

## DE LA SIDÉRATION À LA REMISE EN MOUVEMENT CHEZ L'ENFANT MALADE. COMMENT FAIRE AVEC LE CHAOS ?

**Aude Doudard *et al.***

**ERES | *Enfances & Psy***

**2014/3 - N° 64  
pages 131 à 139**

**ISSN 1286-5559**

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2014-3-page-131.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Doudard Aude *et al.*, « De la sidération à la remise en mouvement chez l'enfant malade. Comment faire avec le chaos ? »,  
*Enfances & Psy*, 2014/3 N° 64, p. 131-139. DOI : 10.3917/ep.064.0131  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



**Aude Doudard,  
Élise Riquin, Jean Malka,  
Guillaume Avarello,  
Philippe Duverger**

## De la sidération à la remise en mouvement chez l'enfant malade. Comment faire avec le chaos ?

La question de la temporalité est à la fois au centre de notre pratique quotidienne en pédopsychiatrie de liaison et au centre de la problématique psychique concernant les maladies chroniques de l'enfant et de l'adolescent.

À travers deux situations cliniques, cet article tente une mise en perspective de la notion de temps au sein même des maladies chroniques de l'enfant et l'adolescent et du concept de pulsion de mort. L'entrée dans la maladie, d'autant plus qu'elle est amenée à se prolonger, peut avoir un effet de sidération chez le sujet et sa famille, mais aussi parfois chez les soignants. Le chaos, dans ce qu'il représente de la désorganisation ou de la confusion, parfois incohérent et obscur, peut rendre compte de l'état psychique autant des enfants que de leur entourage. Notre place de pédopsychiatre de liaison en pédiatrie serait alors de permettre une remise en mouvement, de faire en sorte que l'annonce de la maladie ne soit pas une rupture, un arrêt, mais un temps, une ponctuation dans l'existence de nos patients. Comment faire avec la maladie ? Comment faire avec le chaos engendré ?

### **PULSIONS DE MORT**

Dans la maladie chronique, le diagnostic, au sens d'une maladie qui dure tout au long de la vie, annonciatrice de handicap, d'altération physique, de douleur et parfois de mort, fige les parents et l'enfant, ainsi que les soignants, dans le temps présent. La maladie vient alors convoquer les pulsions de mort.

Opposées aux pulsions de vie dans la nouvelle dualité pulsionnelle introduite par S. Freud (1920), les pulsions

*Aude Doudard, pédopsychiatre,  
chef de clinique assistante,  
service de psychiatrie  
de l'enfant et de l'adolescent,  
CHU d'Angers.*

*Élise Riquin, pédopsychiatre,  
service de psychiatrie  
de l'enfant et de l'adolescent,  
CHU d'Angers.*

*Jean Malka et Guillaume Avarello,  
psychiatres, service de psychiatrie  
de l'enfant et de l'adolescent,  
CHU d'Angers.*

*Philippe Duverger, psychiatre,  
chef du service de psychiatrie  
de l'enfant et de l'adolescent,  
CHU d'Angers.*

Article relu par le Dr E. Chaillou  
et le Dr F. Troussier, pédiatres,  
Fédération de pédiatrie  
au CHU d'Angers.



de mort tendent à ramener l'organisme au niveau d'excitation le plus bas possible, à ce que le vivant fasse retour à l'état inorganique. De nombreuses situations cliniques, où se manifeste de façon déterminante la compulsion de répétition, amènent Freud à concevoir, au-delà de la régulation de l'appareil psychique par le principe de plaisir, la poussée d'une force fondamentale tendant à la destruction. Pour F. Dolto (1984), les pulsions de mort représentent davantage la mise au repos totale du sujet désirant. Il s'agit d'un état de vacuité d'idéation, de la mise au repos total de l'activité désirante, plus qu'une poussée destructrice. Nous pouvons, ici, reprendre notre métaphore du chaos, état vide et indifférencié, précédant l'organisation de la vie sur Terre. Les pulsions de vie, en tant que pulsions d'autoconservation, libido d'objet et libido sexuelle, céderaient face au chaos, aux pulsions de mort accrues par la maladie.

Ainsi, la maladie chronique, en ancrant le sujet dans l'instant, aux prises avec le réel, peut avoir comme effet chez le sujet de le laisser en proie à une dévitalisation, une mise en veille de ses propres aspirations et affects. Tout s'arrête... En tentant de le réinscrire dans sa chronologie, d'initier une relecture subjective de son histoire, notre travail de pédopsychiatrie de liaison consiste à relancer une dynamique psychique chez l'enfant et ses parents, afin que la maladie puisse être intégrée, métabolisée, dans le but de penser à nouveau la vie.

### **EST-IL SI SIMPLE DE GUÉRIR ?**

Louise a 15 ans. La pédiatre qui la connaît depuis de nombreuses années souhaite que nous la rencontrions pour des troubles du comportement alimentaire à type d'anorexie restrictive. Louise est née avec une sténose trachéale, nécessitant une trachéoplastie à un an et demi, puis une trachéotomie pendant un an. Louise a gardé des séquelles esthétiques de ces interventions et a fait de très nombreuses décompensations respiratoires à type de bronchospasme. À 4 ans, elle a présenté une insuffisance surrénalienne médicamenteuse substituée pendant un an. Un bilan immunitaire réalisé suite à ces décompensations infectieuses itératives a trouvé un déficit immunitaire justifiant des perfusions d'immunoglobulines toutes les trois semaines, entre 10 ans et 13 ans. Depuis, l'évolution est globalement satisfaisante avec une franche diminution des symptômes respiratoires.

À 14 ans, Louise présente des premiers symptômes de troubles des conduites alimentaires, à type d'anorexie restrictive. Nous rencontrons Louise en consultation conjointe avec sa pédiatre. Elle a perdu une dizaine de kilos en cinq mois. Il n'y a pas d'aménorrhée ni d'hyperactivité physique. Elle évoque des conflits majeurs entre elle et ses parents. Elle ne leur fait pas confiance ; d'ailleurs, dit-elle, ils rentrent dans sa chambre sans son accord et son père a lu son journal intime. Elle a un frère de 14 ans avec lequel elle a peu de contact. Louise avait déjà rencontré une

pédopsychiatre mais avait arrêté de la voir après une seule consultation. Réticente initialement, elle accepte de revenir en consultation.

Deux semaines plus tard, Louise parle d'une franche amélioration sur le plan alimentaire. Elle dit en avoir assez de se restreindre puis de craquer, et préfère retrouver une alimentation équilibrée. Elle évoque une certaine culpabilité lors de certains repas, volontiers minimisée. Louise se décrit solitaire, « les autres, il n'y a rien à en dire ». Elle parle alors de son passé. De la naissance jusqu'à 9 ans, elle a été hospitalisée une semaine par mois et n'a quasiment jamais fréquenté l'école jusqu'au CE1. Louise dit avoir toujours été rejetée par les autres. Elle parle de jets de cailloux, d'insultes, de crachats en lien avec sa cicatrice de trachéotomie et sa « bizarrerie ». Elle a une seule amie, qu'elle décrit comme étant à l'opposé d'elle : « libre, sociable et volubile ». Louise peut évoquer une certaine peine à ne pas être davantage entourée, à ne pas pouvoir prendre quelqu'un dans ses bras « si ça ne va pas ». Elle évoque ensuite des paroles traumatiques de sa grand-mère paternelle : « Tu es grosse, tu fais ton poids, je suis plus maigre que toi. » Cette grand-mère est décrite comme stricte « avec les aînés, avec [son] père aussi ! », pouvant parfois mettre les enfants dans des positions de soumission humiliantes. Les consultations suivantes, l'amélioration alimentaire persiste, avec stagnation pondérale. Louise veut « être parfaite pour elle-même », c'est-à-dire « indispensable et belle ». Elle apparaît ambivalente dans son rapport à l'autre, tantôt en retrait, tantôt attirée. Elle se veut « indispensable pour l'autre », reconnaissant être toujours déçue car ne l'étant jamais assez. Est abordée la question de sa peur de décevoir l'autre. En fin d'entretien, elle lâche : « Je ne suis personne pour personne ». Les séances suivantes, Louise ne parle plus d'alimentation ; elle dit se sentir seule, voudrait ne plus être « la fille bizarre et solitaire » et élabore plus longuement sur son rapport à l'autre, parlant de son besoin de venir en aide aux autres. Elle parle de sa crainte de subir de nouveaux rejets, et est tout à fait consciente du caractère défensif de ce comportement, lui permettant de mettre l'autre à distance.

La maladie respiratoire convoque la menace vitale pour l'existence même de l'enfant et induit chez lui et ses parents une grande anxiété, voire des angoisses de mort. Dans la situation de Louise, la maladie a généré une séparation parentale particulièrement précoce et longue. Ces séparations, provoquées par la maladie et survenant très tôt dans la vie de l'enfant ou lors de périodes charnières de son développement, ont pour effet d'entraver ou de court-circuiter les processus de séparation-individuation. En proie à d'intenses besoins affectifs et à une faiblesse de moyens autonomes pour y pourvoir (le manque ne peut être comblé par l'obtention immédiate de la présence parentale, et ce très tôt dans la vie), l'enfant s'accroche aux personnes dans une proximité fusionnelle, ou au contraire semble ne pas s'attacher. Louise peut ainsi dire qu'elle ne se sent pas proche de ses parents, qu'ils lui rendaient peu visite selon elle, mais qu'elle n'en a pas souffert. Le symptôme alimentaire nous invite à une



lecture de celui-ci à l'aune des troubles de l'oralité et de l'accordage mère/bébé. Par l'anorexie, Louise pourrait tenter de renouer avec cette mère et ce père, de les reconvoquer auprès d'elle, comme pour venir panser (penser ?) cette souffrance vécue durant la petite enfance.

La place du pédopsychiatre est d'aider Louise à relancer certains processus de pensée, à accéder et à (ré)investir son intimité psychique, à se dévoiler sans danger et échanger sans risque. Mais le partage des émotions peut être vécu comme une intrusion et penser la maladie peut remettre en question l'équilibre familial en s'avérant de fait dangereux. Les enjeux peuvent apparaître capitaux et nous comprenons le premier refus de consultation psychiatrique comme un désir que rien ne change pour Louise, ou plutôt comme une appréhension à l'idée que quelque chose puisse changer. Cet arrêt, cette inertie, apparaît comme l'expression d'une pulsion de mort latente chez Louise, avec mise à distance du désir mais nous invite également à nous interroger sur le statut de « malade » pour Louise. En effet, les troubles des conduites alimentaires apparaissent quelques mois après que les pédiatres aient pu nommer une guérison de la maladie respiratoire. D'ailleurs, Louise rencontre à présent sa pédiatre référente non plus pour ses troubles respiratoires, mais bien pour ses troubles alimentaires.

Dans la situation de Louise, notre réflexion se porte sur le statut de la guérison médicale. La guérison est en effet un long processus psychique qui s'étend sur plusieurs années. Elle signifie à la fois la fin d'un calvaire et le début d'un long travail psychologique, fait le plus souvent dans la solitude. Finalement, plutôt que de parler de guérison, il convient de parler de sentiment de guérison, c'est-à-dire ce ressenti subjectif particulier, propre à l'enfant ou l'adolescent. Il existe en effet un décalage entre guérison physique et guérison psychique car le sentiment de guérison n'appartient qu'à celui qui a été malade. Guérir est donc un travail complexe, et revêt plusieurs aspects : la séparation, l'impact sur la famille, mais également sur le corps, et enfin sur les identifications.

D'abord, guérir revient souvent à se séparer des objets investis durant le temps de la maladie (médecins, équipe soignante...). Pour Louise, l'apparition des symptômes alimentaires semble ainsi un refus de se soumettre une nouvelle fois à la réalité médicale. Par le symptôme, Louise semble nous adresser ce message : « J'existe autrement que ce que vous pensez de moi. » Louise reprend, par son symptôme alimentaire, le contrôle de ce corps malade puis considéré comme guéri. La maîtrise sur le corps lui appartient à présent, tout autant que la maîtrise de son lien à l'autre. La séparation n'est plus référée à l'existence ou la disparition de la maladie, mais au sujet désirant.

Ensuite, la maladie grave n'est pas seulement une expérience individuelle, mais également une partie de l'histoire familiale. Elle remodèle la famille pendant et après la maladie. Ces remaniements faits d'angoisses, de deuils,

perturbent parfois les relations intrafamiliales. On constate ainsi fréquemment, au moment de la « guérison », l'expression et la projection de sentiments d'agressivité et de tensions longtemps contenus par l'enfant.

L'image du corps sort également troublée de l'épreuve de la maladie et il faut beaucoup de temps pour retrouver une image narcissique satisfaisante et se réapproprier ce corps dans lequel se sont produits tant de désordres. Corps qui a été surexposé, mais également pour lequel s'est posée la question de l'appartenance et de la dépossession, « Est-ce mon corps ou celui des médecins ? ». En effet, P. Aulagnier (1986) nous indique qu'une souffrance corporelle qui n'a pas trouvé place dans le discours maternel n'est pas dotée d'une fonction relationnelle. Cette lacune agirait chez l'enfant comme une dépossession de son propre corps.

La guérison convoque également la normalité, de se trouver, parfois de se retrouver à nouveau « comme les autres ». Pour certains enfants et adolescents, tels que Louise, la guérison peut être vécue de manière ambivalente, avec un sentiment de perte de statut ou d'identification. Ici, l'identification au statut de malade apparaît mortifère et la guérison ne peut, et ne doit pas, être considérée comme un retour à un état antérieur, « d'avant la maladie ». L'enfant, l'adolescent touché par la maladie ne redevient pas celui qu'il était avant. Il convient donc, en déclarant l'enfant ou l'adolescent « guéri », de veiller à ne pas annuler l'expérience de la maladie, mais au contraire de considérer la maladie comme un événement singulier, à part entière dans l'histoire du sujet, à l'origine de remaniements, de mise en récit et de mise en sens.

Finalement, guérir ne se conjugue donc pas nécessairement avec « se réjouir » ; le pédopsychiatre de liaison doit en savoir quelque chose. Il convient de ne pas gommer trop rapidement, avec les autres professionnels, les traces de ce passé douloureux. Comme il existe un travail de la maladie (Pédinielli, 1987), il existe un travail de la guérison. Il s'agit de relancer la pensée sidérée, de partager une construction de pensée avec l'enfant, ce qu'il vit et ce qu'il a vécu. Il convient d'aider à la narration, à l'« historicisation », à l'élaboration des émotions refoulées durant la maladie et à la réappropriation de celle-ci. Pour se départir de l'empreinte de la maladie, il faut l'avoir métabolisée, intégrée et donc pensée. C'est donc cette remise en mouvement, par la pensée, puis le langage, qui inscrit l'enfant et l'adolescent à nouveau dans la vie et permet l'apparition d'un sentiment de guérison.

### **AGRESSIVITÉ ET HANDICAP AU SEUIL DE L'ADOLESCENCE**

Didier est un jeune garçon de 13 ans, atteint d'une maladie orpheline neurologique dégénérative, avec un handicap moteur. Il est pris en charge dans un IME depuis l'âge de 6 ans, dans un contexte de déficience intellectuelle, mais un changement d'établissement est envisagé, en internat, au vu de l'aggravation progressive de ses symptômes moteurs. En effet, il



est actuellement contraint de se déplacer en fauteuil électrique et il présente des clonies des membres de plus en plus invalidantes. Le temps semble s'être suspendu, tant son visage demeure enfantin. Pédopsychiatres de liaison en pédiatrie, nous sommes sollicités devant l'apparition de gestes agressifs envers ses parents, et tout particulièrement envers sa mère. Ces gestes, pris au départ pour des mouvements anormaux, apparaissent lors de cette hospitalisation, grâce à l'observation attentive de l'équipe soignante, dirigés et intentionnels.

Didier est le premier enfant du couple, seul garçon. Il a présenté dès le plus jeune âge un retard de développement psychomoteur, avec un surpoids et l'apparition vers l'âge de 3 ans d'une épilepsie pharmaco-résistante. Ses capacités cognitives et motrices se sont lentement dégradées au fil du temps. Il tient actuellement péniblement sur ses jambes et ne peut plus prononcer que quelques mots. Son autonomie s'est restreinte, nécessitant un accompagnement au quotidien pour les gestes les plus simples. À l'image du réaménagement de la maison, l'organisation familiale s'est modifiée. Sa mère ne travaille plus pour être disponible pour son fils, son père semble dans l'évitement, « toujours en vadrouille ». La maladie de Didier a imposé une nouvelle organisation de la dynamique familiale. Son père refuse de voir son seul fils abîmé par la maladie et sa mère surinvestit son rôle de mère ; deux réactions parentales opposées, conduisant pourtant aux mêmes modalités relationnelles d'exclusivité mère/fils et père/fils. L'absence du père ne permet pas une triangulation au sein de la relation parents/enfant, un attachement fusionnel perdue entre Didier et sa mère. Le processus de séparation adolescent semble alors mis en péril, toute menace du lien relationnel pouvant engendrer un sentiment d'abandon.

Didier parle difficilement. Il nous regarde, attentif à notre présence, et communique par des signes de tête. Sa mère nous décrit son fils comme un enfant « poupon », tendre, comme un bébé qu'on cajole. Elle s'attache à nous expliquer leur complicité, le fait également qu'elle anticipe l'expression de ses besoins et de ses envies, mais qu'à présent, elle ne le comprend plus. Didier la repousse, ne se laisse pas approcher, et, en même temps, il se met à crier en son absence. Un conflit entre dépendance et autonomie semble émerger dans leur relation. Lorsque nous soulevons la question de l'adolescence de son fils, sa mère nous dit ne pas y avoir pensé : « Nous le voyons tellement malade ». Didier semble maintenu, dans le regard maternel, à une place de bébé immuable, continuellement à réparer, et en même temps irréparable. Les liens de dépendance sont puissamment renforcés par la maladie, dans un déni massif de la culpabilité maternelle, retournée en surprotection.

Dans ce contexte, comment Didier peut-il devenir adolescent ? Le passage adolescent consiste, entre autres, en la modification et le désengagement des liens parentaux noués pendant l'enfance, passage conflictuel représenté par le désir de devenir adulte et par la difficulté de renoncer aux

satisfactions infantiles. Du fait du handicap, cette relation mère/enfant revêt des modalités particulières, surinvestie d'un amour immodéré, où le corps de l'enfant tient lieu d'appui sous la forme du dévouement. Le processus de séparation renvoie à l'abandon, à la perte de l'objet d'amour initial. Le sujet n'a de cesse de questionner le regard parental, au risque de rester captif de celui-ci, dans un refus de le voir grandir. Cet enjeu est essentiel pour le devenir sujet de l'adolescent. À défaut de trouver une distance « suffisamment bonne », Didier manifeste du rejet, sous forme parfois d'hétéro-agressivité, particulièrement dirigée vers sa mère. Il semble, en effet, moins agité en présence de son père. La mise en perspective de la puberté, des problématiques adolescentes et du manque d'autonomie chez Didier a permis à chacun d'exprimer son vécu de la maladie, ses angoisses quant à l'avenir, renforcées par une évolution incertaine de la maladie. Les relations intrafamiliales ont commencé à être évoquées, la mère de Didier exprimant le souhait d'avoir un espace individuel de soins.

Winnicott (1969) disait que « le psychiatre n'est pas un guérisseur de symptôme ». En effet, notre travail ici semble davantage être une remise en mouvement de la pensée, en réinscrivant Didier dans une temporalité, dans sa propre temporalité. Les pulsions de mort se présentent ici, non sous forme d'une destruction ou d'une répétition de symptômes, mais peut-être dans une volonté inconsciente de maintenir Didier dans une position de repos d'idéation, déniait sa position subjective de sujet désirant.

En prenant en compte les aspects psychiques, sociaux et somatiques, grâce à un travail de lien entre pédiatres et pédopsychiatres, dans le souci d'être au plus près des préoccupations parentales, le projet d'intégration de Didier dans un institut pour éducation motrice a pu s'élaborer, se penser avec un accueil progressif en internat. La compréhension des remaniements de la maladie physique chronique dans la vie intérieure de l'adolescent et dans la constellation familiale, notamment l'investissement du corps et la valeur affective et relationnelle des symptômes, vient alors compléter les soins.

## DISCUSSION

Le chaos engendré par la maladie chronique réveille les pulsions de mort, enfouies en chacun de nous, patients, parents, mais aussi soignants. Louise montre au premier abord une réticence à évoquer son vécu émotionnel en lien avec la maladie, penser celle-ci est source d'angoisse. Elle fait preuve de résistance au changement par son symptôme alimentaire, changement concernant son identité, intimement liée à sa place dans sa famille. Didier, lui, semble empêtré dans le refus de sa mère de le voir grandir, aux prises avec une culpabilité inavouée d'avoir un enfant malade. Elle tente de maintenir un maternage, afin d'entretenir des possibilités de réparation, dans un retour en arrière perpétuel. Ces deux jeunes adolescents sont alors retenus dans un temps immobile, où les pulsions de





mort semblent s'exprimer par l'inertie face aux changements. Les pulsions de mort sont, en effet, souvent convoquées dans la maladie chronique. Elles viennent cristalliser le sujet dans le temps présent, par l'annonce de la maladie désignant le sujet comme malade et par la désappropriation du corps propre.

En quoi consiste alors le travail d'un pédopsychiatre de liaison ? Nous demeurons tout d'abord soucieux de préserver le cadre de notre exercice ; nous n'intervenons qu'avec l'accord du patient et des parents, avec un travail au préalable de la demande avec les équipes pédiatriques. Il nous paraît en effet essentiel de croiser les regards et les observations concernant les différentes situations. Notre intervention ne prend sens que si elle s'inscrit en lien avec le travail de nos partenaires. Il ne s'agit pas de reproduire un clivage corps et psyché, pédiatrie et pédopsychiatrie, le patient est appréhendé comme sujet dans sa globalité physique, psychique et sociale.

La maladie chronique de l'enfant et de l'adolescent peut induire une nomination du sujet en tant qu'être malade, au risque que les discours, médical et parental, viennent définir ce dernier. Nous tentons alors de décaler le sujet de ces identifications, de discerner la part désirante de celui-ci, l'amenant à se défaire de la parole de l'autre. Il peut être malade, mais demeure avant tout sujet.

Dans la maladie chronique de l'enfant et de l'adolescent, notre préoccupation centrale est donc de veiller à ne pas cliver psyché et corps. Mais ce n'est pas tâche facile, quand le corps est au-devant de la scène, quand il est lieu de tous les soins. En posant des mots sur les éprouvés corporels, en faisant lien par le langage entre les sensations corporelles et le vécu émotionnel, nous pouvons soutenir l'enfant et l'adolescent dans la réappropriation de son propre corps et dans la représentation symbolisée de sa maladie. Il s'agit bien là d'une remise en mouvement des processus de pensée chez nos patients, avec également une attention soutenue pour que cette remise en mouvement s'établisse également dans l'entourage familial et soignant.

### CONCLUSION

Rencontrer l'enfant, et, alors, remettre de la ponctuation dans le chaos représenté par la maladie à long terme, tend à décaler l'enfant et sa famille du déterminisme de celle-ci, de sortir de la fatalité qui s'abat dans les suites de l'annonce diagnostique. Notre travail de liaison s'inscrit dans les liens à établir avec les différents partenaires, prenant le mot « liaison » au pied de la lettre, mais aussi dans les liens à tisser entre un vécu corporel « désobjectivé » et les affects ressentis, afin d'élaborer une représentation symbolisée de la maladie. Ce travail psychique nécessite une remise en mouvement, une lutte contre le déterminisme et l'inéluctable, visant une nouvelle homéostasie entre pulsions de vie et pulsions de mort. Il n'est pas question, ici, de remettre en cause le savoir médical ou de nier la maladie,

mais de relancer une histoire, et de faire en sorte que les enfants et adolescents, ainsi que leurs familles, puissent se réapproprier le savoir de l'autre et l'intégrer à leur propre narration.

### BIBLIOGRAPHIE

- AULAGNIER, P. 1986. « Naissance d'un corps, origine d'une histoire », dans collectif, *Corps et histoire*, Paris, Les Belles Lettres.
- BON, C. 2012. « Adolescence et séparation, un travail à l'épreuve du handicap et de sa temporalité originale », *L'évolution psychiatrique*, n° 3.
- DEBARGE, S. 2006. « L'accompagnement d'un enfant souffrant d'une maladie chronique et de ses parents », *Contraste*, n° 24, p. 183-198.
- DUVERGER, PH. ; CHOCARD, A.-S. ; MALKA ; J. ; NINUS, A. 2011. *Psychopathologie en service de pédiatrie*, Paris, Masson.
- DOLTO, F. 1984. *L'image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil.
- FREUD, S. 1920. *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Puf, coll. « Quadrige », 2013.
- LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, J.-B. 2009. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Puf.
- PÉDINIELLI, J.-L. 1987. « Le travail de la maladie », *Psychologie médicale*, vol. 19, n° 7, p. 1049-1052.
- WINNICOTT, D.W. 1969. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

### RÉSUMÉ

La question de la temporalité est à la fois au centre de notre pratique quotidienne en pédopsychiatrie de liaison et au centre de la problématique psychique concernant les maladies chroniques de l'enfant et de l'adolescent. Cet article met en perspective la notion de temps au sein même des maladies chroniques de l'enfant et de l'adolescent dont l'évolution se prolonge, avec un effet de sidération chez le sujet et sa famille, et le concept de pulsion de mort. Deux situations cliniques s'articulant autour du processus adolescent illustrent notre propos. Il n'est pas question ici de remettre en cause le savoir médical ou de nier la maladie, mais de relancer une histoire, afin que les enfants et adolescents, ainsi que leurs familles, puissent se réapproprier le savoir de l'autre et l'intégrer à leur propre narration.

### SUMMARY

*The question of temporality is both central to our daily practice in child psychiatry liaison and to psychic problematics for chronic disease in children and adolescents. This article puts into perspective the notion of time within the ever evolving chronic disease of children and adolescents with an effect of sideration in the subject and his family, and the concept of death drive. Two clinical situations revolving around the adolescent process illustrate our aim. The question is not to challenge medical knowledge or deny the disease, but to revive a story so that children and adolescents as well as their families can reclaim the knowledge of the other and integrate it into their own narrative.*

### Mots-clés :

Pédopsychiatrie de liaison, adolescence, temporalité, maladie chronique, pulsion de mort.

### Key words :

*Child psychiatry liaison, adolescence, temporality, chronic disease, death drive.*