Lorsqu'il y a « cassure » d'histoire, l'adolescent « se casse », s'en va. Pour P. Gutton, « *errer est l'erreur obligée par l'effroyable vérité de la vie* » (51).

Les jeunes en errance, victimes de carences précoces, sont des enfants de couples en difficulté, déstructurés à la suite d'un décès mais surtout de séparations avec l'arrivée d'un nouveau compagnon pour chaque conjoint. Ils ont vécu des souffrances matérielles, physiques, parfois sexuelles dans leur enfance (16). Ces adolescents en mal d'histoire sont aspirés par les traumatismes négatifs qu'ils ont subi, qui correspondent à quelque chose qui ne s'est pas produit, à une attente déçue. Leur histoire de vie est proche de celle des adolescents fugeurs mais qu'est-ce qui les pousse à tomber dans l'errance ? Car l'errance est bien différente de la fugue, qui comporte « une quête du Graal ». En effet, la fameuse chanson de geste est une valorisation de l'errance dans la forêt, représentée comme une aventure héroïque, une quête mystique (79, 69).

Le sujet se construit par un trajet réflexif sur l'Autre mais l'errant ne rencontre guère ce miroir constitutif. L'Autre qui devait être « déjà là » n'est pas advenu. L'errant ne cherche plus l'Autre, au contraire il l'évite. Pour l'adolescent errant, il n'existe pas de temps pulsionnel (le « tout, tout de suite ») ni de temps évolutif avec l'élaboration de projets. Pour lui, le temps est immobile, il est un « *toxicomane à l'espace*. » La maison familiale est perçue comme dangereuse, on y retrouve souvent des fantômes comme, par exemple, celui du père de Rimbaud, ayant jeté l'écrivain dans l'errance (75). Le vagabond se trouve dans l'incapacité d'adapter sa vie pulsionnelle aux conditions sociales. Ces difficultés à contenir l'activité pulsionnelle peuvent se traduire par des agir autodestructeurs comme la mise en danger dans la rue ou la toxicomanie (72).

Lorsque la poursuite d'idéal débouche sur la réalité de l'objet, le jeune ressent souvent une profonde déception qui réactualise la perte antérieure. Il se met alors en quête d'un nouvel objet. Dans ses recherches d'objets idéalisés, il s'agit de tentatives plus ou moins échouées de construction d'un roman familial.

Dans l'histoire de Catherine se discute la problématique de la grossesse à l'adolescence. Le désir de grossesse peut correspondre à un besoin de plénitude et une vérification narcissique. Le désir d'enfant s'inscrit dans une identification à la mère idéalisée. La grossesse à l'adolescence survient dans un climat de rupture, elle correspond à une adolescence avortée. L'envie d'enfant n'est pas mentalisée ni parlée, elle est agie et permet de régler une dette avec sa mère. La grossesse doit être entendue comme un passage à l'acte, comme un moyen imaginaire agi d'en finir avec un complexe d'Œdipe qui n'a pu être élaboré. Il existe un conflit ambivalent avec le monde des adultes, ambivalence qui se retrouve dans les rapports qui existent ou n'existent plus entre mère et fille. On y retrouve la tentative pour l'adolescente de croiser sa mère (28). Le père de Catherine était abuseur, sa mère s'est suicidée. Que représente cette maternité et cet enfant pour elle ? Elle voulait reconstituer un vrai foyer avec Jean-Christophe mais les choses étaient compliquées dès le départ.

3. Vide de la pensée et fonctionnement opératoire

Les adolescents errants n'ont pas cette capacité de penser qu'ont les adolescents fugueurs. Ils sont ennuyeux, peu bavards, ne rêvant pas, avec un vide de la pensée. Ce n'est pas le cas du fugueur qui va dans d'autres endroits, a une trajectoire, un objectif. Il n'a pas beaucoup d'imagination pendant sa fugue mais va la raconter à son retour. L'adolescent ordinaire fugue de l'enfance. L'errant flotte sans constitution, dans un « *no man's land* ». Il n'a pas de départ ni d'arrivée, il ne croit en rien, il ne croit pas en sa vie imaginaire et s'en méfie, il assure uniquement ses besoins organiques. En fait, il est effrayé de croire. Les adolescents errants peuvent être considérés comme des « *nomades du vide* » (16). Il existe chez ces adolescents une méfiance à l'égard des stéréotypes traditionnels et de leur contenu verbal, idéologique et matériel. P. Gutton parle de « *non-confiance* » ou « *afiance* ».



Sandrine Bonnaire dans "Sans toit ni loi"

L'errance, reflet d'un ras-le-bol et d'une inadaptation sociale, est caractérisée par le vide, l'ennui et le temps suspendu. Elle peut se terminer tragiquement comme l'illustre le film « Sans toit ni loi » d'A. Varda où Mona, la vagabonde incarnée par Sandrine Bonnaire, finit par mourir de froid (117). Ce sont ceux qui ont croisé sa route qui vont tenter de reconstituer son histoire et comprendre qui elle était. On parlera de l'inadaptation sociale de Rimbaud et de sa vie faite d'errances et de conduites anti-sociales. Dans ses écrits, les préoccupations de l'adolescence restent majeures (85).

Le jeune en errance vit dans l'immédiat. Sa relation au temps est modifiée. Son passé n'est pas investi et ne l'intéresse pas. Ses repères sont élémentaires et sans affect, comme se laver ou trouver de l'argent. La pensée et les sentiments ne sont pas investis comme pour se préserver d'un excès de souffrance du travail psychique, pour fuir tout désir, tout conflit ou toute pensée (97). L'adolescent errant paraît hors du temps, sans début ni fin. Il est dans l'immédiat, l'élémentaire. Que représente cette tentation de l'ailleurs, si vive pour l'adolescent errant ?

Les adolescents errants ne supportent pas qu'on leur parle de passé ou d'avenir. Ils sont sans lien social ou affectif, sans papier d'identité, sans autre référence que celle du groupe de marginaux avec lequel ils traînent. L'errance est vide, c'est une forme d'anti-vie, au sens où elle ne permet pas au sujet d'aller vers une évolution mais plutôt vers une régression.

L'errant n'explique pas sa conduite. D'ailleurs, il ne cherche pas à s'expliquer. Errer, c'est pour lui ne pas penser. Comment considérer l'adolescent errant en dehors des clivages normal et pathologique, marginal et majoritaire ? L'errant semble ne croire en rien. Il rejette fréquemment l'aide des travailleurs sociaux.

Les désirs semblent uniquement rabattus sur les besoins quotidiens que l'errant tente de satisfaire de manière répétitive tout au long du jour et de la nuit. Le temps s'écrase dans la prévalence de l'immédiat. Errer, c'est comme se plonger dans un apragmatisme actif. L'activité de pensée de l'errant se rapproche de la morosité, de l'ennui. Le fonctionnement psychique paraît vide, uniquement opératoire. C'est comme si *l'objet fantasmatique était source d'angoisse* et de ce fait, devait être évité. La fonction représentative sur le plan de l'objet pulsionnel est mise en difficulté. « *Errer pour ne plus penser, faire le vide.* » Chez l'errant, il y a un investissement érotique du vide de la pensée et de la pensée opératoire (55).

4. Représentations de la rue

La rue est assurément mauvaise dans l'optique familiale, ce qui est dedans est bon et ce qui est dehors, mauvais. La rue peut constituer un lieu initiatique de l'inadaptation transitoire ou définitive. Cette inadaptation de développement se construit hors des milieux familiaux par des identifications héroïques et groupales. La rue est à risque pathologique, de l'agoraphobie à la psychopathie, si elle n'étaye pas un trajet, une route. Circuler est aléatoire mais, à l'opposé, y faire une pause, en faire son centre, s'y inscrire dans une communauté, y errer, y galérer font obstacle à l'intégration. La rue peut-être considérée comme la première terre d'exil (54).

La ville constitue la matrice du territoire de l'adolescent errant. Les gares, les couloirs du métro, sont la métaphore d'un monde onirique où se mêlent départs, adieux, voyages, mais sont, pour l'adolescent errant qui reste sur le quai, des lieux d'arrêt. Il investit les zones d'ombre du tissu urbain plutôt que l'espace de l'intime (48).

Contrairement au nomadisme ancré dans la culture d'un peuple ou à la capacité d'organiser son voyage qui est le propre des grands routards, l'imprévisible, l'aléatoire et l'isolement sont ici rois. L'errance d'abord active, avec déplacements dans la moitié sud de la France durant la belle saison puis retour durant l'hiver dans des squats urbains, va laisser place à une vie passive et subie faite d'une grande précarité matérielle, d'une absence notable de relations humaines profondes et chaleureuses, d'un lent abandon de soi dans les toxiques, permettant par leur effet anesthésiant, de supporter un quotidien souvent sinistre. L'accroissement de la population des jeunes en errance semble également en lien avec la montée de la précarité et de la pauvreté auxquelles s'ajoute une crise des repères et de l'enracinement entraînant une multiplication des ruptures (22). De notre domicile fixe, l'errant provoque une inquiétante étrangeté, il est perçu comme dangereux pour le sédentaire.

Les murs de la rue sont utilisés comme les toiles des tableaux. Selon A. Vulbeau, « Le tagueur n'est pas un simple graffiteur, il est d'abord un marcheur sans but, qui démultiplie les traces de son errance. » L'objet que l'adolescent suit à travers ses tags pourrait s'inscrire dans un mouvement où l'avenir serait sans cesse à marquer, à retracer, graffiti dont la fonction symbolique sous la forme d'une signature, d'un mot de passe, de lettres, serait de recréer l'absence. Le mur est investi comme un écran de projection. Le phénomène des tags peut

constituer un rite initiatique réunissant un collectif d'adolescents, faute de rituels d'inscription dans nos sociétés modernes (93).

C. Psychopathologie de l'errance

1. Structure de personnalité du jeune en errance

La question du narcissisme est prépondérante. La structuration de personnalité semble tendre vers un mode limite et le risque psychotique peut être patent si cette organisation défensive est débordée. Selon P. Gutton, l'errance est une forme classique d'entrée dans la psychose hallucinatoire. La perte des repères symboliques (argent, papiers d'identité, adresse) en est un symptôme. Si l'errance est interdite ou impossible, l'errant court un risque de dépressivité ou de morcellement. Ce constat est d'une grande importance par rapport à la prise en charge de l'errant lorsqu'on veut le traiter en l'immobilisant (55).

Si l'on essaie de définir le profil de l'errant, on peut parler d'associabilité ou de non-croyance (l'objet n'est pas investi), de caractère anti-social (l'objet est source de défiance), de dépressivité ou psychose (l'objet mauvais se trouve incorporé entraînant une désorganisation profonde du Moi, c'est alors une dépression masquée par la conduite maniaque de déambulation ou un mode d'entrée dans la schizophrénie), et de quête identitaire (53).

Dans « La vie rêvée des anges » d'E. Zonca, deux jeunes filles d'une vingtaine d'années, en errance, se rencontrent. Elles ont des caractères tout à fait opposés. Isa bourlingue avec son sac à dos et une certaine philosophie de la galère. De ville en ville, elle trouve des petits boulots, jamais les mêmes et jamais longtemps. Elle fait le bien autour d'elle et s'en satisfait. Marie, elle, est une écorchée vive qui se révolte contre sa condition sociale. Isa va continuer son chemin mais Marie se suicidera.

Le discours de ces adolescents errants est marqué par des stéréotypes exclusifs, envahissants, appauvrissant le fonctionnement psychique. Les thèmes dramatiques de leur histoire sont répétés avec une certaine banalité, sur un ton monocorde et inaffectif, comme s'ils n'étaient pas sujets de ce vécu.



Elodie Bouchez et Natacha Régnier dans "La vie rêvée des anges"

Ainsi Catherine avait-elle pu parler de l'inceste de son père au bout de quelques minutes d'entretiens alors que nous nous entretenions avec son compagnon Jean-Christophe. Ces certitudes semblent énoncées sur le mode du faux-self et constituent une façade devant l'appauvrissement de la pensée. On peut parler de dépression opératoire ou de risque de dépersonnalisation (55).

L'histoire de Catherine, mère adolescente, nous interroge sur l'avenir de son bébé. L'enfant qu'elle a voulu garder la restaure peut-être dans une toute puissance infantile puisque son enfance lui a été volée par les abus qu'elle a subis. Le risque est que l'enfant ne soit pas investi en tant que sujet mais comme prolongement du narcissisme maternel. C'est ainsi que Catherine a du mal à s'adapter aux besoins de son enfant, d'où la menace de placement.

2. L'errance comme conduite addictive

Ce que P. Gutton appelle « *cassure d'histoire* » serait un clivage du Moi à la puberté d'où découleraient des fonctionnements psychotiques dont l'errance fait partie. L'avidité au mouvement est à inscrire au chapitre des addictions. La compulsion d'errance est l'expression de l'automatisme de répétition, que Charcot appelait *automatisme ambulatoire*. La partie clivée du Moi dans les « cassures d'histoire » fonctionne sur le modèle de l'addiction. On peut considérer que l'addiction lie le corps génital pubère et les figures incestueuses dans leur toute-puissance. C'est ce que l'on observe dans une autre addiction comme l'éthylisme féminin, en lien avec un milieu familial incestueux (71). C'est peut-être le cas de Catherine, notre jeune patiente en errance, abusée par son père dans l'enfance.

Ces déambulations peuvent être assimilées à des « *hyperactivités toxicomaniaques endogènes* » dans un défaut de mentalisation. L'évitement de la pensée, des affects, des désirs et des relations à autrui, le besoin impératif de trouver sans délai une satisfaction solitaire toujours insuffisante appelle la répétition et accroît la dépendance.

3. Espace géographique, espace psychique et temporalité

Freud écrivait : « *Il se peut que la spatialité soit la projection de l'extension de l'appareil psychique.* » (43) L'adolescent errant entretient un rapport particulier à l'espace et au

temps. L'errance est un parcours non orienté dans l'espace, espace social et géographique mais aussi espace psychique. C'est une pathologie du temps, née de l'impossibilité de faire sa demeure dans la durée (22). Le surinvestissement de l'espace géographique interviendrait pour pallier les défaillances qui touchent l'aménagement d'un espace psychique (46).

Ce surinvestissement de l'espace externe pourrait être un moyen pour l'adolescent de maîtriser son corps. Le pseudo-contrôle qu'il parvient à exercer sur le champ spatial met en avant ses difficultés à investir son propre corps pour habiter ce corps pubertaire, génitalisé, et cohabiter avec ses pulsions. Ce besoin de maîtrise est rendu indispensable par la nécessité pour l'adolescent de garder le contrôle sur les sources d'excitation pulsionnelle interne que le tissu fantasmatique est incapable de secondaire. Les transformations corporelles dues à la puberté vont faire de ce corps un objet à contrôler. L'errance est alors l'incapacité à apaiser les tensions internes du sujet. Habiter l'espace permet de suppléer à l'impossibilité d'habiter ce corps pubère trop inquiétant et menaçant.

L'adolescent errant investit l'espace et la motricité selon des modalités défensives. Le trouble interne provoqué par la libido est vécu comme une agression et va être dirigée vers l'extérieur. L'espace offrirait un sentiment de maîtrise par rapport à un temps insaisissable, intolérable car il confronte l'adolescent à la séparation. L'errance engendre un sentiment de toute puissance car n'être nulle part et n'être personne, c'est être partout et pouvoir être n'importe qui. Abolir le temps et faire de l'espace un objet apte à la jouissance est peut-être l'idéal de l'errant. La motilité spatiale est mise au service d'une décharge pulsionnelle qui ne peut être élaborée psychiquement.

L'espace renvoie généralement à un moment de notre histoire personnelle et collective et de ce fait, l'espace est immédiatement temporalisé. Dans la conduite erratique, la spatialisation ne renvoie pas le sujet à un avenir puisqu'il est toujours sur le point de partir. Le jeune errant fait du sur place, il se perd plus qu'il ne se trouve. L'adolescent est figé dans un présent sans fin et ne peut se projeter dans l'avenir qui ne représente rien, si ce n'est une rupture définitive. Par défaut de sécurité affective de base, le passé brisé par manque de continuité pousse les adolescents errants vers un avenir incertain souvent refusé. Le présent reste alors le seul espace à investir (47).

Cette amnésie de la pensée empêche le sujet d'anticiper un avenir même très proche. L'avenir est perçu passivement comme une fatalité. L'errant vit dans l'immédiateté, dans une sorte de survie et d'urgence perpétuelle. L'errance est un enfermement psychique où le sujet lutte contre *l'éclatement psychique* (46).

L'adolescent errant, en péril de représentativité, se trouve en péril d'objectalisation. Il est admis que toute conduite humaine vise à retrouver l'objet toujours perdu. L'objet privilégié de l'errant serait l'espace. L'objet auto-érotique minimal à partir duquel une pensée serait possible est *l'investissement de la mobilité dans l'espace* (53). L'adolescent errant va pouvoir maîtriser, localiser et projeter ses objets conflictuels et persécuteurs dans cet espace extérieur.

La ville semble représenter un *ventre maternel*, peut-être recherché par Catherine, chez lequel les adolescents viennent se réfugier, dormir, disparaître ou renaître. Mais ces lieux, ni chaleureux, ni protecteurs, ni accueillants, n'ont de maternel que le contenant. La dureté de l'atmosphère met en avant la recherche d'un ventre mauvais et destructeur car la recherche d'un bon contenant reste menaçante et susceptible de rejet, renvoyant l'adolescent à un traumatisme infantile de rupture et d'abandon. Il ne s'agit alors pas d'une problématique de séparation d'avec un bon objet mais d'une défaillance ou impossibilité d'attachement à cet objet. Les adolescents tentent de combler ce vide, ce manque par une quête erratique dans un « ventre-ville poubelle », quête qui ne peut être que désespérée (55). L'errance serait la traversée d'un espace symbolisant le corps de la mère et qui tendrait à une renaissance (47).

L'errant tourne en rond. Il va et il vient, il se pose un instant et puis il repart. Par leur comportement, ils découragent et agacent les professionnels travaillant dans les structures d'hébergement qui les accueillent car ceux-ci se retrouvent bien souvent impuissants dans une prise en charge au long cours. Ce sont des prises en charges ponctuelles, des petits temps de pause où l'élaboration d'un projet à long terme est souvent impossible. Le pronostic est plutôt sombre, telle l'héroïne d'Agnès Varda.

4. La notion d'objet fantôme

L'adolescent croit que son cheminement sans projet est susceptible de créer de l'objet, comme errer pour penser. La mobilité est nécessaire à la pensée, elle entrerait dans la construction narcissique à partir de laquelle l'objectalisation est susceptible de se développer, l'objet de se trouver et se retrouver : *errer pour représenter, errer pour se représenter*. Pour que l'acte de vie soit possible et puisse être, il faut cheminer. L'adolescent ne s'intéresse principalement à rien d'autre qu'à ce qui rend possible son errance (55).

A. Green dit à ce propos: « *Une défense fréquente contre la douleur psychique est la mouvance des limites spatiales, l'errance, le voyage.* » Le déplacement interne étant impossible, il se fait activement dans un espace inconnu car *l'espace psychique est « absorbé par la séquestration de l'objet fantôme.* » Le tableau de l'errance est sombre, le vide apparaissant en permanence. La vie d'errance est construite, non pas sur un projet dynamique positif, mais sur une fuite de ses propres fantômes (16).

Pour T. Birraux, ces conduites d'errance s'organisent autour d'un *deuil impossible*. Elles évitent l'élaboration d'une position dépressive authentique, maintenant l'errant dans le leurre de la maîtrise de l'environnement persécuteur (11).

L'objet fantôme, difficilement symbolisable, peut faire référence à un membre de la famille décédé ou une séparation précoce des parents. Il va être prégnant au moment des bouleversements identificatoires de l'adolescence car la mort occupe une place centrale dans la pensée de l'adolescent. L'adolescent a besoin de mettre du sens dans son histoire pour se construire et assumer son identité et son corps sexué. En effet, chacun d'entre nous organise son histoire subjective à partir de celle transmise par ses ascendants en héritage. Des disparitions ou des séparations dramatiques confrontent l'individu à des failles affectives précoces, à la gestion de deuils impossibles, à un défaut d'historicisation de leur vie. Ces ruptures de filiation entraînent une *construction impossible du passé* (97).

Winnicott, dans « La crainte de l'effondrement » (104), décrit les défenses qu'organise le Moi contre l'effondrement de sa propre organisation. L'organisation du Moi est menacée par un défaut de structuration de la réalité psychique. Par leur agir, la répétition de leurs fugues, les adolescents manifestent l'inadéquation du « Je » dans leur cadre de vie et leur histoire actuelle.

L'histoire de Catherine est faite de zones d'ombre. Elle est jalonnée de séparations et de placements en foyer. Pourquoi ne voit-elle pas ses soeurs ? Le père a-t-il été condamné suite à la lettre « testament » de sa mère ? Où est-il ? Catherine semble dans la quête de ses origines, de son histoire, comme si des éléments n'avaient pas encore pris de sens. Beaucoup d'adolescents errants sont en quête d'un parent disparu. C'est peut-être le cas de Catherine qui a perdu sa mère quelques années auparavant. Qui était cette maman ? Comment était-elle ? Rassurante ou complice du père ?

Errer serait le moyen d'éviter l'investissement des objets actuels et d'avenir pour garder au plus profond de soi les fragiles moments du passé dont il est difficile de se séparer. L'errance serait un évitement de l'angoisse de séparation.

Dans une dimension transgénérationnelle, on se demande quel fantôme du passé anime l'errance, maladie de l'identification. Arthur Rimbaud, habité par son père, ne parvint jamais à idéaliser de façon suffisamment solide l'image paternelle afin de l'intérioriser comme aide bénéfique. L'assise paternelle apparaît insuffisamment constitutive, l'image paternelle étant soumise à une dévalorisation systématique et ne pouvant résister aux attaques oedipiennes qui se réveillent à la puberté. Cette quête du père vient peut-être expliquer l'homosexualité de Rimbaud pour Verlaine, mari et père de famille.

5. Devenir de l'errant

L'errance représente un danger, comme nous l'avons vu plus haut dans le cas des fugues, lorsque celles-ci se répètent et évoluent vers l'errance. Ce qui peut arriver de mieux à l'errant est l'orientation possible de ses conduites erratiques et leur mentalisation qui, faisant naître un projet, les transforme en fugue. Mais le devenir de l'errant laisse *pessimiste*. Fixer un errant est difficile et comporte des risques pour lui (dépression, dépersonnalisation). Ceci nécessite une grande souplesse de la part des encadrements institutionnels. Faute de possibilité de psychothérapie au long cours, le fait de rencontrer ces jeunes de manière épisodique peut leur permettre de choisir une philosophie de vie susceptible de les satisfaire (55).

Il y a sans doute autant de discours sur la fugue et l'errance que de fugeurs et d'errants. Ils fuguent de leur domicile comme ils fuguent de leur prise en charge, ils errent à la recherche

de quelque chose qui s'évapore dès lors qu'ils pourraient penser l'avoir trouvé. Leurs mots pour dire leur souffrance sont souvent des énigmes, et peu de leurs ressentis intimes sont communicables normalement. Nous sommes alors contraints de poser des hypothèses qui ne sont pas facilement vérifiables. Quand on tente de les rejoindre, ils s'en vont, quand on tente de les précéder, ils ne viennent pas (11).

Le « bon contenant » que représentent les services d'accueil est vécu sur le mode d'une dangerosité qu'il faut fuir. L'adolescent doit s'échapper de tout lien perçu comme trop satisfaisant. Les déchirures antérieures font craindre de nouveaux rejets, abandons qui seraient insupportables (47, 103).

D. Errance « constructive »

L'errance pourrait être une *tentative de réorganisation de l'espace psychique* du sujet. Elle peut être un lieu de reconstruction, une tentative d'amorcer la pensée et la symbolisation. La décharge motrice donne à l'adolescent le sentiment d'exister, telle la catharsis, décharge émotionnelle libératrice par l'extériorisation des événements traumatiques refoulés. L'espace géographique devient comme un contenant qui pourrait empêcher un effondrement total du psychisme. Errer pour amorcer une tentative de représentation et d'objectalisation, empêchant l'adolescent de sombrer dans la psychose.

Le plus souvent, l'errance n'est pas le lieu de production d'une pensée créatrice originale car le vide reste toujours le maître. Cependant, elle peut être « *constructive* », *bénéfique et créatrice*, contrairement à l'errance qui envahit et resserre le temps, compromet la capacité de penser, immobilise le psychisme qui se fige et menace de mourir. Mais cette créativité se fait bien souvent lorsque l'errant décide de se poser quelques instants. L'œuvre en elle-même peut représenter cet espace où l'errant va pouvoir projeter plutôt qu'intérioriser et gérer le monde de ses pulsions si menaçantes. L'œuvre aide-t-elle véritablement à la construction psychique ou est-elle une conduite d'évitement ?

Comment qualifier le talent, le génie de certains artistes, poètes ou peintres mondialement reconnus dont les œuvres ont été créées dans l'errance ? Dans la littérature du

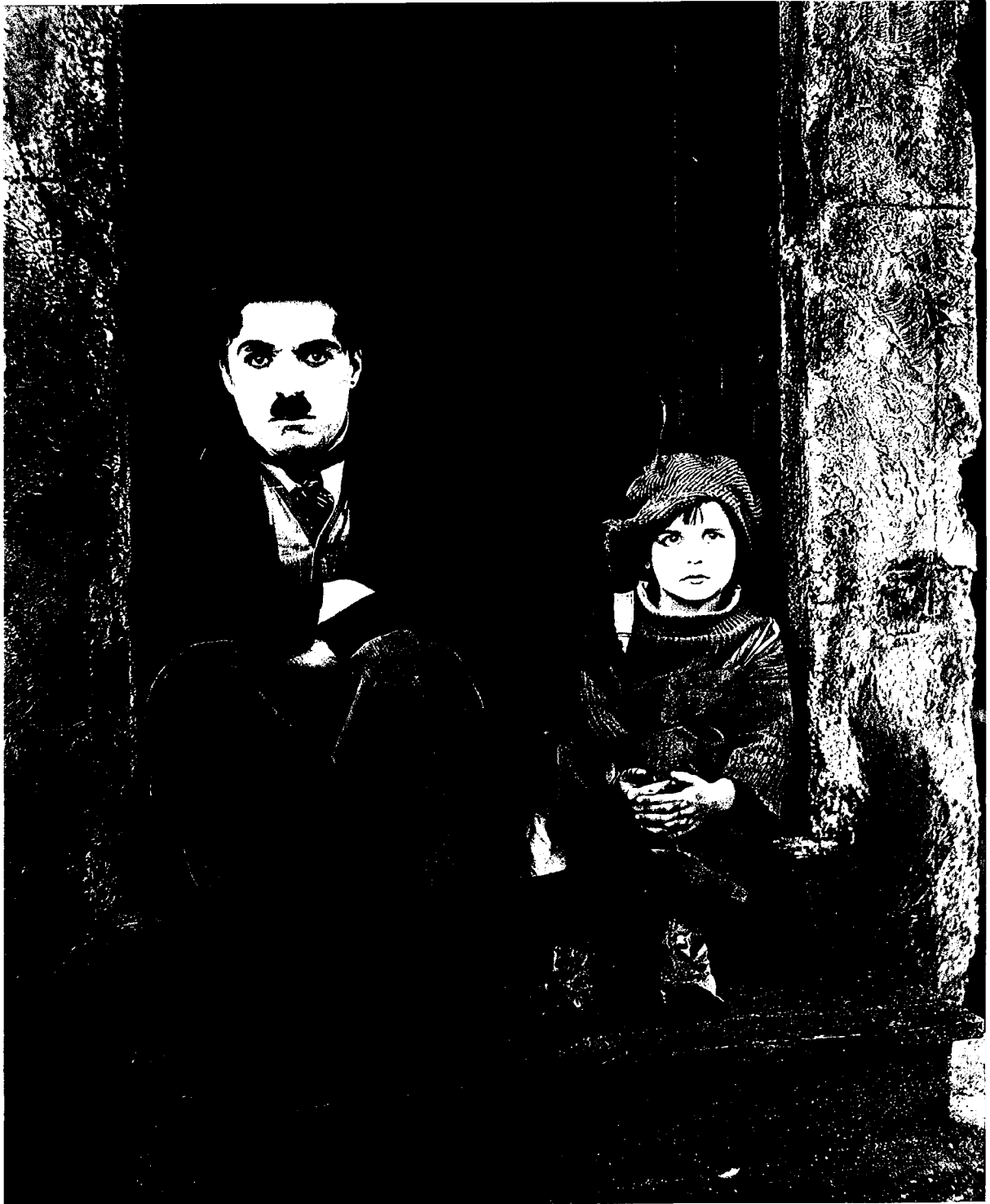
XIXe siècle apparaissent plusieurs figures de l'errance qui ont utilisé soit la correspondance, soit la création poétique ou artistique, pour juguler, maîtriser, voire donner une expression esthétique à leur errance. Rimbaud sera guidé par une obsession presque inintelligible, engagé dans une fuite en avant qui ne peut s'interrompre, pris dans un mouvement perpétuel, incapable de la moindre halte. Pour le jeune homme, c'est la poésie qui lui permettra d'errer dans une recherche de l'accomplissement de soi. La poésie cèdera la place à l'exil et l'écriture s'arrêtera jusqu'à sa mort tragique (9).

L'errance de Victor Segalen, écrivain, médecin mais aussi marin, va faire naître des textes explorant le monde de la création et de la folie (79). Quant à Flaubert, qui a fait un voyage en Orient avec son ami Maxime Du Camp, il n'a pas pu écrire durant ses voyages. Il n'a laissé que les correspondances, lettres écrites à sa mère et ses amis : « *Les premiers jours je m'étais mis à écrire un peu, mais j'en ai, Dieu merci, bien vite reconnu l'ineptie. Il vaut mieux être œil, tout bonnement.* » (41) Cette façon de voir qu'a Flaubert dans son écriture s'est construite dans l'expérience des voyages. C'est une véritable conversion du regard sur le monde (67).

Le peintre J.-M. Basquiat, après avoir quitté l'école et le foyer parental à dix-huit ans, a vécu sans domicile fixe, se posant chez différentes connaissances. Avant de se faire connaître dans les galeries d'art, l'expression de son talent de graffiteur s'admirait dans la rue sur les murs de la ville. Destin également tragique puisqu'il meurt d'une overdose à vingt-huit ans (37). Evoquons de la même manière les artistes de rue que sont les jeunes tagueurs.

C'est toujours la même émotion que de revoir le film muet de Charlie Chaplin, « le Kid » (108), où le fameux personnage du vagabond recueille un nourrisson illégitime abandonné par sa mère sans le sou victime d'un séducteur qui la laisse tomber. Le bébé est déposé dans une limousine mais celle-ci est volée. Les malfaiteurs, découvrant l'enfant, prennent la fuite et Charlot, petit vitrier ambulancier, se voit dans l'obligation de garder cet enfant que personne ne veut. Le petit garçon devient alors un complice précieux de son père adoptif, cassant les carreaux que ce dernier propose ensuite de remplacer. Ce film montre que l'attachement entre le vagabond et le gosse est possible et même très fort, comme en témoigne la scène où les responsables de l'orphelinat tentent de lui retirer l'enfant, scène d'une émotion dramatique bouleversante.

Chaplin situe l'action dans un décor réaliste, celui des faubourgs de son enfance, et épanouit sa fantaisie de poète sensible aux misères du monde. On peut se demander si l'enfance misérable de Chaplin a été un moteur de sa création. En effet, la vie de Charles Spencer Chaplin est une succession de tragédies familiales. Il a douze ans quand son père meurt des complications de l'éthylisme, sa mère est internée en hôpital psychiatrique deux ans plus tard. Mais son tempérament d'artiste va pouvoir s'exprimer très tôt en fonction des opportunités qui lui sont offertes. Le personnage de Charlot, mis en scène dans plus de soixante-dix films, est le symbole de l'individu aux prises avec l'adversité et l'injustice, et fera la fortune et la gloire de Chaplin (112).



Charlie Chaplin et Jackie Coogan dans "The Kid"

VII. LE VOYAGE INITIATIQUE ET LA QUETE DE SOI

*« Nous ne cesserons pas d'explorer
Et la fin de notre exploration
Sera de parvenir à notre lieu de départ
Et de le connaître pour la première fois. »*

Thomas Steams Eliot,
Little Gidding

A. Illustration par les récits initiatiques

La base même d'un voyage initiatique est l'accomplissement d'une quête : le héros doit remplir une mission. Il part d'une situation initiale instable et insatisfaisante qui le pousse à entreprendre sa quête, bien souvent à l'instigation d'un tiers, Dieu ou homme. Surviennent ensuite une série d'épreuves, d'aventures destinées à former le héros, à le mener vers son but ou à l'en éloigner. Au début, le héros n'est pas encore en possession d'un savoir suffisant pour réussir sa mission. Il lui manque un élément : la connaissance, l'initiation. Cet élément acquis, il pourra repartir plus fort et affronter les ultimes épreuves qui le guideront vers l'accomplissement de sa quête. Le héros d'une telle mission est bien souvent prédestiné, donc unique pour ce destin, et entouré d'une série de personnages : instigateurs de la quête, associés, opposants, et enfin le destinataire, celui pour qui cette quête est accomplie (96).

La tradition du voyage se retrouve dans de nombreuses cultures et religions. Il est considéré comme un temps d'apprentissage, le voyage initiatique marquant souvent la fin de l'adolescence et représentant un véritable rite de passage. On peut assimiler ces voyages initiatiques à un certain nombre de fugues d'adolescents. Les récits d'adolescence sont une catégorie d'œuvres qui relatent l'apprentissage des choses de la vie et la quête de soi-même du narrateur-personnage au travers des expériences vécues spécifiquement dans cet entre-deux qui caractérise l'adolescence. Le narrateur adulte accomplit un itinéraire de retour aux origines pour retrouver un passé perdu ou se débarrasser d'un passé trop lourd. Le roman à l'usage de la jeunesse relate donc essentiellement un voyage initiatique dont le point d'arrivée implique une progression sur la voie de la maturité.

L'« Odyssée » d'Homère (60) ballote son héros Ulysse de mer en mer et d'île en île. Il navigue vers des mondes fabuleux où aucun humain ne s'aventure jamais. Il s'expose à des périls toujours renouvelés, chez des peuples inconnus, faisant de sa capacité à se sortir vivant de toutes les épreuves l'enjeu majeur du récit. Ulysse est le héros voyageur par excellence. Dans l'Alchimiste de P. Coelho (21), le héros part à la recherche de sa « *légende personnelle*. » Le livre « Jeunesse », de Conrad (27), illustre bien le récit d'aventure et la quête initiatique.

« Le tour du monde en quatre-vingt jours » est un des romans les plus connus de Jules Verne. Un gentleman anglais, fortuné, parie de faire le tour du monde en quatre-vingt jours. Ce

qui va faire de ce voyage un roman populaire sont les nombreuses péripéties et contre-temps que les héros vont connaître durant leur périple. Ce livre traite à la fois de la notion d'espace-temps du voyage, des rencontres, de la performance, du courage et du dépassement de soi dans sa dimension initiatique.

L'initiation ne s'opère pas sans un déplacement dans l'espace. C'est le déracinement qui déclenche la crise libératoire, même s'il peut paradoxalement apparaître sous la forme d'un enfermement comme l'internat (31). C'est le fait d'être en dehors de la maison qui va permettre au jeune de découvrir des choses nouvelles et de faire de nouvelles expériences.

Le voyage répond à un besoin fondamental de l'individu, la connaissance de soi par une expérience nouvelle (100). Stendhal déclarait : « *Ce que j'aime dans les voyages, c'est l'étonnement du retour* ». Mais un voyage d'allure initiatique peut masquer une dépression au long cours méconnue, le voyage représentant un équivalent suicidaire par la fuite en avant et la prise de risques, ou bien masquer un processus dissociatif débutant.

Les voyages peuvent s'inscrire dans une perspective de socialisation, d'affirmation de soi. Evoquons les voyages linguistiques éducatifs organisés pour les adolescents. Certains jeunes abandonnent leurs études pour de grands voyages à la découverte d'eux-mêmes sur un mode initiatique géographique. Autrefois, les voyages étaient plus intérieurs, dans les monastères, à la recherche d'une spiritualité (61). On pourrait rapprocher de la notion de voyage intérieur la démarche psychanalytique individuelle.

Les textes littéraires du Moyen-Âge offrent des définitions différentes du Graal ou du Saint-Graal. C'est une sorte de talisman, un objet merveilleux. Parmi les textes français, le roman de « Perceval » ou « Le Conte du Graal » de Chrétien de Troyes est capital. C'est l'histoire du chevalier orphelin Perceval qui, après avoir été reçu à la cour du roi Arthur, court les aventures dans un apprentissage chevaleresque. La quête du Graal inaccessible symbolise l'aventure spirituelle (69).

Dans l'ouvrage de Cervantès « Don Quichotte de la Mancha », le temps et l'espace n'existent plus. Tout devient possible dans l'instant et le lieu présent. Le chevalier errant improvise sa vie au gré des fantaisies du jour. La vie de l'auteur fut nourrie d'aventures et de voyages, la souffrance de son enfance l'ayant fait quitter ses parents très jeune pour vivre sa

vie. Pour l'écrivain voyageur Gilles Lapouge (67), « *toute pérégrination est livresque.* » Il déclare : « *Je fais mine de me perdre dans des géographies, mais en douce, c'est dans les livres que je me promène.* »

B. Rite de passage et conduite ordalique

Les conduites à risque répondent à des motivations conscientes et inconscientes complexes. Leur mode d'extériorisation est influencé par le contexte social et culturel. A l'époque où les rituels de passage (qui étaient auparavant essentiellement religieux) ont tendance à disparaître, le voyage constituerait un espace expérimental où pourrait se mettre en acte une prise de risque individuelle telle une conduite ordalique. L'ordalie correspond à une épreuve juridique usitée dans le Moyen-Âge sous le nom de « Jugement de Dieu. » Elle consistait en la passation d'une épreuve naturelle au sens strict du terme, comme par exemple le feu ou l'eau, potentiellement mortelle. Il s'agit donc d'une épreuve dangereuse dont l'issue (la vie ou la mort) est attribuée à une puissance extérieure, et prend valeur soit de régénération, soit de condamnation définitive et de punition (73).

La dimension initiatique du voyage se fait au travers des épreuves réelles et imaginaires qui le composent. Le mythe héroïque et le désir de renaissance sont très présents. Le concept d'ordalie peut être adapté à la psychopathologie des conduites à risque et notamment celles des toxicomanes dans la volonté de tester et de toujours repousser les limites, le sujet retirant son « autorisation de vivre » dans la confrontation régulière à la mort (91).

Il existerait un type de personnalité particulièrement susceptible de développer des conduites à risque, laquelle serait marquée par la recherche d'aventure, de danger, d'expériences nouvelles, de désinhibition, d'intolérance à l'ennui. La confrontation au risque apporte au sujet une gratification narcissique qui conforte l'image qu'il a de lui-même et qui la conforte aux yeux des autres. Il s'agit moins d'un jeu avec la mort que d'une tentative d'affirmer son identité.

Les facteurs favorisant les conduites à risque peuvent être l'impulsivité qui pousse à l'agir, la culpabilité qui pousse à se punir soi-même par des scénarios masochistes, le déni de la réalité du danger, le sentiment de toute-puissance et d'invulnérabilité.

Certains adolescents sont amenés à vivre leur vie à la limite de l'expérience, aux frontières de la mort. Comme si pour se sentir vivant, il était parfois nécessaire de mettre sa vie en jeu, au risque d'en mourir. Voyager est dangereux, le risque fait partie du voyage. Nous pouvons reprendre la notion d'ordalie pour discuter du comportement de Patrick. Le fantasme ordalique sous-tendant sa conduite serait le fait de s'en remettre à Dieu, au hasard, au destin, à la chance, à l'Autre pour les maîtriser, être l'élu, et par la survie à l'épreuve, prouver tout son droit à la vie, sinon son caractère exceptionnel voire son immortalité, ou comme après une mort suivie de résurrection. Comme si Patrick, par sa « *conduite traumatophilique* » dont parle Guillaumin (50), avait réalisé qu'il était sûrement sur Terre pour quelque chose. Il semblerait que, durant la semaine où il ait tenté à plusieurs reprises de se suicider, Patrick ait vécu une sorte d'errance qui a pris fin lorsqu'il a demandé de l'aide aux gendarmes. Cette errance d'une semaine émaillée d'épreuves lui a semble-t-il permis de se construire ou du moins, se connaître mieux et « revenir ».

Cette notion de mise à l'épreuve, de maîtrise sur les éléments extérieurs mais aussi sur le corps lui-même nous rappelle le comportement de Patrick dans la forêt. Dans ses différents passages à l'acte suicidaires, il va se confronter (ou va tenter de se confronter) à l'eau du fleuve, aux animaux sauvages, mais il va également tester la résistance de son corps face à la faim, aux traumatismes physiques, au poison... Kérouac dit d'ailleurs dans « Le vagabond solitaire » (64) qu'« *il n'est rien de plus noble que de s'accommoder des quelques désagréments que nous apportent les serpents et la poussière pour jouir d'une liberté absolue.* »

Une telle conduite à risque peut évoquer une quête à dimension initiatique, appuyée plus ou moins par la dimension narcissique, le sujet cherchant une image idéale du moi au travers de comportements dangereux mais susceptibles de revalorisation et de courage aux yeux du patient et de lui-même. Cette dimension d'épreuve auto-imposée pour accéder à une autre dimension de soi-même illustre la métaphore initiatique des conduites à risque transitoires des adolescents. Il s'agit de fonder la légitimité de sa propre existence dans une démarche

solitaire. L'échec de la symbolisation de cette épreuve serait à l'origine de sa répétition et de l'escalade dans la prise de risque (91).

Les rites d'initiation les plus anciens, de l'Australie à l'Afrique du Sud, ont pour dénominateur commun une dramaturgie de la mort initiatique, c'est-à-dire mourir à l'enfance pour le passage à l'âge adulte. La séparation symbolique d'avec la mère est représentée d'une manière dramatisée. L'épreuve du feu chez les aborigènes est la cérémonie d'initiation à l'âge d'homme. Les rites de passage servaient une communauté qui avait besoin de garder tous ses membres en leur faisant affronter des épreuves très risquées à l'intérieur de la tribu (31).

L'adolescence, période de remaniement pulsionnel, est le moment privilégié d'apparition de tels comportements. L'expérimentation de sensations fortes est assez inévitable à l'adolescence. Il peut s'agir d'un mouvement dynamique, créateur d'identité et d'une meilleure connaissance de soi. Ces conduites, souvent teintées d'une transgression des interdits parentaux, témoignent surtout de l'appétit de vivre de l'adolescent.

C. Quête de l'identité

1. Découverte du corps sexué et phénomène des identifications

Période de perturbation et d'initiation, l'adolescence est une période de mouvance identitaire où l'adolescent se cherche, se demande qui il est. Les transformations pubertaires confrontent l'adolescent à la réalité d'un corps sexué. A l'interrogation centrale de l'adolescent sur son identité, à savoir « *qui suis-je ?* », s'ajoute celle de son identité sexuelle, qui est « *qu'est-ce qu'un homme, qu'est-ce qu'une femme ?* » Alors tout le mouvement des identifications est remis à l'ordre du jour.

Ce contact avec les hommes et avec la nature, s'il n'apporte pas toujours le changement intérieur espéré, est structurant. Ainsi les adolescents expérimentent depuis toujours d'autres rivages et d'autres manières d'être au monde en dehors du regard des proches. Voyager, c'est répéter l'expérience jubilatoire de l'enfance dans la découverte du monde. Pour répondre à

l'appel de son destin, il faut savoir rompre les liens sentimentaux propres à l'enfance et à son monde limité, nous dit Jung (1).

Le voyage serait la mise en acte d'un fantasme. Le voyageur part à la recherche d'un parent imaginaire. Dans sa quête identificatoire, Patrick semble dans la recherche de son identité masculine. Il est mal à l'aise avec les filles, se focalise sur des éléments qui ont trait à la virilité comme le volume de ses cheveux, sa force et son agressivité lors des activités sportives.

La quête de l'identité sexuelle peut ouvrir à la relation père-fils et au phénomène des identifications. Dans le film d'I. Ferroukhi, « Le grand voyage » (111), un père musulman désire accomplir avant de mourir un pèlerinage vers La Mecque. Il demande à son plus jeune fils de l'accompagner, laissant le soin à l'aîné de veiller sur la famille. Le jeune lycéen, ancré dans une réalité française où la croyance n'a pas vraiment sa place, préfère repasser son baccalauréat plutôt que de faire la route avec son père, dont il ne comprend pas vraiment les motivations. Il va devoir accepter et véhiculer son père qui ne sait pas conduire. Ce voyage va mettre en évidence la relation père-fils si forte et si fragile. Les deux hommes qui ne se comprennent pas et désespèrent de ne pas être compris, vont finalement se retrouver. C'est la question de la transmission qui va être évoquée, d'une culture à l'autre mais surtout d'une génération à l'autre. La mort du père, qui aura réalisé son rêve grâce à son jeune fils, viendra souder plus que jamais les liens.

Rimbaud, dans son errance, est à la recherche du père disparu. Comment considérer sa relation amoureuse avec le poète Verlaine, homme établi et père de famille ?

2. Voyager pour se sentir naître, ou renaître

« *Pars, et alors tout commence...* », écrit Michel Serres dans « Le Tiers Instruit. » (89) A l'adolescence, il s'agit d'un voyage intérieur avec un travail de subjectivation, une aventure de la pensée, l'art de rêver et inscrire le rêve dans la réalité. Il s'agit de croire en soi, en sa capacité de penser, de réfléchir, d'habiter son corps, son espace, s'appropriier sa propre existence, se faire « naître ». « *L'adolescent, ce marin qui part, ce voyageur, cet explorateur, cet aventurier, ce demi-fou...* » (26)



Nicolas Cazale et Mohamed Majd dans "Le grand voyage"

« *Partir, c'est mourir un peu.* » La littérature recèle de personnages dont le passe-temps favori consiste à courir les chemins. « *La vraie vie est ailleurs* », c'est-à-dire n'importe où plutôt que chez soi. Partir, rompre le quotidien comme on tourne une page, la fuite, cette porte ouverte sur tous les possibles, n'incarnerait-elle pas cette renaissance à laquelle nous aspirons tous ? Le « partir » est émancipateur et permet, le retour accompli, de magnifier la réalité d'un vécu rarement conforme aux espérances.

Olivier Weber, grand reporter, déclare : « *Le voyage est toujours recommencé. A tel point que le vrai voyage est celui où l'on se sent renaître, ou naître tout simplement...* » (67) Nicolas Bouvier écrit dans « L'usage du monde » (15) : « *Un voyage se passe de motifs. Il ne tarde pas à prouver qu'il se suffit à lui-même. On croit qu'on va faire un voyage, mais bientôt c'est le voyage qui vous fait, ou vous défait.* »

Les pérégrinations de Patrick lui ont permis de se connaître soi-même. Il n'a manifesté aucune opposition pour rentrer chez lui, il a même demandé à rentrer. Lui qui se dévalorisait beaucoup et qui était très inhibé est devenu quelqu'un d'ouvert et de chaleureux. Il a découvert que sa parole comptait. Le fait de ne pas réussir à mourir lui a permis de se découvrir et de se sentir naître.

A. Reyes écrit : « *La route c'est moi, c'est un serpent, et le chemin étendu derrière moi c'est mon ancienne peau que j'abandonne, encore. La route c'est ma vie, me défaire continuellement de mes enveloppes, m'extraire de moi pour renaître neuve, brillante, donner le jour à l'inconnue qui veille en moi, à fleur de peau, dans l'attente de sa libération.* » (84)

« *Se sauver* », c'est s'en aller, fuir, s'échapper. D'un point de vue religieux, c'est aussi assurer son salut, accéder à la vie éternelle (66).

3. L'enfant abandonné à la recherche de ses origines

L'enfant né de parents inconnus recherche presque toujours ses parents à l'adolescence. Ces enfants abandonnés par leurs parents sont dans l'ambivalence. Ils cherchent à retrouver leurs géniteurs mais à les fuir en même temps, dans une quête de leurs origines mais également une peur en rapport avec la problématique oedipienne. La tourmente de l'adolescence ne

semble pas propice pour retrouver ses parents biologiques. L'adolescence est une période où le jeune doit apprendre à se détacher de ses parents. Les retrouvailles peuvent apporter un lot de réponses mais elles amènent aussi beaucoup de questionnements qui risquent de perturber la construction identitaire de l'enfant. L'adolescent souhaite retrouver une part de son roman familial mais risque d'être déçu si ses parents biologiques idéalisés ne répondent pas à ses attentes.

Il est intéressant de se poser la question sur ce que cache la demande de retrouver ses parents d'origine. L'adolescent essaie-t-il d'interpeller ses parents adoptifs, de tester leur attachement, leur amour pour lui qui n'est plus un petit enfant ? Les inquiétudes du moment peuvent renvoyer à des inquiétudes plus profondes sur les origines et la future parentalité.

Dans l'excellent film de J. Doillon, « Le petit criminel » (110), Marc est un adolescent de quatorze ans. Il vit dans une cité HLM de Sète avec une mère alcoolique et un beau-père qui se disputent souvent. Marc a été reconnu par un beau-père précédent. Il prépare un CAP mais sa scolarité est chaotique. Il est connu des services de police et du juge car il commet régulièrement des larcins. Il ne voit quasiment jamais sa petite sœur placée « en nourrice ». Un jour, par hasard, il décroche le téléphone et apprend l'existence d'une sœur aînée qu'il ne connaît pas et qui recherche sa mère. Il interroge sa mère au sujet de la petite sœur décédée dont elle lui a parlé, mais sa mère refuse de lui répondre. Convaincu que celle-ci a menti, il entreprend de retrouver sa sœur. Il braque une parfumerie pour obtenir l'argent nécessaire à son voyage. Il prend en otage un jeune policier afin qu'il le conduise jusqu'à Montpellier. Ils concluent un accord : dès lors qu'il aura retrouvé sa sœur, Marc se livrera à la police.

Ce film très émouvant aborde les thématiques chères à J. Doillon : la famille, l'enfance, la quête de ses origines, l'identité, la filiation, l'humanité. Les enfants s'attachent à ce flic, jouant le rôle de substitut paternel, qui vient régulièrement rappeler la loi mais les aide à se retrouver. Marc va lui répondre : « *La loi, ça pourrait être que les frères et les sœurs ils se connaissent.* » Il dit que les enfants sont en droit d'exiger la vérité sur leurs origines et qu'il est très grave de mentir. Marc, issu d'une famille éclatée, tente de la recomposer. Il veut porter le nom de sa sœur, qui porte le nom de leur père. Il accepte de retourner à l'école avec son nouveau nom qu'il a écrit sur sa carte d'identité. Mais il se heurte au principal et aux institutions qui ne reconnaissent en lui qu'un délinquant absent régulièrement de l'école. Marc n'est pas reconnu dans ce qu'il est. Il dément le fait d'être un voyou au moment où il pointe son

arme vers le policier. Lorsqu'il fait une très bonne rédaction, le professeur doute qu'il en soit l'auteur. Après avoir volé l'argent dans la parfumerie, Marc dit « merci »... Ce film est d'autant plus émouvant que le jeune garçon auquel a été confié le rôle de Marc est issu d'un foyer de la DDASS.

Un autre film magnifique illustre le thème de l'enfance abandonnée et de la quête des origines. « Les Diables » de C. Ruggia (114), met en scène un frère, Joseph, et une sœur, Chloé, abandonnés à la naissance dans une rue de Marseille. Chloé, autiste, a été séparée de son frère pour être hospitalisée dans une unité spécialisée. Joseph, placé en famille d'accueil, a commencé à réclamer sa sœur et a fugué pour la retrouver. Ayant fugué de tous les foyers où il avait été placé, les services compétents ont décidé de réunir les frère et sœur dans la même maison d'enfants. Mais Joseph, très protecteur envers sa sœur, veut que celle-ci guérisse. Joseph pense que c'est en retrouvant « leur famille » et leur mère que Chloé ira mieux. Il est persuadé que celle-ci en a le pouvoir, puisqu'elle dessine toujours la même mosaïque avec des bouts de verre, à savoir une maison aux volets bleus. C'est son rêve à Joseph : avoir une maison à lui, une famille, une sœur avec laquelle il puisse communiquer et jouer, une sœur qui lui rende l'amour insensé qu'il a pour elle. Les deux adolescents, âgés d'une douzaine d'années, vont se lancer dans une errance, une quête obstinée sans limites, où leur violence va répondre en réaction à celle des adultes (abandon, séparation, placement, orphelinat, prison, déception et désillusion). Le réalisateur, très sensible au thème de l'enfance puisqu'il a vécu lui-même une jeunesse difficile, tente de rendre compte que la violence des jeunes, ces « diables », est avant tout l'expression d'une détresse, le symptôme d'un manque d'amour.

4. L'adolescent migrant et le mythe du retour

Bien qu'il ne se concrétise que très rarement, les facteurs qui déterminent la vivacité de ce mythe sont :

- *le sexe* : les filles sont plus indécises en raison du changement de condition de vie des femmes dans le pays d'accueil ;
- *la nationalité* ;
- *le niveau scolaire* : plus il est élevé, plus les jeunes sont prêts à repartir ;
- *le chômage* et les difficultés à trouver un emploi dans le pays d'accueil ;
- *la conservation des liens* avec le pays d'origine (73).



Adèle Haenel et Vincent Rottiers dans "Les Diables"

D. Eloignement de la société moderne et expérience de conditions de vie différentes.

Le voyage permet de faire l'expérience de modes de pensées et de conditions de vie différentes :

- *relations sociales* sans échappatoire, dans le cas d'un voyage en groupe ;
- *solitude*, dans le cas d'un voyage en solitaire ;
- *pauvreté*, dans le cas d'un voyage avec des moyens limités ;
- *froid, chaud, fatigue*, dans le cas d'un voyage à caractère sportif.

C'est un peu le rôle des voyages scolaires et notamment des classes vertes et classes de neige. C'est à cette occasion que les enfants plutôt citadins peuvent découvrir pour la première fois la neige. Pédagogiques, ces voyages permettent aux enfants baignant dans le monde du télévisuel, du virtuel et d'Internet, de connaître un peu plus la nature, les animaux, les fleurs, l'architecture chargée d'Histoire. Ils permettent d'éveiller les sens (le regard, les odeurs, les bruits), de comprendre le fonctionnement des saisons, etc. Voyager, c'est aussi garder l'illusion infantile du sentiment d'éternité et de toute –puissance (1).

Le peintre Paul Gauguin, bien que plus âgé lorsqu'il est parti, a voyagé à l'autre bout du monde à la recherche d'une certaine pureté. Pour lui, la ville de Paris, Ville Lumière des impressionnistes, est vécue comme une prison suffocante dont il faut fuir. C'est dans la région « sauvage » de la Bretagne puis vers des horizons plus lointains comme la Polynésie qu'il se frottera à un « primitivisme » vrai et direct. Le peintre s'éloigne de la société moderne où il ne reste plus de place pour l'imagination. L'exotisme de ses tableaux symbolise une sorte de paradis perdu.

Pour Flaubert, durant son voyage en Egypte, la contemplation permanente d'un autre monde transforme l'homme mieux que toutes ses convictions artistiques et intellectuelles. Le changement insidieux rend cet ennemi du sentimental, ce partisan du réalisme, sensible au sentiment mélancolique le plus romantique qui soit : « *Il est toujours triste de partir d'un lieu où l'on sait que l'on ne reviendra jamais. Voilà de ces mélancolies qui sont peut-être une des choses les plus profitables des voyages.* » (41)

**VIII. PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS « VOYAGEURS » :
DISCUSSION**

« Ce qui compte, c'est que le défi de l'adolescent soit rencontré. »

D. W. Winnicott,

Jeu et réalité

A. L'hospitalisation

1. Le rôle de l'institution

L'histoire de Patrick nous conduit à réfléchir sur la signification de ce voyage, paraissant au départ pathologique mais survenant chez un adolescent en pleine crise identitaire, et sur le rôle de l'institution dans la prise en charge de ce jeune patient. En effet, il semble que la dynamique institutionnelle ait permis une amélioration rapide des troubles présentés par le patient. Il est toutefois nécessaire de rester prudent puisque c'est l'évolution clinique qui, chez l'adolescent, va signer ou non la pathologie.

Les conduites à risque à l'adolescence doivent être comprises comme un moyen transitoire de faire céder l'angoisse liée à des conflits intrapsychiques. L'échec de ces tentatives impose une évaluation psychologique afin de pouvoir aider ces adolescents narcissiquement fragiles chez lesquels la quête identitaire reste bloquée dans une impasse.

L'institution se doit d'accueillir le patient sans résistance. Il est possible que certains membres de l'équipe soignante aient pu « adopter » le patient tandis que d'autres le rejetaient peut-être. Malgré les divergences d'opinion concernant la signification des passages à l'acte de Patrick et les tensions qui ont pu naître au sein de l'équipe soignante, un vrai projet de soin multidisciplinaire a été mis en place. Il a permis au patient l'expression de ses conflits sans jugement prématuré, sans un acharnement sur le diagnostic, sans amplification de ses conflits par des clivages institutionnels ou des projections sur lui (8).

A défaut des classifications, inadéquates dans la pathologie du quotidien, la question institutionnelle va prendre une place primordiale. En effet, il s'est créé une relation thérapeutique de soin authentique par la capacité d'intégrer « l'étranger », par l'habitude de l'accueil de gens d'origines très différentes (25). L'institution pluriculturelle va signifier tolérance et capacité de contenir l'identification culturelle. Devant l'énigme de la compréhension de certains comportements, le besoin de cadrer et d'avoir une attitude cohérente est fondamental.

Dans le cas des fugues congruentes aux pathologies psychiatriques avérées, la nécessité d'une hospitalisation pour instaurer une chimiothérapie efficace va de soi.

2. L'accueil dans l'urgence et la mise en place d'un relais

Jean-Christophe est finalement retourné dans l'armée et s'est séparé de Catherine. Les quarante-huit heures d'hospitalisation aux urgences lui ont permis de faire le point sur sa situation. Comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent, le geste suicidaire est fréquemment associé à la désertion et il était important d'intervenir dans l'urgence au décours de son passage à l'acte. Jean-Christophe a retrouvé une structure, un cadre rassurant où il a pu se poser quelques instants et réfléchir. Il a critiqué son passage à l'acte et a accepté de poursuivre le relais auprès des médecins du régiment. C'est par son geste suicidaire que nous l'avons rencontré et c'est au décours de l'hospitalisation qu'il est rentré à la caserne après plusieurs semaines de fugue. Il est important de rappeler le protocole d'hospitalisation de quarante-huit heures minimum relatives aux mineurs ayant fait une tentative de suicide. Bien que majeur, il semblerait que cette courte hospitalisation au moment de la crise ait été bénéfique pour Jean-Christophe.

3. Fugue et tentative de suicide : le passage à l'hôpital comme rite initiatique

Le voyage de Patrick avait pour but de mettre fin à ses jours. Il s'est mis en grand danger mais n'est pas parvenu à mourir. Après son passage à l'hôpital, il a critiqué ses idées suicidaires et a décidé de rentrer chez lui.

L'hospitalisation de l'adolescent peut lui permettre de transformer en expérience ce qui n'était qu'un acte sans élaboration possible (2). A la suite des hospitalisations, on peut remarquer des changements importants : remaniements psychiques et meilleures capacités d'élaboration, changement d'orientation scolaire, réaménagements familiaux, amélioration de l'estime de soi, affirmation de soi et changement de « look »... Contrairement aux sociétés traditionnelles qui balisent par des rituels initiatiques le chemin à parcourir pour l'adolescent, notre culture offre peu de repères. L'hôpital peut permettre d'en fixer certains, dans la mesure où celui qui en sort est différent de celui qui y est entré.

En dehors des états dépressifs ou psychotiques où la mort est une finalité recherchée, la plupart des gestes suicidaires sont teintés d'ambivalence : il s'agit davantage d'un désir de frôler la mort. Le passage à l'acte suicidaire peut prendre une valeur défensive face à toute confrontation à l'échec ou à l'angoisse, ou bien une valeur de décharge cathartique.

B. La prise en charge familiale en ambulatoire

L'adolescent inquiet de par sa culture propre, de par son questionnement, il vient continuellement heurter le monde dans lequel il cherche sa place (45). Nous pouvons admettre qu'il ne faut jamais traiter une fugue par le mépris ou l'indifférence. La majorité des fugues est une demande, une quête, un espoir de lien. Le fugueur va montrer à ses parents la voie d'un renouveau. La psychothérapie individuelle peut être trop isolante ce qui conduit à préférer la prise en charge familiale. Stéphanie n'était pas d'accord pour venir à la consultation. Elle n'avait d'ailleurs pas été prévenue qu'un rendez-vous avait été pris pour elle par ses parents.

La prise en charge a été rapidement interrompue par les parents. Que s'est-il passé ? Ont-ils pu rétablir le dialogue avec leur fille, ont-ils été déçus par le suivi, par Stéphanie qui ne disait rien pendant les entretiens ? Car ils souhaitaient une prise en charge individuelle, ce que refusait Stéphanie. Ils ont beaucoup parlé, ont accepté de se remettre en question et se sont retrouvés démunis face à leur fille quasi-muette. Si Stéphanie a été dans le passage à l'acte, c'est qu'elle n'a pu mettre en mots son mal-être. Le fait que ses parents se « mobilisent » pour elle, auprès de la gendarmerie et de notre structure, a peut-être suffi. La maman avait appelé le CMP pour savoir que dire à sa fille lorsqu'elle rentrerait à la maison, sachant qu'elle avait loupé la classe. S'est-elle sentie abandonnée, car nous n'avons pas répondu dans l'urgence ? A-t-elle, au contraire, trouvé les mots justes ou prêté une oreille bienveillante ? Nous avons envoyé un courrier mentionnant que nous restions à la disposition de Stéphanie et de ses parents. Le lycée, avec lequel nous sommes fréquemment en lien, ne nous a pas contactés.

C. Le suivi en psychothérapie individuelle

Le suivi en individuel de Catherine est en pointillés. C'est comme elle veut, quand elle veut. Elle ne vient pas quand on l'attend mais elle « débarque » sans prévenir au moment où on ne l'attend plus. Catherine sait qu'il existe un endroit où elle peut se poser. Quand l'entretien est possible, la jeune femme livre davantage les choses de son quotidien du moment que de son passé, même s'il ressurgit parfois brusquement de manière désaffectisée. Le fait que Catherine commence à se poser et à élaborer des projets de vie à court terme est plutôt rassurant mais c'est la relation mère-enfant qui est plus inquiétante. La menace de signalement est quelque chose qui vient interférer dans le lien mère-enfant mais peut-être lui permettre de ce nouer.

IX. LE VOYAGE : ETAPE OBLIGATOIRE POUR LE MEDECIN ?

*« On fit, comme toujours, un voyage au loin de ce qui n'était qu'un
voyage au fond de soi. »*

Victor Segalen

Durant son cursus, le médecin peut être amené à bouger. D'abord lorsque le jeune bachelier s'inscrit à la faculté de médecine de la ville la plus proche. C'est à ce moment-là qu'il peut quitter ses parents et intégrer un appartement seul ou en résidence universitaire. Ensuite, l'externe va devenir interne et quitter parfois sa région d'origine. A l'occasion de ce départ professionnel, il va découvrir une nouvelle région et de nouveaux liens vont se tisser. Cette trajectoire professionnelle peut jouer le rôle d'un parcours initiatique pour le jeune adulte.

Certains médecins vont effectuer durant de plus ou moins longues périodes des stages à l'étranger pour apprendre la diversité des prises en charge en rapport avec des contextes culturels différents. Ils vont tenter de faire le lien avec leurs propres méthodes de travail leur permettant d'ouvrir le champ de leurs connaissances.

Le médecin qui part en mission humanitaire apprend à prodiguer des soins en l'absence de moyens et dans des situations de guerre ou de famine. Qu'est-ce qui le pousse à partir et à se confronter à de telles difficultés ? Le sentiment d'injustice qu'ils peuvent ressentir par rapport aux populations qui n'ont pas la chance de bénéficier de certains soins peut être un élément déclencheur. Une meilleure connaissance des autres mais aussi de soi-même, de ses capacités et de ses limites découle de telles missions. Par l'intermédiaire d'associations, des interventions auparavant impossibles dans certains pays faute de moyens sont désormais pratiquées : chirurgie à cœur ouvert, correction de fentes labiopalatines, reconstruction d'un clitoris chez les femmes excisées... Permettre de rendre curable une maladie qui est mortelle dans certains pays et redonner une intégrité physique à des personnes condamnées à subir l'exclusion pour des raisons mal comprises peut faire évoluer les choses.

Le médecin peut partir dans certains pays pour étudier des pathologies qui ne sont pas rencontrées dans nos pays occidentaux industrialisés ou les pathologies endémiques. Certains médecins vont participer au rapatriement sanitaire de voyageurs en difficulté ou bien s'occuper de médecine du voyage dans un cadre essentiellement préventif.

Nous nous souvenons d'un chef de service rencontré durant notre formation. En véritable « bâtisseur », il tentait de remettre sur pied certains services laissés à l'abandon et une fois les choses faites, il partait pour un autre département.



Raymond Depardon - "San Francisco"

« *Partir... Partir... On a toujours un bateau dans le cœur...* », chantait Julien Clerc. Jean-Baptiste Charcot, devenu médecin comme son célèbre père, réalise par la suite son rêve. Il devient un explorateur et l'auteur de nombreux travaux océanographiques dans les régions polaires. Nous pouvons nous demander ce qui le poussa à partir pour devenir un vrai marin, laissant de côté la médecine et l'héritage de son célèbre père. Les grands navigateurs mettent en avant, dans leur voyage, la notion de la maîtrise de l'homme sur les éléments (88).

Jean-Louis Etienne, médecin explorateur, a fait de nombreuses expéditions dans les régions les plus reculées. Le médecin est amené à explorer un organe, une cavité, par la clinique ou des actes techniques afin de prévenir ou guérir certaines affections. Les soucis d'ordre écologique chers à Jean-Louis Etienne constituent un réel travail de prévention mais à l'échelle planétaire.

Le médecin peut également être amené à partir pour comprendre les troubles présentés par certains patients. Cet exemple est illustré par le film de S. Ansplach « *Stormy weather* » (107). Une jeune psychiatre accueille une patiente muette et va tenter d'entrer en relation avec elle. Il se trouve que la patiente est islandaise et qu'elle a fait un voyage pathologique. Celle-ci est rapatriée dans son pays d'origine. Le jeune médecin, très touchée par cette patiente, va partir pour l'Islande et tenter de la retrouver pour comprendre ce qui a bien pu se passer.

Dans « *Le voyage d'Hector ou la recherche du bonheur* » (65), F. Lelord raconte comment un psychiatre décide de partir en voyage pour parvenir à mieux comprendre et mieux soigner ses patients. Le travail de supervision du psychiatre peut revêtir cet aspect d'une meilleure connaissance de soi pour un meilleur travail avec le patient.

X. CONCLUSION

« L'impossible recule devant celui qui avance. »

Ella Maillart

Le voyage est un thème vaste et inépuisable, qui peut être abordé sous des aspects souvent complémentaires : aspect culturel au travers de la littérature, la peinture, la poésie, la chanson et le cinéma ; aspect historique par l'histoire des terres, des peuples, des cultures et leur évolution au cours des siècles ; aspect scientifique et écologique par les expéditions menées à travers le globe et l'étude de la planète ; aspect sportif comme par exemple les compétitions, les régates, avec la notion de performance et d'exploit ; aspect médical par l'étude de la physiologie, des pathologies somatiques des voyageurs mais également par l'étude de la psychopathologie des voyages.

Nous avons choisi d'étudier le lien qui existe entre le voyage et la clinique psychiatrique que nous apprenons dans les manuels et l'enseignement oral de nos professeurs, mais surtout « sur le terrain » au fil de nos rencontres avec les patients. C'est à travers l'histoire de quatre jeunes gens, voyageur ou fugueur, déserteur ou errant, que nous avons développé notre travail. L'étude de ces différentes formes de passage à l'acte a permis d'en souligner la problématique commune qui est la recherche et la construction identitaires propres à l'adolescence.

« On sait très bien que l'on ne fait pas les enfants pour nous mais pour qu'ils partent un jour », regrettent certains parents, qui vont devoir affronter le « *syndrome du nid vide*. » Comment aider les enfants à partir tout en les rassurant de l'amour parental ? Comment les parents peuvent-ils les aider à se séparer d'eux tout en essayant de vaincre leurs propres angoisses de séparation ? Comment être, comme le dit Winnicott, des parents « *suffisamment bons* », en faisant ni trop, ni trop peu, en aidant sans étouffer, en guidant sans se substituer ?

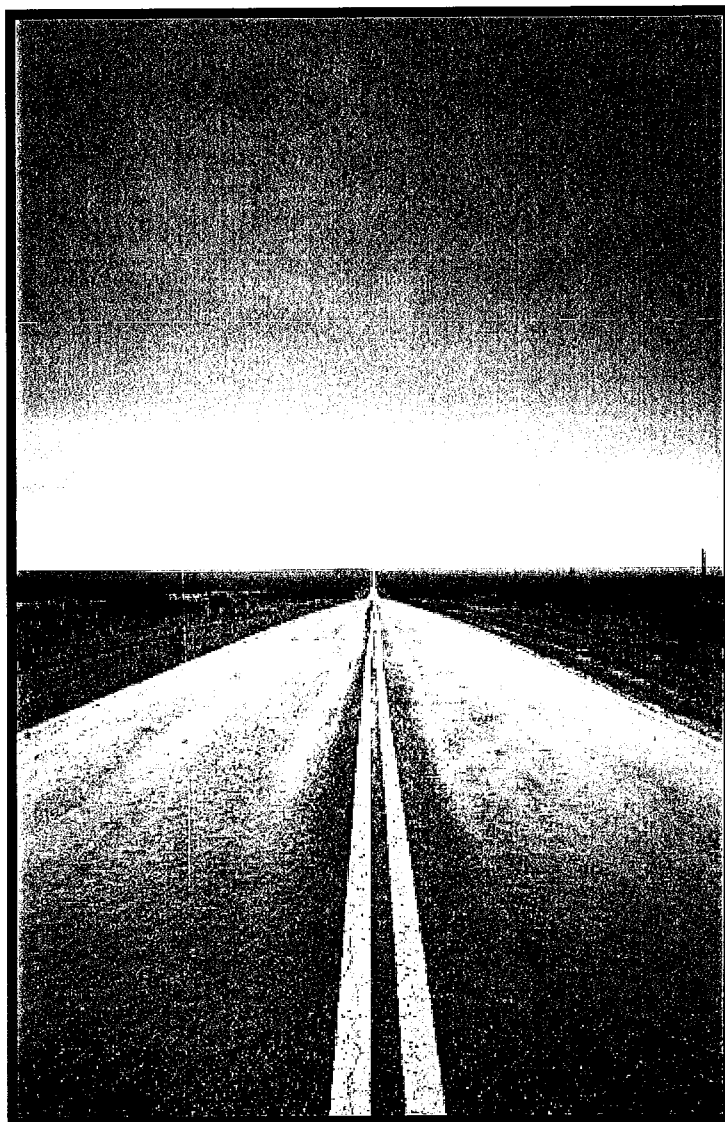
Il y a, durant la vie des hommes, des fugues « normales », existentiellement salutaires. Elles sont le plus souvent des fuites discrètes et irréversibles. Devant l'intolérable, l'adaptation est plus coûteuse que la dépression-soumission ou la fugue (74). Montaigne déclarait : « *Je réponds ordinairement à ceux qui me demandent raison de mes voyages : que je sais bien ce que je fuis, mais non pas ce que je cherche.* » (76)

En effet, le voyage est le plus souvent mis en acte à cause d'une problématique de départ plutôt qu'en fonction du but à atteindre. Patrick, notre « Petit Blanc des Hauts », a trouvé dans ses projets suicidaires un motif à sa fuite. Mais il s'est avéré qu'ils n'étaient que des prétextes pour partir. Stéphanie, notre lycéenne, a su utiliser les moyens mis à sa

disposition pour mener à bien sa fugue sans en connaître l'aboutissement. Jean-Christophe, notre jeune militaire, avait un projet : retrouver Catherine. Une fois le but atteint, le jeune homme s'est dérobé, a pris de la distance avec sa compagne, a réintégré la caserne et s'est remis en question. Catherine, notre jeune maman, tente de donner un sens à son histoire lourde de traumatismes, mais elle s'en méfie... A nous de savoir accueillir, écouter, soutenir ces adolescents seuls ou avec leur famille, et peut-être leur permettrons-nous de les aider à mieux comprendre qui ils sont dans leur originalité, leur singularité, leur individualité et leurs qualités.

Nous concluons par ce dernier passage du roman de la bordelaise Alina Reyes, « Quand tu aimes, il faut partir » (84) : « *Sur le quai, il y aura des femmes qui attendent des hommes, des hommes venus accueillir des femmes, et des familles, des voyageurs d'affaires, toute une foule pressée de retrouver quelqu'un, quelque chose, rejoindre le métro, sauter dans un taxi, déposer des bagages... Et peut-être une adolescente, partie seule pour la première fois à la découverte du monde... Elle ne courra pas, elle ne sait pas ce qui l'attend, elle se dit que tout est possible... Mon cœur bat comme le sien, comme elle je trouve que la vie est grande et belle, et je l'aime.* »





Raymond Depardon - "Errance"



BIBLIOGRAPHIE

1. **AIRAULT R.**
De l'imprévu du voyage à l'usage du monde
<http://psychiatrie-française.com>

2. **AIRAULT R.**
Tentative de suicide de l'adolescent : le passage à l'hôpital général peut-il avoir une valeur initiatique ?
Nervure, Tome IX, n°4 – Mai 1996

3. **APPIT**
Maladies infectieuses, E. Pilly
Ed. 2M2, octobre 1996

4. **ARVEILLER J.**
Le voyage automatique : fugues, vagabondage et psychiatrie
Evolution psychiatrique 1996 vol. 61 n°3 pp. 579-612

5. **ASKEVIS M.**
Profil du fugueur
Adolescence 1996 vol. 14 n°1 pp. 175-177

6. **ASKEVIS M. / CHOQUET M.**
Dépression, fugue et troubles associés
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2000 vol. 48 n°3 pp. 188-193

7. **ASKEVIS M. / ROMO JIMENEZ L.**
De la fugue à l'errance : quelques portraits de ceux qui passent à la Croix-Nivert
Adolescence 1994 vol. 23 pp. 73-80

8. **BAUBET T. / MORO M. R**
Soins en situation transculturelle
Psychiatrie et migrations
Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Masson, 2003

9. **BESSON P.**
Vert, le blé en herbe
Il y a 150 ans naissait Rimbaud, trafiquant d'âmes
Télérama hors série, novembre 2004

10. **BIRRAUX A.**
Notions d'errance
Adolescence 1994 vol. 23 pp. 13-18

11. **BIRRAUX T.**
Errare humanum est
Adolescence 1994 vol. 23 pp. 89-100

12. **BOLZINGER A.**
Folies cosmopolites. A propos de... « Les fous voyageurs » de Ian Hacking
Evolution psychiatrique 2003 vol. 68 pp. 447-455

13. **BORGHESIO-RUFF**
La Guyane aujourd'hui
Les Editions du Jaguar, 2001

14. **BOURQUIN A.**
Les Petits Blancs des Hauts à la Réunion
Médiathèque de Cilaos, le 16 octobre 1998

15. **BOUVIER N.**
L'usage du monde
Petite bibliothèque Payot, 2001

16. **CHOBEAUX F.**
Les enfants d'Icare
In : Lebreton D. Dir, L'adolescence à risque : corps à corps avec le monde
Paris : Autrement, 2002 (mutations n°211)
17. **CHOQUET M. / ASKEVIS M.**
Qui sont les adolescents fugueurs ?
Adolescence 2003 n°43 pp. 141-147
18. **CHOQUET M. / CHOQUET Y.**
Fugue à l'adolescence : approche épidémiologique
Adolescence 1994 vol. 23 pp. 81-88
19. **CIM-10**
Masson, 1994
20. **CLOAREC F.**
Le trouble des ruines, ou archéologie d'une sensation
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale 1997 n°11 pp. 100-104
21. **COELHO P.**
L'alchimiste
Le livre de poche, 2002
22. **COLLECTIF**
Approche de la jeunesse en errance
Sauvegarde de l'enfance 1999 n°5
23. **COLLECTIF**
Les évolutions historiques, les politiques face à la question de l'errance et des jeunes
de 18 à 25 ans
Sauvegarde de l'enfance 1999 n°5

- 24. COLLECTIF**
Le statut juridique particulier du mineur délinquant en France
Criminologie et psychiatrie
Ellipses, 1997
- 25. COLLECTIF**
Psychiatrie en Guyane française
Nervure 1996 vol. 9 n°3 pp. 17-62
- 26. COLLECTIF**
Sur le chemin : voyage thérapeutique, voyage pathologique
XIXe journée de Fontevraud
Psychiatrie du Val de Loire, 5 juin 2004
- 27. CONRAD J.**
Jeunesse
Folio, 2003
- 28. COTTET V.**
Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence : passage à l'acte ou rite de passage ?
Thèse médecine, juin 2004
- 29. DALIGAND L.**
La dépression post-traumatique chez l'enfant
Revue francophone du stress et du trauma 2000 vol. 1 n°1 pp. 27-31
- 30. DELATTRE T.**
Fugue et recherche d'objets narcissiques
Sauvegarde de l'enfance 1994 vol. 49 n°2 pp. 103-112
- 31. DOLTO F.**
La cause des adolescents
Pocket, 2003

- 32. DOUVILLE O.**
De l'errance et de ses sites
Adolescence 1994 vol. 23 pp. 113-126
- 33. DOUVILLE O.**
Des adolescents en errance de lien
Information psychiatrique 2000 vol. 76 n°1 pp. 29-34
- 34. DUFIEF P.-J.**
Les misérables, Victor Hugo
Profil d'une œuvre, Hatier, 1992
- 35. DSM-IV**
Masson, 1996
- 36. EIGUER A.**
Mécanismes compensatoires face au déracinement
Le divan familial – Le déracinement, In press, Printemps 1999
- 37. EMMERLING L.**
Basquiat
Taschen, 2003
- 38. ERIKSON E. H.**
Adolescence et crise: la quête de l'identité
Champs Flammarion, 2003
- 39. ESVAN M. / COLONI F.**
Amnésie d'identité, errance et désir de meurtre
Nervure 2000 vol. 13 n°4 pp. 9-12
- 40. FERRERI M. / GODEFROY M. / SLAMA F. / NUSS P.**
Identité esthétique et dysmorphesthésie
Confrontations psychiatriques 1998 n°39 pp. 301-326

41. **FLAUBERT G.**
Le Nil, Lettres de voyage
Magellan & Cie, 2004
42. **FREUD S.**
Malaise dans la civilisation
Paris, PUF, 1971
43. **FREUD S.**
Résultats, idées, problèmes
II, 1921-1938, Bibliothèque de psychanalyse
PUF, 1985
44. **GAUTHIER HAMON C.**
Nuit et prostitution
Enfances et psy 2000 n°10 pp. 118-122
45. **GENEST S.**
Refus scolaire et adolescence
Thèse médecine, mai 2004
46. **GOLDBERG F.**
L'adolescence aux semelles de vent
Sauvegarde de l'enfance 1994 vol. 49 n°2 pp. 90-96
47. **GOLDBERG F.**
Le grand écart
Adolescence 1994 vol. 23 pp. 101-112
48. **GOLDBERG F.**
Les adolescents de la rue
Les cahiers de l'adolescence n°5 décembre 1995-janvier 1996

- 49. GRANJON E.**
Mythopoïèse et souffrance familiale
Le divan familial – Destin des mythes familiaux, In press, Printemps 2000
- 50. GUILLAUMIN J.**
Besoin de traumatisme et adolescence.
In : Adolescence et désenchantement 2001 pp. 9-21
Perspective psychanalytique. L'esprit du temps éd. Bordeaux
- 51. GUTTON P.**
Editorial Errances
Adolescence 1994 vol. 23 pp. 7-9
- 52. GUTTON P.**
Le Pubertaire
Paris, PUF, coll. « Le Fil rouge », 1991
- 53. GUTTON P.**
L'espace de Peter Pan : où nous conduirait l'errant ?
Sauvegarde de l'enfance 1994 vol. 49 n°2 pp. 97-102
- 54. GUTTON P.**
Trajectoire
Adolescence 1996 vol. 14 n°1 pp. 1-9
- 55. GUTTON P. / SLAMA L.**
Essai de psychopathologie de l'errance
Adolescence 1994 vol. 23 pp. 49-71
- 56. HACKING I.**
Les fous voyageurs
Les empêcheurs de penser en rond, 2002

- 57. HACKING I.**
La notion de niche écologique en psychiatrie
Ethnopsy 2002 n°4 pp. 289-318
- 58. HACKING I. / MARCHAND G.**
La construction de la maladie mentale : entretien
Sciences humaines 2003 n°136 pp. 44-47
- 59. HAMILTON E.**
La mythologie
Marabout, 2002
- 60. HOMERE**
Odyssée
Folioplus classiques, 2004
- 61. HOUILLON P. / HAMELIN Y.**
A propos d'un voyage pathologique
Annales médico-psychologiques 1993 vol. 151 n°8 pp. 585-587
- 62. JAMES T.**
Dédouplements
Evolution psychiatrique 1999 vol. 64 n°4 pp. 739-748
- 63. KARGUL B.**
Problématique de l'identité chez l'adolescent immigré
Sauvegarde de l'enfance 1994 vol. 49 n°2 pp. 113-124
- 64. KEROUAC J.**
Le vagabond solitaire
Folio, 2003

- 65. LELORD F.**
Le Voyage d'Hector ou la recherche du bonheur
Odile Jacob, 2004
- 66. LE PETIT LAROUSSE**
Grand format, 100^e édition, 2005
- 67. LES ECRIVAINS VOYAGEURS, DE L'AVENTURE A LA QUETE DE SOI**
Magazine littéraire, n°432, juin 2004
- 68. LES « PETITS BLANCS DES HAUTS »**
Le journal de l'île
www.clicanoo.com
- 69. LES SOURCES MYTHOLOGIQUES – LA QUETE DU GRAAL**
Encyclopaedia Universalis, France, 1995
- 70. LUBOCHINSKY C. / MORGANT F. / LEGER D.**
Voyages pathologiques : où, quand, comment ?
Actualités psychiatriques n°4, 1995, XXVe année
- 71. MANSUY D.**
Alcoolisme féminin et milieu familial incestueux
Thèse médecine, octobre 2004
- 72. MARTY F.**
Anaïs entre famille et rue
Adolescence 1996 vol. 14 n°1 pp. 89-103
- 73. MAZET P.**
Difficultés et troubles à l'adolescence
Abrégés Masson, 2004

74. **MESSERSCHMITT P.**
Les fugues de l'enfant et de l'adolescent
Nodules, PUF, 1987
75. **de MIJOLLA A.**
L'ombre de Capitaine Rimbaud
Les visiteurs du moi
Confluents psychanalytiques, Les belles lettres, 1986
76. **MONTAIGNE**
Les Essais
Arléa, 2002
77. **MORENO F.**
Fugues et dépressions à l'adolescence
Sauvegarde de l'enfance 1994 vol. 49 n°2 pp. 143-148
78. **NOEL-SOUBRIER C.**
La fugue et l'errance : l'impossible quête du parent du même sexe
Sauvegarde de l'enfance 1994 vol. 49 n°2
79. **PERROT M. / BIRRAUX A. / GOLDBERG F.**
Le chevalier errant comme figure valorisante de l'errance
Adolescence 1994 vol. 23 pp. 19-35
80. **PETIT Y. / JUBERT F.**
Voyages pathologiques à Tahiti : mythes et réalités cliniques
Annales médico-psychologiques 1993 vol. 151 n°8 pp. 588-590
81. **PRIZAC J. / DUBOUIS-BONNEFOND J.C.**
A propos des conduites suicidaires chez des appelés du contingent au cours des
fugues-désertions
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale 1997 n°12 pp. 77-79

- 82. RECASENS C. / ZITOUN C. / MANUS A.**
Les rapatriements sanitaires psychiatriques
Entretiens de Bichat Psychiatre 1994 Paris 4p
- 83. REUNION**
Le guide du Routard, 2003
Hachette
- 84. REYES A.**
Quand tu aimes, il faut partir
Folio, 1993
- 85. RIMBAUD A.**
Poésies. Une saison en enfer. Illuminations
Folio classique, 1999
- 86. SALINGER J.D.**
L'attrape-cœurs
Pocket, 1994
- 87. SAUTERAUD A. / HAJJAR M. / GOUMILLOUX R. / BOURGEOIS M.**
Voyages : les psychotiques préfèrent l'Asie
Annales médico-psychologiques 1993 vol. 151 n°8 pp. 591-594
- 88. SCHARBACH H.**
Errances et voyage pathologique
Annales médico-psychologiques 1993 vol. 151 n°8 pp. 577-580
- 89. SERRES M.**
Le Tiers-Instruit
Ed. François BOURIN 1991

- 90. SIBERTIN-BLANC D.**
L'enfant et la justice
Communication, janvier 2004
- 91. SUEUR C.**
Sur la route : voyage et conduites de risque
Evolution psychiatrique 1996 vol. 61 n°3 pp. 635-647
- 92. TALBOT-LENGELLE C.**
La folie des voyages
Santé mentale 1996 n°10 pp. 14-15
- 93. TASSEL A.**
Les tags au singulier
Adolescence, 1994, 23, 195-220
- 94. THOMAS P. / ARZIMANOGLU A.**
Epilepsies
Abrégés Masson 2^e édition 2000 pp. 140-141
- 95. TRIDON P. / VIDAILHET C. / DETRE A.**
Communication, Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
« Les rituels à l'adolescence (le faire et l'interdit à l'adolescence) »
Paris, 13 mars 1982
- 96. VAN DEN BOSCH M.-A.**
L'Enéide de Virgile : voyage initiatique ?
Cours d'Histoire approfondie de la Littérature latine, juin 2000
Licence en Langues et Littératures classiques
- 97. VELLUTINI P.**
Histoire trouée et panne identificatoire
Sauvegarde de l'enfance 1994 vol. 49 n°2 pp. 125-138

- 98. VERDOUX H. / GOU MILLOUX R.**
Voyages et pathologies psychiatriques : une série de 29 cas
Annales médico-psychologiques 1993 vol. 151 n°8 pp. 581-584
- 99. VERDOUX H. / SAUTERAUD A. / BOURGEOIS M.**
Voyages et troubles psychiatriques
Semaine des hôpitaux 1995 vol. 71 n°31-32 pp. 974-977
- 100. VEYRA J.G.**
Le voyage pathologique au cinéma
Annales médico-psychologiques 1993 vol. 151 n°8 pp. 598-602
- 101. VOLTAIRE**
Candide ou l'optimisme
Folioplus classiques, 2003
- 102. WIDLOCHER D.**
Hystéries dissociatives
Revue du praticien 1995 vol. 45 n°20 pp. 2541-2546
- 103. WINNICOTT D.W.**
Jeu et réalité
Folio essais, 2004
- 104. WINNICOTT D.W.**
La crainte de l'effondrement
Nouvelle revue psychanalytique 1975, 11
- 105. ZAAFRANE F. / KHAMMOUMA S. / GAHA L.**
Le voyage pathologique
Journal de Nervure 1999 n°3 pp. 6-7

- 106. ZITOUN C. / RECASENS C. / DANTCHEV N.**
Psychopathologie et voyage : les rapatriements sanitaires psychiatriques
Annales médico-psychologiques 1994 vol. 152 n°10 pp. 696-700

FILMOGRAPHIE

- 107. ANSPACH S.**
Stormy weather (France, Islande, 2003)
- 108. CHAPLIN C.**
Le kid (The kid) (Etats-Unis, 1921)
- 109. CHATILIEZ E.**
Tanguy (France, 2002)
- 110. DOILLON J.**
Le petit criminel (France, 1990)
- 111. FERROUKHI I.**
Le grand voyage (France, 2004)
- 112. JONES P.**
Charlie Chaplin, une vie de vagabond (Documentaire, Etats-Unis, 1997)
- 113. RUGGIA C.**
L'enfance égarée (Court-métrage, France, 1994)
- 114. RUGGIA C.**
Les diables (France, 2002)



115. **TAVERNIER B.**
Le juge et l'assassin (France, 1976)
116. **TRUFFAUT F.**
Les quatre cents coups (France, 1959)
117. **VARDA A.**
Sans toit ni loi (France, 1985)
118. **ZONCA E.**
La vie rêvée des anges (France, 1998)

VU

NANCY, le **18 janvier 2005**

Le Président de Thèse

NANCY, le **24 février 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Mme le Professeur **C. VIDAILHET**

Mme le Professeur **M.C. BÉNÉ**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **02 mars 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RESUME DE LA THESE : Qu'est-ce qui peut bien pousser un individu à partir ? Le voyage, sujet vaste et inépuisable, a fait de tout temps l'objet d'études et d'interrogations. Il est un des thèmes favoris des artistes, permettant l'expression de leur talent. La psychiatrie s'y est beaucoup intéressée, surtout au XIXe siècle où le phénomène du vagabondage a pris une ampleur considérable. Bien que porteur d'aventure, de liberté, de nouveauté et de découverte, le voyage peut provoquer ou révéler une pathologie psychiatrique. Lors de notre formation, nous avons rencontré plusieurs patients « voyageurs » et notamment quatre jeunes, dont les chemins nous ont conduite à une réflexion sur la place du voyage dans la psychiatrie de l'adolescent. Quel qu'il soit, le passage à l'acte de voyager interroge la question fondamentale de l'adolescence, à savoir la construction identitaire et la quête de soi. A l'aide d'exemples cliniques, littéraires et cinématographiques, nous avons tenté de distinguer ces différentes formes de fuite, de départ, tout en analysant leur signification commune. Après avoir évoqué quelques généralités sur l'évolution des observations cliniques et la psychopathologie des voyages chez l'adulte, nous avons raconté les histoires de Patrick, Stéphanie, Jean-Christophe et Catherine. Leurs trajectoires respectives ont servi de fil conducteur pour développer les trois grandes parties de ce travail que sont la fugue, l'errance et le voyage initiatique, en lien avec la problématique identitaire de l'adolescent. Au final, nous nous sommes interrogée sur la place du voyage dans nos vies de médecins, nous qui apprenons à explorer « les corps et les âmes. »

TITRE EN ANGLAIS : Teenage travellers : breaking away, exploring, existing

THESE : MEDECINE SPECIALISEE – ANNEE 2005

MOTS CLES : fugue / errance / vagabondage / voyage pathologique / voyage initiatique / identité / adolescence / passage à l'acte

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54 505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex
