

THERAPIE FAMILIALE

*R e v u e
Internationale
d'Associations
Francophones*

8^{èmes} Journées Francophones de Thérapie Familiale Systémique de Lyon

septembre 1995

1^{re} partie

CRISE DU LIEN FAMILIAL ET CRISE DU LIEN SOCIAL,
QUELLES INTERACTIONS?

CONTRIBUTIONS DE:

V. Anastassiou, P. Baetens, M. Bromet-Camou,
S. Bruno, P. Devroey, M. Felice, Y. Geffroy,
C. Guitton, O. Masson, J. Orgogozo, J.-J. Penaud,
I. Ponjaert-Kristoffersen, L. Prata, C. Raffin,
L. Roegiers, F. Rougeul, J.-M. Sigward,
A.C. van Steirteghem



Comité scientifique: C. BRODEUR, Montréal – M. DEMANGEAT, Bordeaux – A. DESTANDEAU, Menton – J. DUSS von WERDT, Zurich – J. KELLERHALS, Genève – S. LEBOVICI, Paris – J.-G. LEMAIRE, Versailles – A. MENTHONNEX, Genève – † R. MUCCHIELLI, Villefranche/Mer – Y. PELICIER, Paris – R.P. PERRONE, St-Etienne – F.X. PINA PRATA, Lisbonne – † J. RUDRAUF, Paris – J. SUTTER, Marseille – M. WAJEMAN, Paris – P. WATZLAWICK, Palo Alto.

Rédaction: Guy AUSLOOS, Montréal – Jean-Claude BENOIT, Paris – Léon CASSIERS, Bruxelles – Yves COLAS, Lyon – † Jean-Jacques EISENRING, Marsens – Daniel MASSON, Lausanne – Maggy SIMEON, Louvain-La-Neuve.

Comité de lecture: Ph. CAILLE, Oslo – M. ELKAIM, Bruxelles – P. FONTAINE, Leuven – E. GOLDBETER, Bruxelles – C. GUITTON, Villejuif – L. KAUFMANN, Prilly – R. NEUBURGER, Paris – G. PRATA, Milano – J.C. PRUD'HOMME, Québec – C. ROJERO, Madrid – E. ROMANO, Paris – P. de SAINT-GEORGES, Namur – P. SEGOND, Paris – F. TULKENS, Bruxelles.

Rédaction: Prière d'adresser la correspondance à:
Dr Daniel Masson
Centre de traitement psychiatrique de jour
Rte du Signal 25
CH-1018 Lausanne
Fax: (021) 312 29 82

Secrétaire de rédaction: Y. Birker Chavanne, CH-1225 Chêne-Bourg

Recension de livre: B. WATERNAUX, Paris

Administration et abonnements: Editions Médecine et Hygiène
Case postale 456
CH-1211 Genève 4
Tél. (022) 702 93 11 – Fax (022) 702 93 55

Paiements aux Editions Médecine et Hygiène:

- Compte de chèques postaux: 12-8677-8, Genève.
- Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6,
- Compte N° C2-622.803.0
- Compte de chèques postaux belges N° 000-0789669-89
- Société de Banque Suisse, Montréal, Compte N° 103.377/01.08

Pour la France:

- Chèques postaux ou bancaires établis à l'ordre de la Banque Société Générale, libellés en francs français. N° compte: 000 2 801045 6

Prix de l'abonnement annuel:

Abonnements individuels:
FS 67.– FF 290.– FB 1720.–

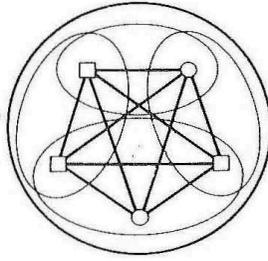
Bibliothèques et abonnements institutionnels:
FS 138.– FF 600.– FB 3540.–
Prix au numéro: FS 35.–

Pour vous abonner, il convient de renvoyer le bulletin à découper joint à ce fascicule.

Tous droits de reproduction, adaptation, traduction même partielles strictement réservés pour tous pays Copyright 1996 by Thérapie Familiale, Genève, Switzerland. Edité en Suisse

ISSN 0250-4952

Revue trimestrielle, paraît quatre fois par an



SOMMAIRE/CONTENTS

O. MASSON: Présentation 1 Présentation	1
T. ORGOGOZO: L'enfance et l'adolescence face à la mondialisation et l'effondrement des cadres de référence culturels particuliers: quelle transmission! quelle restructuration? Childhood and adolescence	3
J. J. PENA VD: Interaction du champ social et du champ judiciaire. Interaction of the social field and the judiciary field	19
O. MASSON: Heurts et malheurs des interventions médico-socials. Fortune and misfortune in psychosocial interventions	31
L. ROEGIERS: «Procréations assistées» Introduction et fil rouge. <<Medically>-assisted procreations, An introduction	47
P. BAETENS, 1. PONJAERT-KRISTOFFERSEN, A.C. VAN STEIRTEGHEM, P. DEVROEY: PMA et nouvelles formes de famille. Une étude sur les inséminations artificielles de femmes seules et homosexuelles. ART. and non-traditional families: a research on single and homosexual women and artificial insemination	51
L. ROEGIERS: Les procréations médicalement assistées, symptômes de <<cette époque qui ne tourne plus rond>>. Quelques apports systémiques et contextuels à la bio éthique. Medically-assisted procreation: a symptom of the aberrations of our times	61
M. BROMET-CAMOU: Approche systémique du désir d'enfant. Un groupe multifamilial hebdomadaire en maternité. Systemic approach to child's desire. Families' meetings in a maternity ward	69
C. GUTITON: Les maternités socialement assistées. Est-ce que <<tout ce qui augmente la Liberté augmcuté aussi la responsabilité?>> Socially-ussisted mnternity. Liberty and responsibility	77
C. RAFFLN: Famille reconstituée. Relations et promesses difficiles à gérer analysées dans une optique systémique. Step-families. Difficult relationships and hard-to-keep promises analyzed according to a systemic approach	85
J.-M. SJGW ARD: Thérapie familiale et obligation de soins sous contrôle judiciaire. Family therapy and mandatory treatment for drugusers	107
L. PRA TA, M. FELICE, S. BRUNO: Familles avec une droguée. Analyse de leurs dynamiques selon une optique systémique. Families with daughters suffering from drug addiction. An analysis of the dynamics involved according to a systemic approach	115
V. ANASTASSJOU: La mise en crise du fonctionnement du système alcoolique, par l'organisation d'une approche thérapeutique à effets imprévisibles. Inpredictability in the therapeutical setting of an alcoholic family system in order to introduce the crisis of its homeostatic functions	127
F. ROUGEUL, Y. GEFFROY: Sida et crise de la relation médecin-malade. Aids and crisis in Patient-General practitioner's Relationships	151
Informations / Informations.	179

PRÉSENTATION

Deux numéros de notre revue, plus volumineux que d'habitude, sont consacrés aux 8^{es} Journées Francophones de Thérapie Familiale Systémique de Lyon qui se sont déroulées en septembre 1995. Le fascicule que vous avez en mains, et le prochain numéro qui paraîtra en juin.

Vu l'intérêt des communications présentées lors de ces Journées et dans l'intention de rendre les communications plus facilement accessibles à nos abonnés et à nos lecteurs, la rédaction a préféré cette voie de publication à celle d'un livre peut-être plus pratique mais certainement plus onéreux pour les intéressés.

«Crise du lien familial et crise du lien social, quelles interactions»? Thème d'actualité en ces temps de profonde transformation de la société. En introduction **Isabelle Orgogozo** nous livre une brillante analyse des effets de la «mondialisation» sur les sociétés humaines et particulièrement sur leur jeunesse. Sur fond d'effondrement des cadres de références traditionnels et modernes germent de nouvelles représentations et de nouvelles valeurs dont émerge l'homme post-moderne. Dans ce contexte de bouleversement culturel, quoi transmettre, quelles valeurs et comment?

Cette crise des valeurs sociales induit une nouvelle logique du fonctionnement judiciaire notamment envers les mineurs. Dans sa conférence, le Juge des enfants **Jean-Jacques Penaud** relate l'évolution de ce droit en interaction avec les acteurs sociaux. D'une justice imposée, de «masse», on s'achemine vers une justice «négociée "au cas par cas"» mais qui s'appuie rigoureusement sur le droit et qui vise l'intégration du jeune et, éventuellement, de sa famille en difficulté avec la société».

Odette Masson analyse l'apparition de violence tant chez les patients que chez les soignants et les systèmes de soins. Le plus souvent elle signale une crise du lien thérapeutique. Sans révision de la grille de lecture de la situation et de celle du projet thérapeutique, le traitement, les thérapeutes non seulement peuvent se retrouver dans une impasse thérapeutique, mais également induire des effets contraires parfois désastreux sur la vie des gens et perpétuer leur pathologie. Cette contribution nous invite à une constante vigilance quant à notre pratique et à nous interroger sur notre responsabilité.

Liens complexes que ceux promis et engendrés par la procréation médicalement assistée, l'une des nombreuses conquêtes technologiques participant à la mutation de notre civilisation. L'enfant virtuel est riche de tous les espoirs, investi de toutes les attentes, des plus «légitimes» aux plus «folles». «Instrumentalisée», nous dit **Luc Roegiers**, elle risque de devenir un produit de consommation comme le risque en ces temps de «marchandisation» n'importe quelle prestation dans le domaine de la santé. Si la réponse à la demande ne tient pas compte de la complexité de la vie et si elle ne s'inscrit pas dans ses multiples dimensions contextuelles et écosystémiques, la PMA peut conduire à des situations absurdes et devenir destructrice.

Nombre de questions gravitent autour de la PMA. **Patricia Baetens, I. Ponjaert-Kristoffersen, A.C. van Steirteghem** et **P. Devroey** abordent celle que pose la demande combien difficile à évaluer faite par des femmes célibataires ou par des couples d'homosexuelles; **Michèle Bromet-Camou**, celle de la prévention en nous parlant avec nuance de son expérience avec des groupes post-partum incluant parents et bébé. Avec les «maternités socialement assistées», c'est aussi d'une forme de prévention que traite **Catherine Guitton**. Sa réflexion autour de sa pratique auprès des mères seules et des couples en situation précaire devant recourir aux services sociaux est des plus stimulante.

Autre crise du lien, les divorces. Ils engendrent de nouveaux types de familles. Les rôles maternels et paternels traditionnels sont-ils alors encore pertinents? Permettent-ils aux parents de remplir réellement leur fonction? **Cinzia Raffin** nous donne une fascinante analyse des familles recomposées et démontre la nécessité d'inventer des rôles parentaux nouveaux.

L'ampleur que prennent les comportements d'addiction s'inscrivent en plein dans la crise que notre société doit affronter. Il en est question dans les trois contributions suivantes. Tout d'abord, celle de **Jean-Michel Sigward**, qui se place dans un contexte judiciaire. Il relate une démarche originale pour répondre à la question: Comment utiliser l'obligation de soins sous contrôle judiciaire et l'obligation de produire un certificat rendant compte des soins à des fins thérapeutiques? Celle de **Luisa Prata, Mirella Felice** et **Silvia Bruno** ensuite. Elles décrivent leur expérience de thérapies dans le cadre d'un service publique pour toxicodépendants avec des familles ayant un enfant toxicomane. L'analyse rigoureuse de leur travail clinique met en évidence des constellations relationnelles significatives dans ces familles. Quant à **Vanghélis Anastassiou**, après avoir brossé le panorama des différents modèles d'intervention auprès des sujets alcooliques, il nous parle de sa pratique thérapeutique avec les alcooliques, pratique qui repose sur trois types d'entretiens: individuels, avec la famille nucléaire puis avec la famille élargie, chacun à un rythme différent.

L'apparition du SIDA est un autre signe des bouleversements familiaux et sociaux que nous traversons et qui touchent également les relations de soins. De récentes enquêtes effectuées auprès des médecins généralistes ont démontré les sentiments d'insécurité et de non implication que vivent les médecins dans leur relation avec des porteurs du virus VIH. Comment comprendre ces difficultés? La recherche très fouillée de **Françoise Rougeul** et **Yannick Geffroy** apporte des réponses.

Alors, bonne lecture à toutes et à tous.

D.M.

L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE FACE À LA MONDIALISATION ET L'EFFONDREMENT DES CADRES DE RÉFÉRENCE CULTURELS PARTICULIERS: QUELLE TRANSMISSION? QUELLE RESTRUCTURATION*?

Isabelle ORGOGOZO**

Résumé: *L'enfance et l'adolescence...* – La première phase de mondialisation remonte à la Renaissance. Elle a pris fin au terme de la décolonisation. La deuxième phase dans laquelle nous entrons se caractérise par une interpénétration rapide des cultures, des peuples et des langues qui rend la tâche parentale beaucoup plus difficile. Les rôles, les codes et les valeurs qu'ils avaient reçus de leurs parents ne relèvent plus de l'évidence. Coupés de leur passé, les adolescents sont également incertains quant à leur avenir. Que transmettre? Il faut faire comprendre que les codes, bien que relatifs, sont nécessaires parce qu'ils véhiculent un sens, qu'il appartient à chacun d'inventer son propre chemin et de reconstruire une histoire du monde qui donne un sens au présent.

Summary: *Childhood and adolescence...* – The first phase of internationalization dates back to the time of the Renaissance. It came to an end on the completion of decolonization. The second phase, one into which we are just entering, is characterized by a swift interpenetration of cultures, peoples and languages, thus rendering parenthood all the more difficult. The roles, codes of behaviour and values handed down from previous generations are no longer self-evident. Adolescents are cut off from their past; at the same time, they are full of uncertainty about the future. What, then, should be passed down to them? The message has to be got across these codes of behaviour, even though they may be only relative, are in fact necessary and that it is up to each individual to invent his own path and to reconstruct a history of the world which provides the present with meaning.

Mots-clés: Mondialisation – Adolescence – Codes – Transmission – Socialisation – Relativisation – Différence entre générations – Différences des sexes – Inéluctabilité de la mort.

Key words: Internationalization – Adolescence – Codes – Handing down (transmission) – Socialization – Relativization – Difference between the generations – Difference between the sexes – Inescapability (ineluctability) of death.

* Conférence plénière.

** Auteur de « Les paradoxes de la communication; à l'écoute des différences ». Maître de Conférences à l'Ecole Nationale d'Administration, Paris.

La première mondialisation de l'économie et de la culture s'est produite entre 1415 et 1570, lorsque le Portugal a pris pied sur l'Afrique, puis en Inde en 1500, tandis que Christophe Colomb découvrait l'Amérique sans le savoir en 1492. D'immenses transferts de population (esclaves africains, installations de migrants espagnols et portugais en Amérique du Sud), de richesses (l'or du Pérou) et de cultures (évangélisation) se produisirent très rapidement, tandis que s'affirmait, en un siècle, la prépondérance économique et militaire d'un continent sur tous les autres. Ce n'est que vers 1950, avec la perte des dernières colonies, que s'est achevée cette première phase de mondialisation.

Avant d'aborder notre sujet qui porte sur la deuxième phase de la mondialisation, celle d'aujourd'hui et ce qu'elle pose comme problème dans la transmission entre parents et enfants, rappelons quelques points qui nous serviront de repères:

1. C'est vers la fin de cette période que Rabelais invente une nouvelle forme d'éducation où il va conjuguer pour Gargantua l'éducation scolastique et l'éducation de la Grèce ancienne (le sport, l'apprentissage du raisonnement), tout en lui inventant une généalogie fabuleuse qui mélange les origines bibliques et les origines grecques «Atlas engendra Goliath et Goliath Polyphème...» (Il s'agit de faire une nouvelle synthèse des héritages du passé, la Bible et la mythologie grecque) à partir des questions du présent.
2. Le phénomène de mondialisation a des effets tragiques pour des populations entières: le dépeuplement de l'Afrique par la déportation d'esclaves vers l'Amérique et l'élimination des peuples indiens d'Amérique du nord et du sud.
3. Cela s'accompagne de l'émergence d'une nouvelle culture – la Renaissance – qui rompt avec son passé immédiat pour trouver de nouveaux modèles d'expression littéraire, artistique, architecturale, scientifique, religieuse inspirés de l'Antiquité, c'est-à-dire surtout pas de générations précédentes. On ne veut rien savoir des parents.
4. Tout ceci produit un essor sans précédent des techniques de communication (l'imprimerie, la navigation) et de production qui vont démultiplier les capacités humaines.
5. C'est aussi le moment d'une grave crise religieuse entre les protestants, qui rejettent les images religieuses au profit des textes et de la réflexion commune, et les catholiques favorables à l'enseignement par les symboles visuels, entre protestants tenants de la liberté d'interpréter les textes et catholiques tenants de la soumission aux dogmes de l'Eglise. Je ne développerai pas ce point mais il serait intéressant de se replonger dans cette querelle à propos des images où l'on retrouverait très probablement des arguments utilisés aujourd'hui à propos de la télévision.

Les enseignements que nous pouvons tirer de cette première période de mondialisation me paraissent être les suivants:

Une phase de mondialisation:

- c'est tragique pour les populations les plus faibles;
- cela coïncide avec un développement technique qui bouleverse définitivement les modes de vie antérieurs;

- cela produit de graves conflits religieux dans les pays en expansion;
- cela pose avec acuité la question de l'éducation et de la transmission;
- cela produit un nouveau système culturel, en rupture complète avec le passé, même si un passé mythique réinterprété (l'antiquité grecque et latine) sert de support à l'élaboration d'une nouvelle culture.

Et cela nous amène à nous demander ce que nous, parents, éducateurs, thérapeutes, travailleurs sociaux, pouvons et devons faire vis-à-vis des générations nouvelles pour lesquelles ce monde qui nous étonne et nous déconcerte va de soi puisqu'elles n'ont pas connu le précédent. Nous savons que les clefs que nous avons n'ouvrent pas forcément les bonnes portes et nous ne savons pas où se trouvent les bonnes clefs.

Dans la première partie de cette réflexion, nous rappellerons comment le cadre des comportements sociaux transmis par les parents et la société sert à transmettre, sans forcément les énoncer, les grandes lois de l'humanité. Et pour ce faire, nous nous appuyerons sur l'essai de Gregory Bateson intitulé: «Le 'moral' des nations et le caractère national», sur lequel je reviendrai en première partie.

En deuxième partie, nous proposerons un modèle binaire opposant la transmission dans les sociétés traditionnelles à celle qui se produit dans les sociétés modernes, et plus précisément ce qui concerne le rapport au temps.

Dans la troisième partie, nous essaierons de discerner l'émergence d'un sujet humain post-moderne, qui ne se reconnaît ni dans la société traditionnelle ni dans la société moderne et qui, empruntant à l'une et à l'autre, se conforme au poème d'Antonio Machado qui dit:

*« Marche, le chemin ce sont tes traces
et rien de plus;
Marcheur, il n'y a pas de chemin,
Le chemin se fait en marchant.
En marchant se fait le chemin,
Et quand le regard se retourne en arrière
On voit le sentier qui jamais ne sera plus emprunté.
Marcheur, il n'y a pas de chemin,
Mais seulement un sillage dans la mer. »*

I. LA TRANSMISSION PAR LA SOCIÉTÉ DES TROIS GRANDES LOIS NON ÉCRITES DE L'HUMANITÉ

Les trois lois de l'humanité que toutes les sociétés observent selon des modalités diverses sont le respect de la différence entre générations (interdit de l'inceste), la différence des sexes qui définit leur complémentarité, là encore sous des formes extrêmement diverses, et la finitude de l'existence humaine du fait de l'inéluctabilité de la mort.

1. La loi de la différence entre générations

La loi de la différence entre générations n'est pas dite seulement énoncée par des mots, mais indiquée par des codes de comportement selon des modalités que Gregory Bateson a su identifier dans les différentes cultures nationales de l'Europe. C'est ainsi qu'il schématise les relations entre parents et enfants au moyen de trois paires de modèles relationnels complémentaires qui s'articulent différemment suivant les pays :

domination	soumission
assistance	dépendance
exhibitionnisme	voyeurisme

Si cette distribution enseigne un code de conduite ou de comportement spécifique à chaque pays, elle transmet aussi un « méta-code » beaucoup plus général qui signifie aux parents et aux enfants l'interdit de l'échange sexuel.

Chaque culture nationale structure les comportements que doivent adopter les enfants vis-à-vis des parents et vice versa, en combinant ces trois paires, d'une manière qui lui est propre. Cette spécificité de combinatoire produit, selon Bateson, ce que nous appelons le « caractère national ». Et ces différentes formes de combinatoire provoquent de l'incompréhension entre membres de pays différents. Pour l'illustrer, Bateson décrit les malentendus qui surgissent entre adultes anglais et américains quant à la manière de se comporter convenablement vis-à-vis des autres.

Dans les classes moyennes anglaises, la combinatoire est la suivante :

Parents	Enfants
Domination	Soumission (modifiée par le système « ternaire » incluant la nourrice).
Assistance	Dépendance (habitudes de dépendance interrompues par la séparation : les enfants sont envoyés à l'école).
Exhibitionnisme	Voyeurisme (les enfants écoutent pendant les repas).

Tandis que dans le modèle américain, nous trouvons :

Parents	Enfants
Domination (légère)	Soumission (légère).
Assistance	Dépendance.
Voyeurisme	Exhibitionnisme.

« Ce sont des différences de cet ordre – qu'on peut retrouver au sein de toutes les nations européennes – qui donnent probablement lieu à bon nombre de nos commentaires naïfs, et souvent méchants, sur les autres nations... »

Aux yeux des Américains, les Anglais paraissent trop souvent 'arrogants', tandis qu'aux yeux des Anglais, les Américains paraissent 'fanfarons'... » nous dit Bateson.

Selon les diagrammes précédents, l'«arrogance» de l'Anglais serait due à la combinaison de la domination et de l'exhibitionnisme. L'Anglais dans son rôle d'acteur (le père au petit déjeuner, le rédacteur d'un journal, le porte-parole politique, le conférencier, etc.) suppose qu'il se trouve aussi à l'endroit de la domination, qu'il peut donc, selon certaines normes, vagues et abstraites, décider de la représentation qu'il va donner et que, pour l'auditoire, c'est «à prendre ou à laisser»... Sa propre arrogance, il la considère comme atténuée par son humilité vis-à-vis des normes abstraites...

Mais les Américains ne voient pas la chose de la même façon. A leurs yeux, le comportement «arrogant» de l'Anglais paraît dirigé contre le public, auquel cas l'invocation implicite de quelque norme abstraite ne fait qu'ajouter l'insulte au mépris¹.

De même, le caractère «vantard» de l'Américain vu par un Anglais provient-il du fait que, pour l'Américain, se montrer adulte signifie montrer son indépendance.

Ces caractères n'existent pas par eux-mêmes. Ils sont produits par le regard que pose sur un pays quelqu'un qui a été structuré dans un autre pays.

Lorsque les sociétés nationales se diluent dans la société mondialisée, les individus, dans leur vie quotidienne, sont confrontés à des comportements qui obéissent à une autre cohérence qui leur échappe. Ils vont donc y voir spontanément de l'arrogance ou de la mauvaise éducation, ou encore une preuve d'infériorité. Il faudrait qu'ils puissent relativiser leur propre code. Mais une telle relativisation ne se fait pas sans heurt ni conflit. Elle est particulièrement anxiogène pour les adolescents appartenant à une culture minoritaire qui ne savent plus à quel modèle de comportement adulte il leur appartient de se conformer.

On trouve dans le numéro 12 de la revue *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* un article particulièrement illustratif des dilemmes que provoque cette confrontation, intitulé: «Un modèle d'intervention préventive avec des immigrés de la deuxième génération: une intervention de réseau dans le groupe-classe.»² Cela se passe à Bruxelles.

L'analyse qui y est faite des comportements agressifs de jeunes immigrés de la deuxième génération montre comment ils se trouvent pris dans un modèle qui leur interdit simultanément de devenir de «bons Belges» ou de «bons musulmans», ce qui ne leur ouvre pas d'autre voie que la délinquance et la marginalité. L'action thérapeutique a permis de verbaliser cette double contrainte et donc de pouvoir s'en déprendre. Mais l'apparition de mouvements extrémistes religieux constitue une autre issue, peu coûteuse, efficace et très dangereuse à terme. L'extrémisme permet de s'intégrer dans un ensemble social qui donne un cadre culturel et solidaire que ni les parents ni l'école n'ont pu fournir. Mais ce cadre est fermé à tout ce qui est autre et justifie la violence. Il apporte une solution facile à un problème très douloureux et il est, de ce fait, inéluctablement promis à un très bel avenir. C'est ici

¹ *Vers une écologie de l'Esprit*, tome 1, pp. 116-117.

² *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. Alain Marteaux, Romano Scandariato. «Un modèle d'intervention préventive avec des immigrés de la deuxième génération: une intervention dans le groupe-classe», p. 141, décembre 1990.

que nous retrouvons les guerres de religion qui ont marqué la Renaissance. La guerre de religion permet de reconstruire une communauté d'autant plus cohérente qu'elle s'attaque à tous les autres. *Comment transmettre des codes en faisant comprendre que ce ne sont que des codes, mais qu'il est important d'avoir des codes?*

2. La différence des sexes

A la difficulté de transmettre des codes quand plusieurs cultures se mêlent s'en ajoute une seconde, qui concerne la transmission des rôles sexués.

On peut penser que si Gregory Bateson n'évoque pas la question dans l'article sur le moral des nations, c'est parce que le monde européen et occidental partage, à quelques nuances près, la même structure dans ce domaine. Ce qui n'est pas le cas pour la grande majorité des sociétés musulmanes, de plus en plus mêlées aux sociétés occidentales.

Entre sociétés musulmanes et sociétés occidentales, le tableau des polarisations est très différent :

Sociétés musulmanes		Sociétés occidentales	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Domination (dans le domaine public)	Soumission (dans le domaine public)	Domination (en recul)	Soumission (en recul)

La manière dont la France s'est enflammée autour de la question du port du voile islamique dans les écoles est tout à fait révélatrice de la difficulté pour une société d'admettre la légitimité de rôles masculins et féminins différents des siens. La façon dont les tribunaux administratifs et le Conseil d'Etat ont tranché le débat n'est pas moins symptomatique du processus qui permet d'élaborer de laborieux compromis au cours du temps.

Dans le cas de deux sœurs exclues du collège de Nantua pour avoir refusé d'enlever leur voile même pendant les cours d'éducation physique, le tribunal administratif de Lyon donnait raison au recteur de l'académie qui avait prononcé le renvoi au motif que : « Le port constant d'un tel signe distinctif d'appartenance religieuse doit être regardé comme constituant un acte de prosélytisme, notamment vis-à-vis d'autres élèves, et comme ayant entraîné des troubles dans l'établissement et dans le fonctionnement normal du service public. Le recteur de l'académie, en confirmant les mesures d'exclusion prononcées à ce titre par le conseil de discipline du collège, n'a pas commis d'erreur manifeste d'appréciation. » (5 octobre 1994)

Le Conseil d'Etat saisi par la famille rendra, le 3 octobre 1995, un avis dans le même sens. « Le port par les élèves de signes par lesquels ils entendent manifester leur appartenance à une religion n'est pas par lui-même incompatible avec le principe de laïcité, dans la mesure où il constitue l'exercice de la liberté d'expression et de manifestation de croyances religieuses, mais... cette liberté ne saurait permettre aux élèves d'arborer des signes d'appartenance religieuse qui, par leur nature, par les conditions dans lesquelles ils seraient portés, individuellement ou collective-

ment, ou par rapport à leur caractère *ostentatoire* ou revendicatif, constituerait un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, qui porterait atteinte à la dignité ou à la liberté de l'élève ou d'autres membres de la communauté éducative, compromettrait leur santé ou leur sécurité, *perturberait le déroulement des activités d'enseignement ou le rôle éducatif des enseignants*, enfin troublerait l'ordre dans l'établissement ou le fonctionnement des services publics.»

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que Fatima et Fouzia Aoukili ont refusé, lors d'un enseignement d'éducation physique, d'ôter le foulard qu'elles portaient en signe d'appartenance religieuse: *que le port de ce foulard est incompatible avec le bon déroulement des cours d'éducation physique*; Article premier: la requête de M. et Mme Aoukili est rejetée.

Un avis contraire avait été donné en 1993 dans le cas d'un collègue de Montfermeil, parce que le règlement intérieur du collège interdisait le port de tout signe distinctif, vestimentaire ou autre, d'ordre religieux, politique ou philosophique. Ce règlement avait été jugé illégal parce que trop général.

Ce qui est vraiment intéressant pour notre sujet dans ce débat autour du voile, c'est le caractère *ostentatoire* d'une pièce vestimentaire prévue pour dissimuler la femme aux regards de l'homme. Et cet objet n'est *ostentatoire* que par rapport à un *contexte culturel dominant où la femme est exhibitionniste et l'homme voyeur*. Une femme qui se voile devient alors objet de provocation et de scandale. Ce que les petites beurettes ont parfaitement compris et ont su utiliser pour se faire remarquer. Désir qui semble caractéristique de l'adolescence et que les sociétés modernes ne savent plus satisfaire.

En fait, le compromis que construit la jurisprudence autour du port du voile par les jeunes filles dans les établissements scolaires est le suivant:

- Le voile est un signe religieux qu'on ne peut interdire puisque la liberté d'expression religieuse est reconnue par la constitution;
- mais cette liberté ne doit pas entraver le bon déroulement des cours;
- le port du voile est un obstacle aux enseignements d'éducation physique;
- le voile peut être porté dans les établissements scolaires, mais il doit être ôté pendant les cours d'éducation physique;
- et, non exprimé: il est de toute façon préférable de faire des compromis sur le voile pour ne pas risquer de perdre l'essentiel: que les filles musulmanes aillent à l'école comme les garçons.

Ce qui signifie à la société musulmane vivant en France qu'elle a le droit de distribuer les rôles de voyeurisme et exhibitionnisme entre les hommes et les femmes de manière inverse à la société occidentale où elle vit, mais que cette inversion ne saurait être absolue, sous peine d'exclusion. Le cours d'éducation physique devient ainsi le lieu d'élaboration du compromis entre la culture de la société d'accueil et celle de la société accueillie.

Il aura fallu quand même trois ans et de multiples affaires pour parvenir à définir un *modus vivendi* qui n'est pas encore stabilisé, ni d'un côté ni de l'autre.

Les féministes françaises, les enseignants ultra-laïques ne désarment pas en effet par rapport au voile, qui leur paraît le symbole d'une soumission intolérable des femmes aux hommes, tandis que du côté des musulmans les plus radicaux, aucune circonstance, y compris les cours d'éducation physique, ne saurait justifier que la femme se dévoile en présence d'hommes n'appartenant pas à sa famille.

Il s'agit bien là, pour ces deux sociétés que la mondialisation met en présence, d'une remise en question difficile à vivre de quelque chose à laquelle la transmission avait conféré un caractère d'évidence: une certaine manière de définir la différence des sexes.

Mais il faut souligner que cet ajustement laborieux est, lui aussi, inscrit dans un corps de principes très caractéristique de la société française qui, depuis 1789, se veut universaliste. Le principe de liberté d'expression et de manifestation de croyances religieuses est réaffirmé dans l'avis. Cela veut dire qu'une solution consistant à encourager la création d'écoles musulmanes n'est pas envisageable. Ce qui est poursuivi à travers l'école, c'est le brassage pacifique des cultures et des confessions. Et ce brassage – aussi difficile soit-il – reste, pour le moment, la voie privilégiée de la transmission d'un système de valeurs très français: l'universalité ou droit à l'expression confessionnelle et culturelle singulière au sein d'un espace national commun. Mais ce modèle est lui aussi remis en cause sur une planète qui se mondialise. De nouveaux instruments, comme le réseau Internet ou les chaînes mondiales de télévision mettent en œuvre une autre universalité, plus pragmatique que juridique, et posent de réels problèmes à la France. La preuve en est l'interdiction par certains maires de l'usage d'antennes paraboliques permettant de recevoir des programmes de télévision provenant surtout des pays arabes. Il y a bien là le témoignage d'une angoisse de ne plus pouvoir « digérer » les autres cultures dans le creuset commun.

3. La mort est inéluctable

La troisième grande loi qui structure les sociétés humaines est celle de l'inévitabilité de la mort.

La loi de l'interdit de l'inceste et la loi de la différence des sexes sont transmises non seulement par les familles et les sociétés, mais aussi par les religions.

La troisième loi – rappelant l'inévitabilité de la mort – n'est transmise que par les religions. Sur ce point, nous disposons de seulement deux modèles différents: d'une part, les sociétés traditionnelles et religieuses pour lesquelles la mort est un passage vers une autre forme de vie dont la qualité dépend du comportement vertueux adopté pendant l'existence terrestre, et la société laïque moderne pour laquelle la mort n'est qu'une fin dont il s'agit – grâce à la science, la médecine, l'hygiène, etc. – de retarder le moment.

Ces deux lectures de la mort vont déterminer deux positions extrêmement différentes par rapport au temps qui ont des conséquences essentielles sur le message que les sociétés transmettent aux adolescents quant à la signification du temps et de la mort.

Et c'est par rapport à cette troisième loi que les choses sont les plus compliquées pour les adolescents et leurs parents.

Ceci va nous conduire à notre deuxième partie: l'adolescence entre société moderne et société traditionnelle.

II. L'ADOLESCENCE ENTRE SOCIÉTÉ MODERNE ET SOCIÉTÉ TRADITIONNELLE

1. Le rapport au temps

Ce qui oppose fondamentalement la société moderne et les sociétés traditionnelles, c'est le rapport qu'elles entretiennent avec le temps. Pour les sociétés traditionnelles, l'âge d'or se situe à l'origine, lorsque les dieux ou les grands ancêtres créèrent un ordre que chaque génération doit s'efforcer de reprendre à son compte de manière identique à ce qu'il fut au début. Le début peut se situer à l'origine du monde tout comme il peut se rapporter à un fondateur (Abraham, Jésus, Bouddha, Mahomet) venu rappeler ou révéler les lois ou les pratiques religieuses fondamentales.

A. Les sociétés traditionnelles

Dans la société traditionnelle, selon Mircea Eliade, l'adolescence donne lieu à la première initiation qui a plusieurs fonctions :

1. *Apprendre comment a été créé le monde* et, à l'occasion de cette cérémonie, resanctifier le monde, c'est-à-dire réinstaurer l'ordre sacré dans sa perfection originelle. La célébration n'a pas uniquement pour objet de transmettre un savoir, il s'agit aussi de recréer le monde, de le refaire comme il a été fait au début.

«L'initiation récapitule l'histoire sacrée de la tribu, donc, en fin de compte, l'histoire sacrée du Monde Et par cette récapitulation, le Monde tout entier est resanctifié.»³

2. *L'initiation est aussi une mort rituelle*, suivie d'une résurrection ou d'une nouvelle naissance. «Les novices meurent à l'enfance et les mères pressentent qu'elles ne les retrouveront jamais tels qu'ils étaient avant l'initiation: leurs enfants.»⁴

«Les mères pleurent les novices comme on pleure les morts.»⁵

3. *L'initiation est aussi le moment où chaque sexe apprend son rôle*. «Pour les jeunes filles... l'initiation comporte une série de révélations concernant le sens

³ Mircea Eliade, «Initiation, rites, sociétés secrètes», Ed. Gallimard, Folio, 1994, p.

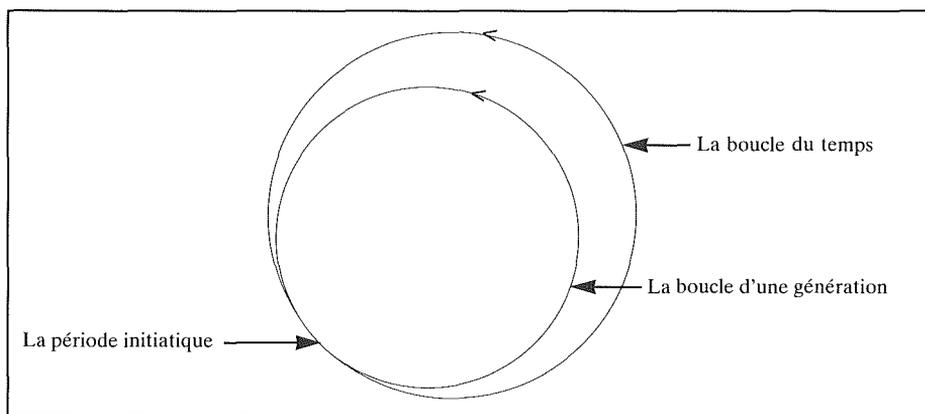
⁴ *Ibid.*, p. 36.

⁵ *Ibid.*, p 36.

secret d'un phénomène apparemment 'naturel': le signe visible de leur maturité sexuelle.»⁶

Ces différentes facettes de l'initiation sont résumées ainsi par Mircea Eliade: «En fait, à travers les rites de puberté, les novices prennent conscience de la valeur sacrée de la nourriture et assument la condition d'adulte, c'est-à-dire ne dépendent plus de la mère ni du travail d'autrui pour se nourrir. L'initiation équivaut donc à une révélation du sacré, de la mort, de la sexualité et de la lutte pour la subsistance. On ne devient vraiment un homme qu'après avoir assumé les dimensions de l'existence humaine»⁷.

La société traditionnelle a beaucoup d'informations à transmettre à ses adolescents, puisqu'ils doivent reprendre à leur compte la création primordiale, l'ordre de la nature, l'ordre sacré et l'ordre social pour que tout recommence, identique, mais assumé par la nouvelle classe d'âge.



Société traditionnelle: chaque génération est intégrée dans la boucle du temps.

B. La société moderne

La société moderne a pris naissance dans l'espace monothéiste, à la Renaissance. Elle l'a fait en tournant le dos à ses origines chrétiennes pour retrouver un autre passé, celui de l'antiquité grecque et romaine. Cette déconstruction/reconstruction du passé a eu pour effet paradoxal d'amorcer un rapport au temps spécifique aux cultures modernes où l'âge d'or n'est plus dans le passé mais dans l'avenir. Certes, le paradis a été perdu mais, soit un sauveur est venu et a promis qu'il reviendrait, soit ce sauveur est encore à venir; dans tous les cas, le salut se situe dans l'avenir.

De la Renaissance au début de ce siècle, la société moderne s'arrache difficilement à l'autorité religieuse puis royale en construisant des instruments nouveaux telles que la science et la démocratie qui émancipent les esprits des dogmes reli-

⁶ *Ibid.*, p. 109.

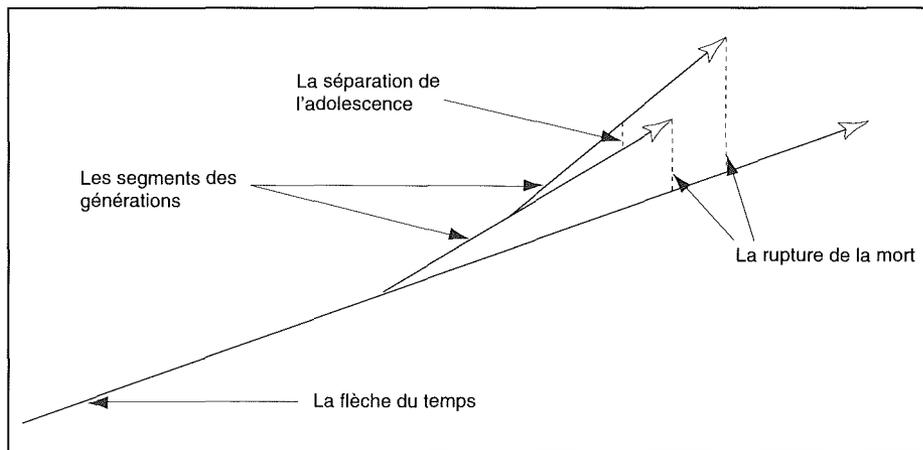
⁷ *Ibid.*, p. 94.

gieux et de la soumission à la royauté. Le monde cesse d'être sacré pour devenir objet d'investigation. Et de ces investigations découlent des objets techniques qui vont démultiplier le pouvoir des humains sur la matière (machines à vapeur, vaccins, électricité, antibiotiques, pilule, etc.).

Ces pouvoirs nouveaux que le temps ne cesse d'accroître – l'informatique aujourd'hui, le génie génétique demain – ont pour effet de transformer la société stable en société de devenir, en société inachevée, tout comme l'adolescence est une période de devenir, une période d'inachèvement. Pour les sociétés traditionnelles, l'adolescence est une période brève qu'il faut encadrer afin que l'indétermination qui la caractérise se transforme en certitude, pour chacun des deux sexes, sur la place qu'ils vont occuper et le rôle qu'ils vont jouer dans la société des adultes.

Pour les sociétés modernes en perpétuel devenir, l'adolescence est un miroir dans lequel elles se reconnaissent et qu'elles ne peuvent donc pas aider à clore.

La société moderne fait de l'adolescence son modèle de perfection. La jeunesse est la référence à laquelle il convient de se conformer en reculant les choix inéluctables de l'âge adulte, en luttant contre les signes physiques du vieillissement par la cosmétique, la chirurgie, la procréation assistée qui recule la fin de la fécondité chez la femme, ou bien encore les innombrables techniques de mise ou de remise en forme.



Société moderne : projection des nouvelles générations dans l'avenir.

Le message des adultes de la société moderne à leurs adolescents: «*Je veux être comme toi*» est exactement l'inverse de celui que reçoivent les adolescents de la société traditionnelle: «*Deviens comme nous.*»

Ce «*Je veux être comme toi*» est terriblement angoissant pour l'adolescent qui cherche un modèle et se voit défini lui-même comme modèle. Le système devient intolérable quand la société n'a plus les moyens d'intégrer sa jeunesse, du fait du chômage.

La mondialisation est un produit de la société moderne. L'accélération des transports, les instruments de communication de plus en plus perfectionnés diffu-

sent les principes de la société moderne sur tous les continents, faisant reculer d'autant les sociétés traditionnelles vers les zones les moins peuplées et les moins faciles d'accès. Toutes les grandes métropoles du monde sont aujourd'hui le théâtre de la rencontre, souvent difficile, entre société moderne et société traditionnelle, le plus souvent au détriment des secondes.

Ainsi la mondialisation affecte-t-elle la transmission des codes pour chaque société nationale dans la mesure où le mélange des populations d'une part, et les modèles véhiculés par une télévision très largement américanisée d'autre part, relativisent forcément ce qui apparaissait comme allant de soi. Et ceci se traduit dans les cinq continents par la multiplication de bandes de jeunes qui vivent hors la loi parce que les parents n'ont plus de certitude ni d'aptitude à imposer leur modèle contre celui que véhiculent les télévisions occidentales. Simultanément, il est étonnant de voir que les adolescents des sociétés modernes reconstruisent dans leurs bandes, à l'écart des parents, leur propre code de relation sous des formes qui rappellent fortement certains rites initiatiques des sociétés traditionnelles.

Le besoin de se coucher tard me semble faire écho aux épreuves de privation de sommeil du processus initiatique. Il s'agit de rester éveillé, conscient, présent au monde. De même, l'anorexie pourrait-elle s'apparenter aux privations de nourriture que comporte l'initiation.

Les « raves », les fêtes nocturnes accompagnées de musiques assourdissantes rappellent les instruments de musique « rhombes » ou « bull-roarer », vrombissant dans la nuit pour symboliser la parole des dieux créateurs. Chaos intérieur, vrombissements de la parole créatrice retrouvent un écho dans les boîtes, les boums et les raves où on « s'éclate », c'est-à-dire se défait pour se reconstruire.

Mircea Eliade nous dit encore : « La mort initiatique est souvent symbolisée par les ténèbres, par la Nuit cosmique, par la matrice tellurique, la cabane, le ventre d'un monstre, etc. Toutes ces images expriment plutôt la régression à un état pré-formel, à une modalité latente (complémentaire du « chaos » précosmogonique), que l'anéantissement total (au sens où, par exemple, un membre des sociétés modernes conçoit la mort). »⁸

Enfin, les jeux avec la mort sur les routes, dans les parkings, les expériences d'états de conscience différents que procurent la drogue viennent compenser l'absence d'initiation au sacré et à la mort qui caractérise la société moderne. Ces jeux dangereux montrent clairement la carence de transmission dont souffrent les adolescents des sociétés modernes.

A cette première difficulté s'en ajoute une seconde qui concerne la post-modernité. La société moderne ayant très largement vaincu les sociétés traditionnelles, au moins dans les quartiers riches de toutes les grandes villes du monde, le modèle d'une existence vouée à une adolescence éternelle s'est, lui aussi, répandu à travers le monde. Or, le message aux adolescents de la modernité est une injonction à faire mieux que leurs parents dans le domaine matériel. Comme le chômage rend de plus en plus difficile la réalisation de cette injonction et que la voie du retour à la tradition n'est pas possible, les adolescents se retrouvent sans avenir dans une société vouée à l'avenir. Il est tout à fait normal que, dans de telles conditions, les

⁸ *Ibid.*, p. 18.

drogues, les conduites de fuite deviennent pour eux l'échappatoire à un monde qui n'a plus rien à transmettre et qui ne donne plus d'avenir.

L'autre voie d'échappatoire consiste à vouloir retourner vers la tradition, mais elle conduit la plupart du temps à l'intégrisme et au fondamentalisme religieux, à l'adhésion à des sectes délirantes ou à la haine raciale. Intégrismes catholique, musulman ou juif, Front National, skin-heads, nationalismes agressifs, attitudes politiquement correctes, conflits ethniques sont autant de formes abâtardies d'un désir de retour vers le passé, qu'il s'agisse de l'Etat national, de la tradition religieuse ou de la pureté raciale.

L'être humain, comme la nature, a horreur du vide; déçu par la modernité, il tente de retrouver la tradition mais il en a perdu les clefs et tout ce qu'il parvient à recréer, sous le couvert du retour à la société traditionnelle, ce sont des clans groupusculaires partageant la même intolérance haineuse à l'égard de tout ce qui est autre.

III. LE SUJET HUMAIN POST-MODERNE

Les trois grandes lois que j'évoquais au début: les générations sont différentes, les hommes et les femmes sont différents et la mort est inéluctable, restent d'actualité. Elles sont de moins en moins transmises par le contexte social, ce qui met les parents et les thérapeutes dans l'obligation de prendre la totalité du fardeau sur leurs épaules.

La transmission se fait d'individu à individu, elle devient donc beaucoup plus aléatoire et ne peut tout simplement pas se faire quand la génération des parents a déjà échoué à trouver sa place dans la société.

Chaque couple se voit dans l'obligation d'inventer ce que signifiera pour lui la différence des sexes et chaque famille doit inventer ce qui définira la différence entre parents et enfants. Il est tout à fait normal, dans ces conditions, que les couples et les familles se brisent si facilement et que la transmission devienne celle de la rupture et de l'indétermination.

Les sujets humains post-modernes se voient dans l'obligation de réinventer les formes que doit prendre la loi à chaque génération. Cela demande beaucoup de culture, de connaissance, de réflexion et de conscience. Comme dans le poème de Machado, chacun de nous est engagé sur un chemin qui lui est propre et ne peut transmettre à ses enfants qu'une injonction: «*Invente ton propre chemin.*»

L'éducation post-moderne consiste à transmettre la loi tout en montrant la diversité de ses points d'appui, en espérant que l'enfant puis l'adolescent deviendra ainsi capable de choisir plus ou moins consciemment une forme qui lui conviendra et qui sera adaptée à la société dans laquelle il vivra.

Le changement permanent de l'environnement des familles et des couples oblige ces derniers à privilégier chez leurs enfants la capacité à percevoir son environnement et s'y adapter plutôt que de perpétuer une forme intangible. Plutôt que de transmettre des codes, il faut transmettre la capacité à les identifier et à s'y adapter. Cette transmission étant beaucoup plus difficile à faire, nous sommes bien dans une société à deux vitesses où des privilégiés s'adaptent sans cesse à ce

qui change, tandis que le flot des exclus incapables de s'adapter ne cesse de croître.

Dans ce contexte, la tâche des parents, des éducateurs, des travailleurs sociaux, des thérapeutes, consiste à montrer que les codes, les statuts, les rôles ont une valeur, mais une valeur de signe. Pour le dire autrement, de même que de plus en plus d'enfants apprennent plusieurs langues, de plus en plus d'enfants doivent apprendre plusieurs grammaires sociales et culturelles.

Il est important de leur faire comprendre que ces différentes grammaires ont des finalités assez proches, que les différentes manières d'articuler les relations entre parents et enfants ont pour sens de rappeler la *différence* des générations et que la forme qu'elles prennent dans telle ou telle culture est moins importante que le fond. De même pour les rôles féminins et masculins. Ceci oblige les adultes à réinterroger ce qu'ils ont reçu comme allant de soi. A titre d'exemple, on ne transmet pas les règles de bonne conduite à table de la même façon lorsqu'on les considère comme un passeport social ou lorsqu'on sait qu'elles ont été codifiées au début du Moyen Age par saint Benoît pour que chacun des gestes quotidiens rappelle aux moines le respect de l'autre et le contrôle de son égoïsme et de ses pulsions. En fait, il s'agit de trouver derrière les formes culturelles le sens qui renvoie toujours à notre commun destin humain.

*

Pour conclure, je vous propose de revenir à la première phase historique de la mondialisation que nous évoquions au début, la période de la Renaissance.

De nouveaux codes de comportements, une nouvelle représentation du monde et de la place qu'y occupent les hommes sont aujourd'hui en gestation, comme à la Renaissance. Nous avons, comme les humanistes des XV^e et XVI^e siècles qui se sont passionnés pour la pédagogie et ont inventé, contre les écoles du Moyen Age, des méthodes fondées sur la pratique des auteurs anciens, le respect de la personnalité de l'enfant, le dialogue entre le maître et l'élève, l'alternance entre l'effort intellectuel et le jeu, une ouverture sur la société réelle et le monde, à réinventer la transmission en trouvant sans doute le même fondement que celui du mouvement humaniste résumé par une phrase de Pic de la Mirandole: *«J'ai lu dans les livres des Arabes qu'on ne peut rien voir de plus admirable dans le monde que l'homme.»*

Mais nous avons à faire cela au moment où la représentation moderne du temps est en crise. Au début de ce siècle, «la fée électricité» ne promettait que des progrès. A la fin de ce siècle, «le lutin atome», «le farfadet génétique» ouvrent des perspectives beaucoup plus ambivalentes. A cela s'ajoute une nouvelle répartition de la richesse et du travail sur la planète, dans un contexte d'explosion démographique laissant peu d'espoir de voir progresser le bien-être pour tout le monde dans les décennies qui viennent. Tout ceci ne peut rester sans effets sur la représentation du temps que se font les sociétés modernes.

Le succès mondial du film «Le cercle des poètes disparus» où s'affiche la morale «Carpe diem», est un signe de ce changement. Horace, poète latin à peine antérieur à Jésus-Christ, auteur de cette fameuse maxime, était considéré par les humanistes de la Renaissance comme le modèle des vertus d'équilibre et de

mesure. Sénèque, du temps de Néron, les humanistes de la Renaissance recommandaient une relation confiante et ouverte entre le maître et son élève. Telle est la relation que le professeur du Cercle des poètes disparus cherche à établir avec sa classe. On peut discuter de la qualité du film, mais le succès qu'il a rencontré auprès des jeunes nous dit quelque chose sur ce qu'ils attendent des adultes. Et ce que dit ce professeur, c'est que la vie est courte, que les grands ancêtres de l'école fertilisent les jonquilles, que la mort est au bout du chemin et qu'il faut avoir le courage de vivre, qu'il faut penser par soi-même, trouver son propre angle de vue sur les choses. Et cet enseignement iconoclaste a pour effet de donner aux élèves le courage de vivre, le désir d'essayer d'autres conduites, même s'ils ont peur et si parfois cela se termine tragiquement.

Lorsque les systèmes sociaux se décomposent, les philosophes et les poètes mettent en avant une *morale du présent*: se réjouir des bonheurs les plus simples, ne pas chercher la gloire ou la fortune, chercher la mesure et l'équilibre, garder la lucidité, ne pas nuire à autrui, telles sont quelques-uns des principes qu'il convient sans doute de pratiquer afin d'être capable de les transmettre.

Notre deuxième tâche consiste, comme les humanistes, à réinventer notre histoire, faire engendrer Goliath par Atlas, pour que les enfants de demain se sentent descendants de l'Europe, voire de l'humanité et non de la Gaule, de la Germanie ou de la Bretagne. L'Europe a une histoire commune qu'elle doit se raconter pour inventer son avenir.

Les familles réinventent leur histoire en thérapie, nous avons à réinventer l'histoire du monde pour ceux qui nous suivent, pour qu'ils puissent inventer leur chemin.

Isabelle Orgogozo
9, place de Breteuil
F-75007 Paris

INTERACTION DU CHAMP SOCIAL ET DU CHAMP JUDICIAIRE*

Jean-Jacques PENAUD**

Résumé: *Interaction du champ social et du champ judiciaire.* – Le droit des mineurs est le produit dialectique de la rencontre entre le Droit et les Sciences Humaines, celles-ci remettant en cause les principaux caractères de la justice. Ainsi sont mises en évidence des boucles interactives telles que: Mineurs en danger \rightleftarrows Mineurs délinquants, qui révisent fondamentalement le couple sanction/répression, tandis que l'importance du contexte socio-familial est prise en compte. Face à la décision d'aide contrainte, le juge des enfants évolue – avec des équipes éducatives – entre une demande sociale forte, de réponses dans l'urgence, la transparence, l'interventionnisme judiciaire et, d'autre part, la progressive émergence des droits de l'enfant, impliquant la temporisation – respectueuse du devenir de l'enfant – l'anonymat, la déjudiciarisation – respectueuse de la liberté de la famille face à ses choix existentiels. Ainsi apparaît une nouvelle logique du fonctionnement judiciaire qui répond à la crise des valeurs sociales et au choix politique (décentralisation). D'une justice imposée, à une justice négociée en lien étroit avec un travail social globalisé et territorialisé.

Summary: *Interaction of the social field and the judiciary field.* – Laws regarding minors are the dialectic product of Law and Social Sciences, as the latter challenges the principle characteristics of Justice. One can thus emphasize the following interactions: Minors under threat. Delinquent minors, who put in doubt fundamentally the penalty/repression combination, while the importance of the social and family context is taken into account. Faced with the decision of constrained/necessary help, children's magistrates – helped by educational teams – move between: – on the one hand, a strong demand for solutions, that imply immediacy, transparency and judicial intervention. – and, on the other hand, the progressive appearance of children's rights that implies temporization – respect for the child's future – anonymity and the reduction of judicial elements – respecting the liberty of the family as far as important decisions are concerned. Thus the new logic of the judicial system shows itself and responds to the crisis of social values and the political choice of decentralization. One moves, therefore, from imposed to negotiated justice, closely linked to a social policy which is globalized and based around a precise territorial area.

Mots-clés: Justice des mineurs – Pari éducatif – Mineurs délinquants et en danger – Droit de l'enfant.

Key words: Justice regarding minors – Educative bet – Minors under threat, delinquent minors – Minor rights.

Introduction

Avant de cerner l'interaction – ou plutôt les interactions – entre champ social et champ judiciaire, se pose le problème de la définition de ces deux espaces. Le

* Conférence plénière.

** Vice-président en charge du Tribunal pour Enfant de Lyon.

champ social peut-il être clairement différencié du champ judiciaire alors que tous deux sont soumis à la loi et que la question du droit est justement à l'articulation de l'individuel et du collectif ?

Le champ social est borné et traversé par la loi.

Le judiciaire est à la fois organisé par la loi comme institution sociale et chargé de l'appliquer.

Dans mon exposé, il s'agira plus particulièrement des instances sociales et de leur interaction avec la justice des mineurs. Celle-ci fait office de laboratoire et sert de microscope qui révèle ce qui se passe dans la Société.

Dans une première partie, je voudrais tenter de montrer comment le droit des mineurs a été construit à partir du dialogue entre le droit et les sciences humaines. Dans ma deuxième partie, je me risquerai à décrire comment l'évolution du champ social influe sur le champ judiciaire qui influe sur le champ social...

Première partie

I. *L'histoire de la juridiction des mineurs* ou l'émergence progressive d'un droit de l'enfance

Rappelons les principaux caractères de la justice: collégialité, impartialité, indépendance et neutralité, non-territorialisation (sinon en fonction de l'acte) et nécessité d'une défense.

Dès l'origine, la juridiction des mineurs française a été soumise à l'influence du champ social, en intégrant les avancées des sciences humaines, au point de remettre en cause certains des principes fondamentaux de la justice énoncés ci-dessus.

L'ordonnance du 2 février 1945, dont le cinquantenaire vient d'être commémoré, est le texte fondateur, une véritable charte de l'enfance délinquante. Elle-même située dans le contexte historique de rupture de l'après guerre, cette loi – toujours en vigueur – opère une rupture avec le passé, où le mineur délinquant était un «*inéducatable*», bon pour l'enfermement ou le redressement en maison de correction.

Ce texte consacre, au contraire, la prééminence quasi-absolue de la mesure éducative, sur la répression.

Le droit des mineurs a été conçu à partir du principe suivant lequel le mineur délinquant était *éducatable*, y compris s'il est auteur d'un crime (cf. l'article 20 de l'ordonnance de 1945), et qu'il n'y a pas de différence notable entre les principes d'éducation des enfants «*délinquants*» et ceux des enfants «*normaux*».

Le mineur délinquant est appréhendé dans la globalité de son histoire et de son devenir. Il est réintroduit dans la normalité éducative. L'article 2 de l'ordonnance de 1945 énonce ce formidable *pari de la Société* dans les termes suivants: «*Les mineurs reconnus coupables d'infractions pénales, font l'objet de mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation.*» Ce sont ces termes qui sont intégralement repris dans l'article 122-8 du Code Pénal entré en vigueur le

1^{er} mars 1994. Dans une période d'inflation législative, on ne peut que souligner l'*exceptionnelle pérennité* de l'ordonnance de 1945.

Du principe de la priorité accordée à l'éducatif ont découlé, la mise en place concomitante d'une juridiction des mineurs spécialisée – dont le *juge des enfants* est la clef de voûte –, et l'inscription des décisions du juge des enfants dans la *durée*: les mesures éducatives sont *révisables*, et la *continuité* de l'intervention du juge des enfants, qui suppose de sa part beaucoup de ténacité, bat en brèche le principe de la séparation des fonctions entre l'instruction et le jugement. On passe d'une justice *distributive*, qui tranche une bonne fois pour toutes, à une justice *résolutive* qui vise plutôt à résoudre les problèmes, à les dénouer.

Sous l'influence des sciences humaines, le droit pénal des mineurs, avant d'influencer à son tour celui des majeurs, a été créé en rupture avec le droit pénal classique.

Face au délinquant mineur, la Société s'est dotée d'un *juge unique* statuant en *publicité restreinte* (limitée aux éducateurs et à la proche famille) et – sinon d'une justice partielle –, du moins *personnalisé*, *peu neutre* dans la mesure où l'on attend du juge qu'il s'engage pour tenter d'enrayer l'exclusion.

Enfin, cette justice s'est *sectorisée* en fonction du domicile du mineur et non du lieu de l'infraction, son efficacité tenant à son caractère de *justice de proximité*.

La Cour de Cassation, dans un arrêt récent en date du 7 avril 1993, a confirmé que «les finalités propres à la juridiction des mineurs, la primauté des facteurs psychologiques, la recherche d'une influence sur les structures mentales du mineur, appellent entre celui-ci et son juge, une *relation singulière*, d'autant plus nécessaire que les intervenants éducatifs sont plus nombreux et plus variés; qu'en conséquence, l'unicité du magistrat, au long du cursus procédural favorable à cette relation singulière, n'est qu'une modalité parmi d'autres, de la *spécificité* procédurale nécessaire à la juridiction des mineurs».

Les Suisses n'évoquent-ils pas – quant à eux – «l'union personnelle» qui relie le mineur et «son» juge?

Paradoxalement, si l'objectif reste de protéger la Société, cette protection passe par la protection du coupable – à savoir, du mineur délinquant.

Notons enfin que le texte de l'ordonnance de 1945 n'a cessé d'être modifié par les législateurs successifs, dans un sens libéral et restrictif vis-à-vis des pouvoirs des juges des enfants (notamment les lois du 30.12.1987 et du 6.7.1989 qui ont limité ou supprimé des possibilités de détention provisoire). L'Etat a ainsi renforcé le droit des mineurs en se méfiant, non sans raison, de son juge protecteur...

Mais jusqu'en 1958, le juge des enfants était hémiplégique!

L'ordonnance du 23 décembre 1958 a étendu la compétence du juge des enfants, aux mineurs en danger, préfigurant le droit de l'enfance d'aujourd'hui. Cette ordonnance a été reprise et complétée par la *loi du 4.6.1970* sur l'autorité parentale dans un de ces chapitres sur «*l'assistance éducative*» (articles 375 et suivants du Code Civil).

La loi permet au juge des enfants, sans l'y obliger, d'intervenir lorsque «la santé, la sécurité ou la moralité d'un enfant est en danger ou lorsque les conditions de son éducation sont gravement compromises». Elle renforce la primauté d'un

dialogue individualisé et durable, qui fait du juge un « tiers humanisant » (Ph. Jeammet) chargé de veiller au respect de certaines normes sociales.

Les règles de conduite qui doivent guider le juge des enfants dans le cadre civil, sont en rupture, là encore, avec le droit antérieur :

- le principe du *maintien du mineur dans son milieu naturel*, familial, « chaque fois qu'il est possible », le placement devant demeurer l'exception ;
- l'obligation pour le juge de *s'efforcer de rechercher l'adhésion* de la famille ;
- les *parents restent titulaires de l'autorité parentale*, même en cas de placement. On sort du registre de la substitution aux « mauvais » parents, incapables et fautifs.

Dans sa tâche, le juge des enfants est assisté d'équipes éducatives multidisciplinaires auxquelles il fixe une mission, avec obligation d'un compte-rendu. Dès lors, ce n'est plus seulement une *justice imposée*, mais aussi une justice négociée, qui est voulue par le Législateur.

Enfants victimes et enfants coupables relèvent d'une même prise en charge et d'un seul et même juge. Ne sont-ils pas bien souvent le recto-verso d'une même histoire : combien d'enfants victimes de sévices commettent des actes de délinquance, et combien de délinquants ne sont-ils pas en danger et en souffrance dans leur milieu familial ?

Désormais compétent en matière de délinquance et d'enfants en danger, le juge des enfants est chargé d'appliquer *un droit unifié* qui tend à la protection de l'enfance. Il peut également intervenir pour la protection des jeunes majeurs, entre 18 et 21 ans, qui en font la demande, et même dans la gestion des allocations familiales, lorsque les pères et mères n'utilisent pas ces allocations « dans l'intérêt exclusif » des enfants.

Son pouvoir, important, voire exorbitant, doit amener le juge des enfants à veiller scrupuleusement au respect des règles de procédure. Ce sont les règles de forme qui sont garantes du respect des libertés individuelles.

Le Législateur a changé notre regard sur les catégories « enfance délinquante » ou « enfance en danger » : la loi voit *d'abord un enfant*, un enfant à protéger qui a droit à l'éducation.

La loi sur l'assistance éducative restitue le mineur dans son environnement familial immédiat : il est soumis à l'autorité de ses père et mère qui ont pour fonction de le protéger. La justice des mineurs ne peut faire fi du *contexte* de vie du mineur et des interactions entre le mineur, sa famille et les diverses institutions et acteurs sociaux qui interviennent dans sa vie.

Souvent perçue comme une, de l'extérieur, la justice des mineurs est une entité complexe où, à côté du juge des enfants, du juge d'instruction des mineurs du tribunal pour enfant, voire de la Cour d'Assises des mineurs, le parquet – par le biais de son substitut des mineurs – exerce un pouvoir d'opportunité des poursuites au pénal et de saisine au civil, en dehors des saisines provenant directement des parents gardiens ou tuteurs ou du mineur lui-même. Le substitut des mineurs agit à l'interface de la demande de la Société (services sociaux, hôpitaux, écoles,

police, gendarmerie...) et des garanties du judiciaire. En cas d'urgence, il a les mêmes pouvoirs que le juge des enfants, et peut notamment placer un enfant en danger – à charge pour lui de saisir le juge des enfants dans les huit jours. Sa décision n'a qu'une valeur administrative. Il doit s'assurer de la régularité des procédures pénales de la police et de la gendarmerie dont il assure le contrôle, dans une perspective de recherche de la vérité, en particulier dans les procédures enclenchées contre les auteurs de violences ou de sévices contre les enfants. La protection des mineurs peut passer par la sanction pénale des adultes, mais aussi par l'ouverture simultanée ou alternative d'une procédure d'assistance éducative, dont l'objectif ne visera pas tant la recherche de la vérité que le *changement des relations intra-familiales* en vue de permettre aux parents de jouer leur rôle protecteur vis-à-vis de leurs enfants, et de mettre ainsi ces derniers hors de danger.

Le juge des enfants dispose, dans ce cadre, d'un outil de travail paradoxal: «l'aide contrainte», qui doit viser à mobiliser les ressources de la famille même si celle-ci a souvent perdu confiance dans ses capacités à surmonter les crises, à clarifier le rôle et la place de chacun.

Deuxième partie

II. *Aujourd'hui, comment les champs sociaux et judiciaires interagissent-ils? et quelles sont les questions auxquelles la justice des mineurs se trouve confrontée?*

Instance de régulation de la Société, la justice des mineurs, comme toute justice, est vivement interpellée par la mutation de la Société. On assiste actuellement à une crise de société et notamment à une crise des valeurs: remise en cause de la *valeur famille* et de la *valeur travail*. La loi du 25.7.1994, relative à la famille, réaffirme solennellement dans son article 1^{er} que «la famille est *une* des valeurs essentielles sur lesquelles est fondée la Société. C'est sur elle que repose l'avenir de la Nation.»

Traditionnellement, *l'école* et la *famille* furent les deux lieux privilégiés de la socialisation. Or, le modèle classique, celui de la socialisation au sein de la famille nucléaire stable, à travers un parcours scolaire sans faille ni retard, au milieu d'une société fortement intégrée, n'est plus de mise... Famille et école sont ébranlées par l'élargissement de leurs frontières traditionnelles et par des crises internes. La crise du rôle paternel, notamment, peut expliquer en partie le désarroi des jeunes, abandonnés à leurs propres ressources et en quête de sens. L'effacement du père porte un coup sévère à la fonction parentale. A l'inverse, lorsque le père intervient dans le monde de l'enfant, il incarne une certaine idée de la Loi, et fait pénétrer celui-ci dans l'univers de la justice.

Le poids du *chômage* s'accroît, ainsi que la pauvreté, la solitude et la précarité. La formation professionnelle n'est plus le moyen privilégié de la réadaptation sociale.

Dans une société qui privilégie *l'individualisme* et le repli sur soi, il n'y a plus de modes de références, sinon la réussite par l'argent érigée en valeur essentielle.

Les mécanismes de solidarité semblent en panne et – faute de légitimité intermédiaire – le consensus social se fissure.

L'Etat-Providence ne parvient plus, à lui seul, à assurer la cohésion sociale. La «*fracture sociale*» touche de plein fouet les individus les plus vulnérables et tout spécialement les jeunes des banlieues et les populations immigrées. Comment s'étonner de la banalisation de la violence qui se tourne contre les forces de l'ordre, de la précocité de la délinquance juvénile et de la montée, au-delà de la *délinquance symptôme*, où l'agi l'emporte sur la parole, de ce que l'on a nommé la *délinquance d'exclusion*? Celle-ci touche une minorité importante, non intégrée, sinon à ses codes, à ses valeurs, à son territoire.

Face à ces problèmes complexes, quelques solutions simples – voire simplistes – ont été récemment avancées :

- *le déplacement des familles dites « délictueuses »* ou indésirables, – ou comment déplacer le problème pour le résoudre ;
- *le dépaysement des jeunes délinquants* issus des banlieues, comme moyen de lutte contre le sentiment d'insécurité, – ou le retour au placement sanction, châtiment ;
- *l'interdiction de la mendicité*, qui frappe surtout les jeunes en difficulté, des jeunes d'abord malades de la société des adultes, – ou la tentative de mettre fin à la pauvreté par arrêt.

A travers ces propositions, il semble que l'essentiel soit l'apparence de l'ordre. Forte est la tentation de faire disparaître les traces les plus visibles de ce qu'il est convenu d'appeler la fracture sociale.

C'est dans ce contexte que la justice des mineurs se trouve confrontée à des courants d'idées très en vogue dans le champ social :

- *l'urgence* et la *lisibilité*;

ainsi qu'à des problèmes de fond :

- la nécessité ou non, de *déjudiciarisation* alors que la demande de droit et de justice ne cesse de croître ;
- le développement des *droits de l'enfant* : l'esprit des réformes récentes du droit de la famille a conduit le législateur à se désengager à l'égard de la famille, laissant aux individus le choix de leur modèle familial, et à concentrer son attention sur l'enfant – jusque-là trop partie inhérente de la famille – avec laquelle il ne formait qu'un ;
- *la territorialisation de l'action sociale globale*, dans le cadre de la *décentralisation*, mise en place en France depuis plus de dix ans. Le rôle et le statut des professionnels, qui ont succédé aux bénévoles, et aux philanthropes, est en pleine mutation.

1. *L'urgence, ou la négation du temps et de la durée*

Face au développement de la violence urbaine et à sa banalisation, on attend de plus en plus de la justice, une réaction immédiate, voire une réponse dite « en temps réel ».

Le développement de ce courant est sans doute à resituer dans cette culture de l'*immédiateté*, de l'*instantané* sur laquelle repose la logique de marché. C'est la montée en puissance de la notion d'urgence qui gagne l'ensemble du champ social. Si l'action en urgence est bien nécessaire – voire indispensable – la question est de savoir, comme l'a souligné le sociologue Zaki Laidi, comment «la socialisation de l'urgence mine l'idée de projet... Partout où la logique de l'urgence s'incruste, elle diffère la solution des problèmes de fond. Et ceci, aussi bien pour l'humanitaire, que pour les actions en faveur des banlieues.» La justice, elle-même taxée de lenteur, parfois à juste titre, est tentée par la réponse en urgence. Elle croit ainsi répondre aux attentes sociales et vise à être performante dans le *réel*.

Or, le refus du différé, du moins pour la justice du siège, lui fait perdre toute souveraineté sur le temps, et fait disparaître la *symbolisation* inhérente à l'acte de juger. C'est le temps qui permet de maîtriser la réalité.

Le procès en lui-même reconstitue le temps, organise le redoublement du réel (l'expression est de A. Garapon) et donne une réponse *médiatisée* et non immédiate. Le droit de l'enfance suppose une réponse différée, par rapport au passage à l'acte, et la reconnaissance de la particularité du temps de l'enfance et de l'adolescence, avec son apprentissage par essais et erreurs, le temps de la construction de la personnalité et de l'accès à la citoyenneté.

La réponse en urgence est, au contraire, une réponse sans délibération, une réaction sans parole, le contraire de l'acte de juger. L'urgence, c'est la victoire de l'évidence, la mort de la justice qui suppose le respect d'une procédure, d'un processus qui débouche sur un débat contradictoire.

La décision judiciaire est indéterminée par nature. Elle est *aléatoire*. La surprise doit toujours être possible. Le juge doit être capable de changer d'avis et de se laisser remettre en question.

2. *La lisibilité, ou l'obligation de transparence*, dans une société de plus en plus médiatique où ce qui est vrai, c'est ce qui est «vu à la télévision».

Le deuxième reproche adressé à la justice des mineurs, est sa non-lisibilité, sa non-visibilité. Comment rassurer une opinion publique prise à témoin: que fait la Justice ?

Notre temps n'aime pas bien les secrets, et une nouvelle morale – la morale à transparence absolue – prédomine désormais. Or, si la transparence est un instrument de la démocratie, elle ne saurait être transformée, sans danger, en un nouveau dogme.

Autant il paraît souhaitable que la justice des mineurs soit mieux connue dans son fonctionnement, autant il importe de respecter le droit à l'anonymat de chaque mineur délinquant ou en danger et de sa famille, si l'on veut préserver l'objectif légal d'intégration des plus démunis dans la société.

En faisant le choix de l'éducatif et de la confidentialité, la société a relevé un défi et pris des risques, car à éduquer sans risque, on risquerait de ne pas éduquer.

Encore s'agit-il d'un moindre risque par rapport à la solution classique de l'enfermement qui ne fait qu'alimenter le sentiment d'exclusion et ne résout le problème que le temps de l'enfermement.

3. *L'oscillation entre juridiciarisation et déjudiciarisation*

En fait, la demande sociale est ambivalente : les citoyens demandent à l'Etat de recomposer le lien social et revendiquent la protection du juge, vécu comme substitut paternel.

Dans le même temps, ils ont une grande soif d'autonomie et de souveraineté, à la recherche d'un équilibre entre l'interventionnisme par rapport à l'enfant et à sa famille, et l'arbitrage le plus neutre possible entre les droits des individus.

Face à cette évolution, la justice des mineurs encourt deux écueils : elle pourrait être victime de son succès, ou bien victime du rejet de ce qui fait sa spécificité.

- Première hypothèse : la judiciarisation des politiques sociales

Les citoyens – mais aussi les instances sociales désorientées – en appellent de plus en plus au juge et au pouvoir magique qu'on lui prête... C'est la demande de «*rappel à la Loi*». Ces deux termes accolés sont un bon exemple de mélange des genres, de confusion entre le champ judiciaire – qui est celui du rappel *de* la Loi et de l'interdit –, et le domaine de la Loi symbolique qui traite du rapport *à* la Loi.

Le juge des enfants doit se montrer vigilant face à l'inflation des saisines judiciaires en matière d'assistance éducative, et s'en tenir à l'application stricte des règles de droit, sous peine d'être réduit à l'inefficacité, et englouti par la demande sociale.

Ainsi, le juge des enfants ne peut se contenter de se reconnaître juridiquement compétent, dans le seul but de «confronter la famille à la loi». Autrement dit, trop de justice tuerait la justice.

La juridiction des mineurs emprunte au modèle d'une justice «tutélaire» (D. Salas), celui d'une justice humanisée, s'appuyant sur des équipes éducatives spécialisées, avec le risque du paternalisme, et au modèle «légaliste» soucieuse du respect des droits de la défense et de l'organisation d'un débat contradictoire de qualité, avant toute décision.

Un mouvement de retour au droit se dessine, pour que cette justice informelle ne devienne pas informée.

Plongée dans les normes sociales – et alors que les normes les plus diverses coexistent aujourd'hui –, la justice doit éviter de s'y noyer.

La loi confère au juge un pouvoir d'immixtion dans les relations familiales dans des cas bien limités, car il ne doit pas porter atteinte à une liberté fondamentale : le droit pour chaque famille de mener le genre de vie qui lui plaît, d'éduquer ses enfants selon ses croyances ou son absence de croyances. La procédure d'assistance éducative possède le double caractère d'assistance réclamée par les parents, mais surtout, d'une assistance imposée par l'Etat. Elle se veut à la fois instrument de protection de l'enfant et de prévention de la délinquance.

Quand on dit des décisions judiciaires qu'elles ont «force de loi», cela rappelle que le droit est toujours une force, une force autorisée qui vient faire barrage à la loi de la force.

C'est dire l'importance de la qualité du contrôle social mis en place lorsque celui-ci s'impose, et de la manière dont les acteurs l'exercent.

- Deuxième hypothèse: la déjudiciarisation

Ce courant est encouragé par la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (article 40-3) qui craint la stigmatisation de l'enfant par son passage en justice. Sont préférés avant tout, les mécanismes de régulation des conflits par les intervenants sociaux. La justice ne doit alors intervenir qu'en tout dernier recours. D'où le développement des *médiations* extra-judiciaires, tant sur le plan civil que pénal.

La systématisation de ces traitements sociaux pourrait aboutir, à terme, à la suppression de l'actuelle juridiction des mineurs. Certains rapports récents dénoncent la dérive sanitaire et sociale de la justice. Il est à craindre que le juge ne soit « recentré » sur sa mission traditionnelle : définir s'il y a délit ou pas, et en assurer la répression, privilégier de nouveau l'acte sur la personne.

Pourtant, la justice pénale des mineurs, tout en préservant les garanties fondamentales de la justice, a su mettre en place, depuis peu (loi du 4.1.1993), des procédures « d'aide et de réparation » directe (au profit de la victime) ou indirecte (au profit de la collectivité).

Ces mesures s'inscrivent naturellement dans le registre de l'éducatif. L'accent est mis sur la responsabilité du jeune qui a commis un délit, sur la reconstruction du lien avec l'autre et avec la société. Après le rappel des faits, car il n'est pas question d'annuler l'acte commis, la procédure permet un travail sur la culpabilité, la socialisation, la réparation, sur l'éducation.

4. *L'émergence des droits de l'enfant*

C'est à partir de la fin du XIX^e siècle qu'avec le mouvement libéral, le père n'est plus intangible dans sa famille et que l'Etat de droit donne le droit à l'Etat de s'ingérer dans la vie familiale. Aujourd'hui, le développement de la notion de droits de l'enfant fait encore figure de nouveauté: le mineur n'est pas seulement (mais il le reste) un sujet faible à protéger, mais aussi un sujet de droit. Bien que juridiquement incapable, il peut – dans le cadre de l'assistance éducative – déclencher sa propre protection en saisissant lui-même le juge des enfants, il peut être assisté d'un avocat et faire appel des décisions rendues. L'enfant a droit à la parole qu'on ne saurait confondre avec le droit à la décision.

On ne doit pas perdre de vue la notion d'enfance, et éviter toute démagogie et déresponsabilisation des adultes – et notamment des parents – vis-à-vis des mineurs.

L'avocat spécialisé n'est pas le défenseur de l'intérêt des mineurs, mais son *porte-parole*. Technicien du droit et garant de la légalité, il offre également un contre-pouvoir à celui du juge et des instances sociales. Il peut contribuer à faire tomber le mythe de la fusion des intérêts du mineur, des parents et de la société.

5. *La décentralisation et ses conséquences*

L'action du juge des enfants – représentant de l'Etat – s'inscrit aujourd'hui dans le nouveau contexte de la décentralisation mise en place depuis 1983, et qui transfère la compétence de la DDASS-Etat, aux départements. Dans une période de crise économique, la légitimité de l'Etat semble affaiblie. Les financeurs s'inquiè-

tent de la charge éducative, du poids croissant de la facture sociale, de la multiplication des acteurs et du saupoudrage des interventions.

Les familles socialement concernées n'ont guère la capacité d'expression qui leur permettrait de peser dans le débat, bien que le législateur ait initialement visé la mise en place d'une plus grande solidarité de proximité.

Face à la nouvelle légitimité du Conseil Général, la loi (1983 et 1986) a préservé l'indépendance du juge des enfants, en créant des dépenses obligatoires, à la charge du département: pour la plupart, des mesures d'assistance éducative qu'il prononce. Il a dû déroger, pour cela, à la règle générale «qui paye commande».

La loi du 6.1.1986 a également limité dans le temps (deux ans maximum mais renouvelable) la durée des mesures éducatives.

On peut constater l'intervention croissante du législateur dans le champ social. Ainsi la *loi du 4.1.1984* est venue renforcer le *droit des usagers* dans leurs rapports avec les services de l'Aide sociale à l'Enfance, et clarifier – en le limitant – le domaine de compétence des Conseils Généraux: ils ne peuvent agir qu'avec l'accord des familles et sans porter atteinte à l'autorité parentale. Ils sont tenus de les informer de leurs droits.

A l'inverse, la *loi du 7.7.1989* sur *l'enfance maltraitée* a accru la responsabilité du Président du Conseil Général dans le domaine de la formation, de l'information, du traitement et du signalement des situations de maltraitance.

De plus, le nouveau Code Pénal – entré en vigueur le 1.3.1994 – renforce la responsabilité personnelle des travailleurs sociaux et des médecins tenus au secret professionnel, en les autorisant à dénoncer les faits de maltraitance, sans les y contraindre toutefois, mais à condition alors de respecter l'obligation valable pour tout citoyen de porter secours aux enfants en danger.

Libre de modifier l'organisation de ses services, chaque Conseil Général est néanmoins soumis à la loi commune.

Dans les faits, on constate une volonté de *globaliser le travail social* qui est encouragée par le législateur (cf. article 40 CASF) et de *territorialiser* l'action sociale.

Un changement est en cours: autrefois, les travailleurs sociaux devaient aider dans le long terme quelques exclus. Aujourd'hui, ils doivent aider dans l'urgence une masse d'exclus de longue durée, sur un territoire donné.

La politique de la ville va également en ce sens-là.

Conclusion

Dans cette nouvelle donne, la place du droit et le maintien de la spécificité de la juridiction des mineurs, est un enjeu important. Souvent utile et utilisée par les services du Conseil Général, elle offre un contrepoids à cette administration, et se doit de statuer *au cas par cas* sans être tributaire de la gestion d'un contentieux de masse.

La somme des décisions rendues n'en définit pas moins une politique globale, qui sert de repère, tant aux familles qu'aux acteurs sociaux.

Le juge des enfants assume une fonction de régulation des droits et des garanties des libertés individuelles: il doit chercher le point d'équilibre entre le respect

des droits et devoirs liés à l'autorité parentale, et la protection de l'enfance, ainsi qu'entre les droits de la famille face aux intervenants sociaux.

Intervenant souvent en dernier recours, en bout de chaîne, le juge des enfants doit favoriser l'intégration ou la réintégration de l'enfant dans la société, en permettant à la famille de retisser les liens qui se sont dénoués, ainsi qu'en facilitant la relation de ces familles en difficulté avec la société.

Engagée dans une action individualisée et individualisante, la justice des mineurs en interaction constante avec le champ social, doit prendre appui sur un *maniement rigoureux de la loi* et trouver la distance «suffisamment bonne». Cette justice de proximité ne doit pas sombrer dans une justice de promiscuité, ni se laisser fasciner par les réponses en urgence et médiatisées.

La confrontation à la limite, la nomination des interdits et l'apprentissage des règles de vie en société, ne peuvent se faire pour les mineurs qu'à travers une relation «singulière» où le respect du droit va de pair avec l'apprentissage du respect de la personne.

Commencée dans le bureau du juge, cette relation va se poursuivre sous son contrôle et son autorité, par le biais de rencontres régulières avec une équipe éducative qui devra créer un espace de confiance dans un cadre contraignant.

Conjuguer la loi et le lien, le judiciaire et l'éducatif, «articuler le principe d'impersonnalité des lois et l'application individualisée, combiner la représentation du sujet de droit et du sujet psychologique» (D. Salas et A. Garapon), tel est le pari audacieux de la justice des mineurs.

Jean-Jacques Penaud
Président de la Cour d'Appel des Enfants
Cité judiciaire
Rue Servient
F-69003 Lyon

BIBLIOGRAPHIE

Garapon A., Salas D., (sous la direction de) (1995): *La justice des mineurs. Evolution d'un modèle*
Editions Bruyant, L.G.D.J., Paris.

HEURTS ET MALHEURS DES INTERVENTIONS MÉDICO-SOCIALES*

Odette MASSON

Résumé: *Heurs et malheurs des interventions médico-sociales.* – Les intervenants en médecine psychosociale ne sont pas à l'abri d'exercer envers leurs patients des formes de comportements maltraitants décrites jusque là dans les relations parents-enfants. Des abus envers les malades peuvent être le fait d'intervenants isolés ou résulter de lacunes d'exploitation des ressources des réseaux de soins. Deux situations sont rapportées avec, dans un des cas, une reprise évolutive liée à un important changement des modalités thérapeutiques.

Summary: *Fortune and misfortune in psychosocial interventions.* – Psychosocial caretakers are not under cover of having an abusing behaviour towards their patients. Patients abuse can take all forms of mistreatment known of in dysfunctional relations between children and parents. It may occurred with an individual caretaker or be determined by underexploitation of the networks resources. Two situations are described with, in one case, an amelioration linked to an important change in the therapeutic modalities.

Mots-clés: Engagement thérapeutique – Continuité des soins – Fonctionnements des réseaux de soins – Mauvais traitements envers patients – Aggravations induites par les soins.

Key words: Therapeutic engagement – Therapeutic continuity – Network's functioning – Patient's ill-treating – Therapeutic induced deteriorations.

Les violences des patients, envers eux-mêmes ou autrui, ont des fonctions diverses: décharge de sentiments de désespoir, de vengeance, recherches d'attention, appels à l'aide, demande de réparations d'agressions subies, souvent dès l'enfance. Ont recours aux violences des sujets qui ont de la peine à s'exprimer verbalement et d'autres, qui ayant communiqué leurs détresses, n'ont pas été entendus ni aidés (16). Les réponses apportées par des soignants individuels ou alliés en équipe ou en réseaux peuvent en effet atténuer, calmer les violences, les perpétuer ou les aggraver.

Tout un pan de la recherche psychiatrique a été consacré dès les années 1950 à l'étude de facteurs opérant dans les systèmes soignants, qui stimulent chez les patients des évolutions positives, ou qui, au contraire, peuvent entraîner des détériorations. Ces travaux ont d'abord centré l'intérêt sur les thérapies individuelles et

* Conférence présentée le 14. 9. 1995 au symposium «Violence des patients, violence des soins». Modératrice: M. Christen. 8e Journées Francophones de Thérapie Familiale, 13-16 septembre 1995, Université Catholique, Lyon, Louvain.

de groupe (13, 22), pour l'étendre ensuite aux fonctionnements des réseaux de soins (1, 3, 6, 8, 9, 11, 19) et à ceux des institutions éducatives (25, 21). Bien que ces champs de réflexion et de recherches ne soient pas trop évoqués dans les enseignements, ils n'en constituent pas moins une base essentielle pour les formations initiale et continue de tous les professionnels de la santé.

Les soins peuvent prendre des tournures violentes de différentes natures. Des intervenants transgressent la loi en refusant leur assistance à des personnes en danger ou en exploitant sexuellement des patients mineurs ou adultes. Selon des recherches récentes, 10 à 17% des soignants reconnaissent agir leur sexualité dans des contacts avec des patients (20). D'autres formes de carences et violences soignantes, sans tomber sous le coup de la loi, entraînent néanmoins des effets très négatifs. Dans le domaine de *l'évaluation*, des diagnostics posés rapidement sur des anamnèses succinctes, sans attention pour la signification des symptômes et les contextes dans lesquels ils s'inscrivent, peuvent à eux seuls être à l'origine d'une dérive des soins. L'évaluation enrichissante pour le traitement, est en effet celle qui est revue régulièrement en se fondant sur les aspects co-évolutifs de l'ensemble patient-soignants. Quant à certaines *modalités de soins* qui s'accompagnent d'effets chronifiants, elles sont basées sur des présupposés idéologiques, qui reviennent en force, comme celui de l'hérédité de toutes sortes de syndromes, accompagnées de croyances sur leur intraitabilité; elles conditionnent alors des pratiques qui négligent, y compris pour de très jeunes patients, l'accompagnement psychothérapeutique. A de premiers accès psychotiques, il est répondu par des chimiothérapies lourdes avec mise immédiate en statut d'invalidité, alors que des travaux ont démontré la possibilité d'obtenir de meilleurs résultats en associant avec ou sans hospitalisation, chimiothérapie et psychothérapie (5, 14).

La discontinuité des soins est une forme carençante d'attention qui a des effets très destructeurs. De même la persistance d'attitudes et usages psychothérapeutiques est à l'origine de bien des échecs: éviter de cerner les problèmes, de fixer des objectifs de traitements et d'évaluer les effets des soins, ne pas s'impliquer en restant «passif, réflexif, inactif, silencieux et méfiant», sont autant de moyens pour ne pas aider les patients (10).

En fait, toutes les catégories de mauvais traitements décrites à propos des familles, se retrouvent dans des comportements soignants: carences et négligences, mauvais traitements physiques lorsque hospitalisations et médicaments sont utilisés trop lourdement; maltraitements psychologiques par incompréhension des situations des patients, abus sexuels. On les appelle maltraitements socio-institutionnelles. Améliorer les effets des activités soignantes est possible en donnant plus d'attention à ces phénomènes.

Deux exemples cliniques soutiennent la réflexion qui va suivre sur des modes de fonctionnement des systèmes de soins s'accompagnant de détériorations de l'état des patients, et sur d'autres pratiques qui favorisent des reprises évolutives.

Les patients victimes de maltraitements socio-institutionnelles, voient souvent leurs problèmes DÉLÉGUÉS d'une institution à l'autre; ils effectuent ainsi des voyages en zigzag dans le réseau de soins, délivrent à chaque station quelques

informations sans susciter d'intérêt suffisant pour nouer une alliance thérapeutique. Ces pratiques sont marquées par le manque d'implication professionnelle, des lacunes de formation ou l'inexpérience des intervenants, l'exploitation socio-affective, financière aussi, de la souffrance d'autrui.

Voici le long périple de **Maurice**. Né d'une mère et d'un père profondément perturbés, tous deux sévèrement maltraités durant leurs enfances, il est âgé de deux ans lorsque ses parents divorcent. Le jugement prévoit une garde alternée avec changement hebdomadaire de foyer, sans considération pour l'âge de l'enfant, qui l'empêche de constituer des repères et de vivre des échanges assurant une cohérence à la construction de sa personnalité. Maurice est âgé de quatre ans, lorsque le pédiatre le fait entrer dans une garderie en raison de troubles du sommeil et du comportement. En même temps, un pédopsychiatre pose le diagnostic de psychose infantile et indique un traitement individuel, dont seules quelques séances auront lieu. Durant la même année, un second pédopsychiatre intervient. Il propose un traitement individuel à la mère, un autre à l'enfant. Le père, décrit comme un homme rigide, se dit opposé à tout traitement, persuadé qu'il est du bon état de santé de son fils. Il n'est en conséquence pas impliqué. Un troisième pédopsychiatre supervise ce complexe d'interventions. Cette phase dure deux ans.

Agé de sept ans, Maurice entre à l'école primaire. L'enseignante s'alarme de la gravité des troubles du comportement de l'enfant. Il frappe sa tête contre les murs, est triste, ne maîtrise pas ses émotions, ne joue pas avec ses camarades. La psychologue de l'école veut parler aux parents, mais essuie le refus du père. Rien ne se passe. Un an plus tard, la mère signale à l'enseignante les violences de son fils à la maison. Il s'est mis à la frapper. La psychologue scolaire reprend son observation: Maurice est intelligent et a, jusque-là, conservé ses facultés d'apprentissage. Cependant des symptômes inquiétants se manifestent que la psychologue relie à une situation de grande carence affective: bizarreries du discours, idées de persécution et forte agitation psychomotrice. Avec l'aide d'un adulte qui le cadre, Maurice parvient à se maîtriser. L'enfant est alors adressé à un quatrième pédopsychiatre, dépendant comme les trois précédents du même service universitaire. Aucune mesure n'est instaurée. La mère appelle la Main Tendue, qui lui indique une institution jusque-là non-impliquée dans la situation, l'AEMO, dont un délégué rencontre la mère quelques fois. Durant la même année, le quatrième pédopsychiatre confie l'enfant au troisième, qui l'adresse à un cinquième collègue institutionnel avec l'indication d'entrée dans un hôpital de jour. Le pédiatre, dont l'enfant n'a pas changé, travaille indépendamment des autres intervenants. Devant le désarroi de la mère, il l'adresse à un sixième pédopsychiatre, privé celui-là, qui, avec un septième collègue, privé lui aussi, recevra en séances conjointes les parents de Maurice pendant les deux années suivantes. Maurice est vu en séances individuelles par un des médecins, la mère par l'autre. Apprenant que l'enfant est en traitement en privé, les psychiatres institutionnels se retirent de la situation. Toujours au cours de cette même année, la mère entre à l'hôpital psychiatrique. L'enfant vit chez son père, tandis que la mère reste détentrice du droit de garde. L'état de la mère ne s'améliore pas. Elle sort de l'hôpital puis y retourne, pour être adressée ensuite à un centre de jour.

Maurice est âgé de dix ans, lorsque l'enseignante signale sa situation au directeur de l'école. Le garçon s'auto-mutile, se tape la tête contre les murs, menace de se suicider, agresse ses camarades, est débordé par ses émotions. Une deuxième psychologue examine l'enfant et tente de voir le père qui refuse tout contact, déclarant toujours bonne la santé de son fils. Le mauvais travail des enseignants est, selon lui, responsable des problèmes de Maurice à l'école. La mère garde l'espoir de trouver de l'aide. Elle s'adresse à un assistant social d'un service de protection de la jeunesse qui, sans solliciter de mandat, se joint au groupe des intervenants. Simultanément la thérapeute qui est chargée de soigner la mère au centre de jour cherche à faire une évaluation globale, dia- et synchronique de la situation. Elle prend contact avec tous les professionnels concernés qui, jusque-là, ne s'étaient pas concertés. Elle rencontre aussi l'enfant avec sa mère. Affligé d'une constante agitation psychomotrice, Maurice refuse d'entrer en contact visuel et verbal avec l'examinatrice. Débordé par une très forte anxiété, il tient des propos agressifs et par moment bizarres. La mère reste passive devant le comportement de son fils. Elle dit toute son impuissance éducative et se réfère à sa propre enfance désolée pour expliquer son désarroi. Elle et son ex-mari se disqualifient mutuellement auprès de l'enfant, sans pouvoir lui témoigner ni tendresse, ni fermeté éducative.

La thérapeute propose alors aux co-intervenants l'instauration, sous protection tutélaire, d'une mesure de placement thérapeutique dans un milieu d'accueil éducatif professionnel stable à effectif restreint. Le pédiatre émet l'avis qu'il est trop tard pour enrayer une évolution pathologique et refuse son concours à une demande d'intervention tutélaire, seule capable, vu la non-collaboration du père, d'instaurer des mesures de protection. Les psychiatres et l'assistant social du service de protection de la jeunesse partagent l'avis du pédiatre et «accusent» la dernière intervenante «de vouloir sauver l'enfant». Ils ajoutent qu'elle «doit avoir elle-même des problèmes». On a là un exemple d'une manœuvre habituelle dans les réseaux de soins. Les professionnels qui se préoccupent sérieusement des malades, comme beaucoup de parents ou de tiers lorsqu'ils révèlent des situations de maltraitances envers enfants, font régulièrement l'objet d'attaques de la part d'intervenants mal formés et désimpliqués, insensibles aux détresses que vivent leurs patients. La proposition de la dernière soignante est pourtant la seule raisonnable et susceptible de protéger l'évolution de Maurice (15). Les autres intervenants font des suggestions: une hospitalisation de jour, en ajoutant qu'elle serait refusée par le père, une consultation à une instance supplémentaire dont l'inefficacité est légendaire, des entretiens espacés avec les parents qui, on le sait, n'ont eu aucun effet dans ce cas, bien que conduits pendant deux ans. Ce sont là toutes des pseudo-propositions faites par des intervenants qui baissent les bras et ne croient pas aux possibilités, pourtant réellement existantes, de soigner et de protéger des enfants à l'affectivité déstructurée par des conditions environnementales durablement déviantes et insuffisantes. A dix ans, Maurice est certes très fragilisé, mais il a conservé ses capacités d'apprentissage, ce qui est appréciable pour le pronostic. Si dans cette situation, les intervenants ne s'allient pas pour demander et obtenir une protection tutélaire, seule capable d'instaurer un traitement adéquat, l'état de Maurice s'aggraverait et ce seront plus tard des psychiatres d'adulte qui

prendront le relais, s'il est toujours en vie, vu les tendances suicidaires déjà présentes à l'âge de dix ans. Ce parcours institutionnel est exemplaire d'une façon malheureusement répandue de «traiter» des enfants vivant dans des contextes chaotiques et/ou maltraitants. L'incohérence des évaluations fragmentées, l'absence de concertation entre intervenants pour trouver des solutions tenant compte de l'évaluation globale des problèmes spécifiques à chaque situation, ont pour résultat des activités soignantes alibi, fort coûteuses en énergie pour les intervenants et en argent pour les contribuables. Les mineurs et leurs familles ainsi «traités» subissent une victimisation secondaire. Les enfants vivant dans des contextes à risque et victimes ensuite de maltraitements socio-institutionnelles développent des pathologies psychiatriques diverses, dont des troubles du comportement, des affections psychosomatiques, des évolutions suicidaires; ils connaissent aussi beaucoup d'échecs de formation (3).

L'intervenant qui reçoit une situation chronifiée telle celle de Maurice, peut et doit essayer d'enrayer le processus pathogène de délégation. Il commence par établir une relation avec le ou les parent(s) pour évaluer de façon globale, dia- et synchronique, dans quel réseau relationnel, familial, social et soignant, s'inscrivent les difficultés actuelles. Le ré-étiquetage indispensable de la problématique implique aussi un examen individuel approfondi du patient identifié; il s'agit par ailleurs de comprendre comment ses comportements symptomatiques activent le dysfonctionnement du groupe familial et celui du réseau de soins. Font partie de cette évaluation, l'examen minutieux des transactions entre membres du réseau soignant et membres de la famille, l'analyse des échanges ou lacunes d'échanges entre intervenants concernant la situation, le compte des mesures proposées, l'examen de leur application et de leurs effets, ainsi que les conditions actuelles d'applicabilité et d'opérativité de nouvelles mesures thérapeutiques. Se rendre compte que des traitements effectués jusque-là n'ont pas eu les effets attendus, est évidemment important pour ne pas réitérer des propositions de même nature. Dans le cas de Maurice, les intervenants qui persistent à prescrire des entretiens avec les parents, semblent oublier que deux ans d'efforts dans le domaine n'ont pas empêché la détérioration de l'état de l'enfant. Lorsqu'ils projettent d'en appeler à une instance supplémentaire, ils continuent à baliser le chemin de croix parcouru depuis huit ans déjà par le garçon. La dérive de la situation est due à de multiples facteurs. Le plus important est lié à la non-participation du père qui ne reconnaît pas la souffrance de l'enfant. S'occuper de ce père, maltraité pendant son enfance, constitue une condition première pour la traitabilité de cette situation. Quant à la mère, détentrice du droit de garde, elle peut, soutenue, solliciter elle-même une intervention tutélaire, protectrice pour son fils. Elle frappe en effet à toutes les portes pour demander des soins pour lui, en étant consciente de ses difficultés à assumer ses tâches parentales. Son souci ne semble pas jusque-là avoir été assez valorisé. Il paraît au contraire avoir été plutôt considéré comme pathologique.

Chaque situation chronifiée mérite ainsi une réflexion approfondie qui, outre l'analyse des symptômes et des transactions familiales, évalue aussi les fonctionnements de l'ensemble patients-soignants et du réseau. Les responsabilités des échecs d'interventions sont en effet partagées. En imputer la part entière aux patients est courant – ils ne sont pas demandeurs, ils sont intraitables, manipulateurs, etc. –,

mais ne donne guère de chances d'améliorer les effets de l'action psychosociale (16). Repérer nos erreurs et nos oublis, nos difficultés à rassembler les compétences des intervenants pour mieux entendre et suivre les patients, fait partie du travail de routine. La figure 1 énumère quelques-uns des comportements professionnels entravant les activités médico-sociales. La figure 2 donne une image des lacunes d'évaluation et d'action dans la situation de Maurice.

Il y a heureusement des situations de violences des soins qui, même déjà chronifiées, sont réversibles. C'est le cas notamment de celles qui peuvent être reprises et traitées par un seul thérapeute, pour autant que celui-ci dispose des compétences et témoigne de l'engagement nécessaires.

DÉTECTION	
- Refus d'entrée en matière, d'investir	
- Refus de signalement	
- Signalement tardif	
ÉVALUATION	
- Investigations insuffisantes, incomplètes (pas d'investigation à domicile, père laissé de côté, etc.)	
- Evaluation inadéquate (manque de neutralité, ignorance professionnelle, etc.)	
- Pas d'évaluation multidisciplinaire, enquêtes multiples juxtaposées	
ACTION	
- Indécision, pas d'instauration de mesures (ex: refus de judiciarisation qui laisse l'enfant sans protection)	
- Délégation(s) de la situation, absence d'engagement et d'alliance	
- Inadaptation de l'action (ex: thérapie familiale comme seule mesure, alors qu'un placement est indispensable)	
- Maintien de l'enfant en contexte maltraitant	
- Non-utilisation de mesures tutélaires existantes (mandat de surveillance, droit de garde)	
- Rupture arbitraire et pathogène de mesures protectrices	
- Refus arbitraire par une instance tutélaire de prendre en compte une évaluation globale multidisciplinaire	
- Mesures fragmentées, sans cohérence par rapport à l'ensemble des problèmes Pas de suivi thérapeutique. Pas de suivi éducatif pour le mineur (p. ex.: instabilité des personnels institutionnels)	
- Placement de l'enfant dans un contexte maltraitant ou inadapté (p. ex.: institution en vase clos)	
- Renvoi définitif ou durant les congés de l'enfant placé en contexte maltraitant	
- Rupture arbitraire d'un placement	
- Maintien d'un placement inadapté	
- Multiplacements (nombre et durée)	
- Absence de suivi thérapeutique du placement adoptif, nourricier, institutionnel (ex: absence de soutien à la famille d'origine)	
- Non-accompagnement du retour dans la famille d'origine	
- L'enfant n'établit pas de relation suivie avec un adulte de référence	
- Absence d'évaluation régulière des effets des mesures	
- Négligence administrative, lenteur, perte de documents	

Figure 1: Mauvais traitements socio-institutionnels.

DÉTECTION	
- Refus d'entrée en matière, d'investir	
- Refus de signalement	
- Signalement tardif	
ÉVALUATION	
- Investigations insuffisantes, incomplètes (pas d'investigation à domicile, père laissé de côté, etc.)	X
- Evaluation inadéquate (manque de neutralité, ignorance professionnelle, etc.)	X
- Pas d'évaluation multidisciplinaire, enquêtes multiples juxtaposées	X
ACTION	
- Indécision, pas d'instauration de mesures (ex: refus de judiciarisation qui laisse l'enfant sans protection)	X
- Délégation(s) de la situation, absence d'engagement et d'alliance	XXX
- Inadaptation de l'action (ex: thérapie familiale comme seule mesure, alors qu'un placement est indispensable)	X
- Maintien de l'enfant en contexte maltraitant	X
- Non-utilisation de mesures tutélaires existantes (mandat de surveillance, droit de garde)	
- Rupture arbitraire et pathogène de mesures protectrices	
- Refus arbitraire par une instance tutélaire de prendre en compte une évaluation globale multidisciplinaire	
- Mesures fragmentées, sans cohérence par rapport à l'ensemble des problèmes Pas de suivi thérapeutique. Pas de suivi éducatif pour le mineur (p. ex.: instabilité des personnels institutionnels)	X
- Placement de l'enfant dans un contexte maltraitant ou inadapté (p. ex.: institution en vase clos)	
- Renvoi définitif ou durant les congés de l'enfant placé en contexte maltraitant	
- Rupture arbitraire d'un placement	
- Maintien d'un placement inadapté	
- Multiplacements (nombre et durée)	
- Absence de suivi thérapeutique du placement adoptif, nourricier, institutionnel (ex: absence de soutien à la famille d'origine)	
- Non-accompagnement du retour dans la famille d'origine	
- L'enfant n'établit pas de relation suivie avec un adulte de référence	
- Absence d'évaluation régulière des effets des mesures	X
- Négligence administrative, lenteur, perte de documents	X

Figure 2: Mauvais traitements socio-institutionnels (Maurice).

En voici un exemple :

Une femme de 37 ans, mère d'une fille âgée de trois ans, a connu deux processus très différents de relations avec des intervenants psychosociaux. Le premier a duré quatre ans, au cours desquels la malade a rencontré une cinquantaine de soignants. Ce tourisme psychiatrique, induit par les professionnels du réseau, s'est accompagné d'une sérieuse détérioration de l'état psychique de la patiente, qui se retrouve chômeuse, dépendante de l'assurance-invalidité, suicidaire et portant un diagnostic de psychose maniaco-dépressive. Sa vie et celle de son enfant ont été mises en danger par des tentatives de suicide et des projets de suicide collectif.

Le deuxième processus est en cours depuis un an. Un traitement ambulatoire à une séance par semaine s'est institué. La pathologie iatrogène s'est rapidement dissipée. La jeune femme cerne ses problèmes personnels et travaille à les résoudre de façon calme et responsable. Elle est ponctuelle à ses séances auxquelles elle tient beaucoup. Les alertes rouges auxquelles elle avait habitué la garde psychiatrique, le Centre de crise, n'existent plus. La médication a été diminuée de façon progressive à partir du début de la deuxième séquence de traitement. Depuis six mois, Marianne ne prend plus aucun médicament.

La figure 3 schématise l'évolution de la patiente au cours des deux phases de cure.

Pour comprendre comment une personne peut développer un syndrome si alarmant qu'il évoque le diagnostic de trouble bi-polaire mixte, justifie une chimiothérapie lourde, des interventions de crise, des hospitalisations psychiatriques, pour ensuite se présenter dans une nouvelle relation thérapeutique comme une personne calme qui s'active à résoudre ses problèmes, il convient d'analyser les différences entre les deux trains de mesures. Les théories et pratiques auxquelles ont recouru les intervenants durant la première phase, divergent en effet sur plusieurs points de l'esprit et de la méthode animant la cure instituée depuis un an. Des éléments d'anamnèse sont présentés pour imaginer les différences d'appréhension qui en ont été faites dans les systèmes successifs de soins.

L'histoire de Marianne est marquée par une incapacité de ses parents à l'élever. Elle a vécu jusqu'à son adolescence chez sa grand-mère maternelle et entretenu un contact privilégié avec cette femme cultivée, qui s'est beaucoup intéressée à elle. La maladie de la grand-mère et sa mort ont obligé Marianne à quitter tôt le toit familial et à faire face à la vie dès le milieu de son adolescence, privée désormais du seul contact chaleureux et intime qu'elle ait connu avec un adulte. Marianne est intelligente. Elle a achevé une formation professionnelle tout en vivant bien des vicissitudes dans ses relations sentimentales. La promiscuité sexuelle dans laquelle a vécu sa mère, le manque d'harmonie dans le couple de ses grand-parents, lui ont donné peu d'éléments pour modeler sa vie sexuée. Manquant totalement de confiance en elle, elle fait des choix désolants de partenaires, interrompt des grossesses non désirées, a un enfant d'un homme qui ne peut pas s'en occuper, connaît des difficultés socio-économiques et d'emploi, vit un désarroi et une anxiété croissants. Très attachée à son enfant, elle lui donne beaucoup, tout en doutant de ses capacités maternelles qu'elle méjuge. Tous ces stress la rendent de plus en plus dépendante de multiples services psycho-médico-sociaux : hôpitaux, policliniques pour adultes et pour enfants, police, services sociaux, unités d'urgence, psychiatres privés. Au cours des quatre ans de la première phase, la sévérité du diagnostic s'alourdit au fur et à mesure des contacts.

Personnalité limite à la première hospitalisation psychiatrique, qui a suivi une interruption de grossesse, la patiente se trouve atteinte, quatre ans plus tard, d'un trouble bi-polaire mixte sévère. Ce diagnostic lui ayant été communiqué, Marianne a étudié son cas dans des ouvrages de psychiatrie. Elle est convaincue d'être porteuse de cette grave maladie, ce qui accroît ses tendances suicidaires. Elle obtient une rente d'invalidité à cent pour cent, soit un revenu mensuel de deux mille francs suisses (appréciable, mais en-dessous du minimum vital pour une mère et son

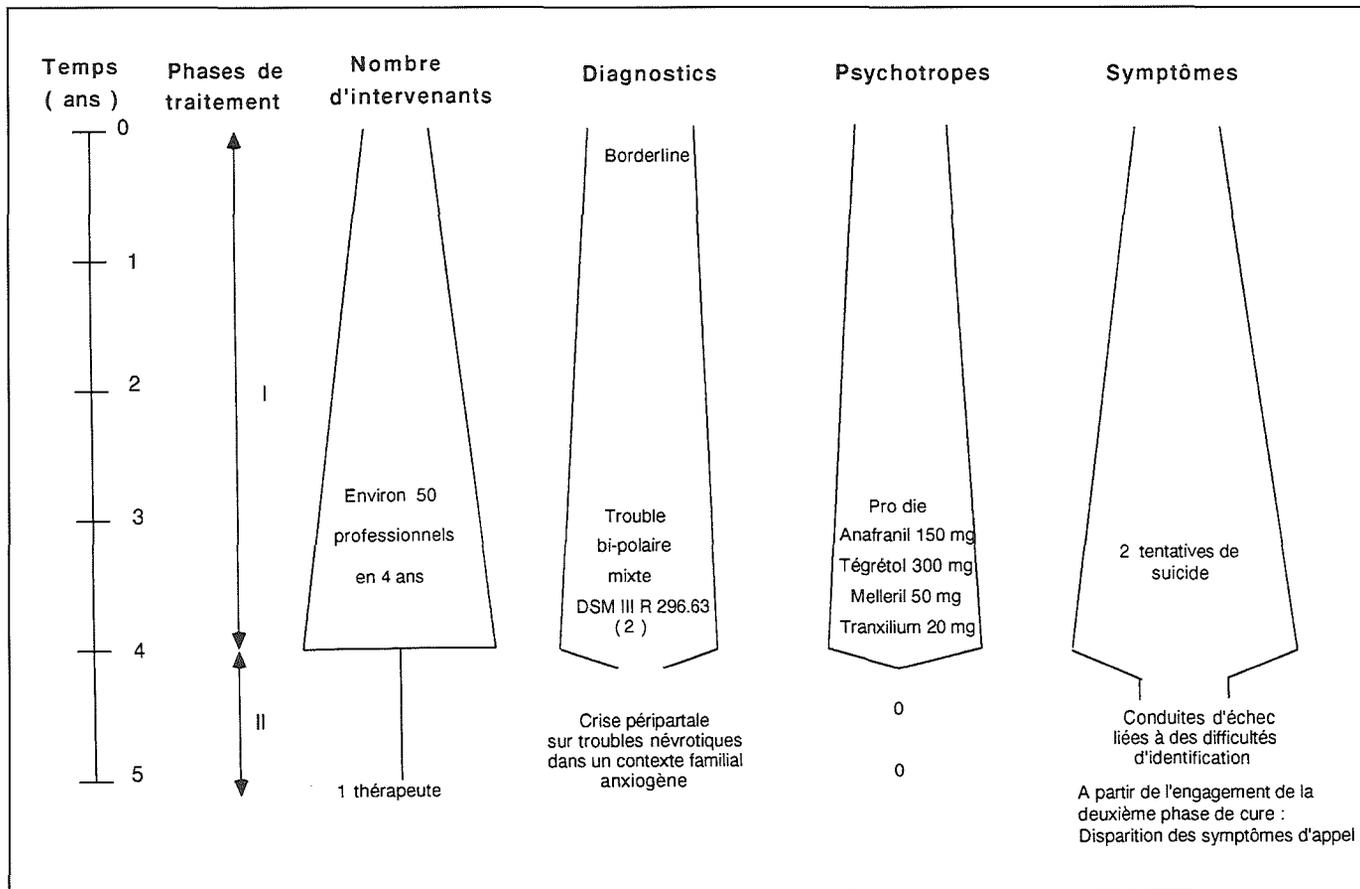


Figure 3.

enfant). Le diagnostic et son pronostic font le tour du réseau médico-social, repris en écho par chaque intervenant. Les réunions de réseau se multiplient où s'élaborent des représentations de plus en plus pessimistes de la situation de la patiente. Déprimée et suicidaire, par moments prolixe et agitée, Marianne est avertie que des mesures tutélaires vont être instituées pour sa fille. En même temps, elle est adressée à une nouvelle équipe ambulatoire.

C'est dans ce contexte explosif que la dernière intervenante prend de l'information sur toute l'évolution et décide de réévaluer la situation. Elle *accède à une demande réitérée et jusque-là non satisfaite de Marianne, soit d'être rencontrée avec sa fille, car elle a besoin du regard et des commentaires d'un tiers sur sa relation à son enfant*. Avec l'accord de Marianne, elle se rend à son domicile et y reste trois heures, jusqu'à ce qu'un contact s'établisse. Cet entretien porte sur le vécu des quatre dernières années et sert aussi à le RECADRER. La thérapeute donne son évaluation de la situation et son appréciation de ce qui arrive à Marianne. Pour ce faire, elle s'appuie sur les compétences de Marianne et sur les éléments positifs de sa vie, avant d'aborder le secteur des troubles.

Marianne a fait une bonne scolarité et acquis un diplôme professionnel. Elle est douée dans divers domaines. Bien que souvent anxieuse dès son enfance, elle n'a pas décompensé psychiquement avant de connaître les aléas de sa vie amoureuse. La thérapeute remarque que Marianne s'occupe bien de son enfant, qu'il est en bonne santé, normalement développé pour son âge. L'appartement est soigné, Marianne s'habille simplement et avec goût. Marianne accueille avec soulagement l'intérêt chaleureux de la nouvelle venue dans le cortège des intervenants. Elle accepte aussi de discuter les points qui, dans sa vie, posent problème. En tant que personne adulte, et sexuée, Marianne vit de forts sentiments de dévalorisation; c'est ce qui la conduit à faire des choix destructifs de partenaires. Elle admet que la peur de vivre mieux que sa mère est en cause. Tout ceci l'amène aussi à douter de ses capacités maternelles pourtant présentes et bonnes.

Le diagnostic de psychose maniaco-dépressive est remis en cause par la thérapeute qui s'implique dans l'erreur d'appréciation. Elle admet avoir initialement cautionné ce diagnostic par incompréhension du vécu de Marianne. La patiente se met à pleurer en disant que pour la première fois quelqu'un admet s'être trompé à son sujet. D'une grande honnêteté, Marianne ajoute qu'elle porte une part de responsabilité dans l'erreur diagnostique. Elle a conscience d'avoir donné des signes trompeurs au lieu de parler clairement. Elle explique ses ambiguïtés en disant qu'elle doutait des soignants dont certaines décisions l'angoissaient beaucoup, par exemple, celle d'impliquer l'autorité tutélaire pour l'enfant. Marianne, qui se sent entendue et comprise par la nouvelle intervenante, demande une psychothérapie. Des objectifs sont fixés pour les séances hebdomadaires du traitement: réfléchir aux origines des conduites d'échec de Marianne, qui contrastent avec les forces et les compétences dont elle dispose; résoudre aussi des difficultés pratiques, financières, professionnelles. Comment par exemple sortir du statut d'invalidité-rentière à cent pour cent qui est fort dévalorisant et sans issue. Très vite Marianne fait part de sa décision d'abandonner les médicaments dont elle n'a jamais consommé l'entier des prescriptions, elle l'avoue. Marianne guette les réactions de sa thérapeute. Elle a en effet avec cela un moyen de tester la cohérence de ses attitudes. Si

la thérapeute est sûre que Marianne n'est pas psychotique, elle acceptera calmement le projet de sevrage, ce qui en réalité se produisit. Marianne maintenant fait face aux causes de son désarroi et aux déterminants personnels de son manque d'assurance, de ses conduites d'échec. Elle cherche du travail à temps partiel pour quitter son statut d'invalidé. Son traitement fournit l'étayage adéquat pour lui permettre de comprendre comment, depuis son adolescence traumatique, elle s'est régulièrement mise en danger et chroniquement sous-estimée. L'appui inconditionnel de sa grand-mère lui manquait; elle en a retrouvé un, qui lui permet de compléter sa maturation entravée par un deuil trop précoce. Rassurée, Marianne fonctionne maintenant sur un registre banalement névrotique. Elle a un dialogue avec elle-même où elle reprend entre les séances les termes des échanges psychothérapeutiques. Elle se lance des défis: «Je vais arriver à passer cette difficulté sans appeler au secours. Je vais y arriver seule. Si je n'y suis pas parvenue dans trois jours, je demande l'aide de ma thérapeute.» Elle a du plaisir avec son enfant dont elle s'occupe avec beaucoup de créativité. Elle s'octroie peu à peu le droit de reconnaître qu'elle est une bonne mère.

Les différences entre les deux approches sont d'ordres épistémologique, technique, financier.

Epistémologie

La première approche centre observation et diagnostic sur l'individu, la deuxième sur l'individu et son évolution dans son contexte spécifique. Le diagnostic des premiers soignants comptabilise des manques et se formule en termes déficitaires; il énumère des symptômes sans les relier à l'histoire et au vécu de la patiente.

L'évaluation systématique permet de comprendre que Marianne, élevée par une grand-mère trop tôt décédée, s'est trouvée à l'entrée dans l'âge adulte, fragile et immature et que ceci l'a conduite à accumuler des erreurs et des difficultés qui ont exacerbé ses doutes sur elle-même. Dans son isolement affectif, Marianne toujours plus anxieuse, a traduit son désarroi en symptômes, qui ont aussi la fonction de recherche d'appui. *La confirmation de la validité de ces hypothèses est obtenue par le calme et l'ordre* qui s'installent dans la vie de la patiente dès qu'une thérapeute les formule en début de cure. Les réactions des premiers soignants affolent la patiente, exacerbent ses doutes sur elle-même. Elle multiplie les menaces de suicide, fait des tentatives, ce qui en retour alarment les médecins qui au vu des symptômes noircissent diagnostic et pronostic, doutent de plus en plus d'une traitabilité. La patiente est renvoyée d'un point du réseau à un autre, arrosée de médicaments, ce qui entrave toute chance d'établir une alliance thérapeutique. Plutôt que de lire dans l'inflation symptomatique les effets de leur propre incompréhension, les soignants cherchent chez la patiente et dans sa vie, les causes de sa détérioration (16). Une des violences de ce type de soins réside dans l'incapacité des soignants de se considérer comme significatifs et partie prenante dans le système thérapeutique. Les effets de leurs propres comportements ne sont pas pris en compte dans l'évolution de l'ensemble relationnel soigné-soignant. Une autre violence consiste à se débarrasser

du patient lorsque le danger de suicide s'accroît. Impuissant à le prévenir, le soignant cherche à se protéger de la responsabilité d'une issue fatale en passant le malade à une autre institution. La dernière thérapeute, parce qu'elle a su nouer une relation significative avec Marianne, ne connaît pas ces angoisses : la patiente se sent désormais véritablement accompagnée, elle pense à vivre et non plus à mourir.

Technique de soins

Aucun des soignants intervenus durant les premiers quatre ans, n'a établi d'*alliance thérapeutique* avec la patiente et ne s'est de ce fait engagé dans un processus de cure.

Dès le début de la deuxième phase, une thérapeute trouve les conditions permettant d'établir une alliance. *Elle s'engage* seule dans cette relation et fait savoir qu'elle restera présente et disponible durant le temps nécessaire à la thérapie. Elle le précise en répondant à la patiente dont les premières questions concernent ce thème.

D'autres éléments donnent des chances à ce traitement : *des objectifs ont été fixés, centrés autour de problèmes clairement identifiés dans les sphères intrapsychique, relationnelle et existentielle*. Pour atteindre ces objectifs, il est fait appel aux ressources de Marianne. Sans ignorer les conduites d'échec, la thérapeute relève les réussites et les progrès.

La relation à l'enfant fait l'objet de beaucoup d'attention. Elle est en effet centrale pour Marianne, dont les échanges principaux s'élaborent avec sa fille, dans l'actuelle phase de vie. C'est avec elle et pour elle que Marianne peut recréer une relation de sécurité affective, comme avec sa grand-mère, et par là forger son identité de femme et de mère. Les soignants antérieurs ont négligé ce levier thérapeutique en suivant les usages des services psychiatriques traditionnels : l'enfant a été examinée par un pédopsychiatre, la mère dans les consultations d'adultes. L'exemple de Marianne montre combien ce compartimentage de la réflexion et des activités est inefficace, dangereux et contraire à tout esprit de protection et de prévention.

Les psychotropes prescrits à doses raisonnables sont utiles à beaucoup de patients. Dans ce cas leur mode d'utilisation semble refléter davantage les peurs éprouvées par des médecins en face de cette patiente aux comportements de plus en plus suicidaires, qu'une adéquation aux besoins réels de la situation. Marianne, avant de jeter une partie de ses médicaments, a essayé d'expliquer aux prescripteurs que le dosage en était trop élevé, qu'elle ne parvenait plus à penser ni à établir un contact avec son enfant. Elle n'a pas été entendue. Comprendre comme pathologique toute demande de diminuer les doses de médicaments constitue aussi une forme de violence des soins. En déniait à la patiente sa capacité de juger de ses perceptions, les soignants renforcent la symétrie des relations et l'inflation symptomatique. Ils perdent une chance d'établir un rapport confiant avec la malade et de corriger leur erreur de diagnostic. L'histoire de Marianne montre comment, en disqualifiant les sensations et perceptions d'un malade, on peut l'amener à présenter des comportements de plus en plus aberrants (23). Elle révèle

aussi qu'une alliance thérapeutique, donnant au patient la chance d'utiliser ses forces, permet parfois de se passer de chimiothérapie.

Aspects financiers

Environ cinquante professionnels se sont occupés de la patiente et de son enfant pendant la première phase de soins. Les frais sont estimables à environ cent vingt mille francs suisses, soit environ trente mille francs suisses par an. Le coût de la psychothérapie engagée durant la dernière année s'élève à moins de cinq mille francs suisses par année. Les soins opérants sont donc, dans ce cas, d'un prix six fois moins élevé que celui des interventions morcelées et incohérentes qui ont failli coûter la vie à Marianne. S'ajoute aux dépenses occasionnées pour la collectivité par le premier train de mesures, celle de la rente invalidité, dont le traitement actuel vise à l'extinction progressive. En résumé, plus les soins sont efficaces, moins chers ils coûtent. Est-ce là un des facteurs qui bloque le changement ?

Conclusion

Prévus pour coordonner évaluation et propositions d'intervention, dont la responsabilité d'exécution devrait être déléguée à une ou deux personnes formées, stables et capables d'entretenir des relations créatives avec les patients, les réseaux peuvent être utilisés pour déléguer, diluer les responsabilités. Leur fonctionnement peut se pervertir au point que parfois seuls des soignants et des institutions restent bénéficiaires de l'énergie considérable nécessaire à son entretien. Il n'est pas surprenant d'entendre de plus en plus d'intervenants se plaindre d'épuisement professionnel. Comment rester enthousiaste et dynamique en participant à des entreprises peu compatibles avec les objectifs théoriques de la profession ? Comment ne pas se sentir abattu, et parfois coupable, en étant contraint de suivre des règles et usages institutionnels dont on sait qu'ils sont contraires à l'éthique et à l'efficacité des soins ? (18) Comment se perfectionner dans son travail sans constater régulièrement des effets positifs de ses activités ? Comment investir des relations avec des patients qui virevoltent dans les denses réseaux institutionnels ? Comment imaginer des relations de travail sérieusement professionnalisées dans des organisations de soins, dont les têtes sont souvent de formations complètement étrangères aux domaines qu'elles sont sensées piloter ? La délégation de plus en plus massive, en cours depuis une vingtaine d'années, de l'organisation des soins psychiatriques à des instances administrativo-politiques, dont les représentants ne connaissent pas les exigences éthiques et scientifiques des professions médico-sociales, est en grande partie responsable des dérives de fonctionnement des riches équipements entretenus par les contribuables. Les conditions de formations défavorables parce que trop théoriques et morcelées, sont, elles aussi, très orientées par les instances politiques et administratives. Des formations de qualité requièrent en effet l'exercice pratique et stable de soins pendant plusieurs années en co-thérapie avec des didacticiens ayant démontré leurs capacités thérapeutiques. Ces conditions sont

rarement réunies. Les situations les plus lourdes sont souvent confiées aux intervenants les moins formés. Des psychiatres « en formation » travaillent à la chaîne en étant chargés d'une centaine de patients. Un chef de la santé balaie des propositions constructives et économiques de réorganisation des soins par de paternalistes: « Ne prenez pas la misère du monde sur vos épaules. » Des règles institutionnelles cassent les relations avec les patients: les médecins d'un centre de thérapie brève accueillant des situations lourdes, sont par exemple contraints de passer à d'autres équipes soignantes les patients non guéris après trois mois!

Quand, comment, par qui les soins vont-ils se réorganiser, s'humaniser, répondre autrement aux besoins croissants des patients?

L'intérêt des politiques pour une médecine psychosociale de qualité va plutôt en s'amenuisant. Les recommandations du Conseil de l'Europe de 1979 (7) concernant la protection des mineurs maltraités n'ont, seize ans plus tard, guère produit d'effets en Suisse. La réponse du Conseil fédéral donnée en juillet 1995 au rapport fédéral « Enfance maltraitée en Suisse » (4) de juin 1992 révèle une inquiétante méconnaissance du retard pris dans notre pays dans les domaines des soins aux familles en difficultés et de la protection des enfants en danger. Des programmes de prévention psychiatrique, élaborés à partir des années 1940, restent dans l'œuf (24, 12, 6). Parmi les professionnels de la santé, certains essaient d'innover, mais ils se heurtent, pour les interventions en réseaux, aux inadéquations des fonctionnements institutionnels. Les patients ne sont pas en situation, dans leurs peines, de demander des soins adaptés. Restent les citoyens-contribuables qui, plus largement informés, pourraient exiger une meilleure utilisation des larges moyens octroyés aux institutions soignantes.

Odette Masson
CH-1095 Le Châtelard s/Lutry

BIBLIOGRAPHIE

1. Almqvist F. (1988): « Mental health in young people in relation to child welfare and institutional care in childhood », *Acta psychiatrica Scand*, 78: 41-48.
2. American Psychiatric Association (1989): *DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, Paris.
3. Berger M. (1992): *Séparations à but thérapeutique*. Ed. Privat
4. Bouverat G. et al. (1992): *Enfance maltraitée en Suisse. Rapport fédéral*. Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne.
5. Cabié M.C. (1992): « Vers une reprise existentielle... L'institution psychiatrique pour éviter la chronicisation », in: *L'adolescence, crise familiale*. Gammier C., Cabié M.C. Ed. Erès, Toulouse
6. Caplan G. (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, London.
7. Conseil de l'Europe (1979): *Recommandation N° R (79) 17 du Comité des Ministres aux Etats membres concernant la protection des enfants contre les mauvais traitements*.
8. Duyme M. (1987): *Mauvais traitements institutionnels*. Ed. Science Libre.

9. Geng J.M. (1980): *Mauvaises pensées d'un travailleur social*. Ed. Seuil, Coll. Points.
10. Haley J. (1984): *Tacticiens du pouvoir*. ESF, Paris.
11. Kempe C. H., Kempe R. E. (1977): *L'enfant battu et sa famille*. Ed. Fleurus.
12. Kempe R.S., Kempe C.H. (1978): «La prédiction et la prévention», in: *L'enfance torturée*, Ed. P. Mardaga, chap. V, 95-108.
13. Lambert M.S., Bergin A.E., Collins J.L. (1977): «Therapist-induced deterioration in psychotherapy.» In: *Effective Psychotherapy*. Gurman, A.S., Razin A.M. ED. Pergamon Press, Oxford, New York, Toronto, Sydney, Paris, Frankfurt, chap 17, 452-481.
14. Langsley D.G., Kaplan D.M. (1968): *The treatment of families in crisis*, Grune & Stratton.
15. Masson O. (1988): «Mandats judiciaires et thérapies en pédopsychiatrie». *Thérapie Familiale*, Genève, Vol. IX, 4, 283-300.
16. Masson O. (1983): La thérapie des patients «professionnels» de la psychiatrie. *Thérapie Familiale*, Genève, Vol. IV, 1, 101-114.
17. Masson O. (1991): «La violence dans la famille», in: *Les familles en Suisse*, Fleiner T., Gilliland P., Luscher K. ED., Editions Universitaires, Fribourg.
18. Masson O. (1990): L'épuisement professionnel. *Thérapie familiale*, Genève, Vol. XI, 4, 355-370.
19. Masson O. (1991): «Difficultés de communication entre professionnels et institutions», in: *L'enfance maltraitée*, Afirem. Karthala, Paris, chap. 4, 61-75.
20. Reimer C., Argast U. (1990): «Zur Problematik intimer Beziehungen während psychotherapeutischer Behandlung», *Bulletin des médecins suisses*, Band 71, Heft 37.
21. Rice M.E., Harris G. T., Vamey G. W., Quinsey V. L. (1989): *Violence in Institutions Understanding, Prevention and Control*, Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, Lewiston, New York, Bern, Göttingen, Stuttgart.
22. Rufer M. (1988): *Irsinn Psychiatrie*. Zytglogge Verlag, Bern.
23. Searles H. (1977): *L'effort pour rendre l'autre fou*, Gallimard, Paris.
24. Spitz R.A., Wolf L.M. (1946): «Anaclitic Depression. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood», in: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. II, International University Press, New York, 323-342.
25. Tomkiewicz S. (1984): «Violences et négligences envers les enfants et les adolescents dans les institutions», *Child abuse and neglect*, vol. 8, 319-335.

«PROCRÉATIONS ASSISTÉES» INTRODUCTION ET FIL ROUGE

Luc ROEGIERS

Les questions relatives à la procréation, et plus largement à la périnatalité, n'ont pas souvent été abordées dans les congrès de thérapie familiale. Peut-être parce qu'elles appartiennent en quelque sorte à un *no man's land* entre le couple et sa sexualité d'une part, la famille qu'on construit dans ses rêves et projections d'autre part. Ce territoire est souvent réduit aux remaniements intrapsychiques de la femme.

Pourtant, l'ici et maintenant de tout ce processus – décision-conception-maturation-accueil – de l'enfant, est un temps relationnellement très intense. C'est un moment-clé dans le cycle de vie de la famille, le véritable acte de naissance d'un nouveau noyau familial dans la succession des générations.

Et les acteurs en sont nombreux, qu'ils soient présents ou pas, visibles ou pas.

Il y a, tout d'abord le couple... avec le médecin à ses côtés bien sûr, puisqu'à la mode de chez nous, nous plantons les choux avec le gynécologue. Puis il y a l'enfant virtuel, souvent déjà investi: enfant-projet, enfant-conflit, enfant-parent, enfant-dieu, enfant-fantôme, voire enfant-prothèse ou enfant-greffe comme l'a présenté Geneviève Delaisi de Parseval*. En coulisses se trouvent les familles d'origine et en coulisses des coulisses les générations supérieures. Ça fait beaucoup de monde dans un lit. Est-ce pour cela qu'il est aujourd'hui si difficile de concevoir un enfant ?

Effectivement, la procréation ne va plus de soi. Tout le processus est médicalisé: de la contraception à la grossesse en passant par les demandes d'avortement (dans nos pays, 20% des grossesses sont interrompues volontairement) et bien sûr, les demandes d'aide à la conception (un couple sur cinq consulte pour infertilité et la moitié d'entre eux passera en procréation médicalement assistée; 2% des enfants naissent de fécondation *in vitro* ou d'insémination par donneur).

Incontournable médecin: une patiente me disait récemment qu'elle avait décidé de changer de gynécologue après être passée par son bureau: «Son mur était tapissé de lettres de remerciement. Moi, c'est avec mon ami que je veux faire cet enfant.»

Le poids du médecin s'accroît bien sûr en cas de don de gamète. Son intervention repose alors carrément la définition de la famille, du couple, de la parenté, de la filiation, de la procréation, en particulier lorsque la demande émane d'une femme célibataire ou de deux femmes homosexuelles.

* La contribution de Geneviève Delaisi de Parseval sera publiée ultérieurement.

C'est précisément le sujet de la recherche de Patricia Baetens, psychologue à la Vrije Universiteit te Brussel. La pratique qu'elle y évoque pose des questions fondamentales: l'accès à la procréation est-il un droit et le médecin un simple instrument? Et s'il est question de filtrage des demandes, selon quels critères doit-il s'exercer?

Et comment prendre en compte les intérêts de l'enfant dès avant sa mise en route?

Car s'il ne joue à ce stade que le rôle qu'on lui fait jouer, l'enfant est présent depuis bien avant sa conception. Depuis l'enfance de ses parents, a un jour écrit Winnicott à l'archevêque de Canterbury qui prétendait que l'existence humaine commençait à la naissance.

Des bibliothèques ont été écrites sur le désir d'enfant. Les psychanalystes ont ouvert la voie et je pense ici surtout aux travaux de Monique Bydlowski. Mais le plus souvent, l'enfant n'a été approché qu'en fonction de la dynamique intrapsychique de sa mère. D'où l'importance d'une pionnière comme Delaisi de Parseval. Dès le début des années 1980, avec «L'enfant à tout prix», elle a essayé de se représenter l'univers futur de l'enfant, en particulier lorsqu'il est conçu avec aide médicale. Envisageant la société, le médecin, le couple, l'enfant, elle a jalonné la réflexion de repères véritablement relationnels. On lui doit d'ailleurs un article intitulé il y a plus de dix ans: «Intérêt de l'abord systémique de la stérilité du couple».

L'accueil de l'enfant est au centre de ses préoccupations et de son exposé dans ce symposium.

Rappelons la métaphore qu'avait cité Geneviève Delaisi à propos de l'infertilité: «L'enfant qui ne veut pas venir ou qui ne peut pas venir, c'est qu'il est comme resté accroché dans les branches, dans les feuilles ou dans les nœuds de son arbre généalogique.»

Le rôle des générations supérieures dans le projet d'enfant a été mis en évidence dans le champ de la thérapie familiale par deux auteurs qu'on rapproche souvent.

Stierlin a élaboré le modèle des délégations. On peut sans doute lui reprocher son unilatéralité face à l'enfant considéré comme un réceptacle passif. Cependant, il a très justement dénoncé le risque d'exploiter l'enfant et de le posséder en profitant de son besoin d'appartenance.

Ensuite, il y a Ivan Boszormenyi Nagy dont les concepts sont des plus précieux pour rendre compte de la procréation. Pour lui, la procréation est bien une relation, mais une relation décalée dans le temps, entre ce qui est donné et reçu. La vulnérabilité du nouveau-né est, comme le dit Hans Jonas auquel Nagy se réfère souvent, un appel à sa prise en charge inconditionnelle. Progressivement, il apportera sa contribution sous forme de loyauté et de responsabilité envers ses proches. En attendant, l'enfant n'a pas à payer, ni le capital, ni les intérêts de sa mise au monde. Pourtant, souvent, on exige de lui un retour direct, par exemple en lui extorquant sa loyauté ou en le parentifiant excessivement en attendant qu'il donne un sens à notre vie. C'est bien une tendance actuelle dans la mesure où, en carence de liens symboliques, l'enfant est souvent chargé d'unir ses parents dans un projet de vie.

Dès lors se pose la question de la prévention en périnatalité. Prévention parce qu'on sait de mieux en mieux ce qui se joue autour du projet d'enfant et de sa venue au monde, prévention parce que ces enjeux s'inscrivent dans un contexte sociétal de

plus en plus propice à la parentification, prévention enfin parce que la médicalisation de la conception, de la grossesse et de l'accouchement a ceci de précieux qu'elle permet l'accès aux interventions préventives.

Dans ce contexte s'inscrit l'expérience de Michèle Bromet Camou, psychologue au centre hospitalier de Niort. Ses groupes de parents et bébés en *post partum* témoignent de l'effet démultiplicateur d'une prévention en périnatalité pensée en termes systémiques, mais ouverte aux apports intrapsychiques concernant la confrontation entre bébé imaginaire et bébé réel.

Enfin, la dernière intervention, celle de Catherine Guitton, psychiatre au Centre Espace Famille de Paris, se situe elle aussi au cœur de la prévention en procréation. Elle parle d'assistance sociale et non pas médicale à la maternité. Et la population qu'elle vise semble aux antipodes de celle qui se présente en PMA. Pourtant, les questions se rejoignent autour du thème de la responsabilité: Comment restituer aux couples, ou aux mères lorsqu'il n'y a plus ou pas de couple, la responsabilité assumée de plus en plus apparemment par des tiers, qu'il s'agisse du médecin ou comme le dit Catherine Guitton, par d'autres intervenants sociaux? Comment éviter les effets pervers de l'aide à la maternité?

Son exposé remet à l'avant-plan des questions de société. Cette même société qui produit les technologies nouvelles pour procréer et pour atteindre Dieu sait quel paradis se met à grincer dans son expansion et génère dans nos pays un désarroi dont les enfants à venir pourraient être les premières victimes. Cela mérite une réflexion en termes de prévention et d'organisation mais aussi, bien sûr, en termes de repérage éthique, dimension omniprésente, presque par essence dans le domaine de la procréation.

Luc Roegiers
Unité d'Ethique Biomédicale
Promenade de l'Alma 51
Bte 43/4534
B-1200 Bruxelles

PMA ET NOUVELLES FORMES DE FAMILLE

Une étude sur les inséminations artificielles de femmes seules et homosexuelles

P. BAETENS^{1,2}, I. PONJAERT-KRISTOFFERSEN¹,
A.C. VAN STEIRTEGHEM² et P. DEVROEY²

Résumé: *PMA et nouvelles formes de familles: une étude sur les inséminations artificielles de femmes seules et homosexuelles.* – L'insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD) est un traitement qui prêtait initialement son appui aux couples hétérosexuels dont le partenaire masculin s'avérait infertile. Or, ce traitement peut offrir une solution aux femmes, célibataires et homosexuelles, qui voudraient réaliser leur désir d'enfant. Dans ce cas, le problème de l'infertilité au sens médical du terme ne se pose pas (en général). C'est l'absence, et non l'infertilité du partenaire masculin qui motive la requête. Cet article souhaite évoquer les requêtes présentées par des femmes célibataires, et en deuxième lieu par des couples homosexuels. Ensuite, nous aimerions vous présenter les résultats préliminaires des recherches en cours sur les enfants nés dans les familles homosexuelles et dans les familles à parent unique.

Summary: *ART and non-traditional families: a research on single and homosexual women and artificial insemination.* – Artificial insemination using donor sperm (AID) has been known as a treatment for heterosexual couples where the husband has been found to be infertile. However, this treatment may provide an answer for single and homosexual women who wish to become pregnant. In such requests, there is no fertility problem in the medical sense of the word (in general). Not the infertility, but the absence of a male partner justifies the request. This paper will deal with the requests of single women and homosexual couples. Furthermore we would like to present some preliminary results of the ongoing investigations on the children born in homosexual families and single-parent families.

Mots-clés: Insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD) – Femmes célibataires – Couples homosexuels.

Key words: Artificial insemination by donor (AID) – Single women – Homosexual Couples.

Introduction

Le Centre de Médecine Reproductive de la Vrije Universiteit Brussel fut parmi les premiers en Belgique à appliquer l'IAD auprès des couples homosexuels et femmes célibataires. Le Centre est d'avis que chaque demande de PMA doit être

¹ Faculteit Psychologie en Opvoedkunde, Vrije Universiteit Brussel, Pleinlaan, 2, B-1050 Brussel, België.

² Centrum voor Reproductieve Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Vrije Universiteit Brussel, Laarbeeklaan, 101, B-1090 Brussel, België.

évaluée d'une manière égalitaire et sans porter de préjugés. Le désir d'être parent peut être considéré comme un désir universel et légitime; être homosexuel ou célibataire n'exclut donc pas le droit d'avoir un enfant .

Bien sûr le désir d'enfant des femmes homosexuelles ou célibataires suscite des controverses. En conséquence, la majorité des centres de fertilité n'accepte pas le traitement dans ces cas. Les raisons pour refuser les demandes peuvent être résumées en quelques points :

- Premièrement, l'absence du père et l'influence de celle-ci sur le développement psycho-sexuel de l'enfant.
- Deuxièmement la réduction de l'interaction entre la mère et l'enfant et l'effet de celle-ci sur le développement cognitif et social de l'enfant.
- Troisièmement les difficultés financières.
- Et finalement le stigmatisme social (Strong, 1984; Potter, 1988).

Il est évident que certains problèmes s'appliquent plus à une catégorie de demandes alternatives qu'à l'autre. En effet, la littérature scientifique sur le désir d'enfant des couples homosexuels et des femmes célibataires considère ces deux formes de famille comme équivalentes. Cependant, si ces deux types de famille alternative ont comme point commun l'absence d'un père, la famille homosexuelle se compose de deux parents adultes, qui se partagent la responsabilité de l'éducation, contrairement à la femme célibataire à qui incombe uniquement et entièrement la charge de l'enfant.

En ce qui concerne l'absence du père, l'analyse de 67 études ne montre aucune différence entre le développement psycho-sexuel d'enfants élevés sans père et celui d'enfants dans des familles où le père était présent (Stevenson, 1988). Le développement psycho-sexuel des enfants de mères homosexuelles n'est perturbé ni dans leur enfance (Patterson 1992, Golombok 1983, Kirkpatrick, 1981, Green, 1986), ni à l'adolescence (Tasker 1995, Gottman 1990, Huggins 1989)). Les enfants de mères homosexuelles n'ont pas plus de problèmes émotionnels (Golombok 1983, Patterson 1994). Ils n'ont pas de problèmes avec leur entourage social (Green 1986, Paterson 1994, Golombok 1983). Dans le cas où les enfants sont élevés dans des familles à parent unique, le développement psycho-sexuel ne pose pas de problèmes (Covell 1982, Hingst 1985, Kagel 1985). Si des problèmes existent, ceux-ci sont souvent liés à la pauvreté et les stigmates qui en sont la conséquence (Cashion 1982). Les études sur les familles à parent unique ne fournissent pas assez d'arguments pour refuser les demandes de PMA de femmes célibataires mais révèlent quand même que les conditions de vie de la mère sont importantes quant à l'éducation de l'enfant. C'est pour cette raison que le suivi des femmes célibataires qui font une demande de PMA est considéré comme important (McGuire 1985).

Par conséquent, dès les premières demandes alternatives auprès de notre centre, en 1981, les femmes célibataires et les couples homosexuels ont été orientés vers un psychologue afin d'évaluer chaque demande. Pour évaluer ces demandes, nous travaillons dans le cadre de la Théorie Familiale Systémique de Virginia Satir (1969, 1975).

Selon la théorie de Satir, la famille peut être considérée comme un système social dont les membres sont les éléments, liés par des relations dyadiques qui sont déterminées par l'âge et le sexe de l'individu. De plus, les relations dyadiques définissent les différents rôles des membres de la famille.

Un concept théorique important dans cette théorie est la structure sous-jacente de la cellule familiale qui contient le vécu dans l'enfance, les relations avec des partenaires dans le passé et les événements importants dans la vie des membres de la famille. Selon Satir, cette structure sous-jacente a une grande influence sur les rapports et les interactions des membres de la famille.

Le fonctionnement de la famille dépend des concepts théoriques suivants :

1. Le respect de soi, le sens de la dignité des différents membres de la famille qui, en ce qui concerne les parents, est développé dans leur famille d'origine.
2. Les caractéristiques de la communication familiale, verbale autant que non-verbale, le contenu de cette information, la façon dont elle est transmise ainsi que son interprétation et la manière dont celle-ci est utilisée.
3. La structure de la famille, les règles familiales concernant les actes et les sentiments des membres de la famille. Ces règles sont-elles connues et interprétées de la même façon ? Sont-elles flexibles ? Donnent-elles la liberté au membre de la famille d'exprimer ses sentiments, son affection, sa colère, et en plus la liberté de demander des explications, de donner son opinion.
4. La relation avec l'environnement social et la société. Cette relation dépend de deux principes. Premièrement, la perméabilité de la séparation entre la cellule familiale et l'entourage social : une séparation fonctionnelle garde l'harmonie entre le maintien du privé et l'isolement social de la famille. Deuxièmement, le niveau de l'entourage social : la relation avec l'entourage social se joue sur trois niveaux : (1) la famille et les amis intimes, (2) le milieu professionnel et l'environnement d'habitation et (3) la société.

Les requêtes présentées par des femmes célibataires, et par des couples homosexuels, seront situées dans ce cadre systémique.

Les demandes alternatives de femmes célibataires

De 1981 à 1993, 94 femmes célibataires ont demandé d'être inséminées avec le sperme d'un donneur anonyme. Parmi elles, 41 ont été acceptées et seulement 32 sont effectivement revenues pour le traitement. Onze femmes sont réellement devenues mères.

Plusieurs aspects dans leur vie antérieure ont joué un rôle dans la décision de refuser certaines femmes célibataires.

La première catégorie de raisons pour refuser le traitement était liée à des problèmes familiaux influençant la vie actuelle de la femme, comme par exemple des expériences traumatiques dans l'enfance ou des relations conflictuelles avec les parents. Il en résultait un sentiment de non-valeur ou d'inutilité et un manque de

développement du respect de soi. Ces femmes cherchaient dès lors à surmonter leur sentiment de non-valeur en devenant mère (19%).

Un autre type de problème dans cette catégorie mettait en évidence une relation symbiotique avec un des parents. La majorité de ces femmes ne fonctionnait pas du tout de façon autonome et leur vie n'offrait pas de place à des relations sociales avec d'autres personnes que le parent (15%).

La deuxième catégorie de raisons qui ont mené à refuser certaines demandes de femmes célibataires comprenait des problèmes liés aux relations avec des partenaires.

En premier lieu, il y avait les femmes incapables d'avoir des relations intimes avec un homme. Souvent l'origine de cette incapacité se situait dans des relations difficiles avec les parents ou dans des problèmes d'ordre psychique (9%).

En deuxième lieu, il y avait les femmes qui acceptaient difficilement le divorce ou la mort d'un partenaire. Dans ces cas, le travail du deuil n'était pas accompli et le risque que l'enfant ne soit qu'un substitut du partenaire perdu était considérable (13%).

Un dernier groupe de femmes se présentant comme célibataires, avait en réalité des relations conflictuelles avec leur partenaire. Souvent il s'agissait de liaison avec un homme marié ou divorcé qui ne désirait pas devenir le père de l'enfant. La demande de ces femmes «célibataires» était fréquemment une tentative d'exercer une pression sur le partenaire (21%).

La troisième catégorie regroupait des femmes célibataires dont la vie était instable pour différentes raisons: des problèmes financiers, la situation de réfugiée irrégulière (6%) et des problèmes psychiques divers (17%).

La quatrième catégorie concernait l'entourage social de la femme célibataire. Cet aspect est considéré comme très important et indispensable. En effet, c'est le milieu auquel elle peut faire appel en cas de nécessité. Dans la majorité des cas, un problème dans une des trois catégories précédentes est associé à un entourage très limité de la femme célibataire. Toutes les femmes refusées, à l'exception de quatre, étaient socialement isolées.

Le profil des femmes célibataires acceptées ne correspondait pas toujours au profil idéal, mais en majorité la situation socio-économique était stable. Elles pouvaient faire appel à un entourage vaste dans le cas où elles avaient besoin de support pratique et/ou émotionnel. Elles fonctionnaient d'une façon autonome et équilibrée en tant que femme célibataire, bien que la majorité d'entre elles aurait préféré avoir une relation stable.

Les arguments des femmes célibataires pour faire appel à un donneur anonyme étaient plus ou moins les mêmes. La majorité des femmes considérait moralement injustifiable de faire un enfant avec un homme sans qu'il ne le sache. De plus, presque aucune femme ne connaissait un homme à qui elle pouvait ou voulait demander d'être un donneur connu pour une insémination pratiquée par eux-mêmes. Les examens génétiques auxquels le donneur anonyme est soumis, les maladies sexuelles et surtout la crainte du SIDA étaient d'autres raisons pour choisir l'IAD. Par contre, les femmes mentionnaient rarement avoir peur que le père biologique exige des droits paternels.

En effet, la majorité des femmes célibataires (92%) ayant fait cette demande aurait préféré avoir un enfant dans une relation stable. Souvent au moment de la

demande de PMA, leur âge les forçait à choisir entre devenir mère célibataire où rester sans enfants. Cette expérience est partagée par l'Academisch Medisch Centrum d'Amsterdam, ce qui amène ce centre à refuser toutes demandes de femmes célibataires pour le moment.

Les demandes alternatives de couples homosexuels

En ce qui concerne les couples lesbiennes, les résultats préliminaires présentés se limitent aux 52 couples belges qui ont fait leur demande entre 1992 et septembre 1995, et qui ont poursuivi les interviews après une première session d'information (12). Six couples parmi ces 52 demandes ont été refusés. Les partenaires cohabitaient. La durée de leur relation était en moyenne 5,79 années. Chez huit couples, une des partenaires avait eu des enfants dans un mariage précédent. Un couple avait un fils adoptif.

Le désir d'enfant existait depuis plusieurs années chez 79% des couples. 64% des femmes qui voulaient être enceintes, avaient déjà le désir d'enfant en dehors de leur relation actuelle tandis que pour 65% des partenaires, ce même désir était lié à leur relation actuelle. Dans 75% des couples, un des partenaires désirait être enceinte tandis que chez les six couples, les deux partenaires comptaient chacune devenir enceinte au moins une fois. En ce qui concerne le rôle et la position des deux partenaires, on peut dire que 54% définissaient leur famille comme une famille de deux mères et leurs enfants. La majorité de ces couples apprendrait à leurs enfants à les nommer par deux noms synonymes pour le mot maman (mama, moeke, moes, muti, mam, mamie (...)). Les autres couples considéraient que leur famille se composait d'une mère, la mère biologique appelée maman, et de la partenaire, appelée par le prénom ou un surnom affectueux. Le partenaire aurait un rôle parental mais différent de celui de la mère. Tous les couples étaient d'accord de partager la responsabilité de l'éducation de leurs enfants d'une manière égalitaire et équilibrée. Tous les couples parleraient de « notre enfant » et pas de « mon enfant » ou « l'enfant de ma compagne ».

54% des couples étaient, dès le début, convaincus que l'IAD était la meilleure solution. Les autres couples (46%) avaient envisagé d'autres alternatives pour réaliser leur désir d'enfant, comme l'adoption ou un donneur connu. Leur choix pour l'IAD était motivé par le fait qu'on ne voulait pas introduire une tierce personne dans la famille, ni vis-à-vis de l'enfant, ni vis-à-vis de la partenaire n'étant pas la mère biologique. Les couples avaient surtout peur qu'un donneur cherché par eux-mêmes exigerait des droits paternels. Pourtant 25% des couples auraient préféré avoir quelques renseignements sur le donneur (13,5%) ou auraient même préféré connaître son identité (11,5%).

40% des couples étaient d'avis que l'absence du père pourrait procurer des problèmes aux enfants et qu'ils devraient toujours être attentifs. Par conséquent, 35% des couples étaient prêts à introduire un « parrain » dans la vie de leur enfant, parrain qui prendrait plus de responsabilité vis-à-vis de l'enfant pour que l'enfant ait un lien émotionnel et affectif avec un homme.

En effet, on peut distinguer deux groupes différents dans les demandes des couples homosexuels: en premier lieu, ceux pour qui l'IAD avait toujours été le

seul moyen acceptable pour réaliser leur désir d'enfant; ils avaient tendance à considérer l'anonymat du donneur indispensable et ils étaient plus convaincus que dans leur environnement social, il y avait assez d'hommes en tant que modèle masculin pour compenser le manque de père. Par contre les couples qui avaient envisagé des moyens alternatifs pour devenir mères, auraient préféré être plus informés sur le donneur et prévoyaient plus souvent d'introduire un « parrain » dans la vie des enfants.

En ce qui concerne la structure sous-jacente dans ces familles alternatives, 75% des lesbiennes (N=104) ont grandi dans une famille « normale ». Cependant, seulement 59% des femmes jugeaient la relation entre leurs parents comme bonne ou assez bonne. Dans 32% des familles d'origine il y avait de grands conflits entre les parents. 23% des femmes évaluaient la relation avec leur mère comme négative tandis que la relation avec le père était considérée par 31% des femmes comme mauvaise. 13% des femmes avaient rompu avec leurs parents souvent pour des raisons qui n'étaient pas liées à leur homosexualité.

En plus, de ces 104 femmes lesbiennes, les parents de sept femmes étaient divorcés lors de leur adolescence. Huit femmes avaient été élevées dans une famille à parent unique. Dans ces derniers cas le père était inconnu ou n'avait plus de contact avec ses enfants depuis qu'il avait quitté la famille. Quatre femmes n'étaient pas élevées dans leur famille d'origine. Sept mères biologiques avaient perdu leur père pendant l'adolescence.

46% des parents des femmes demandeuses avaient toujours accepté que leur fille soit homosexuelle. 14% des parents ne l'acceptait pas, même s'ils étaient au courant depuis bien longtemps. Si le contact n'était pas rompu, presque toutes les femmes visitaient leurs parents avec leur partenaire. Au moment de la demande, 77% des femmes étaient acceptées en tant que couple par leurs parents tandis que chez 10% des femmes le couple était rejeté par les parents.

Les sentiments homosexuels étaient acceptés par toutes les femmes bien que 14% se disaient bisexuelles. Si 82% des femmes se disaient exclusivement homosexuelles, 57% des femmes avaient eu des relations avec des hommes. Souvent, ces relations faisaient partie du processus d'intégration de leur homosexualité dans leur identité.

Le mot lesbienne est souvent associé à des femmes très engagées dans des mouvements homosexuels et féministes. Presque la moitié des couples (44%) donnait une valeur négative à ce mot lesbienne. 75% des couples ne s'étaient jamais engagés dans des mouvements politiques pour les droits des homosexuels. Les femmes qui s'étaient engagées avaient plus tendance à se définir comme deux mères et se faire appeler par deux synonymes. Dans ces cas, les femmes voulaient être appréciées en tant que lesbiennes et mères lesbiennes. Les femmes qui ne s'étaient jamais engagées avaient tendance à être plus discrètes vis-à-vis de la société en général sans pour autant cacher leur homosexualité.

Les femmes se sentaient bien dans leur peau en tant qu'homosexuelles: la famille, les amis étaient tous au courant. Bien qu'il ne soit pas facile de s'avouer homosexuelle, toutes les femmes avaient peu après la découverte de leur homosexualité, informé les personnes qui comptaient dans leur vie. Ce message avait provoqué quelques conflits avec les parents (35%) mais était plus ou moins accepté

par eux après. Dans 80% des cas, l'entourage professionnel était également plus ou moins au courant de leur homosexualité.

Se révéler homosexuelle n'avait pas posé de grands problèmes. Par conséquent, 60% des couples considérait que la société n'était pas intolérante mais ignorante vis-à-vis de l'homosexualité. La société ne réagissait pas de façon négative mais les femmes ressentaient quand même une différence de considération. Souvent ces couples avaient été interrogés sur leur vie privée, fréquemment par des personnes qu'ils connaissaient peu. 39% des couples jugeaient la société tolérante et n'avaient pas du tout l'impression d'être traités différemment. Pourtant quand on demandait si elles n'avaient jamais rencontré de difficultés, la réponse était souvent: «Non mais nous ne provoquons pas.»

Les enfants

Enfin, voici quelques résultats préliminaires des recherches en cours sur les enfants nés dans les familles homosexuelles et les familles à parent unique.

Le groupe d'enfants de couples homosexuels est constitué de 50 couples et leurs enfants. Au niveau du concept de la famille, 39% de ces couples ne faisaient pas de différence entre les deux mères, elles occupaient donc une même position parentale. 61% des couples étaient d'avis que l'enfant ne pouvait avoir qu'une mère biologique, le partenaire avait un rôle différent mais la responsabilité d'éduquer l'enfant était partagée. Dans 60% des familles, l'enfant appelle ses deux parents par des synonymes du mot mère. Tous les enfants savent que leur famille est une cellule familiale à deux mères, sans père. La présence des hommes dans l'entourage de l'enfant est jugée comme importante par toutes les mères (Brewaeyns, 1995).

Concernant les mères célibataires qui ont voulu participer à la recherche, six mères vivent toujours seules avec leur enfant. Une mère s'est mariée, une autre vit en couple avec une autre femme et la dernière partage son ménage avec la grand-mère de l'enfant. Les enfants de mère célibataire ne voient pas de grande différence entre leur famille et les familles de leurs copains dans la mesure où la famille à parent unique est plus courante.

Comme dans la vie des enfants conçus après IAD, il n'y aura pas de père biologique et comme en plus, ils n'auront aucun renseignement sur leur géniteur en raison de son anonymat, garanti en Belgique, on demande aux mères d'être ouvertes sur la méthode de conception. Tous les enfants de plus de quatre ans ont été informés de la méthode de leur conception. En fait, dès l'école, les enfants commencent à poser des questions sur «papa». Toutes les femmes leur ont expliqué dans les mêmes termes qu'elles étaient allées voir un médecin pour lui demander «des graines». Les enfants se sont contentés – jusqu'à présent – de cette version.

Dans les couples homosexuels, le rôle du père n'est jamais attribué au donneur. On ne lui accorde pas non plus une dimension humaine, il ne joue aucun rôle dans la famille (Brewaeyns, 1995). Une mère célibataire a la même attitude à l'égard du donneur. En revanche, six mères célibataires présentent le donneur comme étant une personne, en lui attribuant des traits de caractère agréables, mais sans le

nommer père. Deux mères parlent à leur enfant d'un père qui lui a permis de naître mais qu'il ne connaîtra jamais.

En ce qui concerne l'anonymat du donneur, cinq mères célibataires voudraient obtenir des informations limitées sur le donneur telles que son profil de personnalité, son quotient intellectuel et des informations médicales. Deux mères célibataires préfèrent toujours l'anonymat tandis que les deux autres aimeraient avoir accès à l'identité du donneur.

Au moment de la demande, 10% des femmes homosexuelles auraient préféré un donneur connu. Après la naissance de l'enfant, ce pourcentage est augmenté à 56% (Brewaeys, 1993). Ce changement d'attitude peut s'expliquer par le fait que l'enfant grandissant, les couples homosexuels sont susceptibles de faire face aux problèmes que l'anonymat peut poser à l'enfant à un certain stade de son évolution.

Conclusion

En ce qui concerne les requêtes présentées par les femmes célibataires, 53% des demandes ont été refusées. La décision de refuser certaines femmes célibataires était liée à la structure sous-jacente, par exemple les problèmes dans la famille d'origine et certains problèmes dus à une relation intime avec un homme dans le passé. D'autres demandes étaient refusées pour des raisons qui rendaient la vie actuelle de la femme instable: une relation conflictuelle avec un homme ou des conditions de vie instables. Dans la majorité des cas, ces problèmes étaient associés à un isolement social. Souvent, l'enfant était considéré comme un moyen de surmonter les problèmes.

Par contre, la majorité des couples homosexuels ont été acceptés pour le traitement. Les couples étaient stables. Les femmes se sentaient bien dans leur peau en tant qu'homosexuelles. La majorité des couples étaient acceptés par la famille et les amis. Le désir d'enfant était lié à leur vie de couple; ils parlaient de «notre enfant». Tous les couples étaient d'accord de partager la responsabilité de l'éducation de leur enfant. Bien que souvent, il y ait eu des difficultés dans le passé, la structure sous-jacente n'influçait plus la vie actuelle des couples d'une façon négative. La structure de la famille était pour tous très claire et nette. Les relations avec l'entourage social étaient ouvertes sans que la vie privée ne soit exposée.

En ce qui concerne les enfants, toutes les interprétations préliminaires doivent prendre en compte l'âge et le nombre limité des enfants. Toutefois, les parents de familles alternatives entendent informer leur enfant de leur méthode de conception. Contrairement au moment de leur demande, la majorité des parents auraient préféré avoir plus d'informations sur le donneur après la naissance. Probablement ces parents sont-ils susceptibles de faire face aux problèmes que l'anonymat peut poser à l'enfant. On peut donc supposer qu'une plus grande sincérité vis-à-vis de la méthode de conception pourrait faire évoluer les attitudes concernant l'anonymat du donneur.

Remerciements

Etant néerlandophone, l'auteur voudrait remercier Mme S. Célestin-Westreich et M. L. Roegiers pour leur assistance à cet article.

P. Baetens
Faculté Psychologie en Opvoedkunde
Vrije Universiteit Brussel
Pleinlaan, 2
B-1050 Brussel, België

BIBLIOGRAPHIE

1. Baetens P., Ponjaert-Kristoffersen I., Devroey P., Van Steirteghem A.C. (1995): «Artificial Insemination by donor: an alternative for single women», *Human Reproduction*, 10, 101-106.
2. Brewaeyns A., Baetens P., Verté D., Ponjaert-Kristoffersen I. (1994): «Enfants nés dans des groupes familiaux alternatifs: mères célibataires et lesbiennes», *Colloque International: l'Europe et les enfants de la procréatique* (publication en cours).
3. Brewaeyns A., Devroey P., Helmerhorst F.M., van Hall E.V., Ponjaert I. (1995): «Lesbian mothers who conceived after donor insemination: a follow-up study», *Human Reproduction*, 10, 2731-2735.
4. Brewaeyns A., Ponjaert-Kristoffersen I., Van Steirteghem A.C., Devroey P. (1993): «Children from anonymous donors: an inquiry into homosexual and heterosexual parents' attitudes», *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, special issue, 23-35.
5. Cashion B.G. (1982): «Female-headed families: effects on children and clinical implications», *Journal of Marital and Family Treatment*, 8, 77-85.
6. Covell K., Turnbull W. (1982): «The long-term effects of father absence in childhood on male university students' sex role identity and personal adjustment», *Journal of Genetic Psychology*, 141, 271-276.
7. Golombok S., Spencer A., Rutter M. (1983): «Children in lesbian and single-parent households. Psychosexual and psychiatric Appraisal», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 551-572.
8. Gottman J.S. (1990): «Children of gay and lesbian parents», in: *Homosexuality and family relations*, Bozett F.W., Sussman M.B., Harrington Park, New York.
9. Green R., Mandel J., Hotveldt M., Gray J., Smith L. (1986): «Lesbian mothers and their children: a comparison with solo parent heterosexual mothers and their children», *Archives of Sexual Behavior*, 15, pp 167-184.
10. Hingst A.G., Hyman B.M., Salmon J.L. (1985): «Male children of divorce grown up: parental bonding, relationship satisfaction, commitment and sex role identification», *Australian Journal of Sex, Marriage & Family*, 6, pp 15-32.
11. Huggens S.L. (1989): «A comparative study of self-esteem of adolescent children of divorced lesbian mothers and divorced heterosexual mothers», in: *Homosexuality and the family*, Bozett F.W. (eds): Harrington Park, New York.
12. Kagel S.A., Maitland Schilling K. (1985): «Sexual identification and gender identity among father-absent males», *Sex Roles*, 13, 357-370.
13. Kirckpatrick M., Smith C., Roy R. (1981): «Lesbian mothers and their children. A comparative study», *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 545-551.
14. Mc Guire M., Alexander N.J. (1985): «Artificial insemination of single women», *Fertility and Sterility*, 43, 182-184.

15. Patterson C. J. (1994): «Children of the lesbian baby boom: behavioral adjustment, self concept and sex role identity», in: *Lesbian and gay psychology; theory, research and clinical applications*, Green B., Herek G.M., (eds) 16. Sage, Newbury Park.
17. Patterson C.J. (1992): «Children of lesbian and gay parents.», *Child Development*, 63, 1025-1042.
18. Potter A.E., Knaub P.K. (1988): «Single motherhood by choice: a parenting alternative», *Lifestyles: Family Economic Issues*, 9, 240-249.
19. Satir V. (1969): *Gezinstherapie*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
Satir V. (1975): *Mensen maken mensen*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
20. Stevenson M.R., Black K.N. (1988): «Parental absence and sex-role development: a meta-analysis», *Child Development*, 59, 793-814.
21. Strong C., Schinfeld J.S. (1984): «The single women and artificial insemination by donor», *The Journal of Reproductive Medicine*, 29, 293-299.
22. Tasker F., Golombok S. (1995): «Adults raised as children in Lesbian Families», *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 203-215.

LES PROCRÉATIONS MÉDICALEMENT ASSISTÉES, SYMPTÔMES DE «CETTE ÉPOQUE QUI NE TOURNE PLUS ROND» (1) Quelques apports systémiques et contextuels à la bioéthique

Luc ROEGIERS*

Résumé: *Les procréations médicalement assistées, symptômes de « cette époque qui ne tourne plus rond ».* – Certaines situations d'aide à la procréation confinent à l'absurde. Elles interpellent le thérapeute familial dont l'apport à la réflexion bioéthique paraît de plus en plus pertinent. Parmi les références de choix, l'appel écosystémique de Bateson à « reboiser » les processus de la pensée négligés dans un monde fonctionnant à trop court terme et l'invitation contextuelle de Nagy à un dialogue véritable qui évite les dérives de l'exploitation objectivante sont deux pistes très différentes. Elles ne sont toutefois nullement contradictoires et constituent les bases d'une éthique des relations humaines à la source desquelles la procréation, relation mère par excellence, mérite une attention particulière au moment où son intégrité est menacée par un recours irrfléchi à la technoscience.

Summary: *Medically-assisted procreation: a symptom of the aberrations of our times.* – Certain situations in the field of support for procreation are little short of absurd. They involve a form of family therapy of which the contribution to bioethical reflection appears increasingly relevant. The foremost references include the ecosystemic call issued by Bateson to « repopulate » the thought processes which are neglected in a world which operates according to excessively short-term aims and the contextual invitation issued by Nagy to undertake a genuine form of dialogue which eschews the deviations of objectivating exploitation are two very different avenues of approach. However, they are not by any means contradictory and constitute the cornerstones of standards for human relationships at the core of which procreation, the maternal relationship par excellence, merits particular concern at a time when its value is under threat due to an out-and-out reliance on scientific technology.

Mots-clés: Thérapie familiale – Bioéthique – Procréation – Technologie – Approche écosystémique – Approche contextuelle.

Key words: Family therapy – Bioethics – Procreation – Technology – Ecosystemic approach – Contextual approach.

Vignette introductive: «quand la maîtrise procréative confine à l'absurde»

Lorsque je les rencontre en entretien préliminaire au programme de fécondation *in vitro* (FIV), Monsieur et Madame A. sont en demande d'une deuxième tentative. Elle est Belge, il est Zaïrois.

* Pédoopsychiatre, thérapeute familial, docteur en bioéthique.

Unités de pédoopsychiatrie (Pr. J.Y. Hayer), de gynécologie-obstétrique (Pr. J. Donner) et d'éthique biomédicale (Pr. P. Ph. Druet) des Cliniques St-Luc, Université Catholique de Louvain, Louvain-en-Woluwe.

Tout a été très vite lorsqu'ils se sont rencontrés: Madame A. a quitté son deuxième conjoint de qui elle avait un fils alors qu'elle n'était pas encore divorcée de son premier mari. Monsieur A. avait pu faire l'expérience de sa stérilité dans ses couples antérieurs. C'est ce qui explique leur empressement à demander une aide médicale à la procréation dans un grand centre hospitalier. La réussite est immédiate: la FIV avec micro-insémination de spermatozoïdes n'aboutit qu'à un seul embryon, mais une grossesse se met en route. Hélas, après un mois de lune de miel, les choses se gâtent. Madame A. se met à penser que son ami ne souhaite d'elle que l'enfant et interprète de cette manière la diminution de ses attentions. Quant à Monsieur A., il prend conscience du fait que l'enfant attendu portera le nom du premier mari de Madame A., et cela ne lui va pas du tout. Lorsque sa femme se déclare fatiguée de sa grossesse, lorsqu'elle arrête de nettoyer la maison et de préparer régulièrement des bons petits plats à ses retours, il se met en rage, la menace de mort et se lance dans une relation extra-conjugale.

Après quelques sommations «Je vais avorter» suivies de «Tu n'oseras pas», elle ose bel et bien et obtient une IVG dans le même hôpital qui avait permis la miraculeuse mise en route de sa grossesse.

Petit retour en arrière: Madame A. n'a pas eu beaucoup de chance au début de sa vie. Son père est mort lorsqu'elle avait deux ans, puis elle a été abandonnée par sa mère parce qu'elle ne plaisait pas au nouveau mari. Elle reconnaît elle-même avoir rejoué quelque chose de cette histoire lorsqu'elle a quitté son deuxième conjoint brutalement alors que son fils avait lui-même deux ans (depuis cette séparation radicale, il présente un retard de développement). Quant à Monsieur A., il a perdu ses deux parents dans son enfance. Comme fils aîné, il a dû s'occuper de la fratrie avant de penser à lui. Il a assumé divers emplois avant de se retrouver au chômage. L'enseignement qu'il en tire: on ne peut compter sur personne d'autre que sur soi et il faut être dur et intransigeant pour réussir, comme il l'a appris à l'armée.

Monsieur A. est manifestement marqué par les événements. L'IVG est un point de non-retour: «Jamais rien ne sera plus comme avant.» D'autant plus qu'elle a suivi un conflit conjugal très dur. «Je bossais, dit-il, et elle me réveillait à deux heures du matin en exigeant que je lui apporte des oranges!»

Comment en sont-ils arrivés à reformuler un projet d'enfant? Monsieur A. «rationalise» en avançant qu'il n'a plus envie de réexpliquer sa stérilité à une autre partenaire; or, il tient à s'assurer une descendance. La répudiation ne résoudrait rien... Il opte donc pour une tentative «de la dernière chance», même si cela lui en coûte énormément en émotions et en finances. En cas d'échec, il ira voir ailleurs. Et Madame A. veut obstinément souffler sur la mini braise de ce qu'elle appelle «le reste d'amour» entre eux. Peut-être, pense-t-elle, un enfant pourrait leur apporter la stabilité...

Pas de commentaire ni hypothèse thérapeutique... Même si l'effet d'une telle rencontre ponctuelle n'est pas à sous-estimer, il ne faut pas rêver: ces personnes ne demandent rien d'autre qu'une fécondation *in vitro*. Du reste, cette situation parle d'elle-même. Et dans ma pratique, elle fait suite à bien d'autres; si elle est décrite ici, ce n'est que pour illustrer le malaise qui est le mien et celui de nombreux thérapeutes du secteur de l'aide médicale à la procréation. Ayant mené une réflexion détaillée à ce

sujet (2), j'ai eu l'occasion de mettre en évidence la vanité des approches critiques à l'emporte-pièce. Cette civilisation qui a secrété la procréation médicalement assistée est la nôtre. Nous-mêmes ou nos enfants nous nous trouverons peut-être confrontés un jour à l'infertilité et la technique nous apparaîtra sans doute comme une planche de salut. Cependant, certaines histoires, un peu plus folles que les autres, telle l'épopée du couple A., m'interrogent comme thérapeute de famille. C'est à partir de cette compétence, en suivant le fil «éco-systémique» puis «existentiel-contextuel» que j'ai choisi de réfléchir ici à quelques enjeux sous-jacents au malentendu décrit (dont Monsieur et Madame A. ne sont que les co-acteurs). Dans la grande nébuleuse de la bioéthique, ces enjeux me semblent mériter une attention particulière.

Arrogance ou ressourcement épistémologique

Cette époque ne tourne pas rond parce qu'elle entérine le divorce entre rigueur paralysante et imagination folle, qu'elle néglige la dimension esthétique au profit du «quantifiable», qu'elle privilégie l'individuel au mépris des rapports avec les autres hommes, qu'elle favorise le pouvoir unilatéral plutôt que l'intégration dialectique. Ainsi arrive-t-on à «la montée de la méfiance, de la vulgarité, de l'exploitation des ressources, de la victimisation de personnes, du mercantilisme et de la folie» (3).

L'arrogance (*hubris*) de la civilisation technologique occidentale fut ainsi stigmatisée par Bateson quelques années avant l'apparition des techniques contemporaines d'assistance à la procréation et à la grossesse. Faute de tenir compte des interactions complexes entre les problématiques individuelles et l'équilibre global de l'environnement écosystémique, on s'expose à des conséquences destructives, rappelait-il dans cette communication (4) dont le ton renvoie tant au registre de l'épistémologique qu'à celui de l'éthique.

De telles mises en garde étaient suivies d'une invitation à comprendre les valeurs et les équilibres qui ont régi les rapports entre les hommes dans bien d'autres civilisations au fil des siècles. Nous croyons détenir les vérités et les diffusons sans beaucoup de discernement.

Effectivement, en matière de procréation, force est de reconnaître qu'à l'évolution galopante des ressources techno-scientifiques programmées pour pallier l'infertilité a répondu une inquiétante extension des «indications», qu'il s'agisse d'impatience liée à l'âge de plus en plus tardif pour procréer, d'augmentation des stérilités séquellaires de maladies sexuellement transmissibles, de stérilisations volontaires regrettées ou de cette troublante diminution contemporaine de la qualité générale du sperme. La fertilité n'a jamais posé autant de questions qu'à notre époque dite de progrès historique. Et la maîtrise de la procréation n'est que le premier maillon d'une chaîne de contrôle dans laquelle risque de se trouver prisonnier l'enfant à naître.

Antidote de l'arrogance, l'incertitude est bien au cœur de l'éthique suggérée par Bateson. Et si l'on se mettait à douter en procréation assistée? Face aux histoires familiales perturbées des demandeurs (quel type de changement est-il attendu par le couple?), face aux lourds investissements économiques dans ce domaine (sont-ils plus judicieux que d'autres options possibles en santé

publique?), face à la prise de pouvoir techno-scientifique sur le génôme humain (en matière de sélection génétique, on intuitionne que le mieux sera l'ennemi du bien)... que peut-il rester du moteur de telles pratiques?

Mais dans le cabinet du gynécologue, la crise écologique est bien lointaine. En outre, comme le dit Bateson, il est désormais impossible d'empêcher la technologie de progresser; cependant, ajoute-t-il, on peut néanmoins l'orienter dans des directions raisonnables. Et aider les clients (pour éviter de les nommer «patients») à s'en servir.

Ainsi, dans la situation A. présentée ci-dessus, la fécondation *in vitro* est présentée comme une simple réponse au seul aspect explicite de la demande, comme une solution sur un mode purement opératoire sans prise en compte du contexte relationnel, familial, social et culturel au sein duquel apparaît tant l'infertilité que le recours au spécialiste.

Il est devenu évident qu'en cette époque où l'enfant, tantôt sacralisé, tantôt exploité ne peut plus arriver au seul gré du hasard, l'infertilité est devenue un symptôme majeur; et il fait mal. Mais est-il raisonnable pour autant d'en faire la croisade des temps modernes? Et de prendre la science pour étendard? L'analyse écosystémique dénonce tout simplisme dont les conséquences pourraient s'avérer redoutables: «L'homme doit cesser d'être le Gengis Khan de la banlieue solaire pour devenir la conscience de la biosphère (...). La science, au lieu d'être le foyer de la nouvelle conscience, contribue au nouvel obscurantisme. La pensée réductrice/disjonctive d'une part, la pensée mythologique/fabulatrice de l'autre, concourent à nous masquer la complexité omniprésente. Nous ne pouvons désormais plus rien attendre, nous devons désormais tout craindre d'une pensée incapable de concevoir la complexité des réalités vivantes, sociales, humaines et la complexité des problèmes posés par la crise contemporaine de l'humanité. Nous allons crever de ne pas comprendre la complexité» (5).

Complexité de la vie, complexité des finalités de cette vie... Dans notre souci gestionnaire du bonheur, nous avons tout intérêt à être prudents. Nous avons à nous méfier de la croyance que l'action opère logiquement dans le sens de son projet: cette action peut entrer dans le jeu des finalités ennemies, rappelle Morin. Ce qui est une autre formulation de la mise en garde: «L'enfer est pavé de bonnes intentions.» Le problème actuel tient à la possession de la nature dans un sens instrumentalisant et potentiellement destructeur. «Les manipulations sur gènes, cellules, cerveaux nous amènent à formuler des finalités de protection des autonomies individuelles; (...) aujourd'hui, nos vies sont menacées, non seulement par ce qui les menace, mais aussi par ce qui les protège: la science et la médecine» (6). Protéger la vie, c'est protéger la complexité, voilà le message écosystémique dont les implications dépassent bien sûr le terrain des PMA, et même celui de la bioéthique. Il est un rempart contre toute idéologie dont le simplisme fait le lit des tentations totalitaires, particulièrement vivaces aujourd'hui.

Irresponsabilité ou dialogue transgénérationnel

La question éthique au centre de la préoccupation contextuelle ne concerne, quant à elle, pas directement l'harmonie de l'homme avec son environnement ni la

rigueur épistémologique des processus de la pensée. Au départ, il est question de relation, non pas en tant qu'élément d'une chaîne d'interactions en équilibre dynamique à un moment donné, mais en tant qu'expérience de différenciation et de légitimation fondamentale dans le développement et dans la vie de chaque personne, transmissible dans l'espace et surtout dans le temps. Dans ce sens, chaque prise de position est, par ses effets constructifs ou destructifs, connectée à l'ensemble des relations humaines présentes et à venir. Chaque acte entraîne des conséquences à évaluer. La procréation est l'acte relationnel par excellence que Boszormenyi-Nagy, bien qu'il se défende de toute normativité *a priori* considère comme la source unilatérale de toute responsabilité. Il rejoint la thèse du philosophe Hans Jonas à propos de la radicalité de ce devoir de prise en charge désintéressée contenu dans la vulnérabilité même de celui qu'on met au monde et dans son «devoir être» (7).

A partir d'un point de départ très différent de celui de Bateson, Nagy contribue ainsi également à une éthique écologique, non plus basée sur l'incertitude, mais sur l'appel implicite de tous ceux qui nous suivront sur cette terre et qui n'ont pas la possibilité de faire entendre leur voix. C'est pourquoi, la fécondation *in vitro* ou l'avortement ne posent de problèmes qu'en fonction de leur impact prévisible sur la dignité humaine, sur le respect et les dynamiques de la légitimité propres à chaque personne concernée (8). Dès lors, les questions posées sont les suivantes: Comment les éventuelles injustices vécues pèsent-elles dans l'infertilité et l'exigence de réparation? Quelle est la balance entre atteinte à la vie sur le plan biologique et respect de la qualité de vie des personnes impliquées? Lorsque de nouveaux types de parentalités émergent des diverses facettes de la maîtrise procréative (parenté biologique dissociée de la parenté affective et symbolique, dispersion des partenaires, insémination de femmes seules ou homosexuelles...), vont-ils dans le sens du maintien de la sécurité et des besoins fondamentaux des bébés qui en sont issus? Ces enfants de la procréatique, forcément idéalisés, gardent-ils la possibilité de décevoir?

Un rapide survol de la sociologie occidentale de la famille confirme, si besoin en est, que l'arrivée d'un enfant est l'ultime support d'une institution familiale fragilisée par la désagrégation de la famille élargie, et menacée par l'instabilité du couple parental (9). Trop précieuse pour être confiée au seul hasard, la procréation a fait son lit dans le coffre-fort de la médecine. Comment l'enfant si bien programmé construira-t-il son identité? Les thérapies familiales des années futures nous le diront. Elles nous le disent déjà, dans la mesure où le syndrome de l'enfant précieux précède et déborde largement la seule assistance médicale qui n'en est qu'un récent épiphénomène assez spectaculaire.

Attention, la formation du monde intérieur de l'enfant est fonction du type d'investissement par ses parents; c'est l'idée développée il y a vingt ans déjà par Stierlin, soucieux d'établir des liens entre la formation de l'appareil psychique décrite par les psychanalystes et certaines transactions familiales... Décloisonnement dont la portée éthique rejoint la démarche contextuelle. Dans la foulée, il stigmatise «les parents qui manifestent leur possessivité – ou attitude surinvestissante – par la manière intrusive et écrasante dont ils traitent leur progéniture. En fait, ils semblent «posséder» leurs enfants pratiquement dans le même sens qu'ils

possèdent leur corps ou leurs meubles» (10). Ces paroles résonnent dans un volume nouveau depuis les derniers développements de la procréatique baptisée par certains «Le magasin des enfants» (11).

Le modèle conceptuel de Nagy basé sur les échanges relationnels rend adéquatement compte, non seulement du caractère destructif de cette possessivité (rapport Je-Cela de Buber (12)), mais également de sa genèse. L'exemple du couple A. est très explicite à cet égard. Le rejet vécu par Madame A. est à la source de sa légitimité: utilisée autrefois au gré des événements, elle utilise aujourd'hui son enfant dans le décours de sa séparation, le coupant de son père qu'elle ne veut plus voir. Et sa grossesse devient le simple enjeu d'un chantage destiné à tester la fiabilité relationnelle de son nouveau conjoint, fiabilité dont elle a cruellement manqué dans son histoire. Monsieur A., parentifié à l'extrême dans son enfance, vit son infertilité comme une injustice supplémentaire. Peu après la lune de miel dans laquelle se dissolvent toujours les difficultés vécues dans les familles d'origine, il fait valoir son droit à la revanche. Cet enfant doit être véritablement le sien – et porter son nom –, sa femme doit être la sienne – et renoncer à ses caprices personnels. Il cherche la famille accueillante dont il a été privé.

Comment pourrait-il être question de cette face de la problématique ouverte sur le dialogue transgénérationnel si une invitation inconditionnelle au «traitement symptomatique» garantit son occultation? Voilà bien l'enjeu transdisciplinaire d'une approche bioéthique en clinique de reproduction humaine.

Une conclusion plus ancienne que la problématique

Chercher des solutions aux souffrances humaines dans le registre de la maîtrise conduit à bien des absurdités. A l'ère industrielle a succédé l'ère technologique dont les interfaces avec la vie des individus, des relations et des familles ne peut laisser les thérapeutes indifférents. Surtout lorsque les technologies menacent l'établissement des relations fondamentales. «Les racines de l'humain se développent dans la succession des générations; (...) leur détérioration tend à devenir une menace aussi terrifiante que celle qui pèse sur l'hérédité humaine du fait des explosions atomiques», déclarait Erikson en 1959 à la World Federation of Mental Health (13). Chaque époque de changement implique des appréhensions, précisait-il. Sans vouloir rejeter l'innovation, il s'agit néanmoins de s'y repérer «en se préoccupant de racines, d'origines, d'éléments primordiaux – et aussi, soit dit en passant, de la relation fondamentale entre la mère et l'enfant, comme si en matière de psychologie aussi il nous fallait remonter tout le cours du développement jusqu'au cordon ombilical psychique et somatique. Et, en définitive peut-être est-ce là le moyen de renouer le contact avec la source ontogénétique de l'espoir, de retrouver, avec le rôle le plus fondamental de la femme dans l'univers de l'homme, les racines d'une éthique qui puisse encore – parce qu'il le faut – l'emporter sur les orgueilleuses inventions de l'homme» (14).

En matière de procréation comme en maints autres domaines, nous avons à nous confronter au deuil des limites de la société technologique; et surtout, comme le dit Morin, au deuil d'un avenir radieux qui mettrait un terme à tous nos maux

d'existence. De plus en plus fréquemment, cet «avenir radieux» prend le visage de l'enfant idéalisé, le «*deus ex machina*» dont aucun détail de la venue au monde ne peut être laissé au hasard. Qu'elle invoque l'arrogance ou la légitimité destructive, la thérapie familiale a une place à occuper dans le champ de la bioéthique pour rappeler que la procréation n'est pas un produit de consommation mais le maillon-clé de toute relation transgénérationnelle.

Luc Roegiers
Unité d'Ethique Biomédicale
Promenade de l'Alma 51,
Bte 43/4534
B-1200 Bruxelles

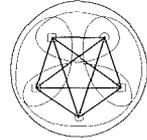
BIBLIOGRAPHIE

1. C'est le titre d'une conférence de Gregory Bateson traduite dans *La nature et la pensée*, Seuil, 1984, p. 223.
2. Roegiers L.: *Les cigognes en crise*, De Boeck-Université-Oxalis, 1994.
3. Bateson G.: *La nature et la pensée*, Seuil, 1984, p. 224.
4. Bateson G.: *Vers une écologie de l'esprit*, Seuil, 1980, p. 251.
5. Morin E.: La méthode, t. II, *La vie de la vie*, Seuil, 1980, pp. 430-452.
6. Morin E.: *op. cit.*, 1980, p. 430.
7. Jonas H.: *Le principe responsabilité*, Cerf, 1990, pp. 64-185.
8. Boszormenyi-Nagy I., Krasner B.: *Between give and take*, Brunner-Mazel, 1986, pp. 359-369, trad. pers.
9. Roussel L.: *La famille incertaine*, Odile Jacob, Paris, 1989, p. 266.
10. Stierlin H.: «The dynamics of owning and disowning: psychoanalytic and family perspectives», *Family Process*, vol. 15, n° 3, sept. 1976, p. 282, trad. pers.
11. Testart J., et coll.: *Le magasin des enfants*, François Bourin, 1990.
12. Buber M.: *Je et Tu*, Aubier, 1969.
13. Erikson E.: «Identité individuelle et sentiment de déracinement à notre époque», in: *Ethique et Psychanalyse*, Flammarion, 1964-1971, p. 98.
14. Erikson E.: *op. cit.*, 1964/1971, pp. 109, 110.

Aux Editions ERES,

avec la collaboration de

THERAPIE FAMILIALE



La Collection
RELATIONS

Familles,
Institutions,
Eco-systèmes

dirigée par: Guy AUSLOOS, Jean-Claude BENOIT, Yves COLAS, Daniel MASSON
et Maggy SIMÉON, présente

G. PRATA, M. VIGNATO, S. BULLRICH: *Interventions systémiques dans les jeux familiaux. Cet enfant qui voyait le bateau s'éloigner.* Prix: FS 54.10 / FF 165.— + port

Jan SCHOUTEN, Siegi HIRSCH, Han BLANKSTEIN: *Garde ton masque. Prise en charge d'adolescents difficiles en structure d'hébergement.*

Prix: FS 57.70 / FF 178.— + port

Jay HALEY: *Stratégies de la psychothérapie.*

Prix: FS 57.70 / FF 178.— + port

Carole GAMMER et Marie-Christine CABIE: *L'adolescence, crise familiale. Thérapie familiale par phases.*

Prix: FS 54.10 / FF 165.— + port

Jean-Claude BENOIT: *Patients, familles et soignants. La recherche d'un système thérapeutique institutionnel en psychiatrie. Préface de Jacques-Antoine Malarewicz*

Prix: FS 52.10 / FF 158.— + port

Sous la direction de Donald A. BLOCH: *Techniques de base en thérapie familiale.*

Prix: FS 54.10 / FF 165.— + port

Norman L. PAUL, Betty Byfield PAUL: *Un casse-tête conjugal.*

Prix: FS 55.20 / FF 178.— + port

Guy AUSLOOS: *La compétence des familles.*

Prix: FS 46.50 / FF 150.— + port

Un prix de souscription sera réservé aux abonnés de THÉRAPIE FAMILIALE. Les commandes devront être adressées à l'éditeur de la revue:

Editions Médecine et Hygiène

Case postale 456 – CH-1211 Genève 4

Tél. (022) 702 93 11

Fax: (022) 702 93 55

APPROCHE SYSTÉMIQUE DU DÉSIR D'ENFANT

Un groupe multifamilial hebdomadaire en maternité

Michèle BROMET-CAMOU*

Résumé: *Approche systémique du désir d'enfant. Un groupe multifamilial hebdomadaire en maternité.* – Faire naître un enfant, c'est lui permettre le passage à travers un univers familial complexe. Le désir de chacun exprimé ou non, confirmant ou infirmant le désir de l'autre, finit par traverser plusieurs générations, se répercute sur les collatéraux, et vient enfin, après un long parcours, prendre place dans le parent de l'enfant à naître. Cet article décrit une pratique particulière dans le cadre d'une maternité. Il s'agit d'un groupe multifamilial. Le thérapeute réunit chaque semaine les mères qui viennent d'accoucher avec leurs bébés et certains membres de leur famille (père de l'enfant, frère, sœur, grands-parents dans certains cas).

Summary: *Systemic approach to child's desire. Families weekly meetings in a maternity ward.* – To bring a child into the world is to allow him or her to navigate through a complex family world. The desire of each person involved, whether it be expressed or not, and as it validates or invalidates the desire of the other, eventually migrates through several generations and affects the collaterals, and it ends its long course finding its natural place in the parents of the child to be born. This article describes a specific practice in a maternity ward. Several families meet weekly. The therapist assembles mothers who have just given birth, their babies and the families (the children's fathers, brothers, sisters, and grandparents in some cases).

Mots-clés: Naissance – Mandats – Familles.

Key words: Birth – Messages – Families.

Désir d'enfant: cette expression porte en elle-même sa propre ambiguïté s'agirait-il du désir «d'avoir» un enfant ou bien d'un désir issu de notre état d'enfant?

Je dirai, quant à moi, que cette expression est à entendre dans ces deux registres: en effet, lorsque l'adulte désire un enfant, il semble bien que ce soit plutôt l'enfant dont l'adulte est issu qui soit le plus relié à l'enfant à désirer. D'une certaine manière M. Bydlowski exprime cela en disant: «La mère n'est jamais enceinte que d'elle-même.»

La naissance à étages

Il faut rappeler d'abord que la naissance d'un enfant n'est jamais une naissance unique, mais suppose en quelque sorte une co-n-naissance, une naissance à plusieurs branches et à plusieurs étages:

* Psychologue clinicienne, Centre Hospitalier de Niort.

- l'enfant naît à sa place d'enfant ;
- la femme naît à sa place de mère ;
- l'homme naît à sa place de père ;
- parfois l'enfant unique naît à sa place de frère ou sœur aîné ;
- le père de la femme qui enfante, naît à sa place de grand-père, etc.

De la même manière un désir d'enfant isolé n'a jamais permis à un enfant de naître. L'arrivée au monde d'un bébé se trouve au cœur de l'interaction de plusieurs désirs conscients ou inconscients : par exemple, celui de la femme « d'avoir » un enfant pour elle, celui de l'homme de devenir le père qu'il n'a jamais connu, celui non exprimé et pourtant tellement présent du futur grand-père maternel qui va enfin peut être pouvoir « avoir » le garçon qu'il n'a lui-même jamais pu procréer, celui de la grand-mère qui souhaite voir sa fille aînée devenir mère comme elle, celui de la grand-mère paternelle qui rêve du petit fils que va lui donner son fils... etc.

L'enfant naît, ou s'abstient d'exister, au creux de ces désirs et probablement au creux des désirs les plus secrets, les plus tus parfois, pour les individus eux-mêmes.

Ma pratique de psychologue clinicienne ou plutôt de thérapeute familiale dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Niort m'a rendu cela progressivement plus évident. Cette pratique m'a située à la croisée des désirs, dans l'écoute et le respect des demandes d'IVG, dans l'accompagnement des couples présentant une stérilité dite psychogène, dans l'écoute des femmes en « menace d'accouchement prématuré », des demandes de ligatures de trompes, dans le travail auprès des familles qui avaient à vivre une IMG, une mort *in utero*, la naissance d'un enfant handicapé, etc.

J'ai pu d'ailleurs repérer comment le deuil de l'enfant imaginaire (particulièrement brutal lors de la naissance d'un enfant porteur d'un handicap) ou le deuil d'un enfant à naître (IVG, IMG) entraîne, comme la naissance, un fonctionnement à plusieurs étages et qu'il m'a souvent engagé dans un travail avec la famille élargie.

Lorsque l'enfant arrive enfin, lorsque les cigognes parviennent jusqu'au bout de leur route pour reprendre une image chère à Monsieur Roegiers, cette connaissance vient se concrétiser, par une re-co-n-naissance. Elle vient certifier l'appartenance de l'enfant à sa famille d'origine (la cigogne a bien déposé le bon bébé dans la bonne cheminée de la bonne maison).

Dans notre culture, c'est la famille paternelle qui vient, en conférant son nom patronymique à l'enfant, certifier sa descendance. Les second et troisième prénoms donnés au nouveau-né constituent eux aussi, très souvent, des affiliations aux familles d'origine (... ou des refus d'affiliation).

Il faut noter que lorsque les deux parents du nouveau-né sont mariés, c'est-à-dire lorsque le système familial du père et le système familial de la mère se sont officiellement constitués en un nouveau système, dans ce cas là, la re-connaissance de l'enfant va de soi. Elle ne nécessite plus une démarche active.

Faire naître un enfant, c'est lui permettre le passage à travers un univers familial complexe. Le désir de chacun exprimé ou non, confirmant ou infirmant le désir de

l'autre, finit par traverser plusieurs générations, se répercute sur les collatéraux, et vient enfin, après un long parcours, prendre place dans le parent de l'enfant à naître. Ce qui complexifie encore cette «migration» transgénérationnelle du désir, c'est que bien sûr les absents y sont présents, les disparus sont là, dans des mandats les plus souvent méconnus ou tout au moins méconnaissables. «Ma mère est décédée pendant mon adolescence, juste après la naissance de ma dernière petite sœur, je crois que nous allons adopter», me dit une femme qui avait d'abord envisagé une FIV.

La réunion du *Post-Partum*

1. Le projet et sa mise en place

Chaque semaine, depuis dix ans, nous réunissons à la maternité, les femmes qui viennent d'accoucher avec leur bébé et la famille présente (père de l'enfant, frère ou sœur, grand-parents éventuellement). Il s'agit le plus souvent d'un groupe d'une vingtaine de personnes, accompagnées des nourrissons.

Nous savons que le travail psychologique proposé pendant la grossesse et autour de l'accouchement permet une avancée très particulière. Il nous est apparu que, comme en écho à la délivrance physiologique, un travail de délivrance partielle des «comptes des ancêtres» devient possible.

Je prends, lorsque je travaille en groupe avec les mères qui viennent d'accoucher, l'image d'un petit sac à dos que porte le bébé, sac à dos rempli de désirs, des histoires et des sentiments d'échec, des générations précédentes.

Ainsi l'enfant imaginé peu à peu reconnu, nommé, pourra d'autant mieux laisser la place à l'enfant réel.

C'est donc autour de cette idée-là que s'articule la réunion du *post-partum*, groupe multifamilial où de nombreux pères sont absents. Je co-anime cette rencontre avec Madame Fauconnier, thérapeute familiale qui reste la plupart du temps silencieuse et plus attentive au processus et au comportement analogique des parents et des nourrissons.

Nous demandons ensuite au personnel de la maternité présent pendant cette rencontre de rester travailler avec nous, une fois les parents et bébés sortis, à propos de ce qui s'est passé là.

Alors que la rencontre des «parents nourrissons» fonctionne depuis dix ans, la rencontre avec le personnel soignant ne fonctionne que depuis trois ans. Elle entre dans le cadre volontairement non explicité de formation du personnel. Ce dernier volet de ma présence en maternité avait été envisagé très vite par le médecin chef du service, mais nous n'avions pas souhaité le mettre en place trop rapidement, pour des raisons stratégiques.

2. Les compétences particulières des intervenants familiaux

C'est auprès de Frédéric La Belle, directeur de l'Institut de Thérapie Familiale de Montréal, que j'ai probablement trouvé la plus grande aide. Il pratique lui-

même la thérapie multifamiliale depuis une vingtaine d'années avec des familles d'adolescents psychopathes et considère cette forme de travail comme un des pôles les plus thérapeutiques de l'ensemble des propositions qu'il a faites jusque-là.

Etre en place de faire travailler plusieurs familles ensemble (en présence de nourrissons qui ne m'étaient, il y a dix ans, pas plus sympathiques que cela), c'est différent que d'être dans la place d'aider une famille seule ou à plus forte raison un individu seul. En raison de la multiplicité et de la variété des individus composant ce groupe, la dimension émotionnelle prend une place importante. Celle-ci est encore accentuée par la période très proche de l'accouchement, (il y a quelques heures, 2, 3, 4 ou 5 jours) qui est à lui-même un bouleversement émotionnel intense.

Nous ne pouvons travailler avec ce groupe de familles que si nous prenons le temps de nous affilier à chacun. Nous passerons donc du temps à nous présenter chacun, chacune, chaque mère ayant tendance à présenter d'abord son bébé, un peu en écran devant elle; puis après un temps de silence, souvent après avoir présenté le bébé, le parent revient à lui-même, son nom, plus souvent son prénom, parfois son âge, enfin souvent sa profession. Déjà à ce moment-là, il est intéressant de leur trouver un dénominateur commun, dans le type de profession, les âges ou leur situation pour que d'emblée des échanges se mettent en place en analogie et en différence.

La manière de s'affilier peut emprunter des supports divers dans le verbal ou le non-verbal, le rythme de parole, les postures, les positions dans la pièce, en face, à côté, etc.

Lorsque nous avons la chance d'avoir ensemble plusieurs personnes de la même famille, il nous semble que le travail avance beaucoup plus vite, chaque membre pouvant apporter des informations, non seulement sur ce qui se passe pour lui, mais aussi sur ce qu'il a vu ou voit de ce qui se passe entre les autres.

J'ai nommé la forme de travail que j'utilise avec les familles: «La technique du fil d'Ariane.» Je pourrais en faire la description suivante.

Ariane, lorsque Thésée est arrivée en Crète pour tuer le Minotaure (ce monstre qui dévorait les jeunes gens et jeunes filles), lui donne l'extrémité d'une pelote de fil qu'elle garde dans ses mains. Il suffit à Thésée de dévider ce fil pour retrouver son chemin dans le labyrinthe, une fois que le monstre sera vaincu.

L'important n'est pas seulement l'aller. Nous sommes en effet la plupart du temps surpris de la manière aisée dont une femme, puis une autre en écho, se laisse aller jusqu'à ses origines, jusqu'à un niveau de profondeur souvent inattendue, laissant alors exprimer son chagrin, sa tristesse, puis ses alliances ou son intolérance à ce qu'une autre vient de découvrir pour elle-même. L'important donc n'est pas seulement l'aller, l'important, le difficile c'est le retour, c'est-à-dire, du centre remonter vers le dehors. Il s'agit alors pour les parents de commencer à se sentir être avec leur enfant réel.

3. La rencontre des familles

Pendant cette rencontre, chaque mère, chaque père ou aîné, dévide à sa vitesse, à sa manière, ce fil dans le labyrinthe qui mène à ses origines et à celles de son enfant.

Chaque femme, chaque homme présent va pouvoir aller, chercher, revenir en arrière, hésiter, repartir à nouveau à la rencontre des familles d'origine de son enfant, familles qui, lorsque nous en entendons parler, ont souvent en même temps des allures de monstres et de trésors.

Le parcours dans ce labyrinthe est balisé par des points de repères que je leur donne progressivement au fur et à mesure, en quelque sorte, du déroulement de la bobine.

Nous avons beaucoup travaillé sur la formulation même des questions repères abordées en ayant comme souci essentiel que chacun dans cette rencontre puisse oser ressentir sa spécificité, son originalité; éventuellement l'exprimer et dans un jeu d'alliance ou d'opposition poursuivre son cheminement.

L'autre souci et de positionner l'enfant à naître ou juste né comme sujet.

La rencontre commence souvent ainsi: «Nous vous proposons, afin que la grossesse finie dans le corps puisse aussi tranquillement prendre fin dans la tête ou dans le cœur, de refaire le chemin de ces neuf mois pour vous-même.»

«Vous vous rappelez il y a neuf mois, c'était comment! Je suis enceinte, zut, ... chic... enfin!» J'emploie intentionnellement des expressions courtes, faisant appel à l'émotionnel, plus qu'au raisonnement et autorisant que se montre l'accueil d'une grossesse longtemps attendue, comme la déception d'un enfant qui vient trop
tôt.

Très vite, les mères parlent ou plutôt se parlent – de ce désir, non désir, comparent, se différencient. Plusieurs fois au cours de la réunion, c'est aux nourrissons eux-mêmes que je poserai des questions: «Y en a-t-il parmi vous qui ont osé se mettre en place dans le ventre de vos mamans, sans que l'on vous ait demandé quoi que ce soit?» Les conséquences sont immédiates, les mères, les pères présents aussi, différencient leurs désirs de ceux de leur épouse, trouvant des échos, avec ce qu'ont vécu d'autres pères.

Les questions abordées sont les suivantes:

- Le désir d'enfant (dans la famille élargie).
- Le choix d'un ou des prénoms.
- L'attente d'un enfant d'un sexe ou d'un autre (travail sur plusieurs générations).

Tous ces points repères vont faire cheminer chaque parent vers leurs propres profondeurs. Ainsi commence à se pointer, se nommer, se repérer ce qui avant et pendant la grossesse a été déposé dans le sac à dos de leur enfant. Il faut rappeler que c'est parce que ce travail-là peut se faire (il s'initie seulement au cours de cette rencontre mais a à se dérouler tout au long de la vie de l'enfant), c'est donc parce que ce travail-là peut se faire que l'enfant sera plus à même de réaliser l'écart qui lui est nécessaire entre ce que sa famille attendait de lui et ce qu'il peut mettre en œuvre pour son propre bien-être.

Pour le «retour», le parcours vers la sortie est balisé par d'autres points de repères qui vont contraindre chaque parent à prendre appui sur des éléments de réalité. Ces points de repères sont:

- les transformations corporelles;
- la place et le regard des autres sur la grossesse;
- le désir de se « séparer » de son enfant et de le mettre au monde;
- l'accueil que chaque parent a ressenti lors de son arrivée en maternité;
- l'accouchement et l'accueil qu'ils ont pu faire à leur enfant réel;
- ce qu'ils vivent actuellement auprès de leur bébé et l'aide que leur apporte le personnel de la maternité.

[Tous ces points peuvent être développés à l'aide d'exemples qui montrent le travail que mène chaque parent en se positionnant en analogie, en différence, en complémentarité de ce que dit l'autre du couple ou une autre mère, etc.]

[Il est possible aussi de projeter des bouts de vidéo puisque toutes ces rencontres sont enregistrées.]

La fin de ces rencontres, au bout d'une heure et demie de travail, d'échanges, nous impressionne toujours beaucoup. La majorité des nourrissons sont endormis ou « au sein ». En harmonie avec les bébés, les parents, les mères surtout, semblent profondément enfoncés dans leurs sièges et en sortent comme on revient d'un long voyage.

L'apaisement, le bien-être que montrent les femmes témoignent du chemin parcouru pour chacun dans ce temps protégé.

J'ai la certitude que chaque parent, pendant ce temps qui leur a été proposé, a osé cette rencontre avec ses origines, ses craintes et ses trésors, et qu'il en est revenu autrement.

Le labyrinthe a une entrée, un cœur et une sortie. L'entrée et la sortie sont au même endroit, mais pas à la même place.

La forme de travail que j'ai nommé « fil d'Ariane » me paraît particulièrement intéressante à utiliser à ce moment-là de la naissance. En effet, elle présente de fortes analogies avec la manière dont les parents, ensuite, vont pouvoir ensemble tisser des projets pour leurs enfants, allant et revenant de leurs sites originels à leurs possibles écarts.

4. L'après-rencontre: le personnel soignant au travail

La rencontre du personnel soignant présent à la réunion du *post-partum* a lieu dans la même pièce. Nous rapprochons parfois nos sièges puisque le groupe passe de vingt personnes et dix nourrissons à sept ou huit personnes. Le système soignant est là dans sa dimension hiérarchique puisque cette rencontre est constituée de :

- un médecin gynécologue;
- une sage-femme;
- une puéricultrice;
- une infirmière;

- une auxiliaire de puériculture;
- des élèves...

Tous ces gens-là viennent de participer toujours dans le silence à ce qui vient de se passer et c'est souvent encore par un silence que commencent les échanges. Les personnes régulièrement présentes donnent le ton ou plutôt continuent le travail dans la tonalité de la rencontre précédente. Le travail s'élabore le plus souvent en même temps à un niveau d'interrogation personnel et professionnel: «Je supportais mal que ma voisine reste si silencieuse, dit une élève, alors que les mères aujourd'hui semblaient avoir tant de choses à se dire, alors je me suis tournée un peu de son côté pour essayer de comprendre. Elle caressait son bébé qui la regardait. Je me suis aperçue que cette maman n'avait pas besoin de mots.» Puis pensive, elle rajoute: «Je crois que lorsque j'entre dans les chambres des mamans, je me précipite beaucoup trop vite pour qu'il n'y ait pas de silence...»

L'expérience que relate cette jeune femme s'est faite à un double niveau. C'est dans cette articulation de ce qui d'une part la saisit dans le silence et d'autre part de ce qu'elle repère de vivant et de mouvant dans ce même silence, que pourra se mettre en place son propre changement d'attitude professionnelle.

En outre, en se mettant à s'exprimer de cette manière-là devant les autres, elle donne le ton qui permet que d'autres continuent à penser et à dire.

La tonalité de la rencontre avec les soignants est liée au climat de la rencontre des familles qui précède. De la même manière bien sûr, ce que nous tissons, nous personnel soignant, au sein de cette maternité, fait écho chez les parents et les enfants qui nous côtoient.

Pour toutes ces raisons, ce groupe multifamilial hebdomadaire accompagné par cet autre groupe constitué par le personnel soignant, nous semble un des points d'ancrage du travail psychologique dans cette maternité.

L'attention de chacun: mère, père, frère ou sœur, nourrisson, médecin, sage-femme, etc., à ce qui se joue sur cette scène-là et à la manière dont cela se joue, nous paraît toujours particulièrement investie.

Conclusion

Je souhaiterais en conclusion rapporter une anecdote: lorsque j'ai commencé à travailler en maternité, il y a dix ans, j'ai très vite annoncé l'incompétence dans laquelle je me sentais devant les nourrissons. Cela m'avait même amenée à imaginer que la rencontre du *post-partum* pourrait avoir lieu avec les parents et sans les bébés.

Mon intention fut suivie d'une réponse très claire du chef de service, réponse juste et douloureuse, même si elle comportait une pointe d'humour: «On ne travaille pas sur les interactions précoces sans avoir tous les individus concernés.» C'était dit.

J'ai compris cependant par la suite que l'aveu de mon sentiment d'incompétence m'avait permis «d'entrer» dans ce service de maternité. Le personnel avait

désormais la certitude que je ne viendrais pas là avec tout mon «supposé savoir» et que j'avais besoin de leur aide.

Depuis, je crois m'être en partie réconciliée avec les nourrissons.

En travaillant avec les parents pour qu'un écart devienne possible entre leur enfant imaginaire et l'enfant qui arrive, je pense que j'ai fait un peu quant à moi le chemin à l'envers:

Tous ces petits bébés réels ont peut être fini par laisser la place à ce qu'ils représentent depuis si longtemps dans les rêves de leurs ancêtres, comme déposés là à la croisée des chemins de leurs familles, pour une destination inconnue...

Michèle Bromet-Camou
Psychoclinicienne
Centre hospitalier
F-79000 Niort

LES MATERNITÉS SOCIALEMENT ASSISTÉES

Est-ce que «tout ce qui augmente la liberté augmente aussi la responsabilité?»

Catherine GUITTON*

Résumé: *Les maternités socialement assistées. Est-ce que « tout ce qui augmente la liberté augmente aussi la responsabilité? »* – « Tout ce qui augmente la liberté augmente aussi la responsabilité. » Cette citation de Victor Hugo résume la position de l'équipe d'Espace Famille après six ans de travail et de supervision avec les travailleurs sociaux chargés d'organiser un soutien aux jeunes mères isolées. La difficulté de la réussite de leurs projets d'aide tient au fait que les relations avec les jeunes mères isolées se cassent fréquemment au moment où tout semble sur le point d'aboutir. Ces constatations conduisent à s'interroger sur la pertinence de leurs moyens. Ces maternités « décadrées » apparaissent comme une violence féminine spécifique envers la société en retour d'un pouvoir social et patriarcal excessif. Cet article détaille, à la suite de notre recherche clinique et interdisciplinaire, des propositions plus éthiques et responsabilisantes pour ce problème.

Summary: *Socially-assisted maternity. Liberty and responsibility.* – « Everything increasing liberty, also increases responsibility. » This quotation from Victor Hugo summarises the position reached by Espace Famille's team after six years work with social workers of the A.S.E. in charge of lone young mothers without any resources to rear their children. The handicap met by the social workers is the breaking up of the relation when everything seems at last to settle down. These occurrences which happen more than often, leads to the question of the pertinence of the social help in these desocialized and out of context motherhood cases. Maternity might sounds like a violent feminine answer to an excessive social power. The article explicits, through clinical and scientific arguments, a creative and more ethical proposition to this very actual problem.

Mots-clés: Responsabilité – Autorégulation – Abus de pouvoir – Gestion des risques cindyniques.

Key words: Responsibility – Autoregulation – Power abuse – Risk management – Cindynic approach.

Si la citation est de Victor Hugo, la question est posée ce jour par toute l'équipe¹ du centre Espace Famille 92!

En effet, depuis six ans nous travaillons avec les professionnels de L'Aide Sociale à l'Enfance, en supervision de cas, et nous avons organisé un Séminaire interdisciplinaire sur quatre ans, pour réfléchir sur nos échecs et nos succès dans les prises en charges, de plus en plus fréquentes de jeunes mères isolées.

* Psychiatre des Hôpitaux.

¹ Mesdames B. Bonis, C. Garcia, M. Lavaut, I. Mazillier, C. Padeloup.

Le Centre Espace Famille 92 est une création de l'Hôpital Paul Guiraud, Villejuif, depuis 1988. C'est un lieu de consultation en Systémique: Thérapie familiale, Aide à la Décision, Conseil et Supervision.

Ses objectifs ont toujours été:

- d'installer une interaction performante entre les services sociaux de terrain et le monde de la psychiatrie;

donc:

- de réaliser une prévention précoce;
- d'éviter la psychiatrisation des problématiques existentielles;
- de prévenir les abus et les effets pervers de l'Aide Sociale.

Devant la multiplication des demandes de supervisions par les intervenants de terrain à propos des prises en charges des jeunes mères isolées, nous avons décidé de mettre en commun nos expériences et de formaliser nos observations au cours d'un Séminaire dont voici l'argument:

«Soit la fécondité conçue comme l'exercice le plus évident de la puissance féminine. Aujourd'hui, certaines maternités apparaissent de plus en plus décadrées d'un ensemble de réseaux symboliques, affectifs, économiques, existentiels, légaux et signifiants qui seraient pourtant indispensable à la survie du système mère-enfant.

Dans notre expérience clinique, nous voyons avec les travailleurs sociaux qui ont en charge ces situations, qu'à chaque fois les décisions de maternité sont prises par des femmes seules, totalement isolées et sans ressources ni projet familial.

Alors, abus de pouvoir féminin ou réaction à des abus de pouvoir social?

Effondrement du féminin, retour à la barbarie et exclusion ou alors tentative de réinsertion et espérance d'un nouveau départ?»

Mais comment se posent les problèmes pour les travailleurs sociaux?

Organiser une Aide Sociale cohérente autour de ces jeunes mères isolées demande de construire un projet complexe difficile à mettre en œuvre et à faire aboutir. Au début, en effet, les jeunes mères demandent une aide partielle et transitoire à l'ASE.

La relation s'engage chaleureuse et complémentaire: au cours du projet, doivent s'emboîter des éléments hétérogènes par nature selon un ordre chronologique bien précis: logement, travail, obtention de subventions, insertion des enfants, aménagement des conflits ou des aides familiaux, etc.

Or il arrive qu'à un point donné de cette élaboration difficile, l'irruption brutale des difficultés psychologiques des jeunes femmes mettent en échec tout le protocole d'actions: elles ne supportent plus les échéances des choix, ni la cohérence du projet qui institutionnalise leur mono-famille et les prend dans un faisceau de contraintes. Elles commencent alors à présenter des conduites d'évitement et de fuite de la relation, elles ne répondent plus aux convocations et elles disparaissent des circuits en laissant les professionnels de terrain dans des situations indécidables.

La mise en péril des projets de ce genre pour les travailleurs sociaux est une véritable épreuve car:

- ils ont investi ce projet depuis plusieurs mois et ils se sentent trahis;
- ils sont conscients des échéances de temps et d'argent qui vont inéluctablement arriver et qui, faute de décision prise à temps, avec la maman, vont imposer en urgence des décisions plus lourdes de conséquences (placement, éloignement, appel au juge...);
- ils sont les témoins impuissants de l'inertie des jeunes mères et des pères;
- ils ne savent plus comment reprendre le contrôle de la situation et ils se retrouvent en conflit dans leurs équipes sur le mode: faut-il privilégier les liens affectifs et la protection de la mère ou faut-il sévir et la mettre en face de ses responsabilités en utilisant les moyens de pouvoir dont ils disposent ?
- ils savent par expérience, que les placements effectués dans ces conditions sont très mal vécus par les jeunes mères: il arrive qu'elles reconduisent une grossesse dans les mêmes conditions «décadrées».

C'est pourquoi, les travailleurs sociaux ont pris l'habitude de nous solliciter et nous avons créé plusieurs sortes de protocoles pour leur venir en aide.

DONC, un questionnement chemine souvent au cours de notre travail clinique et des interrogations plus larges se font jour.

Peut-on dire que le choix d'une «maternité hors contextes» dans l'isolement complet et le début de l'exclusion sociale est un problème nouveau? Peut-on dire qu'il est une réponse appropriée à un certain type de violence sociale?

En quoi notre consultation qui repose les problèmes en termes de réseaux (car elle lie les difficultés des professionnels aux difficultés des jeunes mères comprises dans la pathologie de leur famille d'origine) est-elle une aide spécifique et pertinente?

Il est clair que les circuits de l'ASE fonctionnent bien en général et que souvent ils guident ces patientes vers des issues opérationnelles. Mais nous ne voyons, dans notre Centre, que les cas graves dans lesquels les mises en échec des stratégies d'aide sont très compromises.

Il faut cependant noter que le nombre de ces grossesses augmente sans cesse et que ces familles monoparentales pauvres se multiplient, avec leurs risques de désinstitutionnalisation totale et d'errance. Les chiffres qui les évaluent dévoilent une discordance inquiétante, selon qu'ils sont donnés par les organismes institutionnels officiels ou par les associations caritatives qui les accueillent. Le symptôme qui est en évidence alors est celui de leur transparence et de leur non-affiliation. Nous sommes ici dans les conséquences d'une dynamique de rupture des liens. Cette habitude de rupture de liens est acquise par les femmes au cours de leur enfance et elle est reproduite dans leur couple, dans l'interaction avec leurs enfants et dans l'interaction avec les soignants. C'est sur ce point que nous faisons des propositions novatrices dans la conception de l'aide à leur apporter.

Nous renverrons le lecteur à trois communications différentes:

- celle du Congrès de l'EFTA, à Athènes, avril 1994;
- celle de l'émission d'E. Conti, sur France Culture, «mise au point», du 4 mai 1994;

- celle de l'article du *Point*, paru en septembre 1995 (N° 1201).

Pour revenir maintenant au sujet qui nous préoccupe ici, dans ce symposium, nous allons poser le problème de ces maternités socialement assistées, en termes éthiques.

Déjà, pour résumer, on repère trois niveaux de conflits:

- celui de l'*abus de pouvoir*, effectué par ces femmes, qui mettent la société devant le fait accompli et l'obligation de les aider, et qui, par surcroît, sont prêtes à « marchandiser » l'enfant pour sortir elles-mêmes de la spirale de l'exclusion;
- celui de l'*inadéquation totale* de leur projet avec l'écosystème social, économique, professionnel et familial qui menace d'emblée la survie de la dyade mère-enfant, si l'aide sociale ne s'en mêle pas...;
- celui du dysfonctionnement de leurs processus d'*autorégulation* qui induit des comportements de fuite ou d'évitement ainsi que des répétitions du symptôme (nouvelles grossesses dans les mêmes conditions ou pire).

On en arrive alors à prendre en considération le point de vue des réactionnaires moralistes de tous bords (cf. *Le Courrier International*, semaine du 2 au 8 décembre 1993) qui ne vont d'ailleurs pas tarder à faire des adeptes en France, et qui proposent tout simplement d'enrayer ces abus répétitifs par des mesures politiques draconiennes et vétérinaires. Il suffirait de couper les subventions aux mères isolées, de les obliger à avorter, de créer des orphelinats, d'empêcher les divorces, bref de délégitimer odieusement les femmes de leur droit sociaux, sous le prétexte que l'entité « femme seule et enfant est illégale », etc. Les Américains et les Anglais sont déjà en train de voter ce type de lois.

Un point de vue éthique serait plutôt de considérer ces troubles comme des *symptômes* et d'admettre de les entendre dans leur signification ambiguë, donc aussi dans leurs *potentialités positives et créatives*.

Car ces femmes, qui ont décidé de commencer leur vie par la maternité, sont capables d'être de bonnes mères si on les installe dans des conditions vivables et si on favorise, à cette période de leur développement quelques valeurs matriarcales... ainsi que leur sens des responsabilités.

C'est là que l'analyse effectuée par l'équipe d'Espace Famille devient intéressante et audacieuse dans ces conclusions.

En résumé:

- Nous soulignerons que l'aide sociale est tellement morcelée qu'elle induit un comportement de mendicité chez les femmes et qu'elle interdit de toute façon d'imaginer un projet dans la durée.
- Nous redirons que les valeurs d'indépendance prônées par notre société sont des valeurs patriarcales à savoir le travail et l'insertion sociale, et qu'elles sont proposées à ces jeunes mères isolées comme des critères absolus de responsabi-

lité alors qu'elles ne font qu'adhérer et propager les valeurs masculines. On leur demande de travailler comme des hommes alors qu'elles ont déjà trois petits sur les bras: comme si le modèle était unique alors qu'elles ont bien d'autres choses à apporter à ces enfants...

De toute façon, même une femme seule normale, diplômée, etc. ... n'y arriverait pas...

Il est temps d'admettre que les femmes ont des spécificités en matière de nursing et de maternage irremplaçables.

- Nous mettrons de nouveau en évidence que l'aide sociale conçue sur ce mode ne fait que pérenniser l'état de crise et fait attendre les enfants dans des situations indécidables vouées à l'échec. N'est-il pas enfin temps de faire passer «le temps des enfants» avant celui des adultes?
- Nous attirerons l'attention des professionnels une fois de plus sur le fait que la multiplication des intervenants ne fait que nuire à la gestion des situations et que, dans le même temps, on assiste à une déterritorialisation de ces femmes qui deviennent ainsi des errantes désinstitutionnalisées, semant leurs enfants au gré du hasard.

Voilà comment l'on passe d'une famille mono-parentale pauvre à une famille d'exclus, puis à des générations perdues...

C'est pourquoi les propositions du Centre Espace Famille sont particulièrement novatrices sur ce sujet: en effet, nous proposons de lier pour ces femmes, le choix de leur maternité avec un contrat et un contrôle. Nous pensons qu'il serait bien plus rentable d'accueillir ces mono-familles sur une durée d'au moins six ans, ce qui correspond pour nous à l'admission d'un enfant en C.P., en offrant gîte et finances à la mère que de placer, pour 1 000 francs par jour, tous ses enfants en attendant qu'elle en fasse d'autres...

Un rapide calcul vous fait comprendre que pour 3 000 francs *par jour*, on entretient trois enfants dispersés alors que pour 12 000 francs *par mois* on construit un projet de vie et on crée une cellule de vie... On peut avoir accès aux difficultés de la mère, superviser sa vie de femme et la protéger des prédateurs, on peut lui apprendre le travail de mère et même une compétence professionnelle, on peut la prendre en charge sur ses difficultés psychologiques ... etc.

POUR NOUS, ceci, serait une attitude éthique qui augmenterait leur responsabilité.

BREF, Nous rejoignons là les interrogations soulevées par ce symposium, à savoir:

- les chercheurs et les progrès de la science nous amènent à nous dissocier de plus en plus des contraintes de la nature. C'est même nous maintenant qui pouvons créer et moduler la nature selon nos choix (le reboisement, les nouvelles espèces de cultures, les cultures artificielles...). De même, on peut créer artificiellement des vies humaines.

Les progrès de la science nous conduisent à d'extraordinaires sauts qualitatifs. Mais comme dit Heidegger: «la science ne pense pas» et notre civilisation devient

une civilisation du risque, selon l'expression de P. Lagadec. En effet, certaines découvertes comme certaines de leurs applications peuvent mettre en péril l'espèce et la planète. Ainsi nous commençons même à pouvoir penser, à la suite de plusieurs grands chercheurs du mouvement des *cindyniques*, «le risque technologique majeur»

«Notre époque est caractérisée par une irrésistible percée technologique, et par un irrésistible élan démocratique.»

En effet, de plus en plus, sur le terrain les citoyens veulent être associés aux processus de décision et les problèmes de l'éthique se font de plus en plus présents dans le quotidien.

Jusqu'où maintenant peut-on répondre aux envies des uns et aux désirs des autres?

Qui doit mettre les limites et comment? Jusqu'où va-t-on légitimer des actes transgressifs ou abusifs qui, une fois réalisés, emportent l'adhésion des citoyens et des politiques, tant sur le plan des prises de risques individuels (la création de la première FIVETTE par les Australiens après des expérimentations complètement illégales) que des prises de risques collectifs (Séveso, Tchernobyl, l'Amococadiz, les essais nucléaires).

Ici, l'avenir de la civilisation sera dans nos facultés à réinventer nos protocoles d'autorégulation et à les transmettre... car ce pourrait être l'avenir de l'espèce, comme celui de la planète (notre écosystème), et celui de la démocratie qui pourraient bien se trouver concernés.

Conclusion

Pour conclure, nous devons *changer de modèles* si nous voulons survivre à notre propre créativité. Je vous proposerai donc cette jolie définition de la famille genre du troisième type, pour le prochain millénaire. La thérapeute familiale américaine qui l'a pensée s'appelle Deborah Luepnitz. Elle se dit «thérapeute familiale féministe». Elle a écrit un livre qui s'appelle *La famille interprétée*: elle y propose la définition suivante de la famille: «Un adulte et un enfant qui vivent ensemble et qui partagent des liens émotionnels.» Ceci dit, reste posée la primauté de l'objectif majeur de la famille qui demeure celui de la socialisation, j'irai même jusqu'à dire, pour ma part, de l'humanisation, des enfants.

Catherine Guitton

Psychiatre des hôpitaux

127, avenue Jean-Baptiste-Clément

F-92100 Boulogne

BIBLIOGRAPHIE

1. Bisiaux M., Jajolet C. (1988): *A ma mère*, Edition Pierre Horay.
2. Blixen K. (1942): *La ferme africaine*, NRF, Paris.

3. Bompard A. (1987): *L'événement psychique collectif*. Comptes rendus du séminaire, volumes I et II, édition privée.
4. Bozormeny-N.: *Between give and take* (à paraître au PUF).
5. Contat A.: «Je vous salue, Marie...». Article paru dans le numéro «Mères» de la revue *Autrement*.
6. Guitton-Cohen Adad C. (1988): *Instant et Processus*, ESF, Paris.
7. Guitton-Cohen Adad C. (1987): «Le couple: acte conceptuel et traversée du temps», communication au Congrès «Couple en crise» de l'Istituto di terapia familiare de Rome.
8. Guitton-Cohen Adad C. (1993): «Système et complexité», Communication à la 9^e journée de l'ATSF (Fédération française des associations de thérapie familiale), Lyon, décembre.
9. Guitton-Cohen Adad C. (1992): «La séance de thérapie familiale: un lieu pour le pardon?», Communication au 1^{er} Congrès européen de thérapie familiale, organisé par l'EFTA, à Sorrente, sur le thème «Sentiments et systèmes», en novembre.
10. Guitton-Cohen Adad C. (1994): *La fécondité comme Symptôme Social*, avril, 2^e Congrès de l'EFTA, Athènes.
11. Guitton-Cohen Adad C. (1994): «Interview sur France Culture par Eliane Contini dans *Mise au point* du 4 mai.
12. Guitton-Cohen Adad C. (1994): *Adolescence et Danger*, Communication à la 10^e journée de l'ATSF, Rouen.
13. Jelen C. (1993): *La famille, Secret de l'intégration*, R. Laffont, Paris.
14. Kervern G.Y. (1991): *L'archipel du Danger*, Economica, Paris.
15. Kervern G.Y. (1995): *Eléments Fondamentaux des Cindyniques*, Economica, Paris.
16. Lagadec P. (1987): *La Civilisation du risque*, ed. Le Seuil, Paris.
17. Lagadec P. (1987): *Le Risque Technologique Majeur*, Pergamon Press, Collection Futuribles, Paris.
18. Luepnitz D. (1988): «The Family Interpreted», Public Books, New York, *Feminist theory in original Clinical Practice*.
19. Lemoigne J.L. (1990): *La modélisation des systèmes complexes*, Dunod, Paris.
20. Pompidou A. (1995): Risque, Ethique et Société, *La Lettre des Cindyniques*, n° 14, janvier, Ed. IEC.
21. Stengers I. (1994): Communications aux journées des 18 et 19 février, Faculté de Médecine, sur le thème «De la systémique au politique», organisées par l'Institut de la Famille de Toulouse.
22. Vaucher-Panas M.C., Guitton-Cohen Adad C. (1992): «Mythologie ASE: éducatrice, mère et grand-mère», article paru dans la revue *Thérapie Familiale*, Genève, vol. 13, numéro 1, pp. 81-95.
23. Zacklad J. (1981): *Pour une éthique*, livre II «Etre au féminin», Ed. Verdier, Toulouse.

FAMILLE RECONSTITUÉE

Relations et promesses difficiles à gérer analysées dans une optique systémique

Cinzia RAFFIN*

Résumé: *Famille reconstituée. Relations et promesses difficiles à gérer analysées dans une optique systémique.* – Selon notre culture, le mariage est un contrat à la base duquel il y a des promesses que les époux s'échangent réciproquement sur leur futur de couple. Comme dans tout contrat, les contractants se sentent satisfaits lorsqu'ils concluent un accord qui les engage équitablement et donne à chacun des bénéfices proportionnels aux coûts qu'ils devront supporter. Dans une famille où l'un des époux a eu précédemment une relation matrimoniale avec enfants, le nouveau contrat de mariage ou le concubinage est déjà caractérisé, lors de sa stipulation, par une asymétrie entre les membres du couple, dérivant de leur relation passée qui est différente et des engagements et des promesses que l'un des deux doit ou sent qu'il doit respecter vis-à-vis de la famille précédente (maintien et éducation des enfants, maintien de l'époux/se, etc.). Le sujet de mon discours portera sur les complications qui naissent dans la relation et les conflits, parfois pouvant même générer des pathologies, qui peuvent se manifester dans un couple constitué d'un homme divorcé dont les enfants ont été confiés à son ex-femme et d'une femme célibataire. J'indiquerai également une hypothèse thérapeutique pour vaincre ces problèmes.

Summary: *Step-families: difficult relationships and hard-to-keep promises analyzed according to a systemic approach.* – In our culture, marriage is an agreement based on promises exchanged by the two spouses on which to build their future as a married couple. As in all contracts, the parties feel satisfied when the agreement they conclude binds them equitably and when they enjoy mutual benefits which outweigh the costs involved. In a family in which one of the spouses comes from a previous marriage relationship with children, the new marriage compact or common-law cohabitation is characterized from the beginning by an asymmetry between the partners arising from their different relational backgrounds and from the commitments and promises that bind or are felt to be binding one of the two partners to the previous family (child support and education, spouse alimony, etc.). The subject of my speech will be the relational complications and conflicts – at times pathogenic – which could arise in a couple made up of a woman, previously unmarried, and a divorced man, whose children have been awarded in custody to the former wife. I will also point to a possible consulting approach aimed at overcoming these problems.

Mots-clés: Famille reconstituée – Nouveaux modèles familiaux – Approche systémique de consultation.

Key words: Step Family – New family models – Systemic consulting approach.

Comme thérapeutes systémiques, nous devons souvent affronter des situations problématiques graves pour lesquelles une thérapie est indiquée. Souvent les demandes d'intervention ne se présentent pas comme des requêtes de thérapie

* Docteur-Directrice du Progetto Famiglia, Galleria Asquini, I-33170 Pordenone. Chargée de recherche au Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca di Milano.

mais aussi comme des demandes de consultation pour résoudre des problèmes de malaise liés à l'absence de réponses et de comportements adéquats face à des situations relationnelles nouvelles et donc déroutantes.

Notre société change rapidement et même les modèles familiaux établis dans le passé sont soumis à des changements soudains.

En Italie, il y a quinze ans, il n'y avait que peu de séparations et de divorces. Le recensement de 1982 relevait un peu plus de 15.000 cas de séparation et de divorce. Le dernier recensement de 1993 en relevait environ 56.000. Pendant ces dix ans, ils ont donc presque quadruplés.

Ces changements rapides n'ont pas encore permis la création de nouveaux modèles de famille basés sur des règles codifiées. Les individus qui vivent ces situations nouvelles ne trouvent pas, dans leur contexte d'apprentissage, des réponses comportementales adéquates. Leur contexte d'apprentissage est le contexte traditionnel de la famille unie, souvent conflictuelle, parfois meurtrière, mais de laquelle on ne se sépare pas.

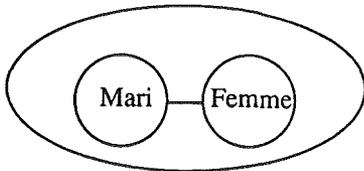
C'est dans sa famille que l'individu apprend comment il doit être et ce qu'il doit faire quand, devenu adulte, c'est à lui d'assumer le rôle de chef de famille, d'époux/d'épouse, de parent. Il sera influencé par les modèles familiaux de son clan et de son entourage et par les modèles culturels de ses études, de la littérature, du cinéma, de la télévision, etc. Mais l'expérience que le sujet fait dans sa famille reste fondamentale. Les couples séparés ne sont plus une nouveauté. En Italie le divorce est légal depuis 1974, en France, il l'était bien avant. Mais il était déjà possible de se séparer ou d'obtenir l'annulation du mariage. De toute façon la dimension de ce phénomène est devenue remarquable au cours de ces dernières années seulement, au plus pour les deux dernières générations et ce temps n'est pas suffisant pour que des rôles codifiés et transmissibles aient pu se constituer.

Alors, où un homme peut-il apprendre comment jouer le rôle de père divorcé qui ne voit ses enfants que deux week-ends par mois? Quelles sont les limites à respecter, le domaine dans lequel il peut encore intervenir dans l'éducation des enfants? Que peut-il attendre de sa nouvelle partenaire? Que doit-elle raisonnablement accepter du lien de cet homme avec ses enfants? Etc.

Souvent, dans ces situations on invente ou l'on procède suivant le bon sens, mais parfois on essaye de réadapter les comportements appris et codifiés par la tradition à des situations qui n'ont rien à voir avec la famille traditionnelle.

Le divorce permet la formation de deux, trois ou quatre familles nouvelles. Si le couple n'a pas d'enfants ou si les enfants sont grands et indépendants, le résultat sera la formation de deux «familles mononucléaires», à moins qu'un des deux partenaires ou tous les deux ne retournent vivre avec sa famille d'origine. Quand les enfants sont petits et vivent avec un des parents, nous aurons une famille «résiduelle» formée d'un parent et des enfants et une «famille mononucléaire» avec l'autre parent resté seul; si les enfants sont partagés entre les deux parents, nous avons deux «familles résiduelles»; si l'ex-compagne à laquelle sont confiés les enfants se remarie ou cohabite avec un autre partenaire, nous avons une «famille reconstituée», et si l'ex-compagnon recrée un couple avec une autre partenaire, nous avons deux «familles reconstituées».

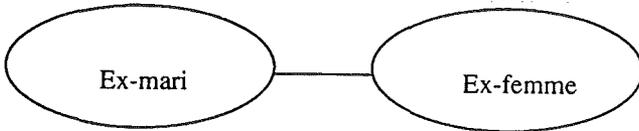
FAMILLE SANS ENFANTS OU AVEC DES ENFANTS INDÉPENDANTS



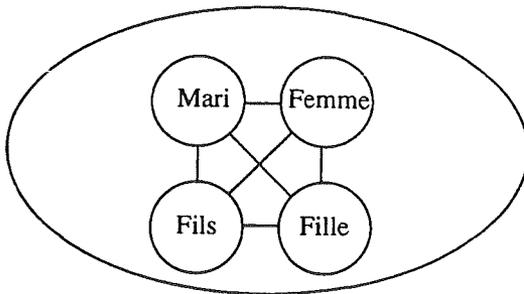
APRÈS LA SÉPARATION

FAMILLE MONONUCLÉAIRE

FAMILLE MONONUCLÉAIRE



FAMILLE AVEC DES ENFANTS



APRÈS LA SÉPARATION

FAMILLE RÉSIDUELLE

FAMILLE MONONUCLÉAIRE

1)

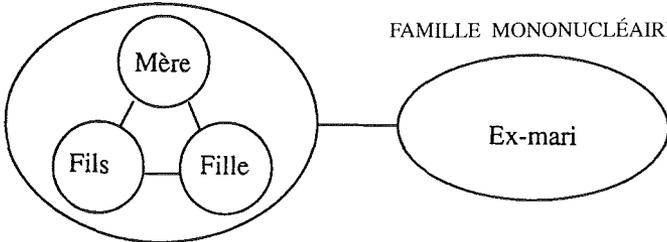


Figure 1a.

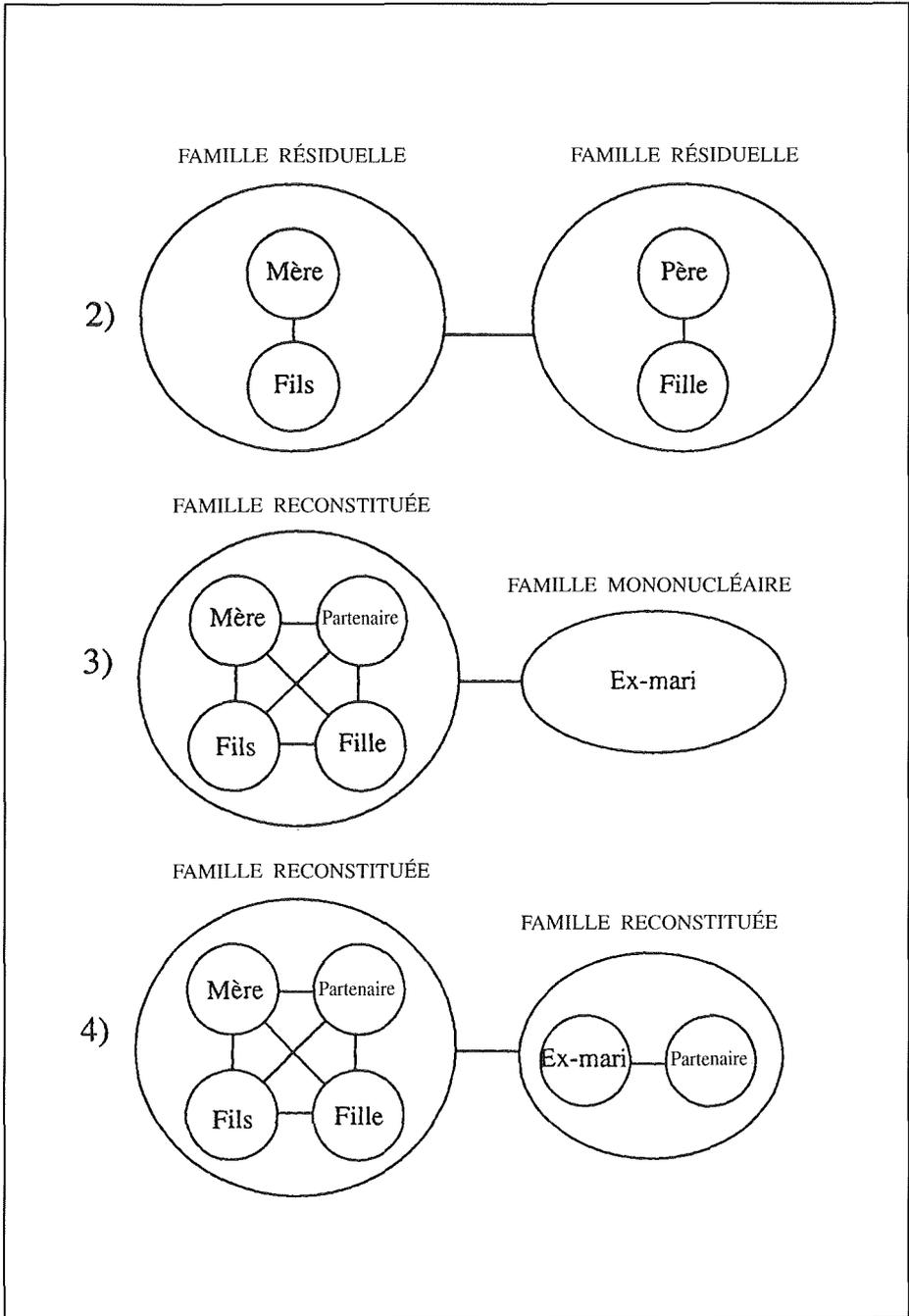


Figure 1b.

Evidemment ces nouvelles situations requièrent des modalités nouvelles de comportement qui correspondent aux nouveaux rôles que les individus doivent jouer mais qu'ils n'ont pas appris dans leur contexte culturel d'apprentissage. Faute d'une réponse toute prête pour la nouvelle situation, on peut réagir comme nous le faisons toujours lorsque nous sommes confrontés à un nouveau problème : on force des vieilles réponses ou on nie la nouveauté même du problème.

Bref, la formation de ces nouvelles familles se fait formellement du point de vue bureaucratique. Si on demande un certificat du statut de famille avant et après le divorce pour chaque membre de la famille, on découvre qu'un des membres fait partie d'un nouveau noyau familial, avec une nouvelle adresse, qu'un autre membre reste à la vieille adresse avec un noyau familial différent. La définition de ces nouveaux systèmes est facile pour l'Etat, mais elle l'est moins pour les individus. Parfois les nouvelles limites ne sont pas perçues comme telles, ou on les perçoit seulement à certaines occasions et à d'autres pas.

Exemple : La famille X (fig. 2) : elle est composée du mari YVES, de la femme MARIE, et des trois enfants. Après le divorce il y a deux noyaux : la famille Y et la famille Z. La première est formée par MARIE et les enfants, la deuxième par YVES avec LOUISE, sa nouvelle compagne. Les limites sont évidentes si on les regarde de l'extérieur. Pour YVES et pour MARIE, qui se perçoivent comme parents, le fait de se considérer comme membres de deux systèmes différents n'est cependant pas si simple que cela.

Des diagrammes peuvent esquisser les deux systèmes Y et Z plus un troisième N avec la famille X mais excluant la relation conjugale entre YVES et MARIE. Dans la vie c'est moins simple que sur papier.

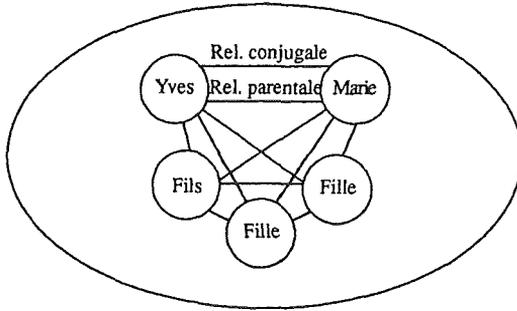
On dit souvent que après leur séparation les époux devraient entretenir une relation cordiale à fonction éducative, pour continuer à jouer leur rôle de parents sans trop de divergences. Mais du point de vue du contenu, que signifie l'énonciation de cette entente cordiale ?

Se voir périodiquement pour parler des enfants et de leur éducation ? S'il en est ainsi, devraient-ils se voir une, deux, trois fois par semaine ? Cela veut-il dire que face au choix difficile de la conduite à tenir avec un des enfants, Marie doit se consulter, à n'importe quelle heure avec Yves ? Doit-elle attendre le jour fixé pour consulter Yves ? L'enfant doit-il attendre que sa mère ait l'avis du père pour avoir une réponse ? Ou Marie doit-elle donner sa réponse quitte à la modifier après avoir parlé avec Yves ? L'enfant acceptera-t-il la décision de son père ou lui contestera-t-il le droit d'intervenir du fait qu'il ne vit plus avec lui et qu'il ignore le contexte dans lequel est né le problème ? Et encore, l'enfant acceptera-t-il la décision temporaire de la mère ou, informé de l'existence de ce système N, reprochera-t-il à sa mère d'avoir décidé sans consulter papa ?

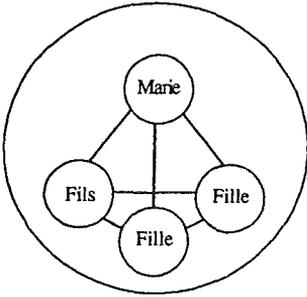
Si le père ne peut pas être consulté tout de suite parce qu'il vit dans une autre famille avec d'autres engagements et rythmes, y aura-t-il un vide éducatif pour les enfants entre la partition de la mère et l'autre du père ? Et Louise, combien de fois permettra-t-elle que son mari rencontre son ex-femme pour parler des enfants, sans devenir jalouse et créer des problèmes entre eux ?

Souvent il est difficile de répondre à ces questions. Le système que j'ai décrit n'est pas facile à gérer et je vous en donnerai des exemples.

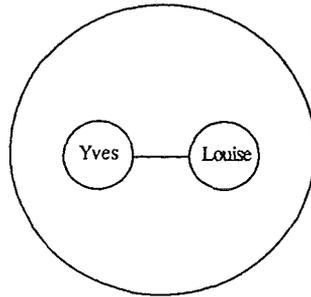
FAMILLE X



FAMILLE Y



FAMILLE Z



SYSTEME N

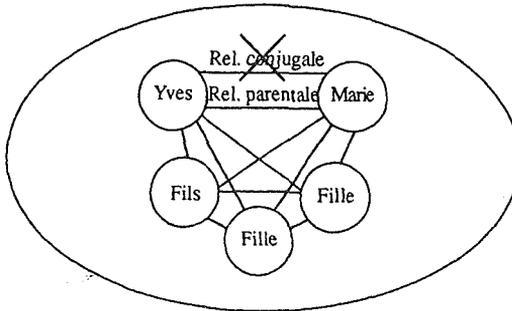


Figure 2.

Malgré tout, ce système est souvent proposé et vu comme la seule solution possible pour la gestion de la relation des enfants avec des parents séparés. Pourquoi? Parce que ce système représente la vieille réponse au nouveau problème. Proposer le système N permet de jouer les vieux rôles de père et de mère unis transmis par la tradition (parents éventuellement dysfonctionnels mais dans un mariage uni).

Il s'agit de rôles connus, codifiés, mais qu'on ne peut plus jouer dans la nouvelle situation quitte à créer une grande souffrance et confusion pour tout le monde.

Proposer encore le système N signifie nier la réalité car c'est seulement une proposition mentale. Si nous essayons un instant de l'imaginer comme système concret, nous ne savons plus définir la relation entre ses membres et entre ceux-ci et les systèmes collatéraux. Où, par exemple, pourrions-nous placer Louise? Dans le système N mais comme sous-système à part? Ou comme membre de plein droit du système N? Dans ce cas, quelle relation s'établira entre Louise et Marie? D'amitié? De rivalité? Quelle sera la relation entre Louise et les enfants? Excluons une relation parentale, une amitié fraternelle? Ceci prend plutôt l'air d'une relation désordonnée et compliquée genre soap-opéra. Concrètement, YVES et MARIE ne peuvent plus rester dans la vieille situation. Mais, alors, quelle position doivent-ils assumer par rapport aux enfants, entre eux deux, avec leurs nouveaux partenaires? Ils doivent recevoir une réponse nouvelle.

Vu la difficulté à gérer les situations en recourant aux vieux rôles, vu qu'avec ces vieux rôles on complique plus le problème qu'on ne le résout, il faut changer, trouver des modèles de comportement nouveaux et, avec cette exigence, naît aussi la demande d'une aide psychologique pour inventer avec des experts une nouvelle manière d'être ensemble, de concilier la nouvelle famille avec les engagements et les promesses par lesquels on est lié face à la vieille famille.

Aujourd'hui je me propose d'aborder les problèmes qui peuvent surgir dans une famille reconstituée et, en particulier, dans une famille formée d'une femme célibataire et d'un homme divorcé dont les enfants ont été confiés à son ex-femme.

Laissons de côté ces situations limites de divorce tellement conflictuelles qu'elles produisent des affrontements sur le terrain (avec coalition des enfants avec l'un ou l'autre des parents, implication des familles élargies, disputes entre avocats, etc.). De toute évidence, dans ces situations, la guerre entre les membres du couple divorcé et l'implication des membres de la famille n'ont pas cessé et le divorce n'a été qu'un mouvement dans un «jeu» resté très animé entre les partenaires. «Jeu» que, probablement, ils continueront à jouer au détriment des enfants. Celui à qui ils ont été confiés ne permettra pas à l'autre de les voir, ils seront exigés, instigués, kidnappés par l'un ou l'autre des parents. Ces cas extrêmes ont déjà été décrits par d'autres et, paradoxalement il n'est pas difficile de saisir le problème, à savoir qu'une vraie séparation n'a jamais eu lieu et que les «jeux» qui se sont formés au moment du divorce continuent. Ces cas arrivent à la consultation seulement quand l'un des duellistes s'est gravement blessé et qu'il présente des comportements pathologiques pour lesquels on nous demande une thérapie.

D'habitude, dans ces cas, nous invitons les deux parents et souvent nous découvrons dans le setting thérapeutique une «famille» à tous égards unie dans un «jeu» pathologique encore à l'œuvre malgré la séparation des parents.

Dans le cadre de ce travail, cependant, je veux aborder les cas dans lesquels, dans le passé de la famille reconstituée, il y a une séparation consensuelle du mari et de l'ex-épouse.

Dans ces cas aussi, il est évident que la séparation a été provoquée par un conflit non résolu dans le couple, mais la gestion de la séparation a été plus civilisée, les partenaires ayant la volonté de clore définitivement le chapitre de ce mariage. Le problème de la gestion de la séparation est complexe: comment annoncer cette décision aux enfants, comment gérer la relation avec eux par le parent auquel ils ont été confiés et qui se trouve seul à affronter la vie quotidienne, et comment gérer la relation par le parent qui les voit une fois par semaine et un week-end sur deux et pendant les vacances. (En Italie les enfants sont généralement confiés à la mère, 6,2% au père, 91,5% à la mère, alternativement à l'un et à l'autre des parents 1,4%, aux autres 0,9%.)

Le fait de terminer la relation de couple permet aux deux partenaires de commencer une nouvelle relation.

Sans doute, ceci est plus facile pour les hommes qui, n'ayant pas la charge des enfants n'ont pas d'engagements. Qui choisit de vivre avec madame sait, ou bien il le découvre rapidement, qu'il doit prendre en charge les enfants. Il sait que, automatiquement, il deviendra le «mari» de cette femme et le «père» de ses enfants. On ne trouve pas facilement des hommes disposés à assumer ce double rôle. Quand un homme divorcé rencontre une femme, les choses sont différentes. Si sa partenaire est libre, il peut la fréquenter sans ressentir le poids des enfants. Il ne devra pas affronter les problèmes et les horaires de la baby-sitter, ne devra pas les emmener à l'école, chez le dentiste ou faire du sport. Il peut les voir les jours établis et vivre le reste du temps son histoire d'amour.

Bien que basée sur la sincérité, la nouvelle relation de cet homme ne se ressent pas du conditionnement par les enfants tant que lui et son amoureuse seront fiancés.

Une femme célibataire peut se montrer perplexe, se poser des questions sur les engagements que son partenaire divorcé aura avec les enfants et avec son ex-femme; mais la nouvelle femme est amoureuse de lui, et si elle ne cohabite pas avec lui ou si elle ne s'est pas engagée dans le mariage, ces attitudes perplexes ne sont d'habitude pas source de conflit.

Je dois préciser que mes réflexions dérivent d'une inévitable généralisation, des vécus différents sont possibles mais ceci n'est pas important pour l'hypothèse qui suit.

De son côté le père vit un sentiment de grande libération par le fait de ne pas avoir les enfants avec lui, et, en même temps, un sentiment de culpabilité parce que ces sentiments heurtent l'image de père qu'il a apprise de la tradition et que tout le monde se fait un devoir de lui rappeler: son ex-femme, ses enfants, ses propres parents, ses beaux parents, s'il les voit, le juge, les massmedia, etc. Pour affronter l'anxiété qui naît de ces vécus contradictoires, le père essaye souvent de compenser, comme pour dédommager les enfants. Ainsi, chaque fois, qu'il est avec eux il leur offre nombre de sorties, au risque d'une surstimulation, ainsi que nombre de gratifications. Je me souviens du cas d'une fille, seule enfant de deux jeunes parents. Ils s'étaient séparés quand elle avait neuf ans et depuis, le lundi qui suivait le week-end

avec son père, elle ne tenait pas debout et, si elle allait à l'école, elle ressemblait à un zombie, au point que les professeurs s'en étaient aperçus. Ceci parce que son père l'emmenait à un rythme frénétique de la montagne à la mer, etc. sans lui permettre de faire autre chose que de s'amuser. Cette fille, après ce bombardement de stimulations, se plaignait à sa mère de la monotonie de la vie avec elle et menaçait d'aller vivre avec son père. Elle ignorait qu'il ne voulait pas d'elle et que, en plus, il n'aurait jamais pu maintenir le rythme qu'il lui offrait deux fois par mois.

Des pères moins sportifs et plus intellectuels se donnent la peine d'être éducatifs, d'apprendre aux enfants les comportements et les valeurs « justes » selon le modèle du père traditionnel. Mais nous savons que ces enseignements se transmettent bien plus dans le contexte de relations quotidiennes, à travers l'imitation et l'identification, que durant une leçon de quelques heures. Ensuite, comme inévitablement ces valeurs et ces enseignements sont diamétralement opposés à ceux que la mère leur transmet (rappelons que les deux époux se sont séparés parce qu'ils étaient en conflit et on peut faire l'hypothèse que leur convictions éducatives faisaient partie du désaccord). Ainsi, le résultat est la création d'une confusion de pensées et d'idées pour les enfants d'autant plus grave que ceux-ci sont jeunes n'ayant pas encore développé leur jugement autonome.

Que ces hommes divorcés choisissent de jouer le père séducteur, bon, compréhensif et amusant, ou de jouer le père instructif, sévère, etc., le fait est qu'ils essaient de proposer les modèles de comportement du père traditionnel qui suit jour après jour l'éducation des enfants. Ces comportements paternels ont une valeur intrinsèque quand ils sont pratiqués dans le cadre d'une cohabitation et que les enfants peuvent les évaluer à travers des feedbacks correctifs: séparés de leur contexte ils n'auront plus le même effet.

Si je vis avec mon père, je peux voir que parfois il est bon, compréhensif et amusant, mais qu'il peut être fatigué, en colère, intolérant suivant son caractère, mon caractère et les circonstances. J'ai la possibilité d'apprendre quand il faut être bon et compréhensif et quand il est légitime d'être en colère ou intolérant. En partageant la vie de tous les jours mon père peut parler des valeurs en lesquelles il croit, il peut m'imposer les comportements qu'il veut m'apprendre. Reste le fait que ces valeurs et ces comportements je les déduis plus de ses actions, de ses décisions et réactions à ce que je fais, à ce que font les autres et à ce qui se passe autour. En dehors de ce contexte et de cette relation son rôle éducatif ressemble plutôt à celui de quelqu'un qui dit des phrases toutes faites. Souvent les adolescents reprochent à leur père divorcé de ne pas vivre avec eux, de ne rien savoir de leur vie: « Où étais-tu ? Tu parles comme si tu étais là, mais tu n'étais pas là ! »

Je ne veux pas accuser ces pères d'avoir quitté leur foyer et d'exercer un droit auquel ils ont renoncé avec le divorce. Je réfléchis plutôt sur le fait que, s'efforçant de jouer le bon père avec les enfants, ils essaient de faire taire leur anxiété et leurs sentiments de culpabilité pour les avoir « abandonnés ». Ainsi, ces pères récupèrent des modèles de comportement peu adéquats et peu efficaces par rapport à la relation actuelle. Ils essaient de jouer le père comme le faisait leur père avec eux. Mais leur père vivait avec eux. S'il trahissait sa femme il était un mari adultère, un mauvais père pour le mauvais exemple qu'il donnait, mais c'était un père qui était en relation jour et nuit avec l'enfant.

Le contexte que j'analyse est celui d'un père qui ne vit plus avec sa femme, la mère de ses enfants, ni avec eux. Il vit avec une autre femme qui est légitimement sa femme, avec laquelle il aura peut-être des enfants. Continuer à jouer le rôle de père tel qu'il lui a été transmis dans son contexte d'apprentissage ne peut qu'engendrer de la confusion et augmenter le désordre.

Ces pères ont besoin de réponses actuelles et de nouveaux modèles. Il y a aussi une confusion linguistique qui n'aide pas à sortir de l'impasse. On continue à parler de père, qu'il vive avec les enfants ou qu'il en soit séparé.

Un homme italien divorcé, Monsieur Conti, disait : « Mon père faisait comme ça quand j'étais petit et je voudrais faire la même chose avec mon fils. Après tout je suis son père ! » Mais lui avait divorcé et son fils vivait avec sa sœur, sa mère et le nouveau partenaire de celle-ci. Cet homme avait accepté les enfants de madame, il avait acheté la maison dans laquelle ils vivaient ensemble et s'efforçait d'être un bon père : il suivait les devoirs des enfants, les emmenait en vacances, préparait leurs repas quand la mère s'absentait pour son travail, discutait avec eux de leurs expériences, etc. Il les grondait aussi, quand il le fallait. Les enfants l'acceptaient mais Monsieur Conti ne l'avalait pas parce que, à son avis, ce que cet homme prenait ainsi était le rôle de père alors qu'il ne l'était pas ! Mais entre nous, lequel était le vrai père ? Le nouveau mari de madame jouait le rôle de père, les enfants l'appelaient souvent papa. Le même mot, père, peut engendrer une confusion importante.

Mon hypothèse est que dans des situations de séparation, l'absence d'un rôle différencié pour la gestion de la relation avec les enfants augmente l'entropie de tous les systèmes et sous-systèmes créés par la séparation même. Il faut trouver des réponses actuelles et de nouveaux rôles dans ces nouveaux systèmes.

J'ai dit que ces réponses et ces rôles ne sont pas fournis par la tradition, et qu'on ne peut pas les apprendre dans le contexte d'apprentissage culturel ; alors que doit faire le psychologue consulté pour ces problèmes, étant donné que pour lui aussi tout est nouveau et qu'il ne peut pas avoir expérimenté ces situations dans son contexte d'apprentissage, ni pendant sa formation ?

Cette question est légitime ! Je crois que l'aide que nous pouvons fournir doit partir de la création d'un modèle théorique qui, pour l'instant, se base sur des connaissances à propos du fonctionnement des systèmes et en particulier des systèmes humains. Ensuite, ce modèle théorique devra être contrôlé et corrigé dans la pratique.

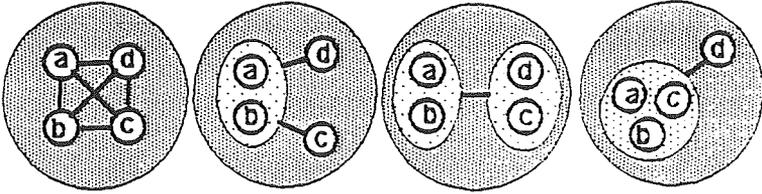
L'hypothèse que je vais proposer part de la théorie systémique et de l'expérience clinique mûrie dans le domaine de la thérapie systémique, en particulier au cours de traitements de cas qui présentaient une forte conflictualité de couple dans des familles reconstituées avec un mari divorcé avec enfants et une femme célibataire et, en parallèle, de cas dans lesquels des enfants de couples séparés consensuellement présentaient au long des 2 à 3 ans après la séparation des comportements névrotiques ou des crises d'anxiété. Pour illustrer mon hypothèse je partirai de la base suivante : *La famille qui n'a pas créé à l'intérieur ou à l'extérieur une définition nette de ses limites, présente toujours une entropie élevée ; presque toujours le niveau de malaise relationnel est élevé chez tous ses membres et il peut arriver que chez l'un ou l'autre il se manifeste par une symptomatologie plus ou moins grave.*

Comment l'expliquer? Selon la théorie générale des systèmes, la complexité d'un système est directement proportionnelle au nombre de ses composants. Un système est d'autant plus complexe que le nombre des participants est élevé. La complexité augmente en forme exponentielle par rapport à l'augmentation du nombre des participants. Si nous considérons le nombre de relations potentielles non seulement entre les éléments (fig. 3), mais aussi entre les sous-systèmes possibles, nous voyons que la complexité est représentée par une courbe rapidement ascendante. Une formule permet de calculer le nombre de relations possibles d'un système: $X = (3^n - 2^{n-1} + 1) / 2$, où n est le nombre des composants et X le nombre des relations possibles. Elle démontre que l'augmentation des relations potentielles est beaucoup plus rapide que l'augmentation du nombre des composants.

Si on considère un groupe social parental, par exemple, le clan d'Yves et de Marie (fig. 4) dans lequel nous avons les enfants et le père et la mère de Marie avec frères, beaux-frères et les neveux de Marie; plus le père et la mère d'Yves avec frères, beaux-frères et neveux, nous voyons que ce système, comme clan, est composé de 21 membres. Selon la formule de la complexité, 5.228.079.450 relations seraient potentiellement possibles (sur la figure il n'a pas été possible de les esquisser toutes!), plus encore si l'on ajoute les typologies relationnelles possibles (relations de soumission, de supériorité, de contrôle, d'instigation, de confiance, de détachement, d'alliance, de symétrie, etc.). Le nombre devient exorbitant et produit une entropie maximale d'où respectivement une désorganisation majeure du système. Pour qu'un système puisse être suffisamment organisé, un certain nombre de ces relations doit être gelé, d'où la nécessité pour chaque membre d'organiser ses relations avec les autres dans le cadre d'une grille de sous-systèmes réduisant le nombre et la typologie des relations permises. Dans la figure nous esquissons les limites les plus habituelles. On délimite les familles d'origine: celle d'Yves et celle de Marie et les familles de leurs frères. Ainsi délimités les sous-systèmes se réorganisent de la façon suivante (fig. 5). Le système présente une organisation et un ordre visuellement évident. Nous savons l'importance de ces limites et de leur respect pour le bien-être relationnel. Par exemple, nous savons que l'ingérence d'une famille d'origine dans le ménage de la famille est hautement nuisible; nous connaissons les coalitions pathologiques qui peuvent se créer entre un membre du couple et un membre de la première génération contre l'autre membre du couple; les instigations qui peuvent s'exercer sur un petit-fils de la part d'un grand père, etc.

Mon hypothèse est que le respect des limites ainsi que le respect de la hiérarchie dans un sous-système (parents-enfants, par exemple), est la condition indispensable pour la santé du système.

Sur la base de cette donnée, reprenons la figure 2 (voir p. 90). Les questions que nous nous sommes posées à son propos traduisaient dans la formulation des exemples concrets, une question théorique: une fois ces deux systèmes familiaux Y et Z constitués, peut-il exister entre leurs membres des relations qui ne tiennent pas compte des limites qui se sont ainsi créées? Selon mon hypothèse, ma réponse est **NON**. Si de telles relations se créent, il y a une augmentation de l'entropie et l'apparition d'un malaise relationnel qui peut mener à de véritables conflits pathogènes. Je sais que ce que je vais vous proposer va à l'encontre de l'image traditionnelle du



Une formule simple permet de calculer le nombre de relations possibles d'un système:

$$X = (3^n - 2^{n+1} + 1) / 2$$

où n est le nombre des composants et x le nombre des relations possibles.

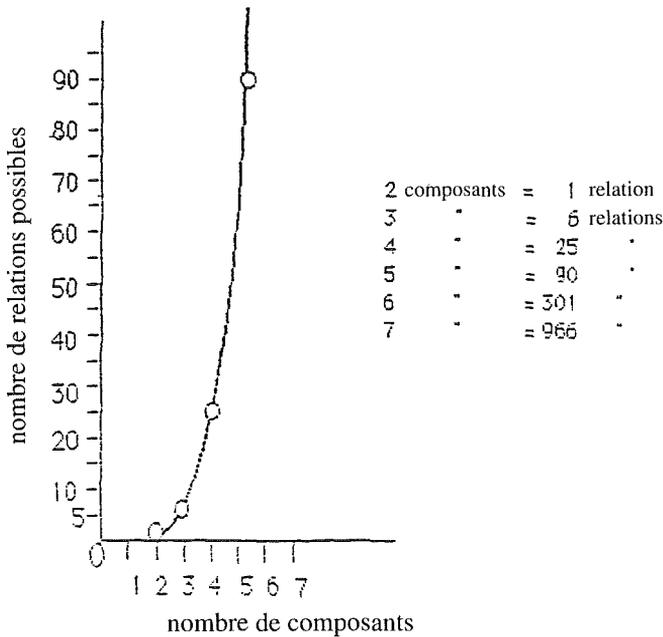


Figure 3.

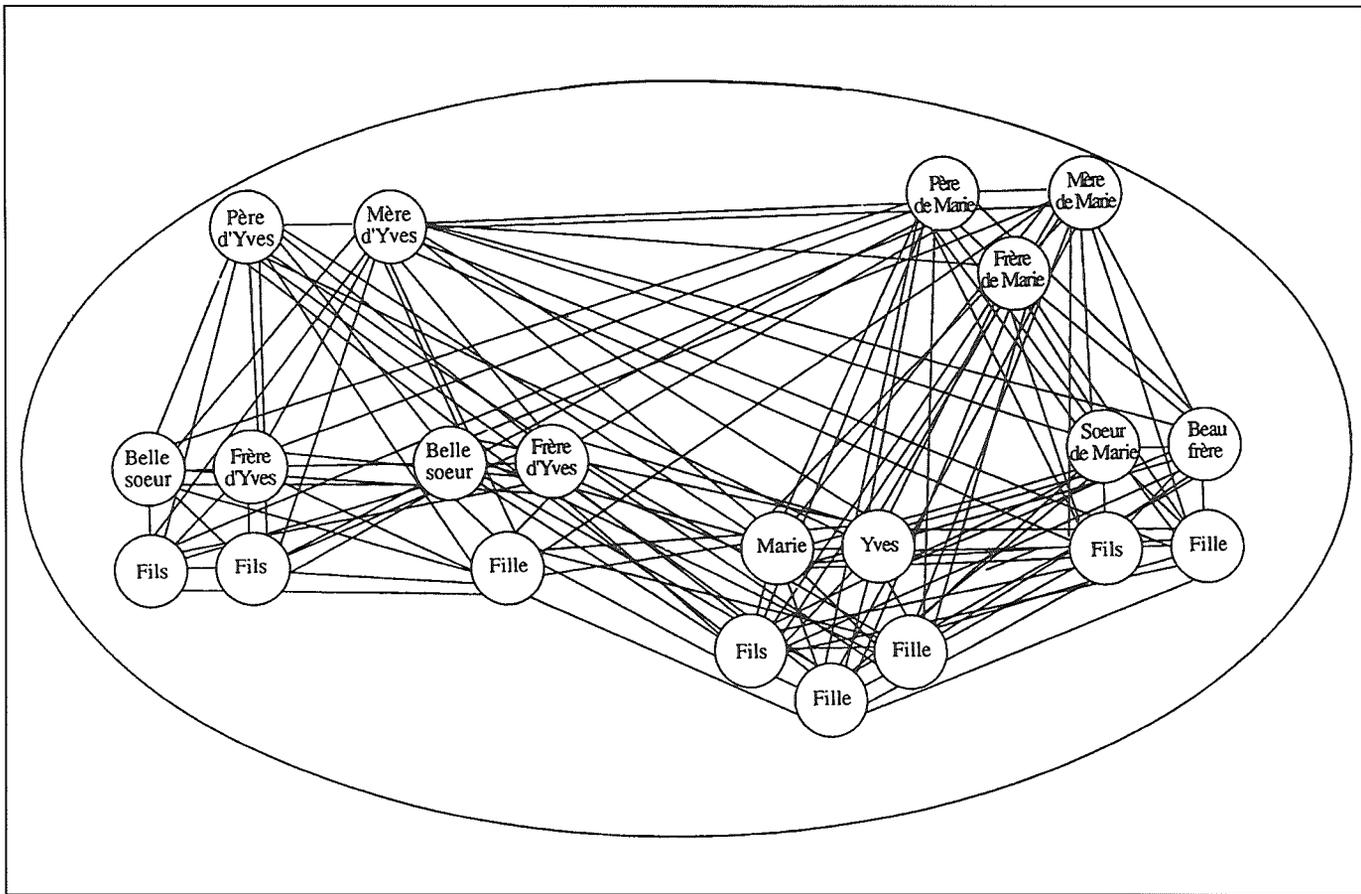


Figure 4.

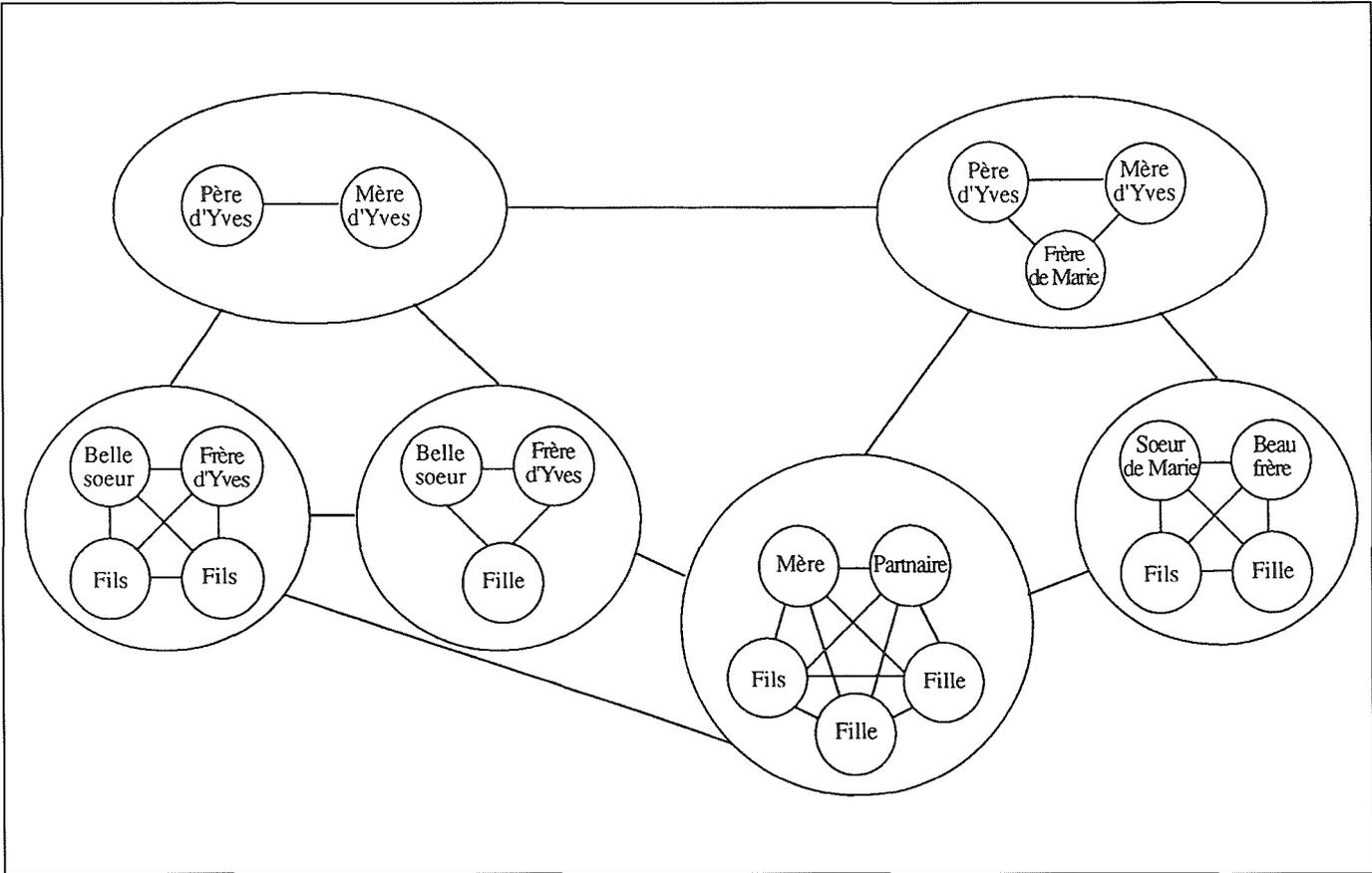


Figure 5.

système familial et des rôles que les membres y jouent traditionnellement, ce qui peut susciter des critiques. Je vous demande cependant de ne pas vous laisser emporter par les premières réactions émotives et de suivre le déroulement de mon hypothèse.

Les deux systèmes Y et Z se sont constitués irréversiblement en deux systèmes séparés. Dans le système Y il y a trois enfants qui entretiennent une relation de fratrie entre eux et une relation filiale avec leur mère Marie. Dans ce système elle est la seule qui a légitimement une relation parentale à l'égard de ses enfants. N'importe quelle ingérence dans cette hiérarchie par des membres qui n'appartiennent pas à ce système, même de la part du père biologique, a ni plus ni moins le même effet qu'une ingérence commise p.ex. par le grand-père, par l'oncle ou par un ami. Dans le système Y, la seule qui doit avoir le rôle du parent, c'est Marie pendant tout le temps où elle vit seule; si elle devait par la suite cohabiter avec un nouveau partenaire, ce dernier pourrait progressivement, avec l'acceptation de tous les membres du système, se situer dans la hiérarchie parentale et remplir le rôle de parent. De plus, si ce n'est que Marie qui rempli ce rôle parental sans ingérence de l'ex-mari, il est plus facile pour un nouveau partenaire d'accepter la relation conjugale avec Marie. Mais je ne m'arrête pas sur ce point dont nous pourrions débattre. Comme toutes les ingérences, l'intervention d'Yves en tant que père dans le système Y, crée un malaise au sein du système dont il est question et au sein du système d'appartenance du membre qui s'est ingéré. Analysons donc pour un moment les effets de cette ingérence. Comment Yves bouge-t-il à l'intérieur de ce système? On peut penser qu'il porte en lui la mémoire de sa relation avec Marie, la mémoire de sa nouvelle relation avec Louise, la mémoire culturelle relative au rôle que dans ce système il doit avoir en tant que père. Considérons la première. Yves s'est séparé de Marie parce que leur relation était dysfonctionnelle, ne satisfaisait plus ni l'un ni l'autre. Même si l'éloignement les a rendus, dans la meilleure des hypothèses, plus tolérants l'un à l'égard de l'autre, on peut imaginer que les motifs du conflit qu'ils n'ont pas résolus à l'époque de la séparation (s'ils les avaient dépassés, le couple ne se serait pas séparé) peuvent resurgir maintenant. A l'égard des enfants, par exemple, leurs interventions peuvent être non congruentes, plaçant ainsi les enfants dans la situation de devoir choisir qui écouter. Nous savons que cette éventualité figure parmi les plus anti-éducatives possible, car les enfants, surtout s'ils sont petits, ont besoin de points de repère éducatifs cohérents et précis. Comment peut-on dépasser cette impasse? Evidemment, Yves, qui ne vit plus avec ses enfants, devrait s'empêcher d'imposer son propre point de vue éducatif et laisser à Marie le choix dans ce domaine. Yves pourrait dire à Marie son opinion séparément, c'est-à-dire quand les enfants ne peuvent pas l'entendre; mais si son opinion est inconciliable avec celle de son ex-femme, il faut accepter que ce soit elle qui décide des attitudes éducatives à avoir. Même si Yves ne veut pas attribuer complètement à son ex-femme cette fonction, il n'a en fait pas d'autres possibilités, car lorsqu'Yves n'est plus présent et que ses enfants ne sont en contact quotidien qu'avec leur mère, ce sera Marie seule qui décidera en toute circonstance ce qu'elle considère comme correct. Il serait naturel, pourriez-vous dire, qu'Yves puisse reprendre son rôle de père auprès de ses enfants lorsqu'il les voit, même s'il se trouve en contradiction nette avec leur mère. Il peut certainement le faire, mais il

ne fera assurément pas le bien de ses enfants; il les mettra simplement en conflit avec leur mère; il leur causera un désordre d'idées et probablement il les mettra dans la situation de vivre dans une sorte d'anarchie éducative. L'on sait en effet que c'est souvent «au bénéfice d'un tiers que deux personnes se disputent» (c'est-à-dire qu'ils font ce qu'il leur convient le plus). Les enfants aussi écouteront donc ce qui leur convient le mieux d'écouter à ce moment ou en cette circonstance. L'ingérence d'Yves dans le système Y ne déséquilibre pas seulement les membres du système Y mais aussi les membres du système Z. Si Yves réalise son ingérence sans faire intervenir Louise, celle-ci pourra se sentir exclue et trahie par les fuites d'Yves (non nécessairement physiques, mais surtout mentales) dans son passé. Elle reprochera à Yves de ne pas être présent dans la nouvelle famille et si elle a des enfants de lui, elle se demandera continuellement lesquels sont les plus importants pour Yves. Ou bien elle décidera que si ses enfants doivent partager leur père avec d'autres, ils sont au moins en droit d'avoir une mère «toute pour eux». Elle s'attachera ainsi à eux dans un rapport exclusif. Si Yves implique sa nouvelle partenaire, le ménage peut fonctionner mieux pour le couple mais ce ne sera pas le cas pour le système Y; en effet dans ce cas de figure, l'ingérence sera celle du système Z entier. Marie pourra demander à quel titre Louise intervient à propos de l'éducation des enfants alors que ce ne sont pas les siens; elle dira à son ex-mari d'exclure sa nouvelle partenaire des affaires qui les concernent eux seuls. Celle-ci s'attendra à ce que Yves s'y oppose et la défende. S'il ne le fait pas il y aura motif de conflit entre eux. S'il le fait, le conflit avec Marie s'accroît, et ainsi de suite. Que doit faire alors ce père ? Je pense qu'il devrait dire à ses enfants: «Vous devez écouter votre mère!» Ou bien s'ils sont suffisamment autonomes: «Moi, je pense que c'est ainsi, mais je crois qu'il vaut mieux écouter votre mère qui sait ce qui est le mieux pour vous puisqu'elle vit avec vous.» Ce père peut se proposer comme le modèle du nouveau système. Il serait plus correct de dire que c'est tout le nouveau système Z qui peut fournir aux enfants un modèle alternatif à la famille Y. C'est un modèle, toutefois, qui ne s'impose pas, ni ne se met en compétition avec la famille Y, mais qui donne des connotations positives à la famille Y.

Il y a donc nécessité d'une relation nouvelle d'Yves avec ses enfants.

Yves, de son côté, engagé dans le système Z ne peut plus jouer le rôle traditionnel de père. Nous n'oublions pas que du point de vue sociologique quand on parle de rôle on n'entend pas seulement un système de devoirs et de fonctions, mais aussi l'ensemble des positions que celui qui joue le rôle doit occuper en relation aux autres systèmes. Le rôle de père, comme on l'entend traditionnellement, est une relation établie dans le cadre d'une cohabitation qui se définit par rapport à la position qu'il occupe à l'égard de ses enfants et de leur mère. Quand une telle relation n'existe plus, le rôle entier doit se modifier. On ne peut plus penser gérer les mêmes devoirs et les mêmes fonctions dans une position relationnelle complètement changée.

Pour utiliser un isomorphisme, on peut prendre l'exemple d'un cadre en retraite à qui on demande de devenir le consultant technique de l'entreprise dans laquelle il avait été auparavant directeur de production. On ne peut pas imaginer que dans cette nouvelle position il puisse poursuivre une activité de programmation, qu'il puisse encore donner des ordres, donc contrôler l'exécution, etc. Parfois,

une telle situation se produit. Moi, qui suis consultante d'entreprise, j'ai pu le constater: je vous assure que toute l'entreprise se ressent d'une telle désorganisation. Bien sûr, lorsqu'on parle des relations au sein d'une entreprise, l'on est moins impliqué. Il est donc plus simple de les analyser objectivement. Lorsqu'il est question de rapports familiaux l'on est évidemment plus impliqué émotionnellement.

Si ce père divorcé ne peut plus être un père pour ses enfants, que doit-il être? Où met-on les sentiments? L'affection? Pour ma part, je crois que c'est justement en partant du sentiment et de l'amour qu'éprouve un parent à l'égard de ses enfants que l'on peut commencer à construire une relation nouvelle qui met au premier plan le bien-être de ses enfants et finalement de tout le monde.

Attention! Je parle d'amour, de sens de responsabilité qui sont des sentiments typiques de la paternité, et pas d'égoïsme, de possession, de pouvoir, de compétition, qui au contraire sont des sentiments qui sous-tendent presque toujours le droit que beaucoup de pères divorcés pensent avoir sur leurs enfants. Le droit de les voir, d'intervenir dans leur éducation, de parler de leurs choix, de présenter à leur façon leur mariage et leur séparation, etc.

Je suis scandalisée que la presse donne tant d'espace aux croisades que certains pères font après un divorce pour reprendre leur enfants, pour les voir plus souvent, pour les retirer à leur ex-femme. Dans une émission italienne, on avait invité un père qui, depuis cinq ans, faisait tout ce qu'il était possible de faire par avocats, ambassades, consul interposés pour reprendre sa fille que son ex-femme étrangère avait emmenée dans son pays d'origine – pays européen – alors que la petite n'avait que quelques mois. Tout le monde soutenait ce pauvre père, tout le monde était d'accord qu'on l'avait privé d'un droit et qu'il avait raison de continuer sa lutte.

Personnellement, je ne crois pas que cet homme entreprenne toutes ces démarches par instinct paternel, ni par un profond sentiment de paternité et d'amour pour cette fille qu'il n'a pratiquement pas connue. Je crois au contraire que ses sentiments étaient d'une autre nature, qu'il s'agissait de sentiments de revanche et de vengeance envers son ex-femme.

Tout le monde était prêt à dire que les droits de la petite aussi étaient lésés, qu'elle avait le droit d'avoir un père. Eh bien! permettez-moi d'attirer ici aussi votre désapprobation. Cette petite-fille, à mon avis, a un seul droit: c'est celui vivre tranquille en dehors de ce conflit, de grandir dans un milieu serein et non dans une tranchée. Je ne crois pas qu'il serait bon pour elle de retrouver maintenant ce père qui n'est qu'un inconnu, de laisser son pays, sa famille seulement parce que quelqu'un d'autre décide que c'est un droit pour elle!

Un père comme une mère biologique ne sont pas indispensables! Il faut avoir un peu d'humilité! Il est important de pouvoir concevoir qu'un système familial puisse se composer d'enfants et d'un seul parent qui, lui, peut ne pas être le parent biologique. Ce qui importe c'est une famille capable d'apporter des repères affectifs, éducatifs et des valeurs. Et si possible une famille équilibrée quelle qu'en soit sa composition. L'on sait en effet qu'il y a plus de problèmes pour les garçons vivant dans une famille avec deux parents « duellistes », que pour les garçons qui ont grandi avec un seul parent.

Le modèle théorique que je présente a été construit sur la base des indications fournies par la théorie générale de systèmes. Au travers des cas que j'ai suivis en

thérapie et aussi par l'observation de situations de familles qui avaient mis en acte des comportements qui entrent dans le cadre de ce modèle, j'ai pu contrôler que ces familles étaient parvenues à des résultats fonctionnels.

Evidemment, chaque situation demande la mise au point d'une indication pragmatique spécifique, mais ce modèle peut orienter le thérapeute ou le consultant dans les choix comportementaux qu'on peut conseiller aux membres de ces systèmes.

Je n'ai guère le temps pour approfondir les conséquences au niveau pragmatique de ces réflexions théoriques, mais je voudrais souligner quelques aspects qu'il faut nécessairement considérer lorsque l'on propose ce modèle à la famille reconstituée et composée par le père et sa nouvelle partenaire.

La première concerne l'analyse des raisons du malaise que le couple a créé dans sa relation. Il est évident que la cause du conflit n'est pas toujours due aux dynamiques dont j'ai parlé précédemment. Mais quand on s'aperçoit que la nouvelle partenaire accuse fréquemment son compagnon ou son mari d'être encore lié à son mariage précédent, ou encore aux enfants; ou bien, quand elle dénonce avec une certaine insistance son sentiment d'être exclue; mais aussi lorsque l'on observe de sa part une grande implication à l'égard des problèmes des enfants de son partenaire, alors il est impérieux d'étudier le type de relation qui existe entre les deux nouveaux systèmes familiaux et entre leurs membres.

Il est aussi possible que le traitement ou la demande de consultation parte du père qui se sent déprimé et incapable de trouver sa position à l'intérieur de la nouvelle relation de couple. Ou encore, mais c'est plus rare, que le père demande une intervention parce qu'il sent que ses enfants vivent une situation de malaise. Une fois contrôlée l'hypothèse de l'absence de limites entre les systèmes et de l'impossibilité pour ses membres de définir de nouvelles relations, on peut commencer à travailler dans l'optique du modèle proposé.

Il s'agit de commencer à lire ce qui se passe en termes systémiques.

Il n'est pas difficile de parler d'incongruence éducative, de privation du pouvoir parental, de jalousie, d'exclusion, etc. parce que ce sont-là des sensations que les membres éprouvent mais auxquelles ils ne savent pas donner un nom. On peut leur demander ce qu'ils proposent pour résoudre leur malaise. D'habitude ils n'ont pas la réponse ou bien elle s'avère impraticable.

La solution qu'ils proposent serait alors de mettre des limites à l'ex-famille du mari, de limiter aussi la présence physique et mentale du père dans la vie des enfants, de confier le mandat éducatif à la mère: mais cette solution reste en opposition avec l'image culturelle du rôle du père. Elle est en opposition avec les attentes de paternité du père, en opposition avec les promesses faites lors du contrat de mariage précédent, en opposition avec son sentiment de culpabilité. Pour ces raisons, le père ne peut pas la proposer.

Le couple sent qu'il y a une asymétrie irréversible entre les membres: la femme sait que les enfants de son mari seront toujours là et qu'on ne peut pas les effacer.

Pour cette femme aussi le conditionnement culturel est tellement fort qu'il sera difficile pour elle de proposer une séparation graduelle mais définitive du mari d'avec les enfants (ce qu'elle souhaiterait fortement). Elle sera plutôt encline à penser qu'elle devra recourir à d'autres stratégies: maintenir une relation étroite,

presque compensatoire avec sa propre famille d'origine, demander des enfants à eux, de sorte que le père s'adresse moins aux enfants de son mariage précédent. Ou bien encore, faire grandir ses enfants au sein d'une relation exclusive avec elle.

En ce qui concerne les enfants, je peux dire que le malaise est souvent aussi présent en eux. Ils ne vivent pas sereinement l'obligation de rencontrer le père à intervalle régulier; ils ressentent que la maison où ils dorment n'est pas leur maison, qu'ils ne sont que des invités, dans la meilleure des hypothèses bien reçus, mais toujours des invités. En grandissant ils auraient à certains moments préféré passer les week-ends dans leur territoire, dormir dans leur chambre. Le fait que la rencontre avec leur père soit liée à une obligation ne favorise pas une relation sereine. Mais ils savent qu'il s'agit d'un contrat relationnel. J'ai interrogé quelques adolescentes sur les vacances qu'elles passent avec leurs pères: la réponse a été presque unanime: « On doit! Les premiers jours ce n'est pas mal, mais après on ne sait pas ce qu'il faut dire.» C'est compréhensible: une grande partie du dialogue que les enfants ont avec leurs parents concerne des expériences partagées quotidiennement. Si cette expérience manque, il est bien difficile de trouver les sujets de conversation.

Evidemment les réponses relationnelles peuvent varier selon l'âge des enfants, mais, pour soutenir ma thèse, je ne crois pas que l'âge soit un facteur important, car elle se fonde surtout sur le respect des limites qui sont les mêmes que les enfants soient petits ou grands.

Naturellement il peut aussi y avoir des situations où aucun malaise ne se manifeste. Evidemment ces systèmes ont trouvé leur façon fonctionnelle d'entretenir les relations et ne rentrent pas dans le cadre de mon discours. Mais là où il existe le type de malaise que j'ai décrit, la proposition du modèle est extrêmement fonctionnelle. Je l'ai expérimenté en plusieurs occasions même dans des situations où les enfants avaient commencé à manifester des conduites préoccupantes (anxiété, désobéissance excessive, échec scolaire, etc.).

Je me souviens du cas d'un enfant qui n'allait plus bien à l'école, ce qui avait attiré l'attention du père, enseignant lui-même, et qui s'est senti un devoir d'aider son rejeton. De l'autre côté, cette intervention était fortement encouragée par la mère qui pensait que de cette façon la répartition des devoirs éducatifs envers le fils serait plus équilibrée. Le père, progressivement, rencontrait son fils toujours plus souvent, mais ce dernier n'améliorait pas ses résultats à l'école. Le père se mettait alors en colère et lui reprochait tout le temps perdu avec lui. « Mais, disait-il, je ne peux pas faire autrement: c'est mon fils!» Vous pouvez imaginer les réactions de sa nouvelle partenaire agacée parce qu'elle voyait son mari victime de son ex-femme et de son fils.

Même dans ce cas la proposition du modèle fut favorable: le père comprit que dans la position qu'il occupait maintenant dans le nouveau système, il ne pouvait plus agir en tant que père. Il a délégué l'éducation scolaire au fils et à la mère, et, résolu à tenir dans cette nouvelle position, il a fait savoir qu'il ne donnerait plus de leçons à son fils. Il serait toujours disponible économiquement et en cas d'urgence, mais il ne pourra plus s'occuper de son fils comme avant. L'enfant a immédiatement réagi à la définition de la relation en améliorant sa conduite envers sa mère et à l'école. L'ex-femme a continué pendant quelques mois à faire des tentatives de réimplication,

mais à la fin elle s'est résignée. L'enfant maintenant va bien, il voit son père deux jours par mois, mais il ne dort pas chez lui. Il s'est instauré une bonne relation entre eux et une relation optimale aussi avec la partenaire du père. L'ex-femme a trouvé un homme qu'elle fréquente pour le moment sans cohabiter avec lui...

Il est clair que se détacher du rôle parental tel qu'il est proposé de le faire provoque une sorte de deuil que le thérapeute ou le consultant doivent élaborer avec le père et sa nouvelle partenaire. L'amélioration du comportement des enfants est cependant rapide et perceptible, ce qui encourage le père à poursuivre dans la voie de la transformation de la relation avec eux. Chaque membre de la famille reconstituée peut trouver son mode personnel de relation avec les enfants, mais durant la phase de transition, allant de l'abandon du modèle traditionnel jusqu'au moment où se crée un nouveau lien, il est important de leur préciser qu'il ne s'agit pas d'une perte définitive. Il ne s'agit pas de ne plus être important pour ses enfants, mais d'aborder, peut-être en avance, un détachement et une transformation qui se réaliseraient de toute façon naturellement avec l'avènement des enfants à l'âge adulte, même si le père avait vécu avec eux. Le père et sa nouvelle partenaire peuvent au contraire offrir un modèle de relation de couple qui fonctionne, représentant une alternative au couple que les enfants ont vu pendant le mariage précédent. Ceci est important car c'est justement sur ce terrain que les enfants ont été plus pénalisés. C'est-à-dire qu'ils n'ont pas le souvenir d'un couple de parents unis. Sur ce plan-là le point de repère pour leur future conduite en tant que personnes adultes leur fait défaut. Dans la présentation de mon hypothèse il y a plusieurs arguments que je n'ai pas traité, par exemple l'attitude de la mère vis-à-vis du détachement progressif du père. Le temps de cet exposé déjà trop long, ne me permet pas d'aborder cet aspect de façon plus approfondie. J'ai moi aussi dû limiter mon intervention, cette matière étant si vaste qu'on pourrait parler pendant des heures.

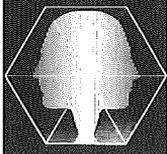
Je terminerai avec une remarque. Le modèle relationnel que je propose aux pères est en réalité également bien accepté par les mères. Après une période de ressentiments pour ce qu'elles vivent comme un abandon sur tous les fronts, elles découvrent peu à peu les avantages de l'absence des ingérences extérieures; elles découvrent que les interventions éducatives ne doivent pas se mesurer avec d'autres, que le rôle prééminent qu'elles occupent de fait envers leurs enfants, est aussi reconnu par leurs ex-maris. Elles découvrent aussi que leurs enfants répondent positivement aux changements, en trouvant un équilibre qui leur permet de s'ouvrir au monde extérieur et de grandir sereins en vue d'un avenir où ils n'auront plus besoin ni de l'un ni de l'autre des parents: c'est en effet le but qu'une bonne éducation devrait poursuivre.

Cinzia Raffin
Docteur-Directrice du Progetto Famiglia
Galleria Asquini
I-33170 Pordenone

Bibliographie

1. Bogdan J.L. (1984): «Family Organization as an Ecology of Ideas: an Alternative to the Reification of System», *Family Process*, vol. 23, n° 3, pp. 375-378.
2. Foerster H. von (1981): «*Observing Systems*», Intersystems Publications, Seaside, CA.
3. Le Moigne J.L. (1977): «*La théorie du système général. Théorie de la modelisation*», Presses Universitaires de France, Paris.
4. Meulden M.J., Théry I. (1983): «*Les recompositions familiales aujourd'hui*», Ed. Nathan.
5. Miller J.G. (1965): «Living Systems: Basic Concepts», *Behavioral Science*, n° 10, pp. 103-411e (1972): n° 17, pp. 1-182.
6. Neumann J.V. von, Morgenstern O. (1947): «*Theory of Games and Economic Behaviour*», Princeton University Press, Princeton.
7. Prata G. (1990): «*A systemic harpoon into family games. Preventive Interventions in Therapy*», Brunner/Mazel, New York.
8. Prata G., Raffin C. (1992): «Guérir de rage», *Thérapie Familiale*, Genève, n° 2, pp. 115-126.
9. Prata G., Raffin C. (1995): «Cohérence et plausibilité du «jeu familial» hypothétisé, conditions requises pour le virage thérapeutique.» *Thérapie Familiale*, Genève, n° 3, pp. 235-254.
10. Prata G., Raffin C. «The girl who must not be cured right now. Discrepancies between family motives and therapist's aims», in Comunian A.L., Gielen U.P., *Family and Family Therapy in International Perspective*, Ed. Marinelli, Milano, in corso di pubblicazione.
11. Raffin C. (1988): «Testing clinical hypothesis by means of «Falsificationist Epistemology», *Family Process*, n° 27, pp. 485-499.
12. Raffin E. (1981): «Spunti epistemologici per una riflessione sulla psicoterapia», *Psyche*, n° 2, pp. 37-44.
13. Siméon M. (1985): «Nous ne vieillirons pas ensemble», *Thérapie Familiale*, Genève, vol. 6, n° 3, pp. 325-336.
14. Siméon M. (1995): «Du divorce à la famille recomposée: approche systémique des transitions familiales», *Thérapie Familiale*, Genève, vol. 16, n° 2, pp. 213-225.

psychothérapies



psychothérapies

Comité de rédaction:

G. Abraham, *Genève* — J.P. Bachmann, *Genève* — B. Cramer, *Genève* — F. Ferrero, *Lausanne* — A. Haynal, *Genève* — Ph. Kocher, *Genève* — N. Montgrain, *Québec* — C. Reverzy, *Paris* — R. Steichen, *Louvain*.

Comité scientifique:

J.M. Alby, *Paris* — D. Anzieu, *Paris* — M. Bourgeois, *Bordeaux* — J. Cosnier, *Lyon* — G. Delaisi de Parseval, *Paris* — Y. Gauthier, *Montréal* — E. Gilliéron, *Lausanne* — W. Pasini, *Genève*.

**«Pour que la psychothérapie,
que nous voulons dynamique,
soit sans cesse remise en question...»**

- Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle **PSYCHOTHÉRAPIES** pour l'année 199
- Abonnements individuels : FS 95.— FF 415.— FB 2440.— \$US 83.— \$CAN 108.—
- Abonnements institutionnels: FS 135.— FF 585.— FB 3460.— \$US 117.— \$CAN 153.—

Règlement: Compte de chèques postaux: 12-8677-8, Genève.

Société de Banque Suisse, CH-1211 Genève 6, Compte N° C2 622 803.0

*Banque Société Générale, Immeuble Le Richemond, 118 route de Genève, F-74240 Gaillard
Compte N° 000 2 801045 6. Les chèques bancaires à l'ordre de la Banque Société Générale
sont admis.*

Carte de crédit: VISA EUROCARD AMEX

Numéro de carte: _____ Date d'expiration: _____

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

N° Postal: _____ Ville: _____

Date: _____ Signature: _____

A envoyer aux ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE — Case postale 456 — CH-1211 Genève 4

THÉRAPIE FAMILIALE ET OBLIGATION DE SOINS SOUS CONTRÔLE JUDICIAIRE

Jean-Michel SIGWARD*

Résumé: *Thérapie familiale et obligation de soins sous contrôle judiciaire.* – Utilisation de l'obligation de soins sous contrôle judiciaire pour favoriser la mise en place d'une demande de thérapie une fois le patient sorti de la contrainte judiciaire. Le certificat rédigé par le thérapeute avec l'aide de la famille et remis au patient, sert ici de cadre aux entretiens. Ce travail a pour objectif d'utiliser la mise en tension des relations dans la famille provoquée par l'affaire judiciaire pour aider chacun à comprendre la fonction de la toxicomanie qui est condensée dans la formule souvent utilisée par les patients; «Je suis normal quand j'en prends».

Summary: *Family therapy and mandatory treatment for drugusers.* – The obligation to seek treatment under probation is used in order to facilitate voluntary therapy once the patient is no longer court mandated. The sessions are structured around a certificate which is written with the help of the family and given to the patient. The goal of this approach is to use the tension created by the court case within family relationships in order to bring each member of the family to an understanding of the function of the addiction which is condensed in the formulation often used by patients: «I feel normal when I take drugs.»

Mots-clés: Contrôle judiciaire – Obligation de soins – Certificat – Demande de soins – Toxicomanie.

Key words: Drug addiction – Probation – Mandatory treatment – Certificate – Voluntary therapy.

«Je suis normal quand j'en prends» est une définition que le patient toxicomane donne parfois de lui-même au cours des entretiens.

Je me propose, dans le cadre de ce travail, d'essayer, dans un premier temps, de comprendre les logiques individuelles et relationnelles qui conduisent le patient à justifier ainsi son comportement addictif. Puis, de montrer comment cette assertion est utilisable pour se lier au vécu du patient et pourquoi cette définition, qui pourrait être perçue comme provocante, n'est le plus souvent ni relevée, ni commentée par les membres de la famille.

Travailler sur cette affirmation dans le cadre des entretiens familiaux a pour objectif de soutenir les efforts d'individualisation du patient en abordant, sous un angle original, les dépendances réciproques qui le lient à ses proches.

Le travail que je vous présente s'appuie sur les entretiens effectués avec des patients sous obligation de soins dans un cadre pré-sentenciel de contrôle

* Formateur à l'A.P.R.T.F., thérapeute familial Association la CORDE RAIDE, praticien hospitalier, psychiatre libéral, 19, rue des Feuillantines, F-75005 Paris.

judiciaire¹. Les consultations ont lieu dans les locaux de l'association la Corde Raide, qui est un centre de thérapie familiale pour patients toxicomanes.

La mise en tension des relations familiales provoquée par la situation judiciaire du patient, explique l'implication des proches dans les rencontres.

Dans ce contexte, même si c'est le patient qui formule la demande de suivi en prenant rendez-vous, c'est en fait le juge qui est à l'origine de celle-ci. Le patient garde quant à lui le choix du centre de consultation auquel il s'adresse.

Contrairement au contexte habituel de demande de thérapie familiale dans lequel ce sont les proches qui demandent de l'aide pour le patient, dans la situation de contrôle judiciaire, c'est le patient qui demande de l'aide pour lui-même et qui demande ou accepte que ses proches l'accompagnent.

Cette constatation conduit le thérapeute à se poser les questions suivantes :

- quelles sont les raisons pour lesquelles les proches accompagnent le patient ?
- quelles sont leurs attentes par rapport à l'entretien ; ce au plan individuel, familial, mais aussi judiciaire ?

La suite de l'exposé apportera quelques éléments de réponse à ces questions.

Le contexte particulier du contrôle judiciaire nécessite un aménagement du cadre thérapeutique familial qui, pour rester rigoureux, doit intégrer l'obligation des soins.

En effet, l'expérience clinique montre que le travail thérapeutique dans un contexte contraignant est illusoire,

- d'une part, si le thérapeute ne s'appuie pas sur le cadre judiciaire dans lequel se trouve le patient et dans lequel ses proches se sentent impliqués ;
- d'autre part, si la durée des entretiens n'est pas limitée à la durée du contrôle judiciaire.

Pour tenir compte du cadre défini par l'obligation de soins, nous affirmons, dès le premier entretien, que le seul objectif du patient et de ses proches est l'obtention d'un certificat qui rendra compte de la démarche de soins du patient auprès des autorités judiciaires. L'objectif essentiel de cette démarche du patient et de sa famille est, en fait, de limiter la sanction encourue lors du jugement. Cette affirmation, rarement contredite, ouvre la possibilité d'un débat contradictoire. Nous pro-

¹ Il est utile pour la compréhension du texte de différencier l'injonction thérapeutique dans le cadre de la loi de 1970 et l'obligation de soins. - L'injonction thérapeutique est proposée par le Procureur de la République à un usager de drogues illicites ayant commis un délit d'usage. L'injonction thérapeutique interrompt les poursuites judiciaires si le patient se soigne, accepte le traitement qui lui est proposé. Le médecin traitant rend compte des soins au Médecin Inspecteur de la D.D.A.S.S, qui informe le Procureur. L'obligation de soins dans le cadre du Contrôle Judiciaire est une mesure imposée par le Magistrat à une personne inculpée et laissée en liberté (sous contrôle judiciaire). Dans ce contexte, c'est au patient de rendre compte des soins, en fournissant un ou des certificats au contrôleur. Celui-ci rédige un mémoire pour le jugement. Le magistrat peut révoquer la mesure si le prévenu ne remplit pas les obligations. La durée du contrôle judiciaire peut atteindre un an voire plus.

posons donc à la famille de rédiger le certificat pendant la séance. Chaque séance utilise ce même cadre défini par le certificat.

Avant de commencer sa rédaction, nous prenons soin de préciser que nous sommes liés par les règles déontologiques de notre profession. La formulation et le contenu du certificat devront tenir compte de ces règles.

Le travail sur le certificat centre le contenu des entretiens sur la situation judiciaire et sur ses conséquences individuelles et relationnelles, tant pour le patient que pour ses proches.

La clinique montre que cette attitude du thérapeute offre un contenant aux émotions des individus qui composent la famille. En effet, la mise en place de ce cadre a pour conséquence de faire baisser dans un premier temps les tensions, en soulageant les membres de la famille des efforts qu'ils pensaient avoir à faire pour obtenir le certificat.

Notre expérience nous a montré que si nous ne proposons pas d'emblée de rédiger un certificat, le patient, et en fait le plus souvent ses proches, vont attendre les jours qui précèdent le jugement pour le demander. C'est la crainte de ne pas obtenir un « bon » certificat qui sous-tend leur participation et leurs positions au cours des entretiens. Les membres de la famille suivent le thérapeute dans ses intérêts, mais ne participent pas, ne sont pas impliqués émotionnellement dans les séances. Ils donnent une image d'eux-mêmes et de leurs relations, ils se comportent de façon conforme à ce qu'ils pensent que le thérapeute attend d'eux.

La baisse de tensions est aussi liée à la cohérence du cadre de la consultation avec le contexte judiciaire de l'obligation de soins: contexte dont les ambiguïtés n'avaient pas échappé au patient ni à ses proches.

L'appui sur le judiciaire permet ainsi d'aborder les questions liées aux ambiguïtés qui existent dans l'esprit de la famille entre le contexte médico-thérapeutique et le contexte judiciaire.

Citons quelques questions qui sous-tendent les rencontres:

- Les entretiens familiaux sont-ils un soin ?
- Existe-t-il un lien entre soin et thérapie ?
- La consommation de drogue est-elle une maladie ?
- Est-ce à la justice de définir cette « maladie » et de désigner le malade ?
- Pourquoi certaines drogues sont-elles licites et d'autres illicites ?

Il est à noter que le thérapeute peut utiliser cette situation et aller jusqu'à nier l'intérêt des entretiens dans le cadre de l'obligation de soins liées au contrôle judiciaire. Ceci, dans la mesure où accepter le contrôle judiciaire revient pour le patient à accepter d'une certaine façon sa culpabilité; or tout prévenu est présumé innocent jusqu'au jugement.

L'ensemble de ces questions liées et activées par la rédaction du certificat, met cependant dans un second temps rapidement en tension les relations qui lient les membres de la famille.

Cette mise en tension conduit chacun à exprimer sa position à l'intérieur du cadre qui définit les règles de transmission de l'information entre le contexte thérapeutique et le système judiciaire. Concrètement c'est le patient qui décide de l'opportunité d'utiliser ou pas le certificat rédigé lors de chaque entretien. Il n'existe, en effet, aucune relation entre le contrôleur et le thérapeute.

Le discours de chaque membre de la famille dans ce contexte cohérent reflète de façon plus fidèle la fonction que chacun occupe dans la famille, comme nous allons le voir.

Ainsi, la position souvent affirmée par le patient a trait à sa normalité, à sa santé, elle peut être résumée comme suit: «Je suis normal quand j'en prends.»

Les parents, pour sortir de la confusion liée à cette définition, contradictoire par rapport à l'obligation de soins et à la demande d'entretien, recentrent le plus souvent la discussion sur la situation judiciaire en évoquant ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire face au représentant de la justice qui est en charge de l'affaire.

Par ces propositions concrètes, ils tentent de répondre, sur un plan formel, aux obligations imposées par le juge: obtenir des certificats comme preuve des démarches entreprises par le patient: certificat de soins pour ce qui nous concerne, mais aussi certificats de travail, ou de domicile...

Ce choix centré sur la situation judiciaire protège la famille d'une discussion sur la «santé», la «maladie» et la fonction individuelle et relationnelle de la consommation de produits psychotropes. Dans l'exemple clinique développé plus loin, nous aborderons la fonction protectrice de ce choix pour les membres de la famille.

Concrètement, les proches prennent par rapport au contenu du certificat des positions diamétralement opposées. Les uns optent pour la «transparence» par rapport à la justice, les autres pour «l'opacité».

- Les tenants de la «transparence» pensent que l'honnêteté, qui peut aller jusqu'à la dénonciation du patient (par exemple en cas de poursuite de l'intoxication) au contrôleur judiciaire ou au juge, est la meilleure façon d'aider le patient à échapper aux rigueurs judiciaires.
- Les tenants de «l'opacité» pensent qu'il ne faut rien dire et éviter les contacts avec la justice. Ils peuvent aller jusqu'à nier tout intérêt à l'entretien autre que l'obtention d'un certificat.

Nous constatons pour les proches et en particulier pour les parents, que ce n'est plus la toxicomanie qui est au centre des préoccupations, mais la justice. On peut aller jusqu'à dire qu'un «symptôme justice» vient se substituer au symptôme toxicomanie. Ceci est attesté par la diminution et souvent l'arrêt de l'intoxication, en particulier aux produits illicites, pendant la durée du contrôle judiciaire.

Il est intéressant de remarquer que chacun des parents au cours de l'entretien prend l'une ou l'autre de ces positions extrêmes en fonction de celle prise par son conjoint. Il en résulte un blocage de l'expression des conflits dans la famille et donc des potentialités évolutives qui sont liées à la crise relationnelle déclenchées par la situation judiciaire. Les positions antagonistes acceptées par le patient déplacent les conflits liés aux individualités vers l'extérieur de la famille.

On comprend mieux dès lors la fonction éducative que les parents attribuent souvent au tiers qui est introduit par le patient dans la famille. Les parents demandent à celui-ci de l'aide, des conseils pour pallier leurs difficultés, qu'ils présentent comme une faillite de leur système éducatif. Ce faisant, ils délèguent au tiers une partie de leur fonction parentale et le placent face à un défi: réussir là où eux ont échoué.

Nous remarquons que l'accord des parents porte non pas sur ce qui est reproché par la justice au patient mais sur la nécessité de minimiser les poursuites judiciaires, voire d'y échapper. Cet accord se fait aux dépens d'une prise de position individuelle par chaque parent et au détriment d'une réflexion sur le soutien à donner à leur enfant confronté à la procédure judiciaire.

On peut faire l'hypothèse que l'accord des parents sur l'abandon d'une position parentale négociée protège chacun d'eux de ses propres conflits d'adolescent non résolus et activés par l'adolescence de leur propre enfant. En effet, comme nous l'avons dit plus haut, l'accord des parents se fait sur la nécessité de protéger leur enfant de la justice.

Cette position parentale va à l'encontre d'une des missions du contrôle judiciaire, qui est de favoriser «l'amendement du prévenu» en soutenant ses efforts d'insertion, en particulier en favorisant son accès aux soins mais aussi elle disqualifie la relation que le patient a nouée avec le contrôleur. (La position des magistrats et des contrôleurs vis-à-vis de l'obligation de soins varie. Certains d'entre eux préfèrent simplement conseiller des soins plutôt que soumettre les patients à l'obligation légale de se faire soigner.)

Les positions contradictoires prises par les parents face au contexte judiciaire sont la répétition sur un plan formel des positions qui leur permettent d'éviter de se définir et de différencier leurs fonctions au sein de la famille, d'affirmer leur individualité.

Dans la relation qui les lie au patient, les parents oscillent entre une position autoritaire et une position permissive. Cette oscillation renforce le sentiment d'insécurité du patient qui ne peut s'appuyer sur des positions parentales stables et différenciées pour s'autonomiser. La prise de toxique lui permet de gérer sa présence dans la famille de façon fonctionnelle pour la cohésion du couple parental et pour ses besoins d'autonomie. De là découle la cohérence de la définition qu'il donne de lui-même: «Je suis normal quand j'en prends.»

Illustrons notre propos à l'aide d'un exemple: la famille B. vient consulter pour ses deux fils toxicomanes qui sont tous deux impliqués dans une affaire judiciaire, mais laissés en liberté sous contrôle judiciaire. Pascal et Laurent sont âgés respectivement de 28 et 29 ans. Ils travaillent de façon irrégulière dans des emplois intérimaires. Les parents ont la cinquantaine et travaillent tous les deux.

La toxicomanie des deux frères dure depuis une dizaine d'années. La vie du couple est rythmée par les incidents liés à l'intoxication, qu'ils soient d'ordre médical ou judiciaire, sans qu'aucun des deux n'ait jamais été incarcéré. Tous deux souhaitent arrêter l'intoxication dont ils souffrent. Ils y parviennent, en particulier l'aîné, lorsqu'il trouve un emploi qui l'éloigne du domicile de ses parents mais il «replonge» dès son retour chez eux, sans arriver à comprendre pourquoi. Lors de son dernier départ, son frère, qui avait réussi à s'installer dans un studio éloigné du

lieu de résidence des parents, revient au domicile de ceux-ci à la suite d'une expulsion pour non-paiement des loyers.

Tout se passe comme si les deux frères se donnaient le mot pour que l'un d'eux reste auprès des parents.

Le couple parental fonctionne de façon particulière.

Madame B. se présente comme une femme énergique. Elle se plaint d'avoir trois enfants à sa charge : son mari et ses deux fils.

Monsieur B. se montre passif chez lui, mais les entretiens nous apprennent qu'en fait, il est très actif à l'égard de ses fils. En particulier lorsque ceux-ci rentrent à la maison, soit intoxiqués, soit en état de manque. Sa sollicitude pour les enfants contraste de façon incompréhensible pour Madame B. avec la description qu'elle fait de son mari comme totalement insuffisant dans la relation conjugale et dans sa fonction de père.

Tous deux se trouvent ainsi, en ce qui concerne les soins à donner aux enfants, en compétition, sans qu'une relation d'aide et de soutien mutuel puisse être définie entre eux. Madame B. reproche à son mari à la fois ses attitudes maternantes envers les enfants, et son absence d'autorité paternelle. Celui-ci lui répond par un silence obstiné. A aucun moment, malgré ses plaintes constantes sur le comportement passif de son mari, elle n'envisage de modifier ses attitudes, en acceptant par exemple ses sentiments dépressifs liés à sa situation. Au contraire, elle lutte contre sa dépression en consacrant tout son temps à gérer la vie familiale dans un esprit de sacrifice. Elle ne demande rien, n'exige rien pour elle-même de la part de son mari et se persuade de sa totale incompétence. Lui amplifie cette définition par son silence, il ne la contredit pas, sauf par ses actes envers ses fils. Cette activité adaptée contredit l'opinion que sa femme a de lui et la plonge dans la perplexité.

Tout se passe comme si la seule façon qu'il avait trouvée pour soutenir sa femme en tant qu'époux et qu'elle pouvait accepter était de s'occuper des enfants. Mais, en essayant d'aider sa femme, Monsieur B. entre en compétition avec elle pour la position maternelle, et disqualifie implicitement les compétences maternelles de son épouse.

L'impuissance de Madame B. à faire évoluer l'attitude de son mari qu'elle disqualifie à son tour en la définissant comme inadaptée la met en rage. Elle menace de s'effondrer ou de disparaître, ce qui lui évite de montrer la lassitude et le découragement dont elle n'a pas conscience, tant elle est activée par la lutte, soutenue en cela par l'incompétence affichée par son mari.

Pascal et Laurent protègent leurs parents en leur permettant de continuer à s'occuper d'eux comme des enfants. Ils se disent incapables d'arrêter leur intoxication quand ils sont à la maison. Celle-ci les aide à gérer leur présence au sein de la famille en supportant leur dépendance par rapport au couple parental. L'héroïne leur permet de ne pas ressentir douloureusement l'aliénation liée à leur fonction d'intermédiaire entre les parents. Elle leur permet de réguler directement leur humeur et indirectement les tensions conjugales. Ils protègent ainsi chaque parent de ses conflits d'auto-nomisation non résolus. Conflits que la relation conjugale ne permet pas de colmater.

« Je suis normal quand j'en prends » devient dans ce contexte une définition utilisable par le thérapeute dans la mesure où elle permet de recadrer la fonction de la toxicomanie pour chaque membre de la famille.

Sans entrer ici dans le détail, nous illustrerons les difficultés d'autonomie des parents par l'exemple suivant. Par rapport à la situation judiciaire, ce que craignent Monsieur et Madame B., ce n'est pas l'éventuelle incarcération d'un de leurs fils, mais c'est d'avoir à révéler celle-ci à leurs propres parents. Ils craignent que cette révélation ne soit pas supportée par ceux-ci et qu'elle provoque leur décès. Ils pensent qu'au-delà de six mois d'emprisonnement il ne leur sera plus possible de garder le secret. Il est intéressant de constater que, lors de la discussion de ce point, ni Pascal ni Laurent ne se rebellent contre cette « sanction » parentale.

Au cours des entretiens, Monsieur et Madame B. prennent par rapport au contrôle judiciaire les positions contradictoires décrites plus haut et que nous avons résumées par les termes d'opacité et de transparence.

- Ces positions disqualifient le certificat qui devient soit inutile si le thérapeute le rédige par rapport à l'opacité, soit délateur s'il le rédige en fonction de la transparence.
- Ces positions parentales disqualifient aussi la fonction du contrôle judiciaire et de l'entretien d'une part et d'autre part l'appui que les patients pensaient trouver auprès du contrôleur pour soutenir leurs efforts afin de sortir de la dépendance.

Il est intéressant de constater que ce sont Laurent et Pascal qui permettent à leurs parents de sortir des contradictions liées à leurs positions. En effet, ce sont eux qui définissent le contenu du certificat et qui recadrent l'entretien par rapport aux objectifs thérapeutiques qu'ils en attendent. Ils différencient ainsi le contexte judiciaire du contexte thérapeutique.

Ils limitent par leurs interventions le contenu du certificat aux précisions suivantes:

- date de la prise de rendez-vous,
- date du rendez-vous,
- noms des personnes présentes et
- date retenue pour le prochain entretien.

Bien sûr, ce mode de gestion par un système addictif de l'humeur et des tensions relationnelles est utilisé en dehors du contexte familiale par les patients dans toutes les situations vitales qu'ils rencontrent. Il nous semble cependant intéressant de le relier avec les situations initiales qui ont conduit à la mise en évidence de sa fonctionnalité individuelle et relationnelle. Dans la mesure où elle s'est faite dans un cadre familial, auquel elle reste souvent liée, le travail thérapeutique sur les relations familiales nous paraît être une étape nécessaire pour l'autonomisation du patient toxicodépendant. Dans le travail avec le patient et sa famille, l'autonomisation du patient va ici de pair avec la différenciation des fonctions paternelles et maternelles, qui passe elle-même par la résolution des conflits d'autonomie de chacun des parents.

En conclusion, le travail proposé à la famille à l'aide de la rédaction du certificat anticipe et amplifie la façon redondante qu'a trouvée la famille pour protéger ses membres des peurs liées aux risques de séparation, fantasmés ou réels.

Le certificat met ainsi en place un cadre qui permet aux individus qui composent la famille d'éprouver leurs peurs en les contenant.

Le rituel thérapeutique mis en place autour du certificat aide, comme nous l'avons vu, le patient à séparer le contexte thérapeutique du contexte judiciaire.

Il permet de recadrer la consommation des produits psychotropes, perçue comme « normale » par le patient, comme nécessaire à la régulation des tensions individuelles et relationnelles dans la famille. Ces tensions sont issues des contradictions qui existent entre les besoins d'autonomie du patient, sa fonction protectrice de la cohésion familiale et de l'intégrité du couple parental. En permettant de différencier le contexte thérapeutique du contexte judiciaire, le certificat aide le patient à se dégager de ses dépendances relationnelles et à comprendre la fonction de sa consommation de produits psychotropes.

Ce travail, congruent avec le contexte judiciaire de l'obligation de soins, a pour effet de favoriser la demande de thérapie une fois le patient sorti du contexte judiciaire.

Jean-Michel Sigward
19, rue des Feuillantines
F-75005 Paris

FAMILLES AVEC UNE DROGUÉE

Analyse de leurs dynamiques selon une optique systémique

Luisa PRATA¹, Mirella FELICE¹, Silvia BRUNO¹

Résumé: *Famille avec une droguée. Analyse de leurs dynamiques selon une optique systémique.* – A l'analyse d'un certain nombre de thérapies familiales avec un enfant toxicomane, on relève des différences significatives dans les modalités relationnelles suivant qu'il s'agit d'un garçon ou d'une fille. Dans la toxicomanie des filles, trois phases caractérisées par:

- Exigence d'une forte relation entre père et fille toxicomane avant l'apparition de la conduite de toxicomanie.
- Tentative d'éloignement de la fille vis-à-vis des parents pendant l'épisode toxicomane.
- Inversement, rapprochement progressif de la fille vis-à-vis de la mère en cours de traitement.

On a remarqué également l'existence d'un changement en ce qui concerne la relation conjugale. L'étude de la dynamique relationnelle fait apparaître l'importance des signaux analogiques: le corps semble assumer une importance fondamentale. On a noté avec fréquence l'importance esthétique: d'un côté, la beauté de la fille toxicomane, et d'un autre l'existence de conduites auto-destructives et défigurantes. Illustration par la description de cas cliniques.

Summary: *Families with daughters suffering from drug addiction: an analysis of the dynamics involved according to systemic approach.* – The analysis of various families therapies point out significant differences in the pattern of relationship of those families which have either a drug addicted son or daughter. Female addiction appears to be characterized by the following three phases:

- A very strong relationship between father and daughter before addiction onset.
- An attempt to leave parents, by the daughter, during addiction.
- A gradual reapproaching of the mother, on behalf of the daughter, during treatment.

A change, concerning the relationship between father and mother, has also been observed. Furthermore, it has been noticed that the body often assumes great importance: the female drug addict, usually particularly good looking, sets against herself a disfiguring and self-destructive behaviour. The description of the clinical cases illustrates such aspects.

Mots-clés: Toxicomanie féminine – Conduites défigurantes – Approchement – Eloignement.

Key words: Female addiction – Self-disfiguring behaviour – Closeness and distance.

¹ Psychologues. S.E.R.T., Servizio Tossicodipendenza, Bologna-Italia.

Les relations en famille avec une fille toxicomane

Le contexte de notre travail thérapeutique

Nous travaillons dans un Service Public de la ville de Bologne destiné aux toxicomanes (S.E.R.T) qui opère dans trois lieux différents avec des équipes multidisciplinaires de médecins, psychologues et assistants sociaux.

Depuis quelques années, nous avons constitué un groupe doté d'une spécialisation en Psychothérapie Systémique-Relationnelle; dans un de nos services, nous avons organisé un Centre Spécialisé de deuxième niveau où, deux fois par semaine, l'équipe se retrouve pour conduire une activité de consultation et de thérapie familiale adressée en priorité aux familles qui ont un membre toxicomane.

L'équipe se compose actuellement de huit thérapeutes (sept psychologues et un psychiatre) partagés en deux sous-groupes qui consacrent chacun un après-midi par semaine à cette activité.

Les séances ont une durée d'une heure et demie chacune et ont lieu une fois par mois; de toutes façons, on prend en considération chaque situation et chaque cas.

L'envoi

En général, les familles qui accèdent au centre sont adressées en particulier par les collègues des services de la ville. Ceux-ci maintiennent presque toujours une relation thérapeutique individuelle avec le patient toxicomane; en effet, la thérapie familiale ne représente qu'une des interventions conduites dans le parcours thérapeutique qui est presque toujours complexe et de longue durée. A la suite de plusieurs expériences, nous avons estimé plus utile de différencier les contextes thérapeutiques familial et individuel.

Le thérapeute qui envoie le patient ne participe donc pas aux séances de thérapie familiale, mais cela n'empêche pas que l'on puisse prévoir des moments de dialogue et d'échanges d'informations sur le processus thérapeutique.

Le contexte thérapeutique familial peut être vécu de façon menaçante et avec des sentiments de culpabilité (ex: « Pourquoi est-ce nous qui devons suivre une thérapie? le problème revient à notre enfant...»); cependant, à un second niveau, l'implication de la famille évite une totale délégation du problème sur le service.

Ce dispositif de travail s'est révélé utile, à la fois dans le but d'un engagement thérapeutique avec la famille, et dans le but d'une évolution positive du processus thérapeutique.

L'approche du problème

La toxicomanie implique la famille d'une façon massive et sous plusieurs aspects: affectif-relationnel, économique, sanitaire, juridique, tant à cause des délits souvent connexes à l'emploi du produit – drogue – qu'à cause de l'illégalité

de sa consommation (voir la loi italienne). Au plan social, elle ne met pas seulement en cause l'image sociale du jeune, mais aussi celle de la famille.

Mise à part l'analyse des dynamiques familiales liées à l'apparition et à l'installation chronique de la condition de toxicomanie, cette implication totale requiert un travail avec la famille dans le but supplémentaire de valoriser ses ressources défensives et de limiter les dégâts souvent irrémédiables que provoque en elle la toxicomanie.

D'un autre côté, la toxicomanie se caractérise en général par le fait qu'elle se manifeste pendant l'adolescence et la jeunesse, c'est-à-dire la période de détachement vis-à-vis de la famille.

Il existe, dans la littérature italienne et internationale, différentes théories à propos des dynamiques familiales et des typologies de familles de toxicomanes.

En particulier, on se réfère aux théories de Stanton qui, en traitant le problème, décrit certaines caractéristiques des familles comportant un membre toxicomane :

- une plus haute fréquence de dépendance chimique multigénérationnelle (en particulier, l'alcool chez les hommes) et une tendance à des conduites de dépendance ;
- la présence de conflits explicites avec une alliance ouverte, bien déclarée ;
- une hyperimplication avec l'enfant de la part du parent de sexe opposé, conduisant même parfois à l'inceste, pendant que l'autre parent reste plus éloigné et punitif ;
- les mères des toxicomanes semblent prolonger considérablement l'éducation symbiotique et manifestent des besoins symbiotiques plus importants, comparées aux mères de patients schizophrènes ou normaux ;
- dans la famille existe une prédominance des thèmes de mort, et de cas de mort prématurée et subite ;
- le symptôme fournit une sorte de Pseudo-Individuation. Stanton et d'autres auteurs attribuent une double fonction à l'acte de consommer de la drogue : d'une part, cela permet au toxicomane d'être distant de la famille, d'autre part, cela le conduit à en devenir dépendant par rapport à l'argent et à l'entretien. De leur côté, les parents ont tendance à miner l'estime de soi-même du toxicomane, et dans la majorité des cas, la consommation de drogue permet de garder la stabilité de l'homéostasie familiale, tout en empêchant un détachement efficace de l'enfant.

Les familles ayant une fille toxicomane

Il y a presque un an, nous avons suivi simultanément en thérapie quatre familles ayant une fille toxicomane, avec lesquelles nous avons rencontré beaucoup de difficultés. En réfléchissant à ces difficultés et en comparant les différentes situations, il apparaît que les quatre familles possèdent des caractéristiques communes. Nous avons été frappés par le fait que les quatre jeunes filles, très belles, de

bonne famille, semblaient condamnées à se dégrader physiquement et socialement de façon inexorable. En particulier les relations sentimentales dans lesquelles elles étaient impliquées se trouvaient tellement au-dessous de leur niveau socioculturel qu'elles apparaissaient comme un défi à l'image sociale de la famille et aux attentes des parents.

Alors que chez le garçon toxicomane on peut assister à une sorte de dégradation sociale, puisqu'elle est liée à des conduites déviantes (vols, cambriolages, incarcérations), chez la fille toxicomane, au contraire, la dégradation renvoie à son propre corps et à sa propre féminité en étant liée à la prostitution et aux conduites auto-défigurantes. Cette toute première impression nous a conduits à une analyse comparée des dynamiques relationnelles des quatre familles examinées.

Les familles

Famille S

La famille S se compose de :

- La mère, 57 ans, secrétaire d'entreprise (emploi qu'elle a occupé jusqu'en 1973, abandonné à la suite du déménagement de tout le groupe familial de Milan à Bologne sur la décision du mari).
- Le père, 60 ans, musicien et chanteur d'opéra; son activité l'a souvent conduit en tournée théâtrale loin de la famille.
- La fille aînée, Laura, 29 ans, est violoniste diplômée du conservatoire. Elle va se marier peu de temps après le début de la thérapie avec un premier violon. Jolie fille, très recherchée dans sa façon de s'habiller, elle se décrit dynamique et déterminée comme la mère, même si elle a suivi la voie de son père.
- La fille cadette, Claudia, âgée de 26 ans, a interrompu ses études supérieures pour devenir violoniste elle aussi au conservatoire. Toxicomane depuis 1989, chômeuse, elle vit en concubinage avec un trafiquant de drogue tunisien avec lequel elle se mariera au cours de la thérapie.

Claudia est une fille très belle, aux grands yeux noirs, dotée d'un talent naturel pour le violon au contraire de Laura «qui doit beaucoup travailler pour égaler les résultats de sa sœur». Elle est décrite comme la préférée du père.

C'est la mère qui téléphone au centre de consultation et de thérapie familiale, conseillée par la psychologue d'un S.E.R.T.

Au téléphone, la mère évoque à la fois le problème de toxicomanie de Claudia et celui du désaccord avec son mari touchant l'attitude à assumer vis-à-vis de leur fille.

Les problèmes de Claudia ont éclaté à quinze ans à la suite d'un avortement provoqué, qui sera suivi par deux autres avortements à 18 et 24 ans (ce dernier au cours de la thérapie familiale). Le premier coïncide :

- d'une part avec le début de la complicité explicite entre le père et la fille;

- d'autre part avec le début du conflit entre la mère et la fille (la mère, catholique s'oppose à l'avortement);
- enfin avec une crise du couple lors de la découverte d'une relation extra-conjugale du père.

La situation s'est aggravée avec le temps parce que la complicité entre le père et la fille s'établissait à la fois sur l'infidélité et sur la toxicomanie de la fille. La tolérance du père a rendu la mère de plus en plus frustrée et exaspérée dans ses tentatives de contrôle des conduites de Claudia. Elle avait le sentiment d'être trahie par tous les deux parce qu'elle avait confusément l'intuition d'un secret concernant la relation extra-conjugale du père. Les tentatives de sevrage et de réhabilitation peuvent s'expliquer comme une recherche de réconciliation et de rapprochement avec la mère, recherche qui ne pouvait aboutir à cause du risque de tromper le père.

La *famille G* est composée ainsi :

- Le père, 56 ans, chef d'entreprise, est un homme grand et élégant, qui utilise un langage fleuri dénotant un style d'entrepreneur. Il se déclare fier de lui-même et de son activité professionnelle «qu'il a construite de ses propres mains». Son travail l'a éloigné de sa famille durant cinq ans, pendant lesquels il ne rentrait chez lui qu'une fois par mois.
- La mère, 55 ans, est une femme discrète, très élégante, chargée de bijoux. Son attitude, sa posture et son ton de voix manifestent un côté dépressif. A la retraite depuis cinq ans, elle travaillait dans le secteur public.

Le couple s'est marié en 1965; les médecins avaient diagnostiqué chez la femme une stérilité due à un fibrome utérin; cependant, après quatre ans de mariage, est née Federica. Elle a 24 ans, c'est une belle fille mince aux longs cheveux qui lui cachent le visage. Inscrite à la Faculté de Sciences Politiques, elle consomme de l'héroïne depuis cinq ans.

La famille est envoyée au Centre de Thérapie Familiale par un psychologue de S.E.R.T. avec qui Federica avait commencé une thérapie individuelle.

Federica a commencé à avoir des problèmes à l'âge de 12 ans à cause de très fortes et très fréquentes migraines.

A cette époque le père avait commencé à s'absenter pendant de longues périodes pour ses activités professionnelles. Pendant l'enfance, le rapport avec le père avait été très tendre et très intense. Lors de la puberté, Federica subit une soudaine transformation: de très jolie fillette, elle devint une belle femme à la poitrine très développée et voyante; d'enfant joyeuse, elle se changea en adolescente que ses migraines accablaient, mécontente, hostile envers son père, intraitable à l'égard de sa mère. Malgré cela, elle garda, y compris jusqu'aux années récentes, une très singulière intimité avec son père: ils prenaient encore leur douche ensemble, fréquentaient les saunas, chose qui souvent troublait le père.

A partir de l'âge de 12-13 ans, Federica a été amenée en consultation chez beaucoup de médecins spécialistes, d'abord pour les «maux de tête», puis pour les problèmes psychologiques auxquels on imputait ces céphalées. A 16 ans, Federica a commencé une psychothérapie individuelle qu'elle a poursuivie pendant six ans. A 20 ans, elle a subi une première intervention chirurgicale de réduction mammaire; une année plus tard eut lieu une seconde intervention destinée à corriger les mauvais résultats de la première. Le père, qui s'opposait aux interventions qu'il jugeait être «un crime», dut céder devant l'obstination de Federica. Les parents, dans beaucoup de séances, se montrent comme un couple «normal, serein, sans problèmes, ni présents, ni passés».

La mère surtout exprime un refus de la toxicomanie de sa fille, comme si c'était une injustice qu'elle ne méritait pas. Elle ne manifeste jamais de désaccord avec son mari, mais ne sourit jamais; jusqu'à la septième séance, elle est déprimée, passive et parle très peu. Elle se déclare incapable d'affronter une situation trop forte pour elle et qui l'humilie profondément. Elle semble tout déléguer à son mari «qui est actif, optimiste et capable». Elle garde pour elle la culpabilité qu'elle se croit imputée par les autres personnes, et qu'elle refuse.

La famille B

La famille B se compose ainsi:

- Le père, 50 ans, employé. En thérapie, il reste taciturne. Sa femme le décrit comme «un homme peu réfléchi et très joueur».
- La mère, 49 ans, ex-employée de la municipalité, est à la retraite depuis deux ans pour «rester plus proche de sa fille». Elle a un aspect soigné, et semble bien maîtriser ses gestes. Son mari et sa fille la décrivent comme «le côté intellectuel et réfléchi de la famille». Elle est fille unique et garde une relation très proche avec ses propres parents avec lesquels elle a souvent des conflits. La grand-mère maternelle a élevé sa petite-fille jusqu'à l'âge de 13 ans.
- Marzia, fille unique, a 23 ans. C'est une fille très éveillée, très jolie, malgré un acné couvrant tout le visage. Elle a interrompu ses études secondaires à la veille du baccalauréat, à la fois à cause d'une hospitalisation due à une hépatite, et «à cause de sa difficulté à tolérer la confrontation avec les personnes de son âge». Marzia a commencé l'abus d'alcool à 14 ans et l'usage d'héroïne à 18 ans.

La famille a été envoyée au centre de Thérapie Familiale par le psychologue qui travaille au S.E.R.T. et qui suit individuellement la jeune fille. C'est la mère qui a téléphoné pour avoir un rendez-vous.

Quand Marzia avait 13 ans, sa mère, à cause d'un désaccord éducatif avec la grand-mère, a décidé de s'occuper personnellement de sa fille. Marzia raconte que jusqu'à ce moment-là, elle avait reconnu à ses grand-parents, et surtout à sa grand-mère, l'autorité parentale, tandis que ses parents étaient pour elle comme un frère et une sœur aînée. En particulier, elle avait toujours eu avec son père un rapport de jeu et de plaisanterie affectueuse que la mère n'approuvait pas tellement et qui la

gênait. Marzia avait le sentiment d'être aimée par son père d'une façon inconditionnelle. Durant la période de détachement de ses grands-parents, elle a eu une crise d'acné assez importante que la consommation d'alcool, commencée à 14 ans, aggrava. «Elle a été une adolescente révoltée, elle s'habillait mal, elle sortait tard le soir, étalait auprès de ses copains de classe ses rapports avec des jeunes de la rue.» A 18 ans, elle a commencé à consommer de l'héroïne et à quitter la maison parfois pendant des semaines entières.

Le couple a réagi en exacerbant le conflit conjugal, jusqu'à se séparer. Les parents se sont réunis deux ans après, au moment même où Marzia suivait un programme thérapeutique dans une Communauté. A cette occasion, pour la première fois, Madame B a trouvé auprès de son mari une aide très efficace puisqu'il était très déterminé et parfois même dur à l'égard de Marzia.

Ce cas est très différent des autres, à la fois parce que l'ambiguïté des relations et des implications émotionnelles était faible, et parce que la complicité entre le père et la fille ne résultait pas d'une coalition contre la mère.

La famille F

Cette dernière famille examinée est composée de cinq personnes :

- le père, Giancarlo, 46 ans, est médecin ;
- la mère, Luigia, 45 ans, ex-employée d'une teinturerie, est actuellement femme au foyer ;
- le fils aîné, Andrea, 26 ans, a quitté le lycée et travaille dans un magasin de quincaillerie ;
- le deuxième fils, Alexandro, 24 ans, est étudiant en troisième année à la Faculté de Droit ;
- la fille cadette, Manuela, 20 ans, toxicomane depuis trois ans, a interrompu ses études à la 4^e année du lycée pour s'inscrire à un cours d'école privée. Elle est depuis toujours considérée comme la fille préférée de son père et de ses grands-parents paternels.

La situation de cette famille est très complexe: Mme Luigia et M. Giancarlo se sont mariés après la naissance des deux garçons. Avant leur mariage, elle a vécu pendant six ans seule avec ses deux enfants dans un petit appartement, aidée économiquement par la paroisse et travaillant comme huissière, pendant que M. Giancarlo était étudiant en médecine. Après son diplôme, il a épousé Luigia alors qu'elle attendait Manuela. C'est à ce moment qu'elle est venue habiter dans la villa de la famille du mari, où ils ont occupé un des appartements de la maison. Dans cette grande villa, sur les collines de Bologne, habitent en outre un oncle paternel avec sa famille et une tante non mariée. Mme Luigia nous a indiqué ne jamais avoir eu le sentiment d'être bien accueillie par sa belle-famille, se sentant socialement et culturellement inférieure tant à cause de ses études que de son origine sociale (sa famille était de rang modeste et avait beaucoup de difficultés éco-

nomiques). Elle nous a exprimé un fort ressentiment vis-à-vis de son mari et de sa belle-mère. A l'égard de Manuela, elle déclare n'avoir jamais rien pu faire, du fait que personne ne lui a jamais reconnu la moindre capacité, et que toutes les décisions concernant la fille toxicomane étaient prises par le mari, qui est médecin, et la belle-mère.

Le père, quant à lui, semble toujours hésiter entre son rôle de père et celui de médecin: cela a conditionné aussi les relations avec le Service (par exemple, il a souvent prescrit lui-même des médicaments à sa fille sans considérer les indications données par les spécialistes du S.E.R.T.).

Les premiers symptômes de Manuela sont apparus lorsqu'elle avait 14 ans, avec une tentative de suicide après la mort de son grand-père paternel. Ensuite elle a manifesté une conduite de type anorexique que le père a définie comme une « imitation » des problèmes de ses amies. A 17 ans, Manuela commence à consommer de l'héroïne avec son boy-friend, déjà toxicomane. A 18 ans, elle subit un avortement sous la pression du père. Manuela est aussi une fille très belle, grande, à laquelle ses attitudes un peu snobs donnent une apparence superficielle et futile. Jugeant en général les gens sur leur beauté, leur classe, leur élégance, c'est de ce point de vue qu'elle critique sa mère. Cependant, quand, au cours de la thérapie, la possibilité d'un rapprochement avec sa mère s'est présentée, Manuela sembla accueillir cette occasion avec enthousiasme, alors que sa mère restait perplexe et méfiante, tout en acceptant la proposition.

Manuela n'est pas seulement l'enfant préféré de son père, mais encore de ses grand-parents. Si les deux garçons sont les « enfants de la mère » – et ils ont eu du mal à se faire intégrer et accepter dans la grande villa – Manuela est la fille du père, « la vraie Fille », qui a été soustraite depuis la toute première enfance à l'autorité et à l'affection maternelle. Ainsi, ce fut seulement grâce à la naissance de Manuela et à l'amour des grands-parents pour celle-ci que la mère et les deux garçons ont réussi à entrer dans la maison par la porte de service. La mort du grand-père paternel, qui probablement représentait une autorité indiscutable, a laissé l'espace au conflit entre belle-mère et belle-fille, dans lequel ni le père ni la fille n'ont jamais pris position. C'est pourquoi, Mme Luigia a toujours cru qu'ils étaient alliés contre elle.

La toxicomanie a accentué le conflit avec l'accusation réciproque de culpabilité des parents. Pour la mère, les demandes de la part du mari de collaborer pour résoudre ce problème, étaient devenues l'occasion de revendiquer ses droits de femme, épouse et mère. L'alternance entre requête et frustration a produit une situation de « pat » dans laquelle chaque tentative thérapeutique devenait « un champ de bataille ».

Ces dernières années, Manuela a couru de plus en plus de risques en fréquentant des personnes de plus en plus dangereuses.

Les caractéristiques communes

En examinant les quatre thérapies, nous avons relevé certaines caractéristiques communes dans les relations familiales:

- a) La précocité des symptômes à la première adolescence, avec des manifestations qui touchent le corps, l'intégrité physique, en relation particulière avec les caractéristiques féminines.
- b) La relation très intense dans l'enfance avec le père dont elle était la fille préférée selon l'avis général. Cette intensité semble avoir duré dans le temps, même si ses marques se sont modifiées; la relation a pu devenir très conflictuelle ou se transformer en complicité plus ou moins explicite contre la mère. Cette dernière manifeste sa colère, son refus, sa gêne, ou son sentiment d'exclusion vis-à-vis du rapport père-fille.
- c) Le conflit conjugal – qui préexiste, et qui est toujours indépendant de la toxicomanie – s'explique et éclate à l'occasion du problème. Dans un seul des quatre cas, il n'est pas déclaré; au contraire il est nié avec insistance, mais la mère est fort déprimée et passive.
- d) Les conduites toxicomanes semblent conduire la fille à s'éloigner du père et à prendre distance par rapport au conflit conjugal de ses parents. Ces tentatives s'avèrent désastreuses. En cours de thérapie, on assiste à la recherche explicite, même verbale, de la part de la fille, d'un rapprochement avec la mère qui réagit parfois de la manière ambiguë ou négative.
- e) Les conduites toxicomanes ont tendance à s'exaspérer avec le temps et à s'associer à des choix de vie qui semblent dégrader la jeune fille et l'image sociale de sa famille: abandon des études, choix d'un partenaire délinquant ou d'un niveau socio-culturel très inférieur au sien.

Ces conduites destructives nous frappent parce qu'elles ne nous semblent pas une inéluctable conséquence de la toxicomanie, mais il s'agirait plutôt d'un choix de provocation, presque une façon d'augmenter l'enjeu. Ces observations nous ont parus applicables aussi à d'autres cas de jeunes filles toxicomanes que nous avons suivies durant ces années de travail clinique.

Les processus thérapeutiques: les résultats

Touchant l'issue des thérapies, des différences sont apparues entre les quatre familles examinées.

La famille de Claudia S. a décidé d'abandonner la thérapie familiale. A l'époque de l'abandon, on n'a pas remarqué de changement. La famille était restée dans une situation de «pat», où tout semblait inchangé. En réalité, depuis son début, la thérapie avec cette famille a toujours été très difficile. En effet, il n'y eut jamais aucun rapport ni collaboration, que ce soit avec le S.E.R.T. qui avait en charge la jeune fille, ou avec la psychologue qui l'avait envoyée à la Thérapie Familiale. Celle-ci avait arrêté les consultations individuelles avec Claudia (Y avait-il eu là une totale délégation à la thérapie familiale?). Notre centre et le S.E.R.T. avaient travaillé de façon indépendante sans aucune liaison comme s'il s'était agi de deux projets différents.

La famille de Manuela a arrêté le traitement après seize séances ; apparemment, on n'a pas relevé de changement dans les dynamiques familiales. Cependant Manuela, après plusieurs tentatives infructueuses pour quitter sa famille et devenir autonome, a choisi de rentrer dans une communauté thérapeutique où elle est encore en train de suivre un programme. Quelques mois après la fin du traitement, la mère, par hasard, a rencontré la thérapeute qui conduisait la thérapie familiale et lui a dit que ses rapports avec son mari et sa belle-mère étaient toujours conflictuels, et elle a demandé une aide pour elle-même.

La thérapie avec la famille de Marzia B. a donné des résultats positifs. Après les premières séances de consultation avec tous les membres de la famille, on en est venu à une thérapie du couple des parents. Actuellement, Marzia n'utilise plus de drogue depuis plus d'un an. Elle vit seule dans un petit logement qu'elle-même a meublé. Elle travaille et a réussi en même temps à obtenir son baccalauréat. Les deux parents sont tombés d'accord pour approuver les choix de Marzia. Nous avons réalisé deux rencontres de follow-up, espacées de quatre mois, lors desquelles on a noté une grande solidarité du couple par rapport aux décisions à prendre, tant à l'égard de Marzia qu'en ce qui touchait les problèmes de relation avec les grand-parents maternels.

Pour la famille de Federica G., on a aussi proposé de passer à une thérapie de couple, qui est encore en cours aujourd'hui. En même temps Federica est en train de suivre un programme dans une communauté thérapeutique. Au cours de la thérapie, on a relevé un changement dans les relations : le lien mère-fille est devenu plus fort ; Federica, pour la première fois, demande de façon explicite à sa mère de l'aider, lui reconnaissant de ce fait une compétence qu'elle lui avait toujours niée auparavant (elle lui écrit souvent et lui a demandé un rendez-vous avec elle seule). La mère se montre beaucoup moins déprimée et plus active. On remarque d'autre part que le père et la mère parviennent à partager le sentiment de culpabilité au sujet de la toxicomanie de leur fille, alors qu'au début de la thérapie, le père accusait la mère d'être responsable de ce qui était arrivé à Federica.

Conclusions

A propos des thérapies des familles B. et G., il faut souligner que Marzia et Federica ont conservé une relation bien stable avec leur psychologue. Ils nous semble que cela a permis de mettre l'accent sur le couple et sur ses dynamiques pendant que le psychologue intervenait sur les problématiques plus étroitement toxicomanes. On considère en effet que dans la majorité des cas, il est nécessaire d'intervenir parallèlement sur plusieurs fronts. Les implications d'une conduite toxicomane demandent aussi des limitations et des contrôles qui peuvent conditionner négativement les psychothérapies. D'un autre côté, des dynamiques familiales très complexes peuvent empêcher que se créent et se maintiennent des interventions spécifiques pour la toxicomanie.

Enfin, d'une part nous croyons utile de connaître les jeux familiaux qui, très fréquemment, se présentent dans les situations de toxicomanie des filles (puisque cela

aide à la compréhension des problématiques de chaque famille), mais d'autre part, la focalisation de la thérapie sur ces jeux peut désorienter ou s'avérer désastreuse car cela risque de renforcer les vécus ou les préjugés de culpabilité qui existent toujours chez les parents de toxicomanes.

Dans notre expérience, les meilleurs résultats ont été obtenus quand, en thérapie, d'un côté on a créé un espace d'accueil et de compréhension des dynamiques familiales (cela renforce la relation de confiance avec les thérapeutes puisque chacun a le sentiment d'être compris par rapport à ses vécus), d'un autre côté, on essaie de valoriser et d'éclaircir le rôle de chacun à l'intérieur de la famille.

Les patterns relationnels que nous avons décrits supposent une certaine fragilité des barrières entre les générations et une sorte de confusion entre les rôles parentaux, conjugaux et filiaux. Le renforcement, par la thérapie, de ces barrières et de ces rôles semble produire aussi, au plan du vécu et des sentiments, une distanciation des vieilles dynamiques qui finissent par apparaître dépassées.

Luisa Prata

Centro di consulenza e psicoterapia familiare
Poliambulatorio Carpaccio
Azienda U.5.6. Città di Bologna
Via Carpaccio n° 2
I-40139 Bologna

BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G., Bateson M.C. (1989): *Dove gli angeli esitano*, Adelphi, Milano.
2. Boscolo L., Bertrando P. (1993): *I tempi del tempo*, Bollati Boringhieri, Torino.
3. Cancrini L. (1982): *Quei temerari sulle macchine volanti*, Roma, Nis.
4. Cancrini L. (1993): «Psicopatologia delle tossicodipendenze; una revisione», *Attualità in psicologia*, vol. 8/3.
5. Capurso E. (1995): «La dipenza nella famiglia del tossicodipendente», *Connessioni*, n° 9/4.
6. Cecchin G. e altri (1993): *Irriverenza*, Angeli, Milano.
7. Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (1993): «Un modello eziopatogenetico relazionale della tossicodipendenza da eroina nei maschi», *Ecologia della mente*, n° 2.
8. Ferrario G. (1995): «Conflitto coniugale e tossicodipendenza», *Connessioni*, n° 9/4.
9. Kaufman E., Kaufman P. (1979): *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*, Gardner Press, New York.
10. Olievenstein C. (1981): «L'infanzia del tossicomane», *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, n° 2, XLII.
11. Reichelt S., Christensen B. (1990): «Reflections during a study on family therapy with drug addicts», *Family process*, n° 29.
12. Stanton M.D. (1979): «Famiglia e tossicomania», *Terapia familiare*, n°6.
13. Sternschuss-Angel S., Angel B., Geberowicz B. (1993): «Il tossicodipendente, la sua droga e la sua famiglia», *Psicobiiettivo*, vol. 13.
14. Vinci G. (1991): «Percorsi familiari nelle tossicomanie da eroina: verso una tipologia delle coppie parentali», *Ecologia della mente*, n° 12.

A B O N N E M E N T

Je souhaite m'abonner à la revue trimestrielle
DEVENIR
pour l'année 199_

Prix de l'abonnement annuel:

Abonnements individuels:

FS 80 - FB 2050 - FF 350 - \$ US 70 - \$ CAN 91

Bibliothèques et abonnements institutionnels:

FS 120 - FB 3080 - FF 520 - \$ US 104 - \$ CAN 136

ÉDITIONS MÉDECINE ET HYGIÈNE

Case 456

CH-1211 Genève 4

C.P. 456 - CH-1211 GENÈVE - CCP 12 - 8677 - 8 Genève

Société de Banque Suisse - CH-1211 Genève 6 -

C2-622-803.0

En France, libeller les chèques bancaires ou postaux à l'ordre de
la banque Société Générale - Compte N° 000 28010456 et
envoyer à Editions Médecine et Hygiène, Case postale 456,
CH-1211 Genève 4 (Suisse)

Carte de crédit: VISA EUROCARD AMEX

Numéro de carte: _____

Date d'expiration: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Code: _____ Ville: _____

Pays: _____

Spécialité (facultatif): _____

Date: _____ Signature: _____

Bulletin à envoyer à:

ÉDITIONS MÉDECINE ET HYGIÈNE, Case 456

CH-1211 Genève 4

LA MISE EN CRISE DU FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME ALCOOLIQUE

par l'organisation d'une approche thérapeutique à effets imprévisibles

V. ANASTASSIOU*

Résumé: *La mise en crise du fonctionnement du système alcoolique par l'organisation d'une approche thérapeutique à effets imprévisibles.* – Après un rappel des conceptualisations proposées par des cliniciens d'alcoologie et de modélisations proposées par des auteurs psychodynamiques et systémiques, l'auteur considère l'addiction à l'alcool comme un trouble de temporalité et d'organisation familiale sur trois générations, visant à réduire l'imprévisibilité dans l'évolution des relations intrafamiliales. La réduction structurelle de l'imprévisibilité dans ces familles est autant la source de souffrance que de la mise en échec des tentatives thérapeutiques. Le travail alternatif avec le patient alcoolique, sa famille d'origine et sa famille actuelle est proposé comme moyen de réintroduction de la temporalité dans le système et de l'accroissement de la complexité systémique.

Summary: *Impredictability in the therapeutical setting of an alcoholic family system in order to introduce the crisis of its homeostatic functions.* – After a short review of models of alcoholism proposed by alcoholists, psychoanalysts and systemic authors, we consider the addiction to alcohol as a disorder of temporality and a disorder of self-differentiation within a three-generations family organisation. The aim of addictive behaviour seems to be to reduce the unpredictable evolution of family relations that could be the source of suffering in the family and of failure of therapy. We propose a therapeutical setting based on alternation of therapeutical meetings with the alcoholic patient alone, or with either his wife and children or his parents, in order to reintroduce time and happening into the system and increase systemic complexity.

Mots-clés: Alcoolisme – Temporalité – Différenciation de soi – Transmission trigénérationnelle.

Key words: Alcoholism – Time – Self-differentiation – Three-generations' transmission.

1.00 Depuis Jellinek dans les pays anglo-saxons et P. Fouquet, fondateur de l'alcoologie en France, le travail clinique et les études psychopathologiques ont permis de dégager quelques concepts concernant le fonctionnement mental, le discours, les modes relationnels et les comportements de l'alcoolique. Le rappel de ces concepts, le plus souvent issus de l'élaboration des cliniciens à orientation psychodynamique, me semblent incontournables à toute approche thérapeutique de l'alcoolisme.

* Dr V. Anastassiou, Psychiatre-Thérapeute familial, 108, avenue des Ternes, F-75017 Paris.

Je crois que leur rappel doit même précéder toute définition de l'alcoolisme et de l'alcoolique car ils sont facilement vérifiables et constants dans la clinique alcoolique.

1.10 Fouquet parle d'*apsychognosie* pour signaler la négligence chez l'alcoolique du fait psychique. L'alcoolique ne s'exprime que sur le factuel, sa pensée est opératoire, n'élabore pas, n'a pas de vécu, sa mémoire se réduit à des souvenirs de faits, mal ordonnés dans le temps, sans impact émotionnel ou affectif, sans conséquences psychologiques. Il se montre hyperadapté, conforme, sa parole n'est que copie de schémas idéologiques courants. Sifneos et Mc Dougall le rejoignent en parlant d'*alexithymie*, une sorte d'incapacité pour l'alcoolique à distinguer dans son discours ses désirs, ses émotions, ses humeurs. L'alcoolique ne parle pas, il « fait causette ». Son discours est dit pauvre, proverbial, dogmatique, se référant à des affirmations toutes faites, redondant. L'alcoolique parle mais nous ne sommes pas convaincus qu'il assume ce qu'il profère. En revanche, l'alcoolique agit. A la suite de Descombey, il convient de ne pas voir dans cet « agir » un symptôme, formation de compromis d'un conflit intrapsychique, ni un discours du corps, là où l'élaboration psychique fait défaut. L'alcoolique agit pour être. Il est dans les faits, dans l'agir, dans le factuel, il vit à travers le factuel, dans *l'ici et le maintenant*. L'alcoolique agit pour être et pour rester dans l'instant, hors temps. L'alcoolique agit non seulement en buvant ou en s'abstenant, mais aussi en agressant, en s'auto-agressant, en transgressant etc. S'il cesse d'agir, il se trouverait dans un vide intenable (ce qui est par ailleurs le témoignage de sujets alcooliques après quelques semaines, voire quelques mois d'abstinence si aucune autre conduite addictive n'a pris le relais).

1.11 L'alcoolique ne néglige pas seulement le fait psychique, il néglige autant le fait biologique. Comme si son corps et ses organes ne lui transmettaient aucun signe, aucune information. Comme s'il ne se rendait compte d'aucune altération de son état général (au moins jusqu'au moment où il « touche le fond »); comme s'il voulait vivre sans considération des limites de son organisme biologique, des rythmes et de l'ordre de son corps. Le corps, dit Descombey, est *accessoire, extérieur à lui, voire étranger, importun. (...) L'attitude pratique est souvent de négligence corporelle, de mépris de l'hygiène et de l'esthétique, de maladresse et de gaucherie*. Le corps est cible d'une multitude d'accidents, le plus souvent liés à l'inattention même en dehors de toute alcoolisation. *L'asomatognosie* rejoint *l'apsychognosie* de l'alcoolique.

1.12 Enfin *l'anosognosie* caractérise l'alcoolique. Plus que nier la maladie, l'alcoolique s'en désintéresse. Cela ne le concerne pas. A le suivre dans son approche de l'existence, on devrait admettre qu'être alcoolique est un mode de la condition humaine, c'est une façon d'être (à rapprocher de l'absence de syndrome névrotique et d'une structure de personnalité spécifique). S'il souffre, ce ne serait pas de l'alcool, mais de son manque : être sans alcool (avec les autres, avec soi même, dans le temps, dans l'accomplissement de tâches, face au passé et face à ses objectifs).

1.13 *L'athanatognosie* est aussi caractéristique du fonctionnement mental de l'alcoolique comme par ailleurs (ainsi que *l'asomatognosie*) de la majorité des

conduites addictives: anorexie mentale, toxicomanie, conduites suicidaires répétitives, etc.

La méconnaissance de la mort ferait dériver logiquement de l'asomatognosie et de l'anosognosie. La mort n'existe que comme accident, ne concernant que les autres. Et pourtant dans l'anamnèse familiale de l'alcoolique, on retrouve souvent beaucoup trop de morts et de deuils non faits.

D'autre part, cette méconnaissance de la mort comme du corps chez l'alcoolique rappelle étrangement le syndrome de Cotard (et du fait, resurgit la question alcoolisme *OU* dépression *versus* alcoolisme *ET* dépression).

La mort serait « chose indicible », non représentable, inexistante entre l'immortalité et le néant (et voici la problématique narcissique).

1.20 Mais l'athanatognosie peut également être comprise par l'*a-temporalité* qui est au cœur de la problématique alcoolique. Il existe dans la négation du temps qui passe la non-intégration chronologique des faits, l'absence d'ordre temporel, le mépris des rythmes chrono-biologiques, le défi du déroulement dans le temps des rituels relationnels, familiaux, socio-culturels.

L'alcoolique se détourne du déroulement du temps. Corrélativement à l'observation clinique, on constate chez l'alcoolique :

- d'une part que le seul concept du temps possible est ce que G. Ausloos appelle *temps événementiel*: un temps saccadé, séquentiel, constitué par une myriade d'instant (d'événements), additionnés sans hiérarchisation, sans connotation affective, sans relation causale, sans considération d'impact. Le temps événementiel est là pour effacer le déroulement du temps et ses conséquences sur le fonctionnement mental de l'alcoolique. Ainsi, l'alcoolique échappe à toute éventuelle expérience du changement. De fait, toute imprévisibilité, tout devenir n'est que « fait divers » journalistique.
- d'autre part, l'alcoolique se situe dans un instant hors temps, sans passé ni avenir, une sorte d'étoile inamovible qui lui autorise des flashes de temps événementiel sur les planètes autour de lui. L'instant est perpétuel car répétitif. L'alcoolique donc se situe exclusivement dans des expériences prévisibles où toute représentation du changement est simplement et purement inconcevable.

1.21 Nous pouvons alors évoquer l'hypothèse que l'alcoolique soigne sa souffrance de manque non pas par l'apport de vécus affectifs, émotionnels, créatifs, esthétiques, mais bien mieux par l'*avidité d'instant*, répétitive, perpétuelle, prévisible.

En ces instants, l'alcoolique fusionne avec l'alcool (du point de vue psychodynamique, l'alcool serait l'objet idéal que l'alcoolique incorpore). La fusion est magique. L'alcoolique se retrouve fort, détendu, optimiste, confiant. Non seulement *rien ne lui manque* mais aussi *rien ne l'encombre* car dans cette union miraculeuse autant que passionnelle d'avec l'alcool, l'alcoolique échappe à l'autre, s'évade de toute relation et en ce sens évite l'autre comme sujet de désir.

1.22 La particularité de la problématique alcoolique concernant la temporalité est extrêmement importante pour l'organisation d'une approche thérapeutique :

1. L'a-temporalité est d'un point de vue psychodynamique l'indicateur clinique d'une organisation spécifique de la personne alcoolique (défaut fondamental de Balint, cf. 1.30).
2. L'a-temporalité est d'un point de vue cybernétique indicateur clinique d'une modalité relationnelle (cybernétique de soi des alcooliques de Bateson (cf. 1.40).
3. L'a-temporalité enfin s'avère une façon réussie de non intégration de la succession des générations. Du fait non seulement l'alcoolique se permet de ne plus envisager la mort mais il se garantit également un lien a-temporel d'avec ses parents: autant la question de sa filiation que la question de son identité demeurent ouvertes. En quête de réponses jamais clairement sollicitées et toujours renvoyées à plus tard. Ce dernier point de vue permet d'affirmer que l'alcoolisme n'est pas un symptôme résultant d'un traumatisme au sens freudien (genèse des névroses), mais trouble en devenir dans l'ici et maintenant (voir 1.50).

1.30 Balint voit chez ses patients un défaut fondamental. Il y trouve au départ une relation duelle, sans tierce personne pouvant servir de point de référence de toute transaction entre ces deux.

Il me paraît important de retenir le postulat d'allure systémique posé d'emblée chez Balint: dans un rapport duel exclusif, aucune différenciation n'est possible: aucun des deux individus ne peut déterminer par rapport à qui la différenciation pourrait se produire. L'unité structurelle qui contribue à déterminer l'autonomie individuelle de chacun est la relation triangulaire entre les parents et l'enfant. Le défaut fondamental de Balint serait situé à une phase nécessairement pré-œdipenne du développement de l'enfant.

Dans cette relation duelle, l'un se constitue en tant que consommateur, n'ayant que des besoins, alors que l'autre est vécu, bien que tout puissant, sans désir, simple pourvoyeur, à la place d'une relation à un objet d'amour ou d'identification, ils vivent dans un lien uniquement et spécifiquement matériel. Dans ces conditions relationnelles, il y aurait échec de l'introjection des objets bons, et donc de la fonction identifiante. D'autre part, l'importance des pulsions agressives amènerait à une non-élaboration de ces pulsions agressives et de ce fait à l'échec de la fonction de représentation: lors de l'épreuve de la réalité, l'objet de satisfaction perdu n'est pas représenté, le deuil alors s'avère impossible, ce secteur de moi n'étant pas défini. Le NON est également impossible. La consolidation de cette a-structuration constitutionnelle bien que partielle se fait à travers le *court-circuit addictif*.

D'après Pédinielli et coll., l'acte de l'addiction produit un court-circuit dans la séquence: besoin, hallucination de la satisfaction, désir, absence de satisfaction, apparition du principe de la réalité. L'addiction donc annule tout défaut de satisfaction et court-circuite toute possibilité de désir. Elle réaliserait donc un Ersatz d'expérience primaire de satisfaction. Dès lors, c'est l'acte qui produit une fantasmatisation et à partir de là, c'est l'absence de l'objet d'addiction qui définit la réalité (Mc Dougall). En ce sens, l'addiction serait une façon d'échapper à l'expérience du manque, le fonctionnement biologique du corps prétendant y répondre en dehors de toute relation. L'émergence de l'affect est contournée ainsi que ses implications. Tout désir est éliminé dans la mesure où cela suppose le manque et la

reconnaissance du désir de l'Autre, comme constituant et conditionnant le désir du sujet. Un objet extérieur et une partie du corps constitueraient une jouissance hors relation.

Echapper au désir, à l'affect et corrélativement à l'implication relationnelle semble être la fonction structurelle de l'addiction.

Au lieu de la dimension imaginaire du manque aboli, le sujet incorpore de l'alcool (et dans d'autres cas du toxique, de la nourriture, des gains du jeu voire des moyens du suicide).

Ces modélisations psychodynamiques font de l'addiction un *processus relationnel particulier* (narcissique) qui se substitue à une structure psychologique mal finie, aux contours inachevés.

L'alcoolique, comme tous les addictifs, ne disposerait pas de moyens psychiques pour composer, pour exister, pour supporter l'interface dans une relation avec un autre, voire (et surtout) avec l'absence de l'autre (perte, séparation, rejet, refus, manque, déception, etc.). Dans les sollicitations relationnelles, son organisation psychique ne tolère pas l'existence des affects et l'acte addictif semble être à la fois rejet de l'affect et tentative de modification de la réalité pour échapper à ce que l'affect engage.

Ce processus relationnel particulier doit nécessairement rester a-temporel car il est fondé sur la répétitivité (triomphe mégalomane sur la mort) et sur l'avidité (satisfaction de besoins émanants du fonctionnement biologique) à l'exclusion de toute implication relationnelle et tout commerce affectif. Le deuil est impossible, le non également. Le désir à éviter. L'autre à contourner. Le court-circuit addictif est par définition a-temporel.

Ces modélisations nous montrent également qu'en matière d'un autre en relation avec l'alcoolique, le candidat le plus confortable et préférable pour l'alcoolique serait une personne sachant ne pas interpellé l'alcoolique, ne pas montrer des désirs, l'épargner des questions d'engagement et de ses conséquences avec le temps, tout en lui garantissant son incapacité à partir: en bref l'autre que l'alcoolique préfère serait son semblable, un autre addict. La pensée psychodynamique rejoint ici les élaborations théoriques de M. Bowen sur la différenciation de soi.

1.40 G. Bateson précédant de peu (1971) les premières élaborations psychodynamiques sur l'alcoolisme et les conduites addictives propose dans son article *La cybernétique du soi., une théorie de l'alcoolisme*, une réflexion sur le comportement de l'alcoolique, à partir de *l'appariement converse* entre sobriété et intoxication. Chez l'alcoolique, la conduite addictive est engendrée lors de sa période de sobriété. Ce qui est erroné, c'est son épistémologie en état de sobriété caractérisée par l'orgueil, l'indistinction des limites, la recherche des défis à vaincre, la maîtrise de soi. Selon son épistémologie, la personne se définit par ses performances et

Intoxiqué

« Je peux m'arrêter de boire » (défi)

Je peux me maîtriser quand je bois (défi)

Sobre

son autonomie, *performance et autonomie* sont recherchées *au degré maximum* et cette recherche du maximum constituent un impératif tyrannique dans l'épistémologie de l'alcoolique (le maximum de performance et d'autonomie seraient des fonctions identifiantes de l'alcoolique). Dès lors, l'alcoolique se livre à une lutte acharnée contre soi-même, un effort interminable à se dépasser. L'alcoolique entretient avec les autres, avec l'alcool et avec soi-même une relation symétrique. Toute réussite de maîtrise de sa conduite addictive ne peut être que précaire, instantanée, le degré maximum n'étant par définition jamais atteint dans une escalade symétrique (que lors de la destruction totale et définitive). L'épistémologie de l'alcoolique l'amène inmanquablement dans une boucle cybernétique à rétroaction positive.

Cette cybernétique est par définition a-temporelle et séquentielle, une sorte *d'addition interminable d'instant*. En outre, elle exclut l'inscription du sujet dans des interactions et des relations évoluant dans le temps. Enfermé dans son épistémologie, l'alcoolique ne manque de rien et personne ne l'encombre.

1.41 Le modèle batesonien prévoit que la relation symétrique de l'alcoolique à son environnement risque d'entraîner la destruction de son contexte de vie et par la suite de lui-même dans un processus schismogénétique qui dépasse la personne qui y est pris. Ce risque de processus schismogénétique destructeur démontre que l'épistémologie de l'alcoolique est fautive, bien qu'elle soit apparemment conforme à celle communément admise dans les sociétés occidentales (la maîtrise de soi), car au lieu de respect des limites, l'alcoolique impose l'indistinction des limites. Elle est fondée essentiellement sur deux points :

1. L'indistinction des limites, la recherche du maximum, la maîtrise voire le dépassement de soi, engendrant non seulement l'apsychognosie mais aussi le mépris et la méconnaissance du contexte dans lequel l'alcoolique vit (*l'orgueil* des alcooliques selon la doctrine des AA à rapprocher de *l'hybris* des anorexiques d'après Selvini).
2. La recherche du maximum d'autonomie : autonomie de l'alcoolique par rapport à son contexte mais aussi autonomie de son esprit par rapport à son corps (asomatognosie).

Le processus schismogénétique décrit par Bateson concerne le maintien d'une interface entre deux groupes ou deux personnes ou une personne et un groupe, de telle sorte qu'un équilibre dynamique soit établi à l'intérieur d'un système plus large qui les réunit. Cet équilibre est dynamique car il permettrait leur différenciation tout en restant ensemble.

Un processus schismogénétique peut instaurer une différenciation symétrique, ou complémentaire ou réciproque. L'alcoolique ne semble pas savoir s'inscrire dans un processus de différenciation réciproque. L'a-temporalité semble aller de pair avec l'impossibilité de différenciation réciproque de l'alcoolique dès qu'il se trouve pris dans un processus schismogénétique (que cela ait lieu dans le contexte professionnel, conjugal, de la famille d'origine ou thérapeutique). En fait, sa différenciation symétrique ou complémentaire est réactive donc addictive et contrai-

gnante, à l'opposé de la différenciation réciproque où les réponses des deux partenaires sont asymétriques.

1.42 La différenciation d'un individu correspond à la dialectique *continuité/croissance*; l'individu se différencie dans ses échanges avec l'extérieur, en définissant de telle sorte son identité que sans perdre le sens de sa continuité (il reste pareil à lui-même, identique à soi). Il peut expérimenter de nouvelles modalités relationnelles (et par conséquence s'enrichir de l'expérience).

L'alcoolique s'inscrit soit dans un processus de différenciation symétrique (maximum d'autonomie) soit dans un processus de différenciation complémentaire (maximum de dépendance et de soumission dès lors que l'intoxication aura raison de sa tolérance biologique et mentale et que l'alcoolique capitule et subit la loi de l'intoxication voire des soins nécessaires). Pour G. Bateson, il s'agit d'un point essentiel de l'épistémologie de l'alcoolique, sobre ou intoxiqué.

L'alcoolique conçoit son *autonomie* comme une fermeture sur lui-même: vainqueur triomphant ou vaincu misérable, il sera seul au-dessus ou sous les autres, à part, isolé. Son autonomie recherchée et déclarée est *solipsiste et autiste*. A la méconnaissance du contexte se joint la recherche de maîtrise de ce contexte (rapport symétrique ayant une fonction rassurante, apaisant l'anxiété), au sens qu'il tente à arrimer son environnement à la dérive de son univers subjectif. Il subit et il se soumet à ce qui paraît objectif, provenant du contexte, des autres, il le craint, il s'en méfie. Sa réponse symétrique est de tenter d'imposer son épistémologie. Par conséquent, la recherche de l'autonomie chez l'alcoolique correspond plutôt à une lutte *anti-dépendance* qu'à la construction d'une indépendance à partir d'une identité.

Nous nous rendons compte alors d'une autre *boucle paradoxale* dans laquelle l'alcoolique s'enferme:

1. pour être autonome, il faut que je sois indépendant;
2. pour être indépendant, il faut que je m'oppose à mon contexte;
3. alors je dois rester étroitement et symétriquement lié au contexte (dépendant des autres qui m'entourent);
4. ma meilleure garantie dans cette entreprise, c'est que le contexte devienne dépendant de moi (tentative de modification de la réalité par le blais de la maladie alcoolique);
5. donc, pour être autonome (intouchable), il faut que je sois dépendant et malade de sorte que les autres ne puissent pas se séparer de moi.

Deux corrolaires en découlent:

1. Dans toute relation, l'alcoolique se pose nécessairement «sur le point de départ»: il est «en partance», mais sa maladie maintient inlassablement ceux qui l'entourent à son contact. Cela vaut autant pour son environnement familial ou socio-professionnel que pour tout contexte thérapeutique: séparation, trahison, manque, absence, sont en permanence mis en scène pour ne pas se séparer, ne pas manquer. Dès lors, ni demande, ni désir ne sont possibles.

2. L'épistémologie orgueilleuse du maximum d'autonomie chez l'alcoolique tente de construire une existence où les questions d'identité, d'intimité et de la nature de ses relations sont court-circuitées. L'alcoolique refusant ou craignant de s'aliéner dans des relations avec les autres, entre dans une autonomie croissante proportionnelle à son aliémentation mentale (il perd sa raison pour « s'autonomiser », pour échapper aux autres).

1.50 Les différentes approches modélisantes posent tôt ou tard la question de l'identité chez l'alcoolique. L'identité correspond au sentiment subjectif de l'individu de son unité personnelle (identique à soi-même) et de sa continuité dans le temps.

En ce sens, l'identité est d'abord le produit de la différenciation de soi par rapport à un non-soi, ce qui implique des fonctions identificatoires (appropriation de propriétés, de qualités, de fonctions, de rôles existant chez autrui et dans le contexte) tout au long des interactions de l'individu d'avec son entourage.

La dimension interactionnelle de la construction de la réalité pose le problème suivant: dire « identiques comme deux gouttes d'eau », cela suppose que l'observateur veut bien ne voir que des gouttes d'eau: le contexte est identifiant en même temps que l'individu s'identifie. L'identité est donc aussi le produit d'une transmission transgénérationnelle. Notons que cette transmission transgénérationnelle ne comporte pas seulement les mythes familiaux mais aussi les valeurs familiales et les secrets familiaux.

Le sentiment d'identité semble être facilement mis en doute chez l'alcoolique ainsi que son épistémologie orgueilleuse, soit le meilleur rempart à toute agression. Le processus de différenciation de soi reste indéfinissable, interminable, fondamentalement inachevé. Descombey insiste sur le sentiment confus de filiation chez l'alcoolique et sa non-intégration des successions des générations, de sorte qu'on pourrait se demander si *la transmission transgénérationnelle est permise dans sa famille d'origine*. Dès lors, il est légitime de se demander non seulement quelle place occupe l'alcoolique dans la constellation familiale mais aussi dans la mythologie familiale.

1.60 En 1982 il est paru dans la revue *Thérapie familiale*, n° 3, un fascinant article de G. Ausloos: *La thérapie familiale dans l'alcoolisme et les autres toxicomanies: brève revue de la littérature américaine*. Ce travail trace la trajectoire de la pensée systémique face aux problèmes psychopathologiques et thérapeutiques posés par l'alcoolisme.

Pour ma part, je propose un rappel de la pensée de M. Bowen et de P. Steinglass.

1.61 M. Bowen reprend sa théorie de différenciation de soi. Dans le cas de l'alcoolique, cette théorie explicite bien deux points importants:

1. Le conjoint de l'alcoolique est aussi peu indifférencié, aussi immature que l'alcoolique. Il est co-dépendant, c'est-à-dire il (elle) a besoin de la maladie alcoolique (pour s'affirmer) autant que l'alcoolique a besoin de l'alcool. Il participe au maintien et à la consolidation de l'alcoolisme.
2. L'alcoolique a un attachement très important à sa famille d'origine, plus particulièrement à sa mère. Son attitude révoltée et « super-indépendante » dissimule-

rait ses besoins relationnels. Cela vaut également pour son conjoint dans sa relation avec sa famille d'origine.

1.62 Les travaux de P. Steinglass, de D.I. Davis, et de Th. Jacob ont abouti à une modélisation intéressante du *système alcoolique*. Dans ce système, l'alcoolique stabilise le fonctionnement de l'ensemble bien plus qu'il ne le désorganise. L'alcoolisme réduit *l'imprévisibilité* naturellement inhérente dans les interactions intra-familiales, mais aussi dans les échanges entre la famille et son contexte. Dès lors, l'anxiété du système s'apaise. L'alcoolisme impose des séquences interactionnelles prévisibles, «programmées» dans le fonctionnement familial. Il garantit la cohésion familiale; il fonctionne comme régulateur du système face aux situations de stress. Les expérimentations faites par P. Steinglass et Th. Jacob ont montré que les alcoolisations facilitent l'expression des émotions et des affects entre les époux. En même temps, la maladie alcoolique maintient l'apparence d'un couple distancé, dissocié. Ce qui permet aussi bien à l'alcoolique qu'à son conjoint de maintenir une apparence d'attachement privilégié à leurs propres familles d'origine (ainsi que M. Bowen le suggère) tout en se préservant des séquences d'intimité émotionnelle et affective, comme entre parenthèses, toujours prêts à les nier (la maladie justifiant l'affectivité). Cette modélisation opte pour la fonction adaptative de l'alcoolisme. En fait, au lieu d'essayer d'identifier les causes de l'alcoolisme, ces cliniciens cherchent à comprendre ce qui maintient la maladie alcoolique.

1.70 La compréhension de la maladie alcoolique aussi bien que l'élaboration des approches thérapeutiques ne peuvent pas faire l'économie de l'étude du fonctionnement des groupes néphalistes et plus particulièrement des Alcooliques Anonymes.

1. Lorsque l'alcoolique rejoint un groupe d'AA, il admet implicitement et par la suite explicitement être un alcoolique, quelqu'un qui souffre d'une maladie. Il passe donc de l'agir à la représentation, et ce passage se fait par une action, une adhésion. Dès lors, le changement épistémologique s'amorce car la dichotomie corps-esprit est abolie en même temps que la dichotomie agi/élaboration mentale. Tous deux sont fondues dans un acte relationnel qui est l'adhésion au groupe AA.
2. En participant aux réunions du groupe AA, l'alcoolique accepte l'aide qui peut lui être proposée par un groupe de paroles et de relations. Il admet que sa maladie est morale, psychique et relationnelle. La psychognosie sera à terme dépassée.
3. La première étape du programme des AA lui ébauche une identité: être alcoolique, c'est une façon d'être. On peut avoir une identité sans en avoir honte, ni culpabilité de «dettes impayées». La théologie des AA lui propose une transmission, un héritage, une (af)filiation gratuitement. Qu'il boive ou non, cela ne change en rien ni leurs attitudes vis-à-vis de l'alcoolique ni leur épistémologie. Ils n'ont aucune attente ni exigence pourvu qu'il se sente bien. Qu'il

boive ou non, cela ne change rien quant à sa condition (identité) d'alcoolique et à (son)sa (af)filiation au groupe. De toute façon, il est autonome. Il est responsable et ils sont avec lui, car ils sont tous des alcooliques devant Dieu, l'alcool et les autres (société, contexte).

4. Le fonctionnement du groupe AA assure à l'alcoolique toute possibilité d'autonomisation, de différenciation et de séparation par rapport au groupe. En outre, le groupe lui garantit des retrouvailles à tout instant. On dirait que le groupe lui propose un contexte pour en finir avec son adolescence. La transgression en reste une, mais elle n'est menaçante pour personne. L'épistémologie orgueilleuse des rapports symétriques et de la recherche d'un maximum de performance ou d'autonomie, ou de pouvoir devient obsolète et inutile.
5. La référence à Dieu est essentielle dans le programme des AA, Dieu, « tel qu'on l'entend », est l'instance tierce incontournable pour tout processus de différenciation entre l'alcoolique et son contexte, l'alcoolique et la bouteille, l'alcoolique et le groupe AA. Le rapport de l'alcoolique avec son groupe AA ne sera jamais une relation de dépendance, car Dieu est là, évoqué d'emblée et au préalable de tout échange pour empêcher l'instauration de relation duelle. L'épistémologie alcoolique est battue en brèche car toute amorce d'un processus schismogénétique s'avère être une initiation à la complexité des relations.
6. L'adhésion de l'alcoolique au groupe AA se fait dans le temps. Les jours, les mois, les années de l'abstinence sont constitutifs de l'identité alcoolique. Le groupe évolue, des nouveaux arrivent, des anciens partent mais la continuité du groupe et de son programme sont inébranlables.

2.00 Les différentes données psychopathologiques et les modélisations faites concernant l'alcoolique permettent de dégager une série de principes qui balisent son approche thérapeutique. Avant de composer un modèle d'intervention thérapeutique, il me paraît nécessaire de bien expliciter ces principes.

2.10 Il s'agit d'abord de préciser les termes alcoolisme et alcoolique. Alcoolique est toute personne ayant perdu *la liberté de s'abstenir* de boire de l'alcool (P. Fouquet). De fait, il y a alcoolisme lorsqu'il y a perte de la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool avec ou sans complications médico-psychosociales. Ainsi, l'accent est d'emblée mis sur le caractère *fondamentalement addictif* de la maladie :

- l'alcoolique n'est pas un individu avec des mauvaises habitudes alimentaires ou sociales;
- l'alcoolique n'est pas quelqu'un qui « ne tient pas assez bien l'alcool »;
- l'alcoolique n'est pas un faible qui manque de volonté, ni un « dépravé moralement », ni un « inconscient »;

- l'alcoolique n'est pas un « mal élevé » ou un « mal éduqué »;
- l'alcoolique n'est pas un névrosé ou un psychotique qui pratique l'automédication sans retenue (il se peut bien entendu que des névrosés ou des psychotiques aient recours à l'alcool pour soulager leurs angoisses).

Tous les auteurs s'accordent pour dire qu'il n'y a pas de personnalité alcoolique spécifique. En fait, l'alcoolisme en tant que conduite addictive est un processus relationnel particulier qui tient lieu d'identité. Ce n'est pas sa personne que l'alcoolique engage dans ses rapports à autrui mais une façon particulière de traiter l'autre et d'attendre d'être traité par l'autre. Cela ne concerne pas seulement les personnes mais tout ce qui est en rapport avec l'alcoolique, tout contexte (voire l'univers). *L'alcoolisme relève d'une problématique de lien*; une conception de comment l'alcoolique est lié aux autres et au monde. En ceci, être alcoolique relève d'une sorte d'épistémologie (G. Bateson) ou d'une spiritualité (Alcooliques Anonymes). Sa prise en charge requiert ce que M. Elkaim appelle une *psychothérapie de réel* tenant compte de ce qui est agi, de l'instant et du rapport immédiat instauré entre l'alcoolique et le thérapeute.

2.20 Son apsychosie et son alexithymie dans un premier temps ne permettent aucun travail sur son propre fonctionnement mental ni sur ses représentations. Il n'y a pas de demande: il est anosognosique. Le plus souvent, il ne se plaint de rien. Il n'aurait tout simplement que quelques ennuis avec certaines personnes. Il serait mal compris. Son asomatognosie peut prendre les allures délirantes du déni mélancolique. La médicalisation de la relation thérapeutique est banalisée, disqualifiée. « On fait la vidange et on repart comme avant. » Il s'agirait juste de « se retaper », une simple remise en forme. Peut-on mobiliser ses ressources pour qu'il s'implique dans la thérapie en lui faisant peur? Mais il est athanatognosique et dépressif. Et si on lui parlait de sa vie, de sa famille, de ses problèmes juste pour réussir à nouer le contact? Tout sera réduit à des événements, des faits divers, des actes qui requièrent d'autres actes en guise de réponse symétrique, bien entendu. Lui faire la morale, faire appel à son Moi, son amour propre? On ne trouvera que de l'orgueil. Par ailleurs, nous l'avons vu, il ne cherche qu'à se maîtriser, à se montrer à la hauteur des exigences inatteignables. Alors, la coercition? Cela revient à dire que le thérapeute au lieu d'exprimer son impuissance et sa perplexité, présente à son patient alcoolique son orgueil blessé, en oubliant lamentablement ce qui est propre à la conduite addictive: une épistémologie qui transcende la dichotomie sobriété/intoxication. Même sans boire de l'alcool, un alcoolique « fonctionne comme un alcoolique ». Alors, le thérapeute et son patient alcoolique vont entrer dans un *marché de dupes*:

- Je ne sais pas vous traiter, mais laissez-moi vous offrir mes soins.
- Je sais que vous ne pouvez rien pour moi, mais je veux bien consommer vos soins.

En fait, rien n'interdit une deuxième addiction supplémentaire.

2.21 Ce qui est extrêmement difficile à établir dans la thérapie de l'alcoolique, c'est la relation duelle en même temps menaçante et encombrante.

Même lorsqu'elle est établie, l'alcoolique a du mal à supporter l'autre tout en craignant constamment son absence. Solliciter son implication relationnelle, son affect, se fait au risque permanent de la rupture parfois dramatique. Sinon, le thérapeute se bat sans cesse avec les tentatives inlassables de l'alcoolique à modifier le contexte thérapeutique. Ces tentatives ne sont pas des défenses. Elles sont à la limite de l'analysable. Du manque de l'alcoolique aucun désir, ni élaboration, ni créativité, ne jaillissent. Le risque que la relation psychothérapique se transforme en rapport symétrique est à tout moment vrai et possible.

2.22 Le thérapeute peut tout de même interpeller l'alcoolique à deux niveaux :

- celui de son épistémologie ;
- celui de son contexte.

A la suite des travaux de Steinglass et de Th. Jacob, l'alcoolisme a une fonction stabilisante et organisatrice au sein de son contexte familial.

Le moment où le thérapeute se trouve interpellé par l'alcoolique et sa famille, cette fonction est mise en question non tant sur son efficacité (aucun membre du système familial ni l'alcoolique lui-même ne songent pouvoir faire autrement) mais sur son coût et ses conséquences. Autrement dit, le système alcoolique espère que le thérapeute puisse réduire le coût de la fonction de l'alcoolisme et même éviter ou surseoir les conséquences. Le système alcoolique souhaiterait et tenterait de remplacer l'alcoolisme dans sa fonction stabilisatrice et organisatrice par *l'association alcoolisme+thérapeute*. Or, cela peut constituer une modification importante et imprévisible du système. Car les modifications que le thérapeute peut introduire dans le système vont éprouver l'épistémologie de l'alcoolique. Ses difficultés à maîtriser son contexte vont l'engager dans une relation avec le thérapeute. Cette relation sera essentiellement interactionnelle et exploratrice. Que faire de ce thérapeute et comment gérer ce nouveau contexte imprévisible ? Cette démarche exploratrice peut devenir une expérience de deutéro-apprentissage relationnelle.

2.30 Autant les auteurs psychodynamiques que systémiques aboutissent au postulat que le conjoint de l'alcoolique est un co-dépendant. Ceci est également postulé par la pratique des Alcooliques Anonymes. Nous pouvons faire l'hypothèse que la co-dépendance caractérise également les autres membres (les enfants) de sa famille actuelle. Ils partagent donc tous la même épistémologie. Trois notions doivent être introduites très rapidement dans le système alcoolique :

1. L'appariement converse entre sobriété et intoxication de sorte qu'un état résulte de l'autre en tant que tentative de correction. L'intoxication « est préparée » lors de la sobriété et la sobriété ne signifie aucunement un retour à la santé. Dès lors, aucun membre de la famille ne doit exiger ou espérer la sobriété de l'alcoolique. Cela ne sert à rien aussi longtemps qu'il ne modifie pas sa façon d'être avec ses proches et avec les autres.

Corrélativement, ils doivent changer leur façon d'être avec lui. Peuvent-ils s'interroger sur leurs propres prémisses quant à leur vie relationnelle, leurs valeurs dans la vie, leurs attentes avant qu'ils ne demandent autant de leur alcoolique ?

2. Rien ne prouve que si les membres de la famille actuelle de l'alcoolique changent, il changera sa façon de vivre et son rapport à l'alcool. Mais dans le pire des cas, s'ils réussissent leurs changements, ils vivront mieux et indifféremment de l'évolution de l'alcoolique.
3. Personne n'est responsable de la maladie alcoolique. L'alcoolisme est une façon d'être et pas un projet. En revanche, on est responsable des moyens qu'on se donne pour réussir des changements dans son propre comportement. L'appel à la volonté est inutile car ils ne se sont pas trouvés à dessein dans cette situation.

L'imprévisibilité initiale peut résulter des paradoxes inhérents dans ces affirmations :

- La situation est présentée comme inéluctable et inamovible mais le système familial est appelé à interagir à propos du changement, sans mise en cause de la consommation alcoolique.
- L'alcoolisme est connoté comme une maladie du point de vue des autres mais comme une philosophie de vie pour l'alcoolique.
- La possibilité de se représenter et de s'introspecter est proposé comme défi.
- Le changement de l'alcoolique est mis en équation avec les changements possibles chez les autres membres de la famille mais tout rapport de causalité est dénoncé. Cela ne pourra être qu'une occurrence.
- Tous les membres du système familial sont explicitement invités à réfléchir sur leurs projets de vie et il est clairement connoté que les projets personnels peuvent et si nécessaire doivent évoluer indépendamment les uns des autres, de façon autonome.
- On n'est ni responsable ni coupable de la maladie mais les membres sont responsables de la réussite de la thérapeutique.
- L'objectif de la thérapeutique est à définir (il restera indéfinissable jusqu'à la fin de la thérapie). En revanche, les membres peuvent se définir dans leurs rapports, et face à leurs aspirations.

Cette invitation à se définir va mettre en question leur épistémologie orgueilleuse de maximum d'autonomie, de maximum de performance, de la maîtrise d'autrui et de l'inévitable escalade symétrique qui en résulte.

2.31 Dans un premier temps, nous avons considéré comme système alcoolique la famille actuelle du patient. Introduire l'imprévisibilité rapidement avait comme

objectif d'organiser le système thérapeutique (l'alcoolique, sa famille actuelle et le thérapeute) sur un mode qui intègre l'éventualité des changements comportementaux, interactionnels et relationnels, la cohésion du système familial étant garantie par le système thérapeutique. Nous avons postulé que faciliter l'option d'une évolution indépendante de chaque membre de la famille et promouvoir une attitude réflexive sur leurs propres rapports mèneraient l'alcoolique à abandonner sa fonction régulatrice du système familial et il reprendrait sa propre différenciation de soi.

Les résultats étaient contrastés. D'une part, nous avons constaté une nette et rapide diminution des alcoolisations. Le début d'une abstinence était fréquent. Les aménagements relationnels du système familial se faisaient facilement et ils étaient vérifiables. Les enfants surtout témoignaient d'un sentiment de liberté retrouvée. Ils se sentaient autorisés à se dégager de la partition interactionnelle familiale et prendre des décisions les concernant.

D'autre part, le système familial témoignait d'un malaise. On se supportait mal les uns les autres, on était agressif, rancunier, On se montrait méfiant et pessimiste quant à l'avenir. On en venait même à regretter la période où l'alcoolique était intoxiqué. En outre, on faisait état d'un sentiment de confusion et de perplexité. Pourquoi était-on là ? Qu'est-ce qu'ils faisaient ensemble ? Pourquoi et comment rester ensemble ? Pourquoi en sont-ils arrivés là ? Comment ont-ils fait depuis tant d'années ? Qui sont-ils ? Que doivent-ils faire ? Nous avons l'impression que les deux conjoints avaient de très importantes difficultés à mener une vie conjugale, à être adultes, à supporter leur vie.

Si la constitution d'un système thérapeutique fondé sur l'imprévisibilité rendait la fonction de l'alcoolique obsolète, en revanche, le système familial plongeait dans un désarroi dépressif.

2.40 Nous avons déjà considéré l'hypothèse que l'alcoolique s'inscrit dans un processus schismogénétique lors de tout engagement relationnel. Nous avons également évoqué l'hypothèse de la co-dépendance du conjoint de l'alcoolique qui présente les mêmes prémisses épistémologiques que l'alcoolique. Il est alors logique d'admettre que la connivence de leur couple se tisse sur un rapport schismogénétique de type symétrique pendant longtemps et de type complémentaire dès que l'intoxication a eu raison de la tolérance de l'alcoolique. Notre démarche thérapeutique butait sur le processus schismogénétique asymétrique qui resurgissait dès que l'abstinence avait été acquise. Or, nous avons dû élargir le concept du système alcoolique aux familles d'origine des deux conjoints. Car le processus schismogénétique s'établit entre chaque conjoint et son partenaire inclu dans sa propre famille d'origine. Pour l'alcoolique ainsi que pour son conjoint, leur engagement marital, affectif et émotionnel met en doute leur fidélité et leur loyauté eu égard à leur propre famille d'origine (M. Bowen-L.Cassiers). S'inscrire dans un processus schismogénétique symétrique avec la belle famille leur semble être la seule réponse adéquate. De fait, leur couple est intenable entre leur engagement affectif et l'obligation qu'ils se font de se montrer dissociés. L'équilibre instable du couple peut être consolidé par l'introduction d'un régulateur tel que la maladie alcoolique: la maladie expliquerait les dysfonctionnements, les « coups bas ». Les

«délouautés» conjugales, sa rémission justifierait les retrouvailles affectives, les précautions que la maladie impose légitime un «programme» relationnel rigide et répétitif.

Comme si les deux conjoints n'avaient pas les moyens, ils n'étaient pas autorisés par leur famille d'origine à constituer un couple et une famille à eux.

Il était important donc de réunir l'alcoolique et sa famille d'origine et dans la mesure du possible, le conjoint avec sa propre famille.

2.41 Ces expériences cliniques ont confirmé l'hypothèse d'un processus schismogénétique symétrique entre chaque conjoint et sa belle-famille. Il n'existe que rarement de conflit ouvert et toute agressivité est constamment et activement niée et dissimulée. Tel alcoolique fait le tour des caves avec son beau-père, ou il se dévoue pour accompagner sa belle-mère faire des courses ou des examens médicaux. Telle épouse d'alcoolique voue une admiration immodérée pour son beau-père, sa trempe, sa réussite professionnelle, et elle ne se permet aucune décision au sujet des enfants sans consulter sa belle-mère. Il s'agit tout de même d'un processus schismogénétique de différenciation symétrique entre le conjoint et sa belle-famille: qui aime le plus? Qui se dévoue entièrement? Qui contribue financièrement le plus? Les voleurs de qui sont socialement les plus performantes? Qui est le plus doux ou le plus généreux?

Dans la majorité des cas, nous semble-t-il, la famille actuelle de l'alcoolique est fondée sur ces deux mythes négatifs et iconoclastes: *le processus schismogénétique* et *l'alcoolisme*. Ces deux mythes constitutifs de la famille sont agis et transmis aux enfants: «dans notre famille on est uni malgré l'opposition permanente, car on est fier»; «nos parents sont braves, même dans l'alcoolisme de l'un et le sacrifice de l'autre», etc. Ces deux mythes signent *la rupture et l'opposition* aux mythes des familles d'origine comme si les deux conjoints voulaient prétendre être issus d'une parthénogénèse. Tout rappel de filiation semble insupportable, et ils tentent de l'effacer.

2.50 Le travail clinique avec l'alcoolique et sa famille d'origine montre des interactions symétriques. L'alcoolique se montre révolté et il cherche à s'affirmer en épousant les contre-valeurs de sa famille. De leur côté, ses parents lui opposent farouchement leur déception mais surtout ils lui reprochent son désir d'être différent d'eux. De fait, ils ne veulent rien lui léguer tant qu'il se montre différent d'eux. Son attitude d'annulation de sa filiation serait liée à cette escalade symétrique qui maintient sa famille d'origine immobilisée et elle *fige le temps*.

Les séances cliniques avec les alcooliques et leurs familles d'origines se sont toujours déroulées dans un climat extrêmement tendu, conflictuel, très chargé émotionnellement. Très souvent lorsqu'elles étaient annoncées mais avant qu'elles ne débarrassent, elles ont été marquées par des intoxications massives de l'alcoolique. Après que nous ayons instauré ces rencontres familiales et malgré leurs déroulements orageux, l'alcoolique a repris son abstinence (dans tous les cas, elles ont été précédées par une série de séances avec la famille actuelle de l'alcoolique). La série de ces rencontres familiales a toujours fonctionné comme une machine à remonter le temps jusqu'à la constitution de la famille. Deux aspects de leur vie ont surtout attiré les

échanges familiaux: la post-adolescence de l'alcoolique et la compréhension qu'il a de son couple parental. Bien qu'on ait pu s'y attendre au vu surtout de la littérature psychodynamique, les échanges familiaux ont apporté des éléments intéressants.

2.51 Dans toute famille, l'autonomisation de ses jeunes membres (adolescents et jeunes adultes) est un processus paradoxal qui implique d'une part la *reconnaissance* du jeune comme appartenant à la famille et d'autre part l'acceptation par les parents des conduites, des choix et des comportements nouveaux (à visée exploratrice) *d'apparition imprévisible* et de premier abord incompréhensibles voire inquiétants. Les parents doivent renoncer à contrôler le processus d'autonomisation des enfants. La différenciation ne supporte pas le contrôle et elle ne peut être prescrite, quitte à laisser sa place à l'opposition provocatrice.

De fait, la différenciation annoncée du jeune adulte met à rude épreuve les *capacités contenantantes* (rituels, repères, valeurs, règles) du système familial, ses capacités morphogénétiques ainsi que l'affirmation de soi des parents. Tout comportement nouveau, toute relation naissante, tout engagement moral, idéologique ou affectif, marquant l'ouverture vers l'extérieur de la famille, peut être vécu comme une trahison, un début d'abandon, une perte. Travaillant avec les familles d'origine, nous avons trouvé que cette éventualité a eu lieu. Les parents se sont trouvés face à un dilemme dramatique: soit faire le deuil précipité, anticipé du jeune qui était sur le point de partir (et ils avouent ne pas s'y résoudre même actuellement), soit mettre en place *des stratégies de récupération* (et ils affirment continuer même actuellement).

Il est extrêmement important de noter que l'alcoolique et ses parents (parfois même les frères et sœurs ou les grands-parents) affirment de façon véhémement et résolue *continuer actuellement* ce jeu interactionnel. Depuis l'adolescence, et jusqu'à maintenant, le patient redoute et se défend de se faire solliciter, désirer, interpellé. Dans toute configuration relationnelle, il cherche à se situer à mi-distance. En même temps, l'addiction aidant, il reste dépendant de la famille d'origine (comme par la suite de son conjoint). Ses parents se voient confirmer dans le rôle de *pourvoyeur*. Telle mère se charge de combler les besoins vestimentaires, tel père assume tout déboire financier du patient, ou il devient un tuteur omniprésent d'une carrière professionnelle vacillante, etc.

Le manque était devenu caractéristique du fonctionnement familial. Souvent, tous les membres de la famille se découvriront en état de manque: qui manque d'amour, qui manque de repos, qui manque d'honorabilité, qui manque d'argent, etc. De même, chaque membre de la famille s'avère être la cause du manque de quelqu'un d'autre: la mère manque d'argent à cause du père, le père manque d'honorabilité à cause du fils, le fils manque d'amour à cause de la plus jeune sœur, la fille manque à ses rêves à cause de la mère, etc.

Pendant cette période du début de la vie d'adulte, le patient s'est trouvé pris dans une série de « doubles liens »:

- «sois performant mais nous ne te reconnâtrons aucun choix libre ni des conduites imprévisibles»;
- «sois autonome ainsi que je t'ai éduqué»;

- «sois autonome ainsi que nous l'avons prévu sinon ce sera de ta faute si on se perd de vue»;
- «pour être autonome, il faut savoir reconnaître ses limites, bien que comme tu le sais, nous avons toujours admiré ceux qui savent se dépasser et aller jusqu'au bout de leurs rêves».

Pour le système familial, faire face au manque revient en effet à se prémunir contre toute imprévisibilité. En état de manque, le système familial ne peut pas transmettre car les parents ne veulent pas reconnaître l'achèvement de son enfance, l'achèvement de leur désir, *que le temps ait passé. L'a-temporalité du système alcoolique lui est constitutionnel*. Dès lors, l'alcoolisme, en tant qu'addiction, va constituer pour le futur patient, une sorte de conduite paradoxale *d'affirmation négative de soi* (Ph. Jammet) en :

- agissant les contre-valeurs familiales (preuve et référence de son appartenance);
- produisant des conduites d'échec spectaculaire (preuve de sa différenciation);
- sabotant son propre corps (preuve de son autonomie et défiance des limites, de la fonction contenante de la famille);
- court-circuitant toute implication affective à terme, tout engagement relationnel (preuve de non-trahison).

Nous assistons souvent dans les familles avec un parent alcoolique à la parentification des enfants qui soutiennent le conjoint sacrificiel. Dans la majorité des cas, ces enfants sont également et principalement pris en charge autant sur le plan matériel que psychologique par les grands-parents qui de fait ont l'occasion d'un «second round» de parentalité. L'alliance grands-parents, petits-enfants revient *a fortiori* à faire l'économie de la génération du milieu dans un système trigénérationnel. Effectivement, l'alcoolique et son conjoint se voient refuser la filiation qu'ils ne cessent de combattre.

2.52 Lors des entretiens avec sa famille d'origine, l'alcoolique s'est toujours montré incapable de rendre compte de la relation qui unissait ses parents. Interrogé à ce sujet en leur présence, il s'est montré souvent agacé, perturbé, cherchant à esquiver les questions par des généralités conformistes: «ils m'ont bien élevé», «ils sont très gentils», «ils s'aiment beaucoup, «comme dans tous les couples, il y a des conflits», «mis à part grand-mère il n'y a jamais eu de conflit chez nous». Peu à peu, nous avons eu droit à des présentations de plus en plus paradoxales, contradictoires, perplexes: «ils sont durs mais justes», «ils ne peuvent pas me comprendre, mais ils sont de bonne foi», «je n'ai jamais compris ce qu'ils font ensemble mais ils se complètent bien», «ils auraient dû divorcer depuis longtemps mais je crois qu'ils s'aiment beaucoup», ou l'inverse: «bien que divorcés depuis ma jeune enfance, ils se sont toujours très bien entendus», «ils ne sont d'accord sur rien mais ils font tout ensemble», «ce sont deux personnalités complètement différentes mais cela leur convient très bien.

Nous étions intrigués de constater que les parents acquiesçaient gentilement à ces descriptions confuses et paradoxales, et ils les prenaient par la suite à leur compte.

Un deuxième constat nous a également intrigué. Lors des séances familiales en présence de l'alcoolique, les parents se montraient rarement en accord entre eux, en étalant même la diversion de leurs points de vue comme si l'alcoolique étaient une occasion de tester leurs différences. Nous les avons alors vus en l'absence de l'alcoolique, et nous étions étonnés face à leur convergence quasi absolue et leur communication harmonieuse. En outre, ils se sont montrés interchangeables. Chacun a prétendu avec l'accord de son partenaire qu'il pouvait représenter le couple à tout instant sans concertation préalable. Ils n'ont pas nié les différences et les oppositions dont leur enfant avait fait état, mais ils considèrent que ces divergences n'ont jamais eu aucune conséquence dans leur vie, et dans leurs comportements personnels.

Notre hypothèse actuelle est que l'alcoolique est issu d'un contexte familial particulier: dans plusieurs cas, nous avons trouvé que depuis sa naissance sinon sa prime enfance, il «était prédestiné» à constituer le point autour duquel les parents pouvaient organiser leurs divergences, exprimer leur agressivité réciproque et réaliser leur différenciation. Il focalise et organise autour de lui tout ce qui est agressif, ou dysfonctionnel dans la relation conjugale de ses parents. Nous postulons que sa famille d'origine était d'emblée organisée sur ce mode que cette place était «programmée» dans la structuration de la famille et que le patient d'aujourd'hui l'a toujours occupée. Son autonomisation et sa différenciation sont donc compromises.

Dans ce contexte familial, les opinions exprimées, les accords comme les divergences ne portent pas à conséquence, seulement les actes posés indépendamment de leurs explicitations peuvent modifier les rapports des uns aux autres et appeler d'autres actes.

Le couple parental crée l'impression d'être en équilibre instable mais perpétuel, conditionnant ainsi une ambiance familiale d'urgence et de précarité.

Par ailleurs, ces familles semblent s'auto-alimenter de leurs propres événements relationnels et elles sont fermées au monde extérieur, qu'on ignore volontiers.

On renonce activement à toute expérience avec le monde extérieur qui les entoure. A sa place, la famille considère un ensemble d'idéaux moraux (une sorte de programme ou d'impératifs) qu'elle secrète et qu'elle soutient. De ce fait, on ne peut pas transmettre des expériences vécues, mais plutôt des impératifs moraux absolus. Ces impératifs moraux absolus sont censés d'une part expliquer et justifier le fonctionnement du couple parental et d'autre part «verrouiller» les secrets familiaux. Ce sont des impératifs intangibles, inabordables, à l'origine des contradictions observées dans le fonctionnement du couple parental. La rigidité qui en résulte aboutit, lors de l'adolescence du futur alcoolique à l'incapacité du système familial à s'ouvrir vers le monde extérieur, à accueillir de nouveaux membres ou à partager les siens.

3.00 Les réflexions et les expériences cliniques citées nous ont amenés à composer un modèle d'intervention thérapeutique dans l'alcoolisme.

Notre contexte du travail est tantôt un cabinet médical en ville, tantôt la consultation d'alcoologie à l'hôpital de Saint-Cloud. Les patients pris en charge sont des

hommes et des femmes qui se situent entre 35 et 50 ans. Dans la majorité des cas, l'alcoolisme s'est installé à la fin de l'adolescence ou à la post-adolescence. Les quelques cas où l'alcoolisme a débuté autour de la trentaine, présentent dans leur anamnèse qu'il a été précédé soit par d'autres troubles addictifs: anorexie mentale, boulimie, polytoxicomanie, soit par des troubles du comportement équivalents: personne violente, crise d'adolescence prolongée avec troubles asociaux, et enfin un profil idoine concernant certains hommes dont l'âge de jeune adulte (20 à 30 ans) est caractérisé par le travail acharné, une réussite socio-professionnelle fulgurante, l'absence de relations sociales, amicales et affectives et la difficulté marquée de l'expression des sentiments et des émotions. Au moment de la mise en place de notre modèle, tous les patients étaient mariés ou vivaient maritalement et avaient des enfants. Tous les patients peuvent être considérés insérés socio-professionnellement: soit ils avaient une activité professionnelle, soit ils étaient des chômeurs qui, malgré leur maladie alcoolique, ont retrouvé un poste de travail, soit il s'agit de mères de famille au foyer ayant en outre des activités sociales. Leur alcoolisme évolue depuis au moins une dizaine d'années. Notre échantillon comporte une cinquantaine de patients alcooliques et leurs familles. Dans la grande majorité des cas, nous avons pu travailler avec la famille actuelle et la famille d'origine.

Tous les patients avaient plusieurs cures de désintoxication dans leur anamnèse, avant le début de notre prise en charge. Lorsque nous les avons pris en charge, ils s'alcoolisaient tous. Leurs alcoolisations n'étaient pas un motif d'annulation des séances. La très grande majorité de ces patients participait de façon régulière ou périodique aux réunions des groupes AA.

3.10 Notre modèle d'intervention thérapeutique comporte trois types d'entretiens à périodicité différente:

- des entretiens hebdomadaires avec le patient alcoolique seul;
- des entretiens avec sa famille actuelle toutes les deux ou trois semaines;
- des entretiens avec sa famille d'origine tous les mois.

La périodicité différentielle des séances fait émerger des configurations des discours imprévisibles.

Ces entretiens sont menés soit par un thérapeute, soit par deux, dans ce cas, l'un se charge des entretiens individuels et l'autre des entretiens familiaux.

En outre, les patients sont suivis soit par un médecin alcoologue, soit par leur généraliste à un rythme qui leur appartient. Les patients et leurs familles savent que les différents intervenants communiquent régulièrement entre eux au sujet de l'évolution de la prise en charge.

La coordination des différents intervenants se fait toujours par le thérapeute ayant à charge les entretiens familiaux. Les patients et leurs familles sont au courant de cette particularité. Par définition, le thérapeute des entretiens familiaux s'accorde, s'aligne et il cautionne les positions et les décisions des autres intervenants. Le thérapeute des entretiens familiaux occupe dans le sous-système thérapeutique une place censée entrer en résonance avec la place que l'alcoolique

occupe dans ses systèmes familiaux. Ce thérapeute dispose d'un pouvoir de communication et de coordination. Tout au long de la prise en charge, il cherche à transmettre au système alcoolique le principe que ce pouvoir va de pair avec son impuissance opérationnelle lorsqu'on lui demande de faire changer les autres.

3.11 Les séances avec la famille d'origine s'organisent autour des échanges entre l'alcoolique, ses parents et éventuellement des collatéraux, qui concernent tout ce qui peut lui être transmis et légué. Comment ses parents se sont rencontrés? Quels sont les caractéristiques et les valeurs de leurs familles? Y a-t-il des légendes, des histoires extraordinaires, des événements marquants dans la famille? Qu'est-ce qui unit et sépare les parents? Quelles caractéristiques l'alcoolique relève-t-il de l'un et de l'autre? Y a-t-il des valeurs familiales que les parents souhaitent que l'alcoolique transmette à ses enfants? Y a-t-il des principes, des habitudes ou des valeurs familiales que l'alcoolique compte combattre activement pour que ses enfants ne fassent pas pareillement? Quelle activité, hobby ou passion l'alcoolique peut-il partager avec le père, avec la mère, avec des collatéraux? Dans ce cas, comment cela se passe-t-il? Quand les parents seront disparus, qu'est-ce qui va changer dans la vie quotidienne et la pensée de l'alcoolique? L'alcoolique étant matériellement et effectivement dépendant des parents, comment s'en sont-ils accommodés? Jusqu'à quel âge (ils ont généralement entre 60 et 75 ans) comptent-ils pouvoir répondre à ses sollicitations, provocations, interpellations? Craignent-ils de le perdre? Dans ce cas, comment organiseraient-ils leur vie? Est-ce que les parents ont déjà vécu d'autres pertes? Comment ont-ils réagi? Est-ce que l'alcoolique a déjà vécu d'autres pertes? Etc. Il s'agit des sujets d'échanges voire de débats qui exigent que les interlocuteurs se positionnent et prennent acte du positionnement des autres.

3.12 Les séances avec la famille actuelle sont organisées autour du temps des événements de leur vie quotidienne qui sont révélateurs de la dépendance du conjoint à l'égard de l'alcoolique, de l'éventualité de la séparation ou de la perte de l'un ou de l'autre, de la perspective de l'autonomisation et du départ de leurs enfants, de leur (in)capacité de vivre comme couple en l'absence d'un tiers (enfant, thérapeute, parent), de leur impuissance à contrôler, à changer ou à corriger l'autre, de leurs craintes à se sentir phagocytés et «normalisés» par leurs belles-familles, de leur (in)capacité à exprimer leur affectivité et leurs émotions, ainsi que de la facilité complémentaire avec laquelle ils expriment de la colère, de l'agressivité, de la frustration, de l'utilisation de leur orgueil et de leur dignité.

Lorsque les membres de la famille parlent des comportements de l'alcoolique, le thérapeute requalifie ces comportements comme habituels dans le cas de la dépendance, inhérents à la maladie, et ils les invitent à réfléchir s'ils n'en ont pas d'analogues. Il leur demande également leur réaction à ces comportements afin d'établir des boucles comportementales et réfuter toute caractéristique morale ou idéologique de ces comportements. Le thérapeute qualifie la famille comme excessivement unie, ne sachant pas comment se séparer. Il défie leur capacité d'avoir des vécus intimes, le sentiment d'une pensée intime. Il les défie constamment sur leur capacité à produire une attitude, une pensée, un comportement, une envie pouvant surprendre les autres.

Le thérapeute nie officiellement toute capacité de l'alcoolique et de son conjoint à *se produire de façon autonome* eu égard à leur relation de couple et par rapport à leur propre famille.

Toute apparition de nouveaux comportements, ou tout événement imprévisible, même l'abstinence, est qualifié par le thérapeute comme parfaitement prévisible dans le processus de la maladie et aucunement significatif d'un changement radical (effectivement pour qu'il y ait guérison, il faut absolument que la maladie ait précédé).

Pendant ces séances, il est posé comme principe que chaque participant ne parle qu'en son propre nom et à son propre sujet. De fait, il n'y a que l'alcoolique *qui peut parler* de l'alcool. Toutefois, c'est une règle maintes fois transgressée mais ces transgressions offrent de très intéressants exemples pour les échanges.

3.13 Les entretiens individuels avec l'alcoolique ont un triple intérêt :

1. L'alcoolique est encouragé à exprimer son état émotionnel et à rendre compte de ses impressions et sentiments durant les entretiens collectifs familiaux. Ainsi, l'alcoolique trouve des mots pour qualifier ce qu'il a ressenti et il se rend compte du « fait psychique », de son importance, et de son impact sur ses comportements et son addiction.
2. L'alcoolique peut élaborer les informations relationnelles qu'il a eues pendant les entretiens familiaux et considérer les conséquences de ses réactions. Il peut également faire l'expérience de l'existence de plusieurs scénarios alternatifs quant à sa façon de réagir au positionnement relationnel des autres. Il peut enfin faire le rapprochement entre ses expériences dans les entretiens familiaux et sa participation aux réunions de groupe AA. Ainsi, des thèmes comme le manque, la honte, l'agressivité, l'appréhension de la perte et de la dépression, l'identité et l'être différent, l'intimité personnelle et relationnelle, l'appartenance et la loyauté (famille, groupe, société), l'autonomie et l'aliénation peuvent être abordés et sceller l'amorce d'un processus de différenciation.
3. Les entretiens individuels ont une fonction de *métronome*: ils «sonnent» le temps qui passe, les changements qui interviennent et le devenir induit par l'écoulement du temps (parents qui vieillissent, enfants qui grandissent, goûts, options idéologiques, envies et désirs qui se modifient en fonction de l'âge, corps qui change). Enfin les entretiens individuels évaluent la qualité et l'intérêt du processus psychothérapique. Il est important que l'alcoolique ne prenne pas conscience du temps uniquement à travers le vécu et les comportements des autres membres de la famille mais qu'il se rende compte que le vécu du temps est intime, subjectif et personnel, constitutif de son identité.

3.20 Nous disposons actuellement d'un *follow-up* qui va de 18 à 36 mois, concernant notre échantillon de cinquante patients et de leurs familles traités selon cette pratique thérapeutique. Les deux tiers sont abstinents. Leur abstinence a été obtenue dans les deux premiers mois après la mise en place du processus thérapeutique, soit dans la majorité des cas, à l'aide d'une cure hospitalière de

désintoxication que les patients seuls ont sollicitée, soit moins souvent avec une aide médicale et médicinale ambulatoire. Le tiers restant présente des consommations d'alcool régulières mais espacées (deux à trois jours toutes les deux ou trois semaines, souvent pendant le week-end), tantôt modérées, tantôt excessives sans toutefois qu'elles soient associées à la kyrielle des comportements pathologiques habituels dans le passé. Effectivement, tous les patients et leurs familles notent une amélioration de la qualité de leur vie relationnelle. De leur part, les thérapeutes impliqués ont observé une augmentation de modifications des modalités relationnelles dans la famille: changements de domicile, départ du domicile des enfants, changements professionnels, modification des rituels familiaux (déjeuner dominical, vacances d'hiver, occupation du mercredi des grand-parents), augmentation de la densité des relations amicales et sociales. Nous avons aussi observé la persistance d'un reliquat de comportement addictif, d'allure compulsive, focalisé autour du travail et de la relation conjugale, il y manque toutefois l'aspect répétitif et le besoin de consommation immédiate. Il s'agit des comportements qui semblent être au service d'un besoin de contrôle rassurant.

Enfin, nous avons échoué avec deux patients bien que nous ayons pratiqué notre modèle d'intervention pendant un an. Leur point commun nous semble être notre impossibilité de maintenir et de structurer les séances avec la famille d'origine. Il y a eu peu de séances avec les parents de l'alcoolique faites de façon épisodique, dans un climat dramatique et conflictuel, sabotées par des intoxications massives du patient, mettant sa vie en danger. La relation entre le patient et ses parents n'a pas été même abordée et toute question de legs ou de transmission a été énergiquement réfutée par les parents.

Dans notre modèle thérapeutique, nous avons cherché à faire face aux cinq pièges majeurs dans le traitement de l'alcoolique cités par D. Berenson:

1. tenir compte de la pluralité des niveaux de contexte et intervenir sur plusieurs niveaux simultanément;
2. éviter un raisonnement causal et introduire rapidement dans la pensée familiale les notions de circularité et de boucles cybernétiques dans les interactions structurées autour de l'alcoolisme;
3. échapper au piège du moralisme, de la prise de conscience et de l'appel à la volonté. Solliciter la responsabilité, promouvoir la projection dans l'avenir et réintroduire le temps;
4. faire la démonstration de l'impuissance à changer autrui; demander que chacun se préoccupe de son propre changement; faire admettre l'impuissance face à l'alcool;
5. considérer explicitement comme objectifs de la thérapie non seulement l'abstinence mais aussi la modification des relations dans la famille.

Vanghelis Anastassiou
108, avenue des Ternes
F-75017 Paris.

Bibliographie

1. Anonyme (1993): «A propos de la différenciation de soi à l'intérieur de sa propre famille», *In Thérapie familiale*, Genève, vol. 15, n° 2.
2. Ausloos G. (1982): «La thérapie familiale dans l'alcoolisme et les autres toxicomanies: brève revue de la littérature américaine», *In Thérapie Familiale*, Genève, vol. 3, n° 3.
3. Bailly D., Venisse J.L. (1994): *Dépendance et conduites de dépendance*, ed. Masson, Paris.
4. Balint M. (1967): *Le défaut fondamental*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
5. Barrois Cl. (1972): «La relation thérapeutique avec l'alcoolique», *In Confrontations psychiatriques*, n° 8.
6. Barrucand D. (1988): «Alcoologie», Riom lab – CERM.
7. Bateson G. (1977): «La cybernétique du Soi: une théorie de l'alcoolisme», *In Bateson G.: Vers une écologie de l'esprit*, tome I, ed. Seuil, Paris.
8. Berenson D. (1976): «Alcohol and the family system», *In Family therapy: Theory and Practice*, Gardner Press, N.Y.
9. Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L., Penn P. (1993): «Le modèle milanais de thérapie familiale», ESF, Paris.
10. Bowen M. (1978): «Alcoholism and the family» *In M. Bowen: Family therapy in Clinical Practice*, Jason Aronson, N.Y.
11. Campbell D., Draper R., Huffinton C.L. (1991): «Second thoughts on the theory and practice of the Milan Approach to family therapy», Campbell D. and Draper R., ed. Karnac Books, London.
12. Cecchin G., Lane G., Ray W.A. (1992): «Irreverence: a strategy for therapist's survival», Campbell D. and Draper R., ed. Karnac Books, London.
13. Corcos M. (1991): «Personnalité Dépendante: approche psychodynamique», *In Dépendances*, vol. 3, n° 2.
14. Davis D.I., Berenson D., Steinglass P., Davis S. (1974): «The adaptive consequences of drinking», *In «Psychiatry»*, n° 37.
15. Descombes J.P. (1994): *Précis d'alcoologie clinique*, ed. Dunod, Paris.
16. Edwards M., Steinglass P. (oct. 1995): «Family therapy treatment outcomes for alcoholism», *In Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 21, n° 4.
17. Inger J.B., Inger J. (1992): «Co-constructing therapeutic conversations», Campbell D. and Draper R., ed. Karnac Books, London.
18. Lejoyeux M. (1994): «Plaisir et alcoolisme» *In Dépendances*, vol. 6, n° 1.
19. Loas G., Guelfi J.D. (1991): «Dépendances et personnalité dépendante», *In Dépendances*, vol. 3, n° 2.
20. Mc Dougall J. (1982): *Théâtre du je*, ed. Gallimard, Paris.
21. Mc Dougall J. (1989): *Théâtre du corps*, ed. Gallimard, Paris.
22. Ouhayoun B., Vindreau C. (1995): «Alexithymie et addiction», *In Dépendances*, vol. 7, n° 1.
23. Raab A. (1989): «La dépendance, état ou étape», *In Dépendances*, vol. 1, n° 1.
24. Sifneos P.E. (1973): «The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients», *In Psychother, Psychocom*, n° 22.
25. Steinglass P. (1992): «Family Systems Approaches to the Alcoholic Family: research findings and their clinical applications», *In Alcoholism and the family*, Saitoh S., Steinglass P., Schuckit M., ed. Brunner Mazel, Publishers N.Y.
26. Venisse J.L. (1990): *Les nouvelles addictions*, ed. Masson, Paris.
27. Venisse J.L., Renaud M., Rousseau M. (1995): *Conduites de Dépendance du sujet jeune*, ed. ESF, Paris.

SIDA ET CRISE DE LA RELATION MÉDECIN-MALADE

Françoise ROUGEUL¹ et Yannick GEFFROY²

Résumé: *Sida et crise de la relation médecin-malade.* – Notre recherche s'est proposé d'analyser certaines transformations de la relation médecin-malade et de discuter l'existence et les modalités d'une crise de cette relation. La relation médecin généraliste-patient séropositif y a été prise comme support car l'infection par le VIH nous paraît éclairer cette « crise » sous un jour peut-être extrême mais sans doute exemplaire. Au premier chef, il semblerait que du fait de la défaillance des cadres personnels et/ou institutionnels, la rencontre médecin-malade pourrait être envisagée comme la rencontre de deux individus en crise identitaire. Nous discuterons ensuite l'influence d'un syndrome transcontextuel dans l'émergence d'une situation d'initiation mutuelle possible ou impossible.

Summary: *Aids and Crisis in Patient-General Practitioner's Relationships.* – This research is concerned with the analysis of transformations in patient/general practitioner's relationships and with the discussion about the actualisation and management of a crisis in such relationships. The choice to put emphasis on *seropositive* patients in this research seems to give the sharpest example of the ways and meanings of such a crisis. When considering how important seems to be the failures in personal or insitutional frames in such an epidemic context, patients/general practitioners relationships may be assumed as the encounter of two protagonists living an identity crisis. This research discuss then the influence of transcontextual syndrome on the emergence of a possible or impossible mutual « initiation » in such a situation.

Mots-clés: Relation médecin-malade – Sida – Crise identitaire – Défaillance du cadre – Syndrôme transcontextuel – Double lien – Initiation.

Key words: Patient-general practitioner's relationship – Aids – Identity crisis – Frame's failure – Transcontextual syndrome – Double bind – Initiation.

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, la médecine et la pratique médicale sont en pleine évolution. Les progrès de la recherche médicale et thérapeutique marquant « *l'entrée définitive de la médecine dans le domaine des sciences* » (J.P. Lévy, 1991 : 282), la médecine dite « humaniste » fait place à une médecine de plus en plus technicisée dont les maîtres-mots sont devenus le professionnalisme, la compétence, l'efficacité et la performance. La médecine générale s'en est trouvée dévalorisée.

Parallèlement, sous l'influence du modèle américain, les patients ont de plus en plus tendance à se considérer comme des clients « ayant droit à la santé ». Or, en

¹ Professeur de Psychopathologie Clinique, Membre du Centre de Recherche et d'Etudes en Anthropologie (CREA), Université de Nice-Sophia Antipolis, Membre de L'APRTF (Paris), 6 Avenue Jean de la Fontaine, F-06100 Nice; 13 rue de Nesles, F-75006 Paris.

² Professeur de Psychologie Clinique, Directeur du Centre de Recherche et d'Etudes en Anthropologie (CREA) Université de Nice-Sophia Antipolis, 29 rue Masséna, F-06000 Nice.

France, les aptitudes relationnelles ne font pas partie des critères de sélection des futurs médecins. On peut donc s'attendre à ce que la relation médecin-malade connaisse de toute façon une « crise ». Il semble que la pandémie du VIH puisse en éclairer des aspects déterminants, peut-être sous un jour extrême, mais sans doute exemplaire.

Précisons que le terme de « crise » fait référence, ici, à un vacillement ou à une perte des repères habituels, qui mettent un individu en déséquilibre dans la perception qu'il a de lui-même et de ses rôles sociaux. Cette crise est un processus qui peut être transitoire. Son déroulement est marqué par un dérèglement du système de défense habituel du sujet, se trouvant alors obligé de recourir à des défenses de plus en plus archaïques. Le dépassement de cette crise nécessiterait précisément une réorganisation du système défensif.

Notre recherche a commencé par la mise en place d'un groupe de réflexion qui réunit régulièrement deux enseignants-chercheurs du département de Psychologie de l'Université de Nice-Sophia Antipolis (Y. Geffroy, F. Rougeul), appartenant au Centre de Recherche et d'Etude en Anthropologie (CREA), des médecins généralistes intervenant dans la formation de troisième cycle des étudiants en médecine (P. Caluzio, B. Franck, G. Gardon, G. Guegan), un psychologue en exercice dans un service hospitalier accueillant des patients sidéens (B. Malafronte), ainsi que des étudiants-chercheurs en psychologie. Les fragments d'entretiens qui illustrent la partie clinique de cet article sont tirés de la retranscription des discussions du groupe de réflexion et d'entretiens avec des médecins généralistes effectués dans le cadre de recherches universitaires (cf. K. Trupel, 1994).

Les résultats sur lesquels nous nous appuyons ici ne sont que les prémisses d'un travail clinique de longue haleine. Quelle que soit la réalité indiscutable de leurs limites, ils nous ont paru cependant suffisamment riches pour nous autoriser à dégager certaines pistes de réflexion théorique.

Médecins généralistes et Sida

Les bouleversements opérés par le Sida dans les mentalités semblent avoir des incidences de plus en plus sensibles sur les institutions de soin et les praticiens: particulièrement sur les médecins généralistes. Récemment (mars 1994), les résultats de « l'enquête marseillaise » (Inserm, ORS Paca, Université d'Aix-Marseille labo de psycho sociale, Institut Paoli-Calmette, Hôpital St-Joseph et de la Conception) décrivent les « *médecins de soins primaires* » comme « *peu enclins à s'investir dans la prise en charge de patients infectés par le VIH* ».

Une telle attitude n'est pas spécifique à Marseille. En effet, lors du Medec 94 (salon professionnel où se retrouvent chaque année plus de dix mille généralistes), une enquête comparative (1991, 1993) faite à la demande des laboratoires « Wellcome », sur un échantillon représentatif regroupant des généralistes de dix grandes villes de France, a mis en évidence « **un certain malaise dans la profession** ». En fonction des opinions émises par ces praticiens, l'enquête a distingué différents profils comportementaux: le médecin **impliqué (28%)** est « *responsable et disponible face à l'infection à VIH* », le médecin **ouvert (32%)** « *reconnaît que l'infection à*

VIH devrait être de son ressort mais estime qu'il n'a qu'une compétence très limitée pour la prendre en charge», P'insécurisé «a de la maladie une approche irrationnelle, très angoissée, redoutant la contamination, sa relation avec le patient séropositif est difficile et il a tendance à s'en décharger sur le spécialiste» enfin le réfractaire «considère que le Sida n'est pas de son ressort. Cette maladie reste pour lui à forte connotation morale, il n'a pas de temps à consacrer à un patient séropositif et lorsqu'il y est confronté, il est dans un embarras total».

Or en deux ans si le nombre de **réfractaires** reste **stable (13%)**, celui des **insécurisés a augmenté de 10 à 25%** et dans l'ensemble, les généralistes se plaignent d'une **mauvaise information** ainsi que d'une **insuffisance de leur formation** à ce type de prise en charge.

Comment comprendre ces réticences et ces difficultés par rapport à la prise en charge des patients infectés par le VIH ?

L'importance du contexte historique et socio-culturel

Le poids de l'imaginaire social

Certes, l'humanité a déjà connu des épidémies particulièrement graves qui ont suscité une forte mobilisation des institutions et des acteurs des professions de santé et, entraîné pour certaines d'entre elles, des problèmes de prise en charge thérapeutique. Pourtant il faut considérer que le Sida s'avance et s'affirme dans ce domaine avec des implications singulières.

Si le Sida semble déclencher une intense mobilisation dans les mentalités, avec une exploitation et une résonance médiatiques non négligeables, c'est sans doute que ce virus a su renouer avec les effets dévastateurs d'un «*imaginaire social proliférant*» (B. Paillard, 1994).

Né des «*noces barbares d'un virus et d'un lymphocyte*» (J. Cassuto, 1992), appelé **la peste de l'an 2000** et porté par un courant violent de rumeurs, le Sida n'est pourtant pas la peste...

Il est vrai qu'avec le Sida, le jeu d'opinions sur le thème du «*c'est*» **et** «*ce n'est pas*» (que certains tranchent par un «*après tout, ce n'est pas pire que*» ou «*il y a d'autres maladies qui*»), devient particulièrement tentant, mais se révèle aussi tout à fait périlleux.

En effet, comme le souligne P. Lascoumes (1993: 7), il y a trois pandémies du VIH: «*celle purement médicale des états pathologiques liés au Sida*», celle plus «*large relevant autant de la santé publique que de la politique sociale et qui touche les séropositifs*», la troisième, «*purement sociale et politique*» est nourrie «*des peurs multiformes suscitées par l'épidémie, et tout aussi imprévisibles et tout aussi transmissibles que le virus lui-même*».

Cette reconnaissance du Sida comme «**analyseur social**» passe aussi, peut-être, par l'acceptation de son pouvoir «**d'analyseur**» non seulement du droit (P. Lascoumes 1993: 10) mais aussi des savoirs et des pratiques établis. Certaines sciences n'y échappent pas. La médecine en premier lieu, après avoir révélé quasi simultanément ses pouvoirs (découverte du virus) et son impuissance (manque de

remèdes), comme le montre B. Paillard (1994). Car s'ils savent bien que d'autres maladies létales justifient d'une forme particulière de relations et de prise en charge, d'aucuns des responsables de soins évoquent que «*ce n'est pas*» ou «*ce n'est pas vraiment la même chose*».

D'où viendrait alors la «spécificité» de cette maladie, en quoi serait-elle particulièrement apte à nouer (dans certains cas) et à révéler (le plus souvent) une «crise» latente de la relation entre le médecin et le malade ?

Il semble que ce soit essentiellement la part de l'imaginaire, des fantasmes individuels et collectifs conscients ou inconscients dans l'évolution des mentalités, qui devrait autoriser à reconnaître un **particularisme** de l'épidémie. A cet égard, le **contexte historique et socio-culturel** dans lequel elle s'est développée, nous paraît jouer un rôle déterminant.

La spécificité d'un «fléau»

Il survient vingt ans après «la libération sexuelle» des années soixante et soixante-dix, «libération» qui s'est accompagnée d'une remise en cause des comportements et modèles sexuels. Selon B. Paillard «*l'anxiété n'a pas cessé d'accompagner le mouvement. Cette infraction à un code moral pluriséculaire n'a pu se faire sans de légers pincements au cœur. La liberté acquise s'est faite à ce prix*» (B. Paillard 1994: 29). Le Sida, dans la phase première de la découverte de l'épidémie, n'a pas seulement constitué un «rappel» pour ceux qui s'étaient un temps désignés comme les contrevenants à la morale communément admise. Mais il est venu réveiller aussi ceux qui n'avaient pas milité pour cette «libération». Ceux – tout un chacun – qui s'en étaient peut-être voulu de laisser faire, de laisser s'afficher, au-devant de la scène sociale, des individus dont le «mouvement» même avait plongé la collectivité dans un certain trouble, conscient ou inconscient.

On sait que d'autres fléaux ont suscité (et suscitent encore, comme le cancer) diverses formes de mobilisation: politiques de prévention, dépistage, ainsi que groupements de malades. Les tuberculeux ont été l'objet d'une politique de santé qui assimilait prévention et isolement, l'objectif étant «*de faire disparaître momentanément le mal en éloignant celui qui en est atteint*» (cf. D. Dussertine, 1993). Mais peut-on dire que les mouvements associatifs suscités par la tuberculose ou le cancer aient vraiment remis en cause «*la philosophie du système*»? Il semble bien que non. Les groupes et associations concernés par le Sida prennent des positions qui sonnent comme des revendications et impliquent des stratégies sensiblement différentes.

Les études comparatives, au-delà de certaines ressemblances, obligent à réfléchir, dans le cas de la pandémie du Sida, **sur la nature même du discours des malades et leur volonté d'être entendus**. La spécificité de la pandémie tient précisément à ce que, dans le discours des malades, émerge un modèle témoignant d'«*une volonté de reconnaissance et d'échanges*» (G. Bez (1993: 15) qui se substitue au «*modèle d'assistance*».

La comparaison avec une autre maladie sexuellement transmissible, la syphilis, met en lumière certaines nuances particulièrement importantes. En effet, le dépistage systématique de la syphilis s'inscrit dans le modèle essentiellement hygiéniste du début du XX^e siècle. Et la syphilis ne s'est nullement inscrite sur un fond de militance sexuelle organisée, ni dans la mouvance de l'avènement d'un « nouvel imaginaire du corps » (D. Le Breton, 1990).

De plus, le Sida s'est avancé dans « *un climat social traversé par de multiples inquiétudes* » (...), dues « *à une crise qui n'en finit pas de décomposer un ancien monde* » (B. Paillard, 1994: 29). A la remise en cause des systèmes de valeurs et de croyances traditionnelles et à la défaillance des repères et des cadres, s'ajoute alors la montée des peurs irrationnelles liées à l'approche de l'an 2000.

Le rôle des médias

L'ensemble de ces nuances et de ces raisons permettent peut-être de comprendre qu'aucune épidémie n'ait été autant médiatisée. D'autant que, déjà dans un premier temps, les milieux intellectuels et artistiques ont payé un lourd tribut à l'épidémie.

Selon l'analyse de C. Herzlich et J. Pierret (1988), le témoignage de Rock Hudson et sa mort introduisent une rupture dans la construction de l'image sociale du Sida. On assiste dans l'ensemble de la société à une intensification des peurs d'un côté, tandis que, de l'autre, des artistes et des intellectuels se regroupent pour témoigner, parfois avec éclat.

L'importance de figures telles que celle de Magic Johnson permet de comprendre que l'épidémie sort alors de la marginalité. Elle ne frappe plus simplement certains groupes dits « à risque ». Dans l'imaginaire social, elle est reliée « aux tentatives de toute-puissance et de transgression de l'homme » (cf. J. Baudrillard, 1989: 8), avec ce qu'elles impliquent d'une Némésis. Le Sida cristallise alors les fantasmes les plus archaïques: contamination, faute, souillure, châtement, menace d'apocalypse. D'autant que la montée de l'irrationnalité serait paradoxalement amplifiée par les progrès de la science.

Selon J.P. Lévy « *Quittant le domaine de la foi, la médecine n'en est devenue que plus magique puisque l'on croit ou veut croire à une science toute puissante. (...) Il n'est pas surprenant par conséquent que ce soit justement au moment où la médecine a véritablement acquis un pouvoir que les limites de celui-ci soient devenues scandaleuses. C'est qu'il existe un malentendu. La médecine-science ne peut pas être une médecine magie et pourtant la pensée scientifique n'imprègne nullement l'esprit de nos contemporains* » (1991: 293).

Ainsi, le contexte d'apparition de la maladie, la nature de l'infection (ses liens avec la sexualité et la mort), autorisent-ils à s'interroger aujourd'hui sur la fonction du Sida dans l'évolution de la conception de la relation médecin-malade.

Données cliniques

1. Les difficultés d'une relation

L'analyse d'une première série d'entretiens et d'échanges au sein de notre groupe de discussion, éclaire quelque peu cette fonction en montrant **des difficultés particulières dans la relation avec le patient :**

L'obligation d'une relation de personne à personne

En effet, contrairement aux habitudes qu'avait pu acquérir le médecin en utilisant la possibilité de n'être en relation qu'avec la maladie (cf. la notion de maladie panne, J.P. Lévy, 1991: 289), **le Sida oblige le médecin à entrer en relation avec le malade.**

Comment peut-on penser ce changement si ce n'est en considérant le passage obligé d'une médecine du corps et des organes à une médecine du sujet (cf. C. Bez, 1993: 22). D'ailleurs aucun praticien, surtout généraliste, n'est aujourd'hui capable de soutenir honnêtement que la prise en charge de ce type de patient n'ait pas modifié quelque chose dans sa pratique et dans son éthique personnelle et professionnelle. Et ce changement nécessaire s'impose d'emblée, dès les résultats du test, contrairement à d'autres maladies comme le cancer où un certain temps est laissé au praticien pour aménager la relation :

« et puis un cancer, on peut essayer de contourner la difficulté au moins au départ (...) le Sida, on est obligé de le dire parce que c'est contagieux et qu'on peut pas faire autrement. C'est la différence » (entretien n° 7, p. 47).

L'annonce de la séropositivité: un moment test pour le médecin

De fait, l'annonce de la séropositivité est un moment redouté par tous les généralistes :

« Quand vous recevez un résultat de laboratoire qui montre qu'un malade est séropositif, vous êtes obligé de lui annoncer. Donc le malade atteint par le virus est toujours au courant de sa maladie; le cancéreux rarement en France. (...) Donc c'est déjà énorme la différence, vous êtes forcé d'aller tout de suite vers la vérité au malade » (entretien n° 4, p 22).

Après une première expérience traumatique, certains médecins ne demanderont plus le test :

« Bêtement l'an dernier, j'ai vu un gars qui vient pour un bilan pour un examen pré-nuptial (...) Bon moi j'ai voulu faire du zèle, j'ai dit allez hop on voit aussi le VIH puisqu'on y est... Il me dit 'bon d'accord' et il était positif.. ouah oh purée, je me suis mis dans une m... Depuis, j'ai plus jamais demandé le

HIV... La m.... ça a été quand le labo m'a téléphoné et il m'a dit: 'Voilà, je vous téléphone pour votre patient, il est positif et il ne le sait pas'. Moi 'Ah bon! Comment il est positif, mais il va se marier' Le labo: 'Ah ben oui, je sais puisque c'est un bilan pré-nuptial'. Alors le patient en plus, il me téléphone cinq minutes après... J'étais tellement gêné, je lui ai dit: 'Ecoute, non, non, j'ai pas les résultats, on les aura que demain'. Je ne savais plus quoi lui dire moi. Ben dites, vous vous voyez annoncer à quelqu'un qu'il est séropositif? (...) J'ai pas dormi de la nuit, je me suis dit: «Mais qu'est-ce que je suis allé demander le HIV!» (...) Donc depuis je fuis, je demande plus le HIV» (entretien n° 6, pp. 31-32-34).

D'autres sont plus nuancés :

«Je pense qu'il y a deux cas de figure. Le premier cas de figure c'est les gens qui s'en doutent. Bon, alors là, vous apportez confirmation d'une crainte. C'est vrai que souvent les gens s'effondrent mais ils s'y attendaient, ils étaient venus pour recevoir leur coup. Ça, c'est quand même le cas le plus fréquent. Et puis deuxième cas de figure: il m'est arrivé à plusieurs reprises d'annoncer une séropositivité à des gens qui étaient à mille lieues d'y penser et pour lesquels le test du Sida avait été fait soit à titre systématique avec leur consentement. Ils étaient tranquilles car certains d'être séronégatifs. A ce moment-là, c'est très difficile de leur faire accepter cette idée. Mais c'est exactement la même chose que d'annoncer un cancer à quelqu'un qui ne s'y attendait pas du tout.» (entretien n° 5, p. 28).

Tous les médecins reconnaissent que l'annonce de la séropositivité ne peut se faire «qu'à un individu». Ils se sentent «plus armés» lorsque, selon les cas, ils ont déjà noué une relation avec le patient. Une fois de plus, ne s'agit-il pas ici d'une médecine du sujet et faudrait-il ajouter d'un médecin-sujet?

La « bonne distance » entre fusion et exclusion

Une fois la séropositivité annoncée et la relation nouée, commencent les problèmes liés à la prise en charge. Même s'il ne s'agit, pour l'essentiel, que de patients séropositifs, la question fondamentale devient celle de **la distance**. Il convient ici de souligner la position particulière du médecin généraliste exerçant en libéral par rapport aux hospitaliers. Car, dans la réalité pratique de l'exercice de ses fonctions, le libéral n'a pas la possibilité d'atténuer les tensions suscitées par le patient en les distribuant à d'autres soignants que lui.

Or, l'importance de la **sexualité** dans la contamination du malade et dans l'extension possible de l'infection par le malade, **contraint le médecin à rentrer dans l'intimité et la vie privée** du patient, ce à quoi sa formation et sa pratique antérieures **ne l'ont pas préparé**.

«La sexualité chez les jeunes ça renvoie à sa propre sexualité, ça renvoie à la mort., c'est pas la relation de tous les jours avec le petit vieux qui a son arthrose quand même!» (entretien n° 4, p. 15).

Le problème de l'**altérité** est un problème central dans la relation, l'autre étant aussi bien le patient aux yeux du médecin que le médecin aux yeux du patient. Car au même titre que le médecin ne peut se réduire au professionnel «qui sait» aux yeux du malade, la personne consultante ne peut pas être réduite au «malade dans sa maladie». De part et d'autre, c'est une femme ou un homme avec tous les aléas de leur histoire et de leur intimité qui sont convoqués dans une relation nécessairement plus proche. Dans quelle mesure peut-on considérer, compte tenu du contexte social du développement de l'infection, que le médecin lui-même confronté à ce type de problème, ne soit pas pas à l'abri d'un vécu même transitoire de crise ou de mise en crise? Sur ce point, certains entretiens sont sans équivoque:

«Ça a été une relation quand même beaucoup plus forte qu'on peut avoir même avec un malade cancéreux, euh... on compare souvent les deux. Le cancer ça touche en général des gens plus âgés... (...) Enfin moi ça m'interpelle beaucoup plus euh... Bon, la relation entre un médecin homme et un homosexuel aussi, c'est pas évident, car ça nous renvoie des choses. C'est pas évident du tout et bon, on peut pas dire que la Faculté nous forme à la relation médecin-malade, zéro!» (entretien n° 4, p. 15).

Mais le plus difficile pour le praticien est d'être **confronté à une angoisse** particulièrement intense:

«Il y a beaucoup plus d'anxiété que dans les autres consultations. L'anxiété cachée du patient... il viendra pour un rhume.... Alors quand on parle un peu, il en arrive à parler» (entretien n° 7, p 48).

«Quand vous avez un cancer, on sait quel cancer vous avez, quel traitement faire, même si le traitement ne marche pas toujours pour certains. Tandis qu'avec le Sida, ils ont peur, il y a une multitude de maladies opportunistes qui apparaissent. Ils ne savent jamais comment ça va se passer. Je crois que c'est encore plus angoissant pour l'individu. En plus, c'est une maladie qu'on ne connaît pas. On n'est pas trop optimiste.» (entretien n° 8, p. 55).

«Eh bien il faut arriver à gérer l'angoisse du patient, sinon cette angoisse... peut se transmettre, il faut essayer de ne pas trop s'investir, prendre un peu de distance par rapport à tout ça, sinon on est submergé par un tas de choses qui résonnent en nous. L'autre qui est en train de mourir, eh bien on ne peut pas s'empêcher de penser qu'un jour aussi nous allons partir. Alors on essaye de ne pas trop y penser...» (entretien n° 1, p. 2).

Entre fusion et exclusion, la «bonne distance» devient alors très difficile à trouver. Certains «sombrent dans la compassion» et pleurent avec le patient et sa conjointe:

«Et pour cette jeune femme, on a pleuré fortement tous les trois, pas quand je leur ai appris ça, mais quelques mois après, elle est venue me voir et lui aussi.

Il a pris la parole et a dit: 'J'ai décidé qu'on allait se séparer, elle est jeune, elle est séronégative, elle va faire sa vie' et elle disait: 'Je t'aime et je veux mourir avec toi.' C'est une belle leçon d'amour et ça m'avait touché.» (entretien n° 9, p. 63).

D'autres, au contraire, n'emploient qu'un langage technique. Les plus en difficulté se débarrassent du patient en l'adressant... ailleurs.

La possibilité d'exclure ces malades est d'autant plus forte que selon l'un des médecins interviewés, la majorité de ses confrères manifesterait assez facilement des attitudes normatives:

« Les médecins sont en général un petit peu conservateurs quand même. Le corps médical n'a pas des idées extrêmement progressistes. Donc on retrouve certainement une majorité de gens qui veulent exclure les toxicos de la société. En effet, il y en a qui pensent que dans la plupart des cas, s'ils ont attrapé le Sida, ils l'ont bien cherché...» (entretien n° 4, p. 21).

Cette tentation de l'exclusion est renforcée par la peur, peur de la contagion, si ce n'est même peur d'une contamination volontaire:

« Alors est-ce que vous trouvez normal que quelqu'un qui est à l'article de la mort, qui transmet la mort, moi je vais chez elle pour cent quinze francs. Pourquoi? (...) elle laissait traîner ses perfusions avec les aiguilles et moi une fois j'ai pris la tension avec l'aiguille à cinq centimètres de moi, il faut pas déconner, moi j'ai quatre enfants. C'est fini sœur Thérèse et les lépreux. (...) Est-ce que vous trouvez normal d'aller chez les gens séropositifs qui ont attrapé le Sida, c'est pas ma faute, ni la vôtre, on est bien d'accord. Et qui essayent de vous contaminer. C'est bien beau d'avoir l'esprit large, de dire 'mais enfin, il faut pas les exclure et tout', et m...» (entretien n° 6, p. 40).

La « bonne distance » est décrite comme celle qui permet **d'instaurer une relation d'être humain à être humain sans que le poids en soit trop lourd**. Or cela prend du temps... un temps « donné », car non comptabilisé par la S.S. Beaucoup de médecins, pourtant, présentent ce « don » comme un devoir... souvent impossible à remplir dans la pratique. D'autant que même si le médecin, dans les premières consultations, prend le temps, cette « bonne distance » n'est pas acquise une fois pour toute, elle est à reconduire ou à renégocier de consultation en consultation et d'un malade à un autre malade.

Dans l'état actuel d'opérationnalité des réseaux Ville-Hôpital, l'ensemble de ces facteurs de tension voit leurs effets encore renforcés, notamment lorsqu'il s'agit de patients atteints de Sida « avéré ». Ajoutons que la mort ne met pas forcément un terme à la relation avec un patient car souvent le conjoint ou la famille gardent le contact avec le médecin.

« On continue de côtoyer celui qui reste et qui est contaminé peut-être parce qu'on n'a rien dit » ainsi que *« les familles qui nous rendent visite lors d'une*

consultation prétexte car elles apprennent certaines choses après la mort du proche ».

II. Le Sida: des remises en cause radicales

Ces difficultés dans la relation s'éclairent si l'on considère que le Sida remet en cause, sous différents aspects, **l'ensemble des certitudes qui fondent la pratique médicale:**

Remise en cause du statut même de maladie

En effet, le fossé séparant la définition clinique de la maladie-Sida du statut de séropositif, rend inadaptées les normes qui permettent de distinguer le pathologique du nominal. Surtout que le délai de passage du nominal au pathologique n'est réellement établi ni en fréquence ni en durée.

Certes, il existe d'autres affections où la question d'une période asymptomatique a son importance dans la gestion de la relation. Cependant, la certitude actuelle quant à l'inéluctabilité de la maladie semble bien peser d'un poids particulier sur le suivi des patients séropositifs. Il ne faut pas négliger, de part et d'autre de la relation thérapeutique, **l'importance de la gestion sur le plan relationnel** de ce statut du patient comme **«mort en sursis»** même si les traitements évoluent:

« Mais je dis que ce qui doit être assez dingue pour le patient quand il est séropositif, c'est de se dire qu'on a une vie condamnée alors qu'on est bien.» (entretien n° 7, p. 47).

Dans cette citation, il n'est question que du poids supporté par le patient. Mais si tous les médecins reconnaissent qu'ils ne peuvent ou ne veulent suivre qu'un petit nombre (2 à 5) de patients séropositifs (seule exception, un médecin ayant fait une formation-Sida), cela ne tient-il pas au fait que le suivi de ces patients qui ne se sentent pas et n'apparaissent pas malades, leur apparaît comme particulièrement lourd?

Remise en cause du statut de médecin

Traditionnellement, c'est-à-dire dans le cas d'autres affections, ce statut confère au médecin une position haute car c'est lui qui détient le pouvoir et le savoir sur la maladie, savoir qu'il lui appartient de communiquer ou non à son patient.

Le Sida réduit cette position hiérarchique:

- dans la mesure où le Sida, étant une maladie récente, le médecin généraliste n'en a **pas toujours appris les bases** en Faculté de Médecine.

« Le premier problème c'est que médicalement, on se retrouve devant quelque chose qu'on ne connaît pas du tout, alors, c'est... assez désagréable...» (entretien n° 3, p. 8);

- dans la mesure où certains médecins se plaignent même que les malades en **savent plus** ou pour le moins autant qu'eux :

« Euh, le Sida, il faut bien le dire qu'au début et encore maintenant... que les malades sont aussi au courant que nous les médecins, ça va contre le pouvoir médical, ils sont aussi au courant, parfois, ils nous apprennent des choses, donc euh... ça met pas dans une situation de force et comme on aime dominer souvent... » (entretien n° 4, p. 15).

« Mais c'est vrai que c'est très très angoissant... Parce qu'ils connaissent tout... Ils en connaissent plus que nous sur la maladie... » (entretien n° 8, p. 53).

Soulignons aussi que le « savoir » avancé par les patients est une source d'autant plus grande de **déstabilisation et d'inquiétudes** que les praticiens redoutent souvent le poids et l'action possibles des **associations communautaires** (cf. N. Licht, 1993: 96, 99).

C'est ainsi que s'est construit ce que l'on a appelé peut-être trop hâtivement le « **savoir partagé** ». Car un tel « partage » appelle bien des réserves... Pour le médecin, il est de l'ordre de la connaissance scientifique. Pour le patient, il s'agit de bien autre chose... en l'occurrence d'une connaissance qui lève une partie du mystère entourant la date et les circonstances de sa mort. Or c'est justement ce mystère qui rend la vie supportable (Chébili, 1990). Ainsi, J.P. Lévy (1991: 301, 306) dénonce-t-il la confusion entre « savoir » et « croire savoir ». Il souligne l'opposition entre « *le malade théorique, (...) et le malade vécu, dont le désir, exprimé ou non, est au moins aussi souvent de ne rien savoir sur son destin que de le vivre en toute conscience* ». N. Licht (1993) avancera la notion de « *jeux de rôles* » pour dénoncer les « *illusions* » d'un rapport égalitaire fondé sur un savoir commun, et pour souligner combien ce type de prise en charge engage de défenses ou de « *réactions conjuratoires* » de la part du médecin comme de celle du patient. Nous en retrouvons les traces dans les entretiens :

« Il y a les patients qui sont très angoissés, qui 'veulent savoir sans savoir' et c'est un gros problème pour essayer de leur faire euh... accepter la maladie, et il y a ceux qui ne veulent absolument pas savoir. Et il y a ceux qui ne veulent absolument pas savoir et qui se disent de toute façon, il n'y a pas de traitement et qui ne veulent pas vivre des relations difficiles avec leurs partenaires ou avec l'entourage. » (entretien n° 1, p. 1).

Certains médecins reconnaissent facilement qu'ils « mentent » :

« J'ai toujours menti en fait. Je disais: c'est pas parce qu'on est séropositif qu'on va développer la maladie... En fait je mens. Je dédramatise mais vraiment en mentant, et puis un petit peu à moi-même aussi (...) l'acceptation d'une séropositivité qui ne se transformera jamais en maladie pour moi aussi c'est plus facile. (...) Le mensonge est toujours efficace en médecine, c'est l'effet placebo qui joue. » (entretien n° 9, p. 65).

La nécessité qu'il a de se mentir traduit bien l'insécurité du médecin devant une réalité peu ou prou insoutenable, et l'ouverture d'un espace critique.

D'autres après avoir dit la vérité, revendiquent ce droit de « mentir » :

« Mais je crois qu'il faut dire la vérité, mais aussi on a le droit de mentir en même temps, c'est-à-dire tout en disant la vérité, il faut laisser la porte ouverte sur l'illusion, il faut aussi manier le conte de fée, ça existe. (...) Je crois que je ne mens pas plus avec le cancer qu'avec le Sida et ça ne me pose pas plus de problèmes. En revanche, je vais mentir sur ce qui concerne des espoirs de thérapeutique ou sur des choses comme ça de façon à avoir des bouffées d'oxygène qui permettent de vivre. Ça peut être des mensonges sur l'avenir ou l'évolution de la pathologie. En fait le malade accepte de croire. Il n'est pas dupe. Personne n'est dupe. » (entretien n° 5, p. 28).

Le médecin qui doit dire la vérité au patient dès les résultats du test (mais sans parler de la mort...), se trouve alors aux prises avec le paradoxe **dire la vérité sans dire la vérité**.

Cet écart entre savoir et dire est une source potentielle de tensions spécifiques à l'intérieur de la relation. Pas simplement au moment de l'annonce de la séropositivité mais tout au long du suivi du patient, lors de l'intervention de certains événements d'ordre familial ou professionnel par exemple. En effet, la question du « mensonge possible » se trouve rapidement remise en cause dès que le malade connaît un passage dans la maladie déclarée. Il convient à ce propos de noter la fréquence de l'expression « **Sida avéré** » même dans les textes les plus scientifiques. Tout se passe comme si la période asymptomatique était celle d'un faux Sida et de la légitimation d'un faux discours sur le Sida.

Quel pouvoir reste-t-il au médecin ?

S'ils n'ont pas suivi une formation particulière, les généralistes se disent assez désarmés :

« Ce qu'on ressent nous, c'est un fort sentiment d'impuissance, il faut l'avouer. Nous on ne peut que répercuter les connaissances de nos Maîtres, donc c'est vrai que l'on se sent impuissant. » (entretien n° 1, p. 3).

Dès le passage à la maladie déclarée, l'engagement mutuel dans la prise en charge semble relever davantage d'un accompagnement à la mort que d'un suivi thérapeutique :

« C'est profondément démoralisant pour le soignant, ça c'est banal de le dire, de ne pas avoir de réponse du tout à une pathologie, gérer le fait qu'on doive les accompagner vers une mort, c'est pas facile. Psychologiquement, je crois que j'ai fait une petite déprime à cause de ça. Euh... J'ai eu notamment une patiente que j'ai récupérée, elle était en train de claquer, elle était en insuffisance cardiaque; elle avait une pneumocystose importante. On l'a traitée, on

'L'a tirée par les cheveux', on l'a fait vivre un an et demi et puis bon après, elle est morte. Bon, c'est usant...» (entretien n° 3, p. 9).

Le suivi thérapeutique est sans doute un pouvoir mais c'est surtout aux médecins hospitaliers qu'il est attribué :

« La maladie-Sida, là on a rien. C'est pas nous. C'est les hospitaliers, c'est pas nous. Et c'est plus difficile à gérer. Mais c'est pas la notion de mort, c'est la notion de moyens qu'on a pas. Un cancéreux en phase terminale, l'amener, l'aider à mourir c'est pas insupportable parce que je sais que je peux lui apporter quelque chose. Tandis que le sidéen. (...) Je peux moins lui apporter car je n'ai pas le traitement. Là je ne sais pas. En fait je suis un ignare, et l'ignare il ne peut pas être maître, diriger quelque chose... » (entretien n° 9, p. 67).

Mais ce pouvoir ne va pas sans comporter un versant négatif. J. Lévy et A. Nouss (1994) citent le point de vue du patient soumis à certains traitements qui peuvent relever, en fait, d'un acharnement thérapeutique :

« On lui enfonçait un tuyau dans la bouche, on lui aspirait tout l'intérieur. Il criait dans le tuyau, criait pour l'éternité. Jamais il n'avait vécu ni rêvé pareil cauchemar. (...) Il ne pouvait que hurler, et hurler encore; mais ce qu'il prenait intérieurement pour un hurlement n'était peut-être qu'une légère plainte à peine audible d'autrui. » (Sida-Fiction (pp. 64-65)).

Ce pouvoir ambigu d'une technique déshumanisée est dénoncé par les généralistes :

« Mais le travail psychologique autour de ces maladies-là, c'est pas le spécialiste qui va le faire, il n'en a pas matériellement le temps, ni... Et en plus, je crois qu'ils ne sont pas assez formés. » (entretien n° 5, p. 26).

« Mais je pense que de toute façon, les médecins en secteur privé sont beaucoup mieux que les médecins en secteur hospitalier. (...) Bon, si vous voulez savoir, il y a un professeur, c'est la patiente qui est morte, elle était chez lui parce qu'un autre professeur était absent. 'Bon, alors vous êtes séropositive', le cigare à la bouche. Voilà, vous annoncez à quelqu'un qu'il est séropositif style 'j'en ai rien à f...' » (entretien n° 6, p. 39).

L'utilisation de cette technique hospitalière pourrait d'ailleurs servir autant l'intérêt des services hospitaliers que celui des patients :

« Les praticiens hospitaliers agissent en techniciens; c'est une médecine hyper-spécialisée. En plus, bon, il faut bien en parler quand même, le Sida, c'est de l'argent, c'est médiatique: il y a beaucoup de crédits, d'argent, donc les services, ils tournent là-dessus. Il faut qu'ils aient un pool de patients. Ça les fait

publier puisque c'est comme ça que ça avance la médecine, la recherche hospitalière: il faut publier le plus possible.» (entretien n° 4, p. 19).

Mais la remise en cause opérée par le Sida ne se limite pas au statut de maladie ni au statut de médecin, l'éthique médicale, elle-même, sur des questions essentielles, ne peut plus servir de guide.

Remise en cause de l'éthique médicale

Accéder à un statut de médecin implique aussi l'adhésion et l'obéissance à un code de déontologie. Or la question du savoir pose d'emblée celle d'un savoir à deux ou à plus. C'est ici l'un des facteurs importants du potentiel de mise en crise de la relation, dans la mesure où le secret professionnel prescrit par le code de déontologie médicale est **en contradiction avec le code pénal**.

Dès lors, les médecins s'interrogent :

« Quand c'est un couple, on ne peut pas l'annoncer à la conjointe sans trahir le secret professionnel, donc il y a là un problème déontologique qui se pose.» (entretien n° 1, p. 7).

Certains prennent position :

« Pour moi, le secret médical il n'existe pas dans des cas comme ça. Comment quelqu'un qui a le Sida déclaré, pas séropositif, qui fait la bise à toute sa famille? C'est-à-dire à la petite nièce qui a 8 ans? Vous voulez que je laisse la petite nièce s'infecter ou quoi? Mais je suis un criminel, c'est moi le criminel si je ne dis rien!... »

D'autant que pour ce médecin, il est impossible que le malade parle de sa maladie :

« Ceux qui sont morts dans ma clientèle, ils n'ont jamais annoncé qu'ils avaient le Sida. Jamais. J'ai jamais entendu parler de Sida dans toute la famille, les parents, jamais (...) Le cancer on en parle, oui. Mais les maladies honteuses, on ne parle pas. Le Sida, c'est une maladie honteuse. On veut la faire passer pour je ne sais quoi, mais c'est une maladie honteuse pour le malade. Le malade, il a l'impression d'avoir la peste » (entretien n° 6, pp. 40-41)).

D'autres attendent un moment propice pour prévenir le conjoint :

« Alors c'est sûr qu'il ne m'est jamais arrivé de téléphoner à quelqu'un pour lui dire 'venez, il faut que je vous parle de votre mari'. Ça c'est hors de question. Mais j'ai toujours eu le conjoint qui venait un jour ou l'autre. Et là, ça ne me pose pas de problème de leur parler et je ne pense même pas au secret médical.» (entretien n° 9, p. 63).

Beaucoup sont dans le doute :

« Le patient a dit oui je le dis mais est-ce que c'est vrai? C'est pas à nous à ce moment là d'aller passer un coup de fil à l'autre personne pour lui dire attention! Il faut essayer d'expliquer aux gens qu'ils ont une responsabilité importante. Mais bon chacun est libre... Mais c'est vrai qu'on a vu des couples comme ça, tout à fait dans la négation de la maladie dont l'un des partenaires contaminait l'autre... Bon, quand on voit ça quand même, c'est douloureux pour le médecin...» (entretien n° 4, p. 16).

ou ambivalents

« Je respecte le désir du patient. Moi quand ils me disent 'ma famille ne le saura jamais' je ne le dis pas (...) Mais s'il y avait un problème de couple, je crois qu'à ce moment-là, j'aurais envie de rompre le secret médical. Si une personne vit avec quelqu'un, on n'a pas le droit de laisser l'autre l'attraper. Donc je ne sais pas si j'irais jusqu'à convoquer la personne si je ne la connais pas, mais enfin, en tous les cas, il faut vraiment persuader le malade de le faire et que si ça se présente, il faut le dire.» (entretien 8, p 57).

Il faudrait ajouter que les implications de ce «savoir partagé», même lors d'une prise en charge engagée dans les meilleures conditions, peuvent resurgir à des moments de prise de décision difficiles au cours du traitement, notamment du fait de la **pression des familles**:

« C'est quelqu'un qui a fait un Sida-maladie et qui a flambé rapidement et les parents n'étaient pas au courant, il a donc fallu gérer le problème car les questions étaient pressantes: 'Qu'est ce qui s'est passé? Et pourquoi?' On ne meurt pas d'un problème méningé de nos jours aussi facilement ici. Donc dans ces cas, la famille n'est pas prévenue donc il faut gérer un peu plus tous ces problèmes.» (entretien n° 1, p. 4).

« Bien je viens d'avoir un exemple très proche là. Moi je travaille dans un cabinet de groupe; mon associé soignait l'homme qui vient de décéder du Sida, et moi je soigne la concubine. Eh bien, je viens d'avoir des coups de fil répétés, hier, trois dans la journée de la famille de cette jeune femme, pas d'elle, de la famille qui me dit: 'Une rumeur court, il paraît que Mr X est mort du Sida, je voudrais savoir si c'est vrai parce que ma sœur à ce moment-là, il faut faire quelque chose, et pourquoi est ce que vous ne lui avez pas dit?'» (entretien n° 4, p. 16).

Si dans d'autres maladies graves, le médecin considère qu'il doit prévenir la famille et non le malade, dans le cas du Sida, la donne est inversée, car le malade est toujours mis au courant, la famille non.

Que ce soit la question du «**savoir partagé**» ou la question du **secret**, l'une et l'autre impliquent à des degrés divers, la confrontation du médecin et du patient à **l'altérité**.

Au-delà d'un savoir sur la maladie ou les traitements, ce qui est réellement partagé concerne **l'autre dans ce qu'il a de plus intime**. De même, c'est ce savoir qui constitue le fond du secret, établissant entre médecin et malade une relation de

connivence qui peut être vécue par certains comme de **complicité**. Car le problème du **secret**, de son respect, engage par ailleurs **la responsabilité du praticien vis-à-vis de la société dans laquelle il exerce**.

Remise en cause de la cohésion du corps médical et de sa vocation

Il y a un dernier facteur de déstabilisation de la position de chacun dans la relation:

– plus nettement que d'autres maladies, le Sida révèle l'existence de failles au sein du corps médical. Et l'expression même «**corps médical**» est assez évocatrice de la nécessité d'une **unité à la limite de l'organique**.

Or, des **clivages** se manifestent notamment entre **médecins de ville et médecins hospitaliers**. Tous se plaignent, pour le moins, d'un manque de collaboration qui recouvre un manque de considération:

« En fait, si je n'avais pas téléphoné, je ne savais pas qu'il restait l'après-midi, si son compagnon ne m'avait pas averti qu'il restait une semaine, je ne le savais pas. Il a été réhospitalisé, là je ne l'ai pas su quoi, je l'ai su par le patient. Et d'ailleurs j'ai toujours pas de compte rendu, alors que j'ai appelé moi, j'ai pris rendez-vous et j'ai écrit une lettre. (...) C'est vrai que la complémentarité ça devrait exister. Ne serait-ce que pour donner un coup de fil, je ne dis pas qu'eux ont le temps de donner un coup de fil... Mais là, je n'ai rien eu au bout d'un mois et demi et ça, ça m'a fait un peu râler quoi... (entretien n° 7, p. 49).

Pour la plupart, la relation avec les médecins hospitaliers est décrite comme particulièrement difficile sinon insupportable:

« En tant que médecin de ville, il y a perversion complète du système médical, on ne nous demande plus de soigner des gens, on nous demande de faire des papiers, de remplir des formulaires de 100%, de faire éventuellement des renouvellements d'ordonnance mais les malades sont pris en charge par les hôpitaux, on n'a pas de nouvelles, on a très peu de courrier. (...) Les hospitaliers qui s'occupent de ces malades se foutent complètement de ce qui se passe en dehors des consultations tous les deux mois, tous les trois mois. Ils font des renouvellements, le plus souvent ils n'ont même pas l'intelligence de le faire sur des feuilles à 100% donc, on doit les recopier. (...) Je pense qu'ils ont un comportement avec les médecins de ville qui est tout à fait incorrect. (...) Avant je travaillais avec les hôpitaux, maintenant je ne travaille plus du tout avec eux. Je travaille avec l'hôpital quand c'est quelqu'un qu'on ne sait plus du tout où placer. (...) Et je ne ferai plus jamais le fournisseur de papiers. Dans la mesure où l'hôpital prend en charge les malades et moi on me demande de faire les papiers, qu'ils se démerdent ! Voilà, c'est pas mon rôle, je le fais plus. » (entretien n° 3, pp. 10-11).

Certains des praticiens de notre groupe en arrivent à dire que **médecine hospitalière et médecine de ville sont deux professions différentes**, tant la prise en charge

thérapeutique entraîne des ruptures dans le suivi des malades: ruptures pour le malade et aussi pour le médecin. Ainsi que nous l'a confirmé le groupe de praticiens associé à nos recherches, il est extrêmement difficile pour le généraliste d'être associé aux décisions de traitement en milieu hospitalier ou même bien souvent d'obtenir des informations. A cet égard, citons le cas extrême rapporté par un de nos généralistes qui apprit le décès de son patient à l'hôpital, en téléphonant à la famille...

Au-delà de ce premier clivage, d'autres se dessinent concernant, tout d'abord, la «**vocation médicale**». L'un des médecins décrit ses confrères comme apeurés ou démissionnaires:

«J'étais très choqué par l'attitude des confrères au début de l'épidémie. Et cette attitude était très très marquée de rejet où les gens avaient le courage de dire: 'Moi, dès que j'en dépiste un dans ma consultation, je me débrouille pour le mettre à la porte.' Moi ça m'a rappelé des gens qui étaient devenus militaires de carrière (...) et puis quand il y a eu des guerres, on les a envoyés sur des bateaux. Et dès que cela devenait dangereux, ils ont considéré cela comme scandaleux: on risquait sa vie! (...) Or je pense qu'un certain nombre de médecins sont devenus médecins sans avoir réalisé qu'ils peuvent être amenés à se battre au milieu de l'épidémie ou du moins à prendre un certain nombre de risques. (...)

«C'était ça et puis le fait que personne n'y connaissait rien et que ça représentait une espèce de montagne dès que le malade était séropositif, le médecin, même s'il ne s'en débarrassait pas par peur, il s'en débarrassait par peur médicale se sentant complètement incompetent. Oui, mais c'est vrai pour d'autres maladies ça aussi. Notamment avec les maladies lourdes neurologiques ou les cancers avec des chimiothérapies par exemple. Mais c'est vrai que les médecins démissionnent parce que ça dépasse leurs compétences et qu'ils ne veulent pas se casser trop la tête» (entretien n° 4, p. 25).

Remise en cause de la cohérence du système de santé

Selon J. Lévy et A. Nouss (1994: 76), cette remise en cause s'étendrait au **système de santé lui-même**:

«Le Sida (...) est révélateur des contradictions et des impasses qui sous-tendent la gestion du système de santé dont les choix budgétaires et scientifiques n'obéissent pas à des prémisses de stricte neutralité scientifique. Tout comme un test révèle la présence du virus, la maladie devient le test d'un ensemble social dont elle révèle les hypocrisies et les lacunes. Le Sida est alors onde porteuse d'une létalité qui affecte non seulement l'organisme mais aussi des carences éthiques qui affectent le projet de société contemporain.»

Essai de questionnement et orientations théoriques

Les résultats de cette pré-enquête montrent que la «Crise» de la relation médecin-malade mise en évidence par le Sida se situerait essentiellement: au niveau

d'une défaillance possible des cadres de référence traditionnels de la relation, *pour les deux partenaires*.

Défaillance du cadre institutionnel médical

La remise en cause de l'ensemble des certitudes qui fondent la pratique médicale semble suffisamment importante pour que l'institution médicale elle-même, dans l'expérience subjective consciente ou inconsciente du *médecin*, ne soit plus garante d'une cohérence entre statut, savoir et pratique. Le risque serait celui d'une rupture du cadre institutionnel dans lequel s'inscrivent la médecine et son exercice.

Et comment le *patient*, lui-même, n'en percevrait-il pas les résonances dans la relation, se trouvant ainsi conduit à remettre en cause ses propres certitudes vis-à-vis de «*la médecine*»?

Défaillance du cadre personnel

En ce qui concerne le patient, nombre de travaux ont mis en évidence l'état de crise engendré par l'annonce de la séropositivité. Même lorsque les résultats ne font que confirmer des soupçons déjà existants, elle constitue un véritable traumatisme qui perturbe la configuration des principaux repères (temporels, professionnels, relationnels) du patient. Et l'on sait que la conquête d'une position nouvelle, même «*héroïque*» implique une période de réorganisation, elle-même critique. Cf. l'importance de la «*rupture biographique*» (M. Bury, 1982), et la notion de «*renforcement biographique*» mise en évidence par D. Carricaburu et J. Pierret (1992) dans le cadre d'une recomposition identitaire toujours nécessaire.

Quant au médecin, il peut aussi être touché au niveau de son cadre personnel ainsi qu'en attestent le vécu de résonances, la «*déprime*», ou l'usure rapportés par certains.

N'y aurait-il pas ainsi, à des degrés divers et de manière plus ou moins transitoire, un risque de déstabilisation pour chacun? Et quelles seraient les conséquences de telles défaillances sur les positions identitaires, les statuts et les rôles, des protagonistes de la relation ?

Avant d'envisager les éléments de réflexion théorique, permettant d'orienter des possibilités de réponse à ces questions, il importe de souligner la spécificité de la relation médecin-malade. C'est par essence, une relation de **dépendance**, reposant de principe sur ce que l'on pourrait appeler un «**contrat identitaire**» définissant la position de chacun. Celui-ci conditionne l'existence de certains attendus de part et d'autre: le médecin attendant du malade qu'il le confirme dans son identité de médecin et réciproquement, le patient demandant à être confirmé dans son identité de malade.

L'approfondissement d'une approche clinique de la crise identitaire nécessite le recours au concept de «**cadre**» élaboré par J. Bleger (1966/1979). J. Bleger, s'intéressant aux fondements de l'identité du sujet, souligne en effet, l'importance de la

conservation dans un «cadre» des parties les plus primitives et les plus indifférenciées de l'individu qu'il retient et «contient» au sens de W.R. Bion. Le cadre, le «non-moi», «noyau psychotique», est un «ensemble de constantes», une structure immobile par rapport aux processus psychiques. C'est de l'immutabilité de ce non-moi que dépend le développement du Moi, il constitue «la toile de fond sur laquelle le Moi et l'identité de l'individu sont construits» (*Id.*: 264). Selon Bleger, les **institutions** d'appartenance et de référence (notamment) occupent cette place dans la vie psychique inconsciente du sujet, et se constituent comme **dépositaires de la partie psychotique** de la personnalité, c'est-à-dire de la partie non-différenciée et non-dissoute des liens symbiotiques primitifs.

L'une des propriétés essentielles du cadre est de ne révéler son existence que par défaut: rupture ou menace de rupture. Ces moments de défaillance, transitoire ou non, du cadre conditionnent l'émergence en tant que figure et variable de ce qui pouvait n'être que fond et constante jusqu'à ce moment. Se trouve alors ouverte une «brèche» par laquelle s'infiltré «une réalité catastrophique»: par là-même ce qui est de l'ordre de «l'impensable» pour le sujet concerné.

Ne pourrait-on considérer que la crise de la relation médecin-malade est précisément à situer dans ces termes et à ce point d'émergence d'un processus, d'une mise en mouvement de ce qui était antérieurement immobile, parce qu'appartenant au cadre? Une telle émergence est nécessairement de nature à remettre en cause le «**contrat identitaire**» (de principe, ou déjà établi) sur lequel est fondée la relation médecin-malade. Et plus particulièrement, c'est l'identité même de chacun, personnellement, qui risque de vaciller, par perte – soudaine ou progressive – de repères et d'étayages.

Si l'on situe le malaise de la relation à ce niveau d'identité, cela permettrait de comprendre combien ce malaise peut être profond et peu réductible par une formation ou une information de type rationnel. Et, l'on comprend alors la faible proportion de médecins dits «impliqués». Dès lors, il conviendrait de repérer quel type de défense chaque protagoniste met en place et si ces mécanismes sont compatibles avec le maintien d'une relation thérapeutique.

Il reste que la défaillance ou la rupture du cadre constitue l'un des facteurs et l'une des composantes possibles d'une mise en crise et d'une crise effective de la relation. La perte des repères, le risque de dérégulation identitaire (avec la menace d'une errance psychotique) au moment de ce que nous avons défini comme la mutation d'une constante et l'émergence d'une variable, autorisent à poser ici l'hypothèse d'une remise en cause du contexte de référence habituel, d'une indéciabilité de choix d'un nouveau contexte pour la relation.

A ce point de réflexion, il semble que les théories de J. Bléger sur le cadre nous permettent de rejoindre des apports décisifs de l'approche systémique concernant les syndromes de confusion transcontextuels.

Confusions transcontextuelles et double lien

L'analyse d'un nouveau contexte pour la relation ne saurait faire l'économie de la réflexion de G. Bateson sur le «contexte».

Selon cet auteur l'analyse du contexte s'intéresse «à *L'étude des circonstances et des situations dans lesquelles un individu interagit avec son environnement*». Toute forme d'expérience ou d'apprentissage y compris relationnel survient dans un contexte possédant des propriétés formelles spécifiques.

C'est le contexte qui définit toute expérience ou apprentissage ainsi que le montre la description de la cure analytique : «*Lorsque j'entre chez mon analyste, je crée quelque chose que nous appellerons un contexte et qui est, au moins symboliquement (comme élément du monde des idées), isolé et limité par le fait de fermer la porte... Mais j'arrive avec des histoires... avec une provision d'histoires faisant partie intégrante de mon être. Les structures et les séquences de mon expérience d'enfant sont imbriquées en moi: mon père faisait telle ou telle chose... Ce qu'ils ont fait se situe en dehors de moi mais... mon apprentissage s'est produit à l'intérieur de l'expérience que j'ai eue des actes de ces autres... la tournure des événements qui se sont produits hier entre vous et moi donne sa forme à la façon dont nous réagissons l'un vis-à-vis de l'autre aujourd'hui... transfert de notre apprentissage passé... notre pensée procède par histoire (...) La notion d'histoire se rattache à celle de contexte.*» (G. Bateson , 1984: 23).

Encore que le contexte soit selon Bateson une notion imparfaitement définie, il est présenté ici comme tout ce qui met en forme les structures et séquences de l'expérience du sujet.

Ainsi, ce que d'autres théorisations appellent inconscient biologique, inconscient dynamique ou «cadre» seraient des contextes au sens de Bateson. Ils appartiendraient à la catégorie des contextes «internes» dotés d'une grande immuabilité. Notre difficulté proviendrait du fait que nous sommes plutôt accoutumés à considérer comme contexte ce dans quoi nous évoluons (notre environnement) et qui est aussi changeant qu'il nous est extérieur. Mais la pensée de Bateson étant plus fonctionnelle que descriptive ne fait pas cette distinction entre contexte «interne» et «externe».

En revanche, Bateson associe le contexte et le sens. En effet, si le contexte «*peut être considéré comme un terme collectif désignant tous les événements qui indiquent à l'organisme à l'intérieur de quel ensemble de possibilités il doit faire son prochain choix*», c'est le contexte qui permet de s'orienter et qui donne le sens.

Mais le propre de «l'espèce humaine étant d'avoir multiplié les contextes selon une série ouverte de méta-contextes pouvant évoluer à l'infini, il peut y avoir **conflit de contextes**. En ce cas, les choix peuvent devenir impossibles et le sens disparaître comme dans les syndromes de confusion transcontextuels par exemple le syndrome de double lien.

Or ce sont bien des difficultés de leur choix que parlent les médecins. Lorsqu'ils se demandent comment «*ne pas parler de la mort tout en disant la vérité*», «*faire confiance au patient tout en se défiant de lui*», «*rester à sa place de médecin tout en lâchant la blouse*», «*retrouver une médecine humaniste tout en sachant que la médecine est de plus en plus technicisée*», ils décrivent un système d'injonctions contradictoires. Certes, pour la plupart, ces injonctions renvoient aux difficultés courantes de la pratique médicale, à ceci près que, dans les autres affectations, le médecin peut davantage choisir un des termes de l'alternative (par exemple dire ou ne pas dire la vérité, selon les moments), ce qui est une manière de lever la contradiction.

La relation thérapeutique avec des patients infectés par le VIH rend ce choix impossible. Elle transforme donc de simples injonctions contradictoires en injonctions paradoxales. Et, la relation médecin-malade étant une relation de dépendance, peut être vécue comme d'importance « vitale », notamment dans le contexte de gravité lié au pronostic de l'infection à VIH. Dès lors ces injonctions acquièrent un pouvoir « liant » au sens de G. Bateson, et un contexte de double lien peut s'instaurer.

On sait que la durée de cette expérience dite « intenable » est une des conditions nécessaires à l'instauration de ce contexte. Vu sous cet angle, on pourrait comprendre les réactions de rejet d'un certain nombre de praticiens. Elles tradiraient le refus d'accepter une relation inscrite dans un tel contexte, ce qui serait une manière d'échapper à une situation, dont on sait qu'elle engendre la confusion, la panique ou la rage, au moins dans un premier temps.

Il convient alors de se demander de quel conflit de contexte, la crise de la relation médecin-malade serait le reflet.

A titre d'hypothèse, on pourrait penser que les dimensions imaginaires attachées dans les mentalités collectives, au savoir et au pouvoir médical d'une part et à la maladie du Sida de l'autre, classent le médecin et le malade respectivement en « **situation d'initié** ».

En ce cas, les aléas de la relation médecin-malade, ses crises et ses défis, pourraient apparaître comme ceux inhérents au **choc de deux contextes initiatiques**. Avec la possibilité que l'un des groupes, ou les deux, connaissent les effets ravageurs d'une forme d'aculturation.

Comme dans toute situation de double lien, l'issue pourrait consister en l'émergence d'un nouveau contexte que l'on pourrait théoriquement concevoir comme un contexte **d'initiation mutuelle**. Et cette dernière notion, elle-même, resterait à mieux expliciter. Par exemple, il conviendrait déjà de s'interroger sur la nature de cette initiation et l'identification des valeurs qui seraient privilégiées au détriment d'autres...

En l'état actuel de nos travaux, l'ensemble de ces considérations ne saurait s'inscrire que dans les limites d'hypothèses théoriques. Certaines peuvent même apparaître comme relevant d'une utopie.

Elles ouvrent cependant certaines perspectives et tracent les contours d'un cadre théorique complexe, ne serait-ce que par la rencontre suscitée entre des concepts et des notions *a priori* posées comme différentes. Ce genre de confrontation a déjà fait les preuves de ses vertus heuristiques dans la recherche, sur les plans théoriques, mais aussi méthodologiques.

Il serait donc vain de prétendre conclure ici. Simplement (et même à l'adresse des chercheurs...), il n'est pas inutile de rappeler ce que certains soutiennent, de manière provocante: le fait que le Sida « remet les choses en place »: en particulier « les limites de l'homme » et le fait que « l'homme n'est qu'un homme ».

Or les praticiens avec lesquels nous travaillons (et qui appartiennent au groupe des « impliqués ») expriment tous, en parlant de « prise en charge globale », l'envie d'une médecine différente où chaque praticien trouverait une place en collaboration avec d'autres (à l'image des réseaux Ville-Hôpital). Cette « prise en charge globale » signifie à la fois *groupalité et partage*, non sans incidence sur les possibilités

de stabilisation identitaire de chacun. Et il semble que dans les rapports aux patients, elle privilégierait «l'être mal» sur «l'avoir mal» et permettrait de mieux le vivre et l'assumer.

Ce qu'opère le Sida, n'est-ce pas précisément la nécessité de ce retour et de cette confrontation à l'humanité-même (de la souffrance, de la mort)? Que ce soit à titre de rappel ou de rencontre, le Sida ne nous obligerait-il pas aujourd'hui à repenser la distance et la proximité réunissant et divisant, à la fois, ce que l'on appelle le «soin» et la «relation»?...

Françoise Rougeul
6, avenue Jean-de-la-Fontaine
F-06100 Nice

Yannick Geffroy
29, rue Masséna
F-06000 Nice

PRINCIPALES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achenbaum P. (1992): «Défi et déni», in: *L'homme contaminé: la tourmente du Sida, Autrement, Mutations*, pp. 131-139.
- Aiach P., Bon N., Kaumann A., Waissman R. (1989): *Vivre une maladie grave*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- Ancona L. et al. (1991): «Health care professionals and Aids: how many risks of burn-out syndrom?», WD. 4190, Italie. *VII^e Conférence Internationale sur le Sida*, Florence.
- Arnal F. (1992): «Les années Sida racontées par ceux qui vivent la maladie au quotidien, Journal à plusieurs voix», *Chronique hebdomadaire de Gai-Pied Hebdo*.
- Bateson G.: «Mind and Nature. A necessary Unity», 1979, *La nature et la pensée*, Paris, Seuil, 1984.
- Bateson M.C., Goldsby R. (1988): *Thinking A.I.D.S.*, Addison Wesley, New York, Publishing Company Inc.
- Baudrillard J. (1989): «Une prophylaxie par le chaos», *Libération, n° spécial Sida*, 1989, 8.
- Benoist J. (1989): «Le médicament, opérateur technique et médiateur symbolique», *Projection La santé au futur*, 1, 45-50.
- Benoist J. (1990): «L'efficacité thérapeutique entre le biologique et l'anthropologique», *La revue du Praticien-Médecine Générale*, 84, 59-64.
- Bez G., Jasmin C. (sous la direction de) (1993): «Cancer, Sida et société. Pour une approche globale de la santé», *Communication et complexité*, ESF, Paris.
- Bibeau G.: «L'Afrique terre imaginaire du Sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes», *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15, n° 2-3, pp. 125-146.
- Bideault H. (1989): «Médias et consultation du généraliste», in: *La vie au temps du VIH. Acte du colloque de l'Association Didier Seux*, Lyon, Ed. Fondation Marcel Mérieux.
- Bion W. (1979): *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.
- Bleger J. (1967): *Symbiose et ambiguïté*, Paris, PUF, Le Fil rouge.
- Bleger J. (1979): «Psychoanalyse du cadre psychanalytique», in: *Crise, rupture et dépassement*, R. Kaes, Paris, Dunod.

- Boiron F., Licht N. (1993): « Le Sida vécu au quotidien », Etude anthropologique de la maladie du vécu de la maladie dans une population de malades et de soignants dans le Sud-Est de la France. *Rapport ANRS, Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie*, Aix-Marseille III.
- Bonifassi L., Bourdillon F., Nadal J.M., Pradier Ch., Bez G. (1994): « Enquête nationale sur les réseaux Ville-Hôpital engagés dans la prise en charge des personnes atteintes d'infection à VIH », *Les réseaux Ville-Hôpital dans la lutte contre le Sida*, Ministère des affaires sociales de la Santé et de la Ville, Mission Sida..
- Breton C. (1991): « Rêve de soigner, rêve de guérir », in: *S.I.D.A., qu'est-ce que soigner?*, Actes du colloque de l'Association Didier Seux, Lyon, Fondation Marcel Mérieux.
- Bury M. (1982): « Chronic illness as a biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, 4 (2), pp. 167-182.
- Caïn J. (1977): *Le double jeu, essai psychanalytique sur l'identité*, Paris, Ed. Payot, 1977.
- Calvez M. (1989): *Composer avec un danger. Approche des réponses sociales à l'infection au VIH et au Sida*, Rennes, IRTS.
- Carricaburu D., Pierret J. (1992): *Vie quotidienne et recompositions identitaires autour de la séropositivité*, Rapport ANRS, équipe CERMES (CNRS, INSERM, EHES), Paris.
- Cassuto J.P., Reboulot B. (1988): *La séropositivité au quotidien*, Collection Santé, n° 8, Paris, Odile Jacob.
- Cassuto J.P., Reboulot B. (1992): « La séropositivité dans tous ses états », in: *L'homme contaminé: la tourmente du Sida, Autrement, Mutations*, n° 130, pp. 59-66.
- Charmasson C. (1987): « Problèmes relationnels posés aux équipes soignantes », *Cahiers de l'Association Française de Psychiatrie*, n° 8, pp. 40-42.
- Charmasson C. (1991): « Une maladie du secret », in: *Rev. de Med. Psychosom.*, n° 25, pp. 13-20.
- Charpak Y., Nory F., Barbot J. (1994): « La prise en charge des toxicomanes (héroïnomanes) par les médecins généralistes », *Rev. Epidem et Santé Publ.*, 42, 224-234.
- Chebili S. (1990): « Le savoir partagé », in: *La vie au temps du VIH*, Actes du colloque de l'Association Didier Seux, Lyon, Ed Fondation Marcel Mérieux, pp. 19-23.
- Conant M., Friedland G., Jaffe H., Clumeck N., Knorr C. (1988): « Le médecin généraliste confronté au Sida », *Patient Care*, n° 2, pp. 44-63.
- Darcourt G. (1987): « Phénomènes du Sida et psychiatrie », *Cahiers de l'Association Française de Psychiatrie*, n° 8, pp. 3-4.
- De Botolini C. (1991): « The burn-out risk among the nurses and the doctors caring HIV patients », *Actes du congrès international sur le Sida*, Florence, pp. 1-13.
- Defert D. (1989): « Le Sida, réformateur social », *V^e conférence internationale sur le Sida*, Montréal.
- Dessertine D. (1993): « Les mesures de santé publique face à la tuberculose: hésitations et limites (1900-1940) », *Prévenir*, Paris, n° 25, 2^e semestre 1993.
- Dickens B.M. (1988): « Legal rights and duties in the aids epidemic », *Science*, vol. 239, pp. 580-586.
- Doumenc M., Jean-Girard C., Souhami B., Ducarre R., Lefourmy A., Charpak Y. (1993): « Que perçoit le médecin des attentes de son patient? Une étude qui montre quelques discordances », *La revue du praticien-Médecine générale*, t. 7, n° 219, pp. 55-63.
- Dubayle V. (1990): *Sida et mutations de soins. Le médical et le social en question* (sous la direction de J. Beauchard et F. Moncomble). Mémoire de maîtrise S.S.A.T., Université Paris XII.
- Dunkel J., Hatfield S. (1986): « Countertransference issues in working with persons with Aids », *Social Work*, n° 31, pp. 114-117.
- Elkaïm M. (1992): *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Paris, Seuil
- Erikson E. (1960): *Enfance et Société*, Delachaux et Niestlé, Lausanne.
- Etats Généraux des 17 et 18 mars 1990 (Le livre blanc) (1992): *Vivre le Sida*, coll. « L'histoire à vif », Paris, Cerf, 1992.

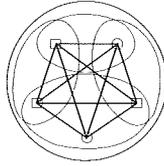
- Epkin P. (1992): «Les années Sida racontées par ceux qui vivent la maladie au quotidien. Journal à plusieurs voix», *Chronique hebdomadaire de Gai-Pied Hebdo*.
- Faber C. (1994): «SIDA: aujourd'hui, quatre généralistes sur cinq ont au moins un patient séropositif», *Le Quotidien du Médecin*, Paris.
- Freud S. (1987): «L'inquiétante étrangeté», in: *Essais de Psychanalyse appliquée*, Paris, Payot.
- Fierson R.L. et al. (1987): «Stresses on physicians treating AIDS», *Am. Fam. Physician.*, n° 35 (6), pp. 153-159.
- Garagusi V.F. (1987): «Aids patients in private practice», *Am. Fam. Physician*, n° 35 (6), pp. 82-84.
- Gerbert B., Maguire B., Bleecker T., Coates T., McPhee S. (1991): «Primary care physicians and AIDS. Attitudinal and structural barriers to care», *JAMA*, vol. 266, n° 20, pp. 2837-2842.
- Giami A., Assouly-Piquet C., Berthiet F. (1988): *La figure fondamentale du handicap: représentations et figures fantasmatiques...* Recherche MIRE-GERAL, Paris.
- Giami A., Veil C. (1992): *Sida: représentations, relations et conduites chez les infirmières et les travailleurs sociaux. Permanence et Changements*. Rapport de recherche. Convention INSERM-EHESS.
- Giami A. (1993): «Une théorie sexuelle du Sida», *Prévenir*, Paris CVM, n° 25, 2^e semestre.
- Gilman S. (1988): *Disease and representation. Images of Illness from Madness to Aids*, Ithaca, Cornell Univ. Press.
- Giust-Desprairies F. (1989): «Une approche de l'investissement des représentations sociales dans l'entretien», *Psychologie Clinique*, n° 1, pp. 129-145.
- Goffman E. (1975): *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Ed. de Minuit (tr. fr.).
- Goldstein R. (1991): «The Implicated and the Immune: responses to AIDS in the Arts and Popular Culture», in: D. Nelkin, D. Willis, S. Parris, (Eds), *A disease of Society. Cultural and Institutional Responses to AIDS*. Cambridge, Cambridge Univ. Press, pp. 17-44.
- Got C. (1989): *Rapport sur le Sida.*, Paris, Flammarion.
- Grmek M.D. (1989): *Histoire du Sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris, Payot.
- Grmek M.D. (1989): «Les mythes des origines», *Libération*, n° spécial Sida, 9.
- Guibert H. (1992): *Cytomégalovirus, journal d'hospitalisation*, Paris, Seuil.
- Guibord G.M., Sprague L.M. (1989): *Working with Aids: A Ressource Guide for Mental Health Professionals*, San Francisco, Ed Michael Helquist.
- Guillaumin J., Gagnebin M. (1979): «Pour une méthodologie générale des recherches sur les crises. Une approche croisée («intercritique») des phénomènes psychologiques décrits comme «crise» chez les individus, dans les groupes et les institutions», in: R. Kaes et coll.: *Crise, rupture et dépasement*, Paris, Dunod.
- Guillaumin J. (sous la direction de) (1988): *Pouvoirs du négatif dans la psychanalyse et la culture*, Ed. Champ Vallon, L'or d'Atalante, Seyssel.
- Hefez S. (1992): «Le désarroi hospitalier face aux toxicomanes séropositifs», *Transcriptase*, Paris, n° 9.
- Herzlich C., Pierre J. (1988): «Une maladie dans l'espace public. Le Sida dans six quotidiens français» *Annales ESC*, n° 5, pp. 1109-1134.
- Hintermeyer P. (1988): «La pensée SIDA», in: *Actions et Recherches Sociales*, n° 3: *Sida et société*, Paris, ERES, septembre 1988.
- Hintermeyer P. (1989). «Résonances d'une mort annoncée», in: *ARS, N° 314: Sida: Le défi social*, Paris, ERES.
- Hirsch E. (Entretiens de...) (1987): *Le Sida, rumeurs et faits*, Paris, Ed. du Cerf, 1987.
- Horassius-Jarrie N., Tastevin M., Horassius A. (1987): «Une bien embarrassante affaire: réflexion à partir des réactions paradoxales du corps médical face au Sida et à la séropositivité», *L'Information Psychiatrique*, vol. 63.
- Jaques E. (1965): «Social system as a defense against persecutory and depressive anxiety», in: *New direction in psychoanalysis*, London, Tavistock, 479-498; trad. fr., in: Lévy A., *Psychologie sociale*, Paris, Dunod.

- Joule R.V. (1992): « Applications de la théorie de l'engagement », Communication au *Forum Chercheurs-Praticiens*: « Les applications de la psychologie sociale, aide à la résolution de problèmes et au transfert de technologies », Technopoles Rennes-Atalante.
- Joule R.V.: « Attitude Change, Behaviour and AIDS Prevention », Communication au Colloque *The psychosocial Challenge of AIDS*, Madrid, 24-26 mai 1993.
- Jourdan-Ionescu C., De La Robertie J. (1989): « Interrogations que pose au clinicien le Sida », *Psychologie Française*, n° 34 (§ 2-3), pp. 127-144.
- Kaes R. (1979): *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod.
- Kaes R. (1983): « La catégorie de l'intermédiaire et l'articulation psycho-sociale », *Bulletin de psychologie*, XXXVI, n° 360, pp. 587-593.
- Kaes R. (1985): « La catégorie de l'intermédiaire chez Freud: Un concept pour la psychanalyse? *L'évolution psychiatrique*, 50, 4, pp. 893-926.
- Kaes R. et al. (1987): *L'institution et les institutions*. Etudes psychanalytiques, Paris, Dunod.
- Katlama C. (1991): « La prise en charge médicale des sujets VIH positifs », in: *SIDA et Toxicomanie: Répondre*. Collectif dirigé par Aimé Charles-Nicolas, Frison-Roche, Paris, pp. 130-136.
- Kochen M., Hasford J., Jager H., Zippel S., L'Age M., Rosendahl C., Fuebl H., Eichenlaub D. (1991): « How do patients with HIV perceive their general practitioners? », *British Medical Journal*, vol. 303, pp. 1365-1368.
- Kubler-Ross E. (1987): *Aids: The Ultimate Challenge*, New York, Macmillan Publ. Company.
- Landman R., Hellman S., Hellman D., Dormont J., Schwartz D., Hirsch E., Saimiot D. (1991): « Ethique et essais thérapeutiques: questions de méthode; Des souris ou des hommes; L'avantage de la démarche scientifique; Une situation d'exception, Notules », *Le Journal du Sida*, vol. 91, n° 34, pp. 26-39.
- Lascoumes P. (1993): « La défense des droits des personnes comme contribution à la santé publique », *Prévenir*, Paris, n° 25.
- Leplege A.: « Incertitudes et Ethique médicale », in: *La vie au temps du VI.H.*, Actes du colloque de l'Association Didier Seux, Lyon, Ed. Fondation Marcel Mérieux, 1989.
- Le Breton D. (1990): *Anthropologie du corps et modernité*. PUF, Sociologie d'aujourd'hui, Paris, 1990.
- Lert F., Marne M.J. (1991): « Les soignants et la prise en charge des personnes atteintes de Sida à l'hôpital (étude exploratoire dans trois services hospitaliers) », *Rapport à l'ANRS*, Laboratoire GESTE Santé Publique, INSERM U 88.
- Lert F., Clerc F. (1991): *La santé du personnel soignant à l'hôpital*, Paris, Anact.
- Lert F., Marne M. (1991): « Les soignants et la prise en charge des patients atteints de Sida à l'hôpital », Laboratoire GESTE-Santé Publique, INSERM U88, 117 p., (polycopié),
- Lert F., Marne M.J. (1992): « Hospital care for drug users with Aids or HIV infection in France », *AIDS care*, 4, 3, 333-338.
- Lert F., Marne M.J. (1993): « Les soignants face à la mort des patients atteints du Sida », *Sociologie du travail*, n° 2, pp. 199-214.
- Lévy J., Nouss A. (1994): *Sida-Fiction. Essai d'anthropologie romanesque*. Ed. universitaires de Lyon, Lyon.
- Lévy J.P. (1991): *Le pouvoir de guérir*, Ed. Odile Jacob, Paris.
- Licht N. (1993): « Jeux de rôles. De l'impact du Sida sur les rapports soignants-soignés », *Prévenir*, n° 25.
- Malherbe J.F., Zorrilla S. (1988): *Le citoyen, le médecin et le Sida: l'exigence de la vérité*, Collection: Catalyses, Paris, L'Harmattan.
- Mansfield S.J., Singe S. (1989): « The general practitioner and human immunodeficiency virus infection: an insight into patients' attitudes », *Journal of the Royal College of General Practitioners*.
- Mayers A. (1991): « The Manifestation and Management of Staff Countertransference on a pediatric Aids unit Team », Communication présentée au colloque « Aids 91: The Social Work Response: 3rd Conference on Social Works on Aids », New Orleans, 1991.

- Missenard A. (1989) *et al.*: *Le Négatif, figures et modalités.*, Dunod, col Inconscient et cultures, Paris, 1989.
- Morin M. (1993): «Le rôle des généralistes», *Le journal du Sida*, n° hors-série, «L'Épreuve des vérités».
- Moatti J.P., Dab W., Pollak M. *et al.* (1990): «Les attitudes et comportements des Français face au Sida», *La Recherche*, 223, pp. 888-895.
- Moatti J.P., Souville M., Obada Y., Morin M., Sebbah R., Gamby T., Gallais H., Gastaut J.A. (1994): «Les déterminants de la prise en charge de patients infectés par le VIH en médecine générale ambulatoire: Résultats de l'enquête marseillaise», INSERM Unité 357, Institut Paoli-Calmette, ORS-PACA, UREM-PACA, Hôpital Saint Joseph, Hôpital de la Conception. *Les réseaux Ville-Hôpital dans la lutte contre le Sida*, Mission Sida, *op.cit.*
- Morin E. (1976): «Pour une crisologie», *Communications*, n° 25, 1976, pp. 149-162.
- Oppenheimer G.: «In the Eye of the Storm: the epidemiological Construction of Aids», in: E. Fee, D. Fox (Eds), *Aids: the Burden of History*, Berkeley, Univ. Press of California.
- Pachabezian V. (1992): «Les enjeux du rapport médecin généraliste-séropositif», *Transcriptase*, n° 3, pp. 9-10.
- Pailard B. (1994): *L'épidémie, Carnets d'un sociologue*, Paris, Stock, Au Vif.
- Papadakou E. (1991): «De la pratique clinique en prison auprès de patients séropositifs ou malades», *Synopsis-Pluralis*, 4, 4, 1991.
- Petitnicolas C. (1994): «Un sondage présenté au MEDEC 94 à Paris. Face au Sida, le désarroi des généralistes», *Le Figaro*, Paris, 4 mars 1994.
- Pinell P. (1985): «La relation médecin-malade cancéreux», *Prévenir, CVM*, Paris, 11, 9-16.
- Pinell P. (1992): *Naissance d'un fléau-Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Métaillié.
- Plaza M. (1992): *Gynécologues, Femmes et Sida. Du discours médical sur la femme aux pratiques préventives avec les femmes*. Rapport ANRS de recherche du laboratoire de psychologie clinique, Paris V.
- Pollak M. (1988): *Les Homosexuels et le Sida. Sociologie d'une épidémie*. Paris, A.M. Métaillié, 1988.
- Pommier M., Taboada M.J., Van Hove A.M. (1988): «Impact de l'annonce de la séropositivité sur les patients toxicomanes», *L'information psychiatrique*, 64, 5, pp. 72-102.
- Pradier C., Pinier Y., Bonnet C., Vezolles M.J., Scavini G., Carles M., Bonifassi L., Durant J., Della-Monica P. (1992): «Attitudes des médecins libéraux dans le département des Alpes-Maritimes», *Med Mal infect*, 22, 896-901.
- Quétel C. (1986): *Le mal de Naples, Histoire de la syphilis*, Paris, Seghers, 1986.
- René L. (1989): «Éthique médicale et toxicomanie», *Bulletin de l'ordre des médecins*, 2, p. 1.
- Renevoit Levesque M.A. (1990): «Réactions des équipes psychiatriques lors de leur première rencontre avec le VIH», in: *Le Sida. Images et réalités*, Paris, Les actes du XIII^e, 1990.
- Rey D., Moatti J.P., Rottly M., Pradier C., Gillet J.Y., Gastaut J.A., Couturier E., Brunet J.B., Obadia Y. (1994): «Dépistage, Connaissances et Comportements face au VIH chez les femmes enceintes (Prevagest P.A.C.A. 1992)», *B.E.H.*, n° 8, 35-37.
- Rosenbaum W. (1989): «Influence du savoir partagé sur la pratique médicale», in: *La vie au temps du VIH, Actes du colloque de l'Association Didier Seux*, Ed. Fondation Marcel Mérieux, Lyon.
- Ruffiot A. (sous la direction de) (1989): *Psychologie du Sida. Approches psychanalytiques, psychosomatiques et socio-éthiques*, P. Mardaga, Bruxelles.
- Saillant F. (1988): *Cancer et culture*, Québec, Ed. Saint Martin, 1988.
- Saint-Jarre C.: *Face au Sida; Discursivations de la mort anticipée*, Thèse de doctorat en littérature comparée, Université de Montréal.
- Segalen J. (1991): «Du secret pour soigner», in: *SIDA Qu'est-ce que soigner?*, Actes du colloque de l'Association Didier Seux, Ed. Fondation Marcel Mérieux, Lyon, 1991.
- Souyris A. (1992): «Les attitudes et comportements des généralistes», *Le journal du Sida*, n° 45.
- Seux D. (1987): «Le retentissement psychologique», *L'information psychiatrique*, 63, 2, pp. 215-226.

- Silvestre D., Leguil F., Linard F. (1989): « Le Sida, une rupture pour le sujet », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 7, n° 1, pp. 81-90.
- Sobel A. (1988): « Mutations viro-induites. Mutations viro-induites et adaptatives du savoir-faire médical », *Actions et Recherches en Sciences Sociales*, n° 3, 1988.
- Sobel A. (1991): « Sida: l'heure du reflux? », *Actions et Recherches en Sciences Sociales*, n° 3.
- Sontag S. (1989): *Le Sida et ses métaphores*, Paris, Le Seuil (tr. fr.).
- Starman R. (1993): « General practitioner's role towards people with HIV », *IVth STD World Congress*, Berlin, June 6-11.
- Tap P. (sous la direction de) (1980): *Identité individuelle et personnalisation*, Toulouse, Privat, 1980.
- Thiaudière C. (1992): « L'homme contaminé » (ouvrage collectif dirigé par). *Autrement, série Mutations*, n° 130.
- Thomas L.V. (1975): *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.
- Trupel K. (1994): « La relation médecin-malade » (mémoire de maîtrise de Psychologie), Nice.
- Vanhove A.M. (1991): « Prise en charge des patients séropositifs à l'hôpital », in: *Sida et personnel hospitalier*, Paris, AP-HP.
- Verboud M. (1992): « Un rappel pour mémoire. L'épidémie de tuberculose », *Le journal du Sida*, n° 37, 38.
- Veret J.L. (coordonné par) (1990): « Le généraliste, acteur de la lutte contre le Sida. A propos d'une enquête sur les réseaux concernés par la séropositivité dans la région de Caen », *Rapport CORES*, Caen, novembre 1990.
- Viau A., Boirot C., Obadia Y., Gamby T., Fagnani F. (1988): « Attitudes des médecins de ville face au Sida et à la prise en charge des séropositifs dans les Bouches-du-Rhône », Rapport ANRS, ORS-PACA, AIDES-Provence, INSERM U 240.
- Weil J. (1989): « Déontologie et virus VIH », in: *La vie au temps du VIH*, Actes du colloque de l'Association Didier Seux, Fondation Marcel Mérieux, Lyon.
- Winnicott D.W. (1971): *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1971.

THERAPIE FAMILIALE



Revue Internationale d'Associations Francophones

Comité de rédaction:

Guy AUSLOOS, Montréal – Jean-Claude BENOIT, Paris – Léon CASSIERS, Bruxelles – Yves COLAS, Lyon – † Jean-Jacques EISENRING, Marsens – Daniel MASSON, Lausanne – Maggy SIMÉON, Louvain-La-Neuve.

Paraît au rythme d'un numéro d'une centaine de pages par trimestre.

Cette revue publie:

- des articles cliniques où la réflexion s'élabore à partir de la pratique;
- des articles théoriques favorisant la confrontation de modèles différents puisant leur origine dans la théorie de la communication, les concepts systémiques, cybernétiques, les écoles psychanalytiques, les modèles sociologiques, mathématiques, etc.;
- des articles consacrés à la formation, aux questions professionnelles, aux problèmes de techniques, en particulier de techniques d'enregistrement audiovisuel;
- des traductions d'articles fondamentaux parus dans d'autres langues;
- des présentations et des critiques d'ouvrages pouvant concerner des lecteurs d'une revue de thérapie familiale;
- enfin des informations sur la vie des différentes associations, leurs possibilités de formations.

Numéro spécimen sur demande

Le soussigné désire s'abonner à la revue trimestrielle

THÉRAPIE FAMILIALE

pour l'année 199__ Un an (4 numéros)

Collectivités, bibliothèques, abonnements institutionnels: FS 138.- FF 600.-*

Abonnements individuels: FS 67.- FF 290.-*

ÉDITIONS MÉDECINE & HYGIÈNE

C.P 456 – CH-1211 Genève 4 – CCP 12-8677-8 Genève

Société de Banque Suisse – CH-1211 Genève 6 – C2.622.803.0

* Les chèques bancaires ou postaux à l'ordre de la Banque Société Générale sont admis.

Carte de crédit: VISA EUROCARD AMEX

Numéro de carte: _____ Date d'expiration: _____

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

N° postal: _____ Ville: _____

Date: _____ Signature: _____

A envoyer aux ÉDITIONS MÉDECINE et HYGIÈNE – Case postale 456 – CH-1211 Genève 4

INFORMATIONS

CONGRÈS, SÉMINAIRES

SÉMINAIRE MENSUEL DE THÉRAPIE CONTEXTUELLE: Coordonné par le Dr J.F. Le Goff un soir par mois de 20 h 30 à 22 h 30 à Paris.

Informations: I.F.E.C., 21, av. Marceau, F-93130 Noisy-le-Sec ou Dr J.F. Le Goff, tél. 48 36 22 22.

SÉMINAIRE MENSUEL DE THÉRAPIE CONTEXTUELLE: Coordonné par le Dr J.F. Le Goff un soir par mois de 20 h 30 à 22 h 30 à Paris.

7^e CONGRÈS DE L'A.R.E.F.T.: «MYTHES, CROYANCES ET RITES: La pensée magique dans la famille et les systèmes humains», C.H.R. de Lille, le Jeudi 4 Avril 1996. Avec Edith Goldbetter, Pierre Laval, Philippe Boutry, Jacques Nacif, Anne Marie Garat,

Renseignements: Docteur Pascal Perrault, Centre Psychothérapique Duchesnois, Rue Victor Hornez, 59880 Saint Saulve

2^e CONGRÈS DE SOMATOTHÉRAPIE DE L'ARC ATLANTIQUE: Rennes, 13 avril 1996.

Informations: Serge Ollivier, 20, rue Charles-le-Goffic, 35590 L'Hermitage, Tél. 99 64 05 88, et l'Association Française de Somatothérapie, Jérôme Chidharom, 6a, rue Principale, F-68210 Hecken. Tél. 89 25 91 03, Fax 89 25 37 90.

CONGRÈS INTERNATIONAL: SCIENCE/FICTION: «Fundamentalismus und Beliebigkeit in Wissenschaft und Therapie» – «Fundamentalism and arbitrariness in science and therapy», organisé par Heidelberger Institut für systemische Forschung, Internationale Gesellschaft für systemische Therapie, 1-5- mai 1996, Heidelberg (traduction française simultanée).

Informations: Kongress Science/Fiction, M^{me} Brigitte Vey, Handschuhsheimes Landstrasse 73, D-69121 Heidelberg.

1ST CONGRESS OF THE WORLD COUNCIL FOR PSYCHIATRY (WCP): «The World of Psychotherapy». Vienne (Autriche), du 30 juin au 4 juillet 1996.

Informations: ICOS Congress Organisation Service GmbH, Hohannesgasse 14A, A-1010 Wien. Tel. 45 1 512 80 910, Fax 431 512 80 91 80.

8^e CONGRÈS INTERNATIONAL DES ASSOCIATIONS EUROPÉENNES DE PSYCHIATRIE: «La psychiatrie européenne: une force pour le futur». Londres, du 8 au 12 juillet 1996.

Informations: European Psychiatry Congress, Royal College of Psychiatrists, 17 Belgrave Square, London SW1X 8PG, England, Tel. 44 (0) 171 235 23 51, Fax 44 (0) 171 247 12 31.

Xth WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY: «One World-One Language», 23-28 août 1996, Madrid (Espagne).

Informations: Secretariat new address: Londres, 17-28 028 Madrid (Espagne). Tel (34-1) 361 26 00 – Fax (34-1) 355 92 08.

FORMATION

POST-FORMATION EN THÉRAPIE DE COUPLE ET INDIVIDUELLE SYSTÉMIQUE: Carmen Vieytes et Maggy Siméon. **POST-FORMATION EN THÉRAPIE FAMILIALE:** Edith Tilmans et Carmen Vieytes.

Informations: M^{me} Devos, Centre de Guidance, U.C.L., 30, Clos Chapelle-aux-Champs, boîte 3049, 1200 Bruxelles.

L'Université d'Aix-Marseille II organise sous la responsabilité du Prof. J.C. Scotto, une **ATTES-TATION UNIVERSITAIRE** de Thérapie Familiale Systémique, 2 ans, d'octobre à juin.

Informations: Dr Raymondet, Tél. 94 22 77 25 — Dr Alameda, Tél. 94 06 71 19.

FORMATION EN THÉRAPIE FAMILIALE PAR PHASES, à Paris. Chaque année, début d'un nouveau cycle de formation.

Informations: Mme L. Dumas, «Villa Yvonne», 60, rue Avaulée, F-92240 Malakoff. Tél. (1) 42 53 12 13. Fax (1) 42 53 05 05.

GROUPES DE SUPERVISION pour cliniciens ayant terminé trois années de formation. Coordination: Carmen Vieytes-Schmitt. Horaire à la demande.

Université catholique de Louvain, Faculté de Médecine, Centre Chapelle-aux-Champs, Groupe de formation et de recherche en approche systémique et thérapie familiale.

Inscription: Chez Madame N. Devos, 02/764 39 45 (lu: 9 h-17 h; me/jeu/ve: 9 h-12 h).

FORMATION: «Approche systémique et thérapie familiale». Organisé par l'Institut d'études de la famille et des systèmes humains, Bruxelles, directeur M. Elkaïm et les Cliniques universitaires de Bruxelles, Hôpital Erasme, Service de psychiatrie, professeur J. Mendlewicz.

Informations: E. Goldbeter, I.E.F.S.H., rue Defacqz 1, 1050 Bruxelles. Tél. et Fax 02 538 53 26.

MODÈLE GESTALTISTE EN INTERVENTION SYSTÉMIQUE: animée par André Chemin de Forsyfa et Jean-Marie Robine de l'Institut de Gestalt Bordeaux Formation longue à L'INTERVENTION SYSTÉMIQUE sur trois ans Histoire familiale – Génogramme Le Management systémique, 3 fois 3 jours à partir des 23, 24, 25 octobre 1995.

Informations: FORSYFA, 63 rue Amiral-Du-Chaffault, F-44100 Nantes, Tél. 40 73 41 93. Fax 40 73 42 20.

INSTITUT KORZYBSKY (PARIS): «Formation à la thérapie systémique brève», avec Luc Isebaert, Myriam Le Fevere et Marie-Christine Cabié.

Informations: Dr M.-C. Cabié, Institut Korzybski, 16 rue de Pali Kao, F-75020 Paris, Tél./fax: 33(1) 43 58 47 38.

STAGES

FAMILLES ET INSTITUTIONS DANS LA BALANCE: Agence systèmes, journée d'étude, le 31 mai 1996.

Informations: Françoise Taconet, Association IES, 12, rue de l'Avenir, 25000 Besançon, Tél: 81 50 68 68

Lieu: Hôtel Mercure – Parc Micaud, Salle Victor-Hugo, 3, avenue Edouard-Droz, 25000 Besançon

COURS

Le développement précoce de l'être humain et ses difficultés, direction Professeur M. Soulé et Dr R. Salbreux, 192 heures de formation réparties en 6 jours du 2 octobre au 7 octobre 1995, un vendredi et un samedi par mois de novembre à juillet 1996.

Informations: ASPRÉ formation, 250 bld Raspail, 75014 Paris – Tél. (1) 43 22 21 75 – Fax 40 47 66 09.

Renseignements et programme détaillé, Mme D. Thibout les mardis et vendredi.

CONDITIONS DE PUBLICATION

1. La revue «Thérapie Familiale» publie des contributions théoriques originales, des apports cliniques et pratiques, des débats sur les théories qui sous-tendent cette nouvelle approche: systèmes, communication, cybernétique; des analyses, des bibliographies et des informations sur les associations de thérapie familiale, les centres et les possibilités de formation.
2. Les articles sont publiés en français et doivent être accompagnés d'un résumé analytique de 10 à 20 lignes en français et en anglais. Le titre doit être également traduit en anglais.
3. Les articles soumis pour publication doivent être écrits à la machine, à interligne 1½, recto seulement, à raison de 30 lignes par page. Ils n'excèdent en principe pas quinze pages. La première page comporte le titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms complets des auteurs et l'adresse du premier auteur. L'article est adressé en trois exemplaires (si possible accompagné d'une disquette).
4. En cas d'envoi d'une disquette, il importe de savoir que le système de photocomposition de la Revue répond aux critères suivants: toutes disquettes provenant d'une saisie **MacIntosh** ou du système d'exploitation **DOS** (IBM plus compatible) peuvent être utilisées, et cela sans restriction quant aux traitements de texte utilisés. L'auteur se rend alors responsable de la qualité orthographique de son manuscrit. Les manuscrits peuvent également être scannés. Dans ce cas, ils doivent être fournis non alignés à droite.
5. Les figures et les tableaux sont numérotés en continu, les figures en chiffres arabes, et les tableaux en chiffres romains.
6. Les articles soumis pour publication ne doivent pas être proposés, parallèlement à d'autres revues.
7. Le comité de rédaction décide de la publication et se réserve le droit de solliciter les modifications de forme qu'il juge nécessaire.
8. Le premier auteur sera considéré comme responsable de la publication. Il assure la correction des épreuves. Les épreuves devront être retournées dans un délai d'une semaine au maximum. Le premier auteur recevra 30 tirés à part.
9. Les manuscrits soumis à la rédaction ne sont pas retournés à leur auteur, contrairement aux disquettes, le cas échéant.

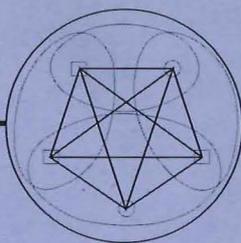
BIBLIOGRAPHIE

Les références figureront en fin d'article, numérotées et dans l'ordre alphabétique des auteurs.

La référence d'un article doit comporter dans l'ordre suivant: nom de l'auteur et initiales des prénoms; année, titre dans la langue (sauf si caractères non latins), titre de la revue non abrégé (la rédaction se réserve de l'abréger selon la World list of scientific periodicals, Oxford) tome, première et dernière page.

La référence d'un livre doit comporter dans l'ordre suivant: nom de l'auteur et initiales des prénoms; année, titre dans la langue; nom de l'éditeur, ville.

Pour les ouvrages publiés originellement en langue étrangère mais dont la traduction a paru en français, il serait préférable d'indiquer les références de l'édition francophone.



THÉRAPIE FAMILIALE Vol. XVII — 1996 — No 1

SOMMAIRE / CONTENTS

D. MASSON: Présentation / Présentation	1
I. ORGOGOZO: L'enfance et l'adolescence face à la mondialisation et l'effondrement des cadres de référence culturels particuliers: quelle transmission? quelle restructuration? Childhood and adolescence	3
J.J. PENAUD: Interaction du champ social et du champ judiciaire. Interaction of the social field and the judiciary field	19
O. MASSON: Heurts et malheurs des interventions médico-sociales. Fortune and misfortune in psychosocial interventions	31
L. ROEGIERS: «Procréations assistées» Introduction et fil rouge. «Medically-assisted procreations». An introduction	47
P. BAETENS, I. PONJAERT-KRISTOFFERSEN, A.C. VAN STEIRTEGHEM, P. DEVROEY: PMA et nouvelles formes de famille. Une étude sur les inséminations artificielles de femmes seules et homosexuelles. ART and non-traditional families: a research on single and homosexual women and artificial insemination	51
L. ROEGIERS: Les procréations médicalement assistées, symptômes de «cette époque qui ne tourne plus rond». Quelques apports systémiques et contextuels à la bio éthique. Medically-assisted procreation: a symptom of the aberrations of our times	61
M. BROMET-CAMOU: Approche systémique du désir d'enfant. Un groupe multifamilial hebdomadaire en maternité. Systemic approach to child's desire. Families' meetings in a maternity ward	69
C. GUITTON: Les maternités socialement assistées. Est-ce que «tout ce qui augmente la liberté augmente aussi la responsabilité?» Socially-assisted maternity. Liberty and responsibility	77
C. RAFFIN: Famille reconstituée. Relations et promesses difficiles à gérer analysées dans une optique systémique. Step-families. Difficult relationships and hard-to-keep promises analyzed according to a systemic approach	85
J.-M. SIGWARD: Thérapie familiale et obligation de soins sous contrôle judiciaire. Family therapy and mandatory treatment for drugusers	107
L. PRATA, M. FELICE, S. BRUNO: Familles avec une droguée. Analyse de leurs dynamiques selon une optique systémique. Families with daughters suffering from drug addiction. An analysis of the dynamics involved according to a systemic approach	115
V. ANASTASSIOU: La mise en crise du fonctionnement du système alcoolique, par l'organisation d'une approche thérapeutique à effets imprévisibles. Inpredictability in the therapeutical setting of an alcoholic family system in order to introduce the crisis of its homeostatic functions	127
F. ROUGEUL, Y. GEFFROY: Sida et crise de la relation médecin-malade. Aids and crisis in Patient-General practitioner's Relationships	151
Informations / Informations	179