



Cerep

**DEUXIEME JOURNEE**  
**D'ETUDE DU CEREP**  
**20 NOVEMBRE 1999**



*Sous la présidence du Président du CEREP*  
*Monsieur le Professeur Guy ATLAN*





## SOMMAIRE

<b>Présentation</b>	p. 3
<b>1- Le CMPP</b> Quel travail avec les parents au CMPP ?	p. 5
<b>II - IMP - IMPRO</b> Travail avec les familles : passé, présent et futur	p. 15
<b>III - Hôpital de Jour Centre André Bouloche</b> Famille d'enfants psychotiques : perspective structurale Traitement des demandes à l'hôpital de jour : une famille concernée par la demande de son enfant	p. 23 p. 31
<b>IV - Hôpital de Jour du Parc Montsouris</b> Le lien téléphonique Le groupe de parents	p. 35 p. 42

**Deuxième Journée d'Étude  
du Cerep - 20 novembre 1999**

## PRÉSENTATION

**C'** est évidemment avec un vif plaisir que j'ouvre cette deuxième journée d'études qu'organise le CEREP : elle signifie que le pari fait l'an dernier est en voie d'être gagné, sa répétition indiquant clairement qu'elle répond à un besoin. Nous ferons en sorte, j'espère, qu'à l'avenir elle s'institutionnalise. De plus, comparée à celle de l'an dernier, cette journée se produit dans un cadre plus grand et plus confortable, grâce à nos amis de la Maison du Portugal de la Cité internationale universitaire de Paris ; qu'ils en soient grandement remerciés. Je sais aussi que nos amis de Montsouris ont largement contribué à l'organisation de cette journée : je leur exprime toute notre gratitude.

Nous avons choisi pour thème, cette année, la question du travail avec les familles. Question complexe, difficile car si nous souhaitons de toute évidence associer étroitement les parents des enfants qui nous sont confiés à notre démarche, nous disons aussi que le projet thérapeutique étant défini et accepté, nous réclamons alors que sa mise en œuvre soit entreprise sans intervention particulière c'est-à-dire dans la liberté de l'action thérapeutique que nous entendons, mais en gardant le contact nécessairement étroit avec les parents. C'est dans cette voie étroite que se situe le cheminement que nous entreprenons : nul doute que ce chemin est semé d'embûches, avec ses hésitations, ses succès et ses échecs et qu'il appelle en tout cas à bien des réflexions : c'est de cela qu'il devrait être question aujourd'hui. Il est sûr aussi que c'est une question à multiples facettes, les angles d'attaque variant évidemment d'un établissement à l'autre et c'est ce qu'à quoi nous allons assister dans les exposés que vont nous proposer les différents intervenants.

La première journée avait montré combien les uns trouvaient d'intérêt dans une meilleure connaissance de ce que font les autres. Que chaque établissement poursuive dans cette voie et nous sommes sûrs qu'alors nous aurons gagné à la construction de cet esprit CEREP que j'appelle de mes vœux.

Le Président

Professeur ATLAN

**Deuxième Journée d'Étude  
du Cerep - 20 novembre 1999**

**Deuxième Journée d'Étude  
du Cerep - 20 novembre 1999**

**LE CENTRE MEDICO  
PSYCHO-PEDAGOGIQUE**

**Deuxième Journée d'Étude  
du Cerep - 20 novembre 1999**

**S**ur le thème du «Travail avec les parents», cette année encore les membres de l'équipe du CMPP ont préparé collectivement cette journée et selon différentes étapes.

D'abord les consultants sont apparus en première ligne puisqu'ils effectuent le gros du travail de consultation avec les parents. Mais assez vite, cette vision classique n'a pas retenu notre attention. Pourquoi ? D'abord parce que ce travail est déjà largement décrit, bien connu, et qu'au fond on pourrait dire qu'il va de soi. Ensuite, dans une certaine mesure, ce travail est évoqué dans des rapports d'activité. Sur le plan clinique, ce sont des choses que vous connaissez déjà, et qui concernent les identifications des parents, le transfert des images qu'ils portent en eux sur nous, notre capacité à travailler cela avec eux, etc.

Dans un premier temps, ce qui nous a intéressés et que nous souhaitons vous soumettre, c'est plutôt certains aspects du travail commun à l'équipe qui nous posent problème à tous, qui montrent comment nous sommes interrogés à propos de notre fonctionnement.

C'est donc tout naturellement que les secrétaires sont passées en première ligne. C'est le cas de le dire, puisque lorsque les gens qui nous font confiance: équipes pédagogiques d'école ou de collèges, pédiatres, généralistes ou quelqu'un ayant déjà consulté ; lorsque ces gens donc nous envoient une famille, ce sont le plus souvent les secrétaires qui reçoivent le premier appel. Une bonne partie de l'équipe a travaillé avec elles à propos des questions qu'elles souhaitent poser, surtout dans les situations problématiques.

C'est ce qui nous a permis de mettre l'accent sur les premières interrogations à propos de ce que certains parents, certains plus que d'autres, déposent en quelque sorte sur une partie de notre cadre. Comme elles vont vous le montrer succinctement, ce sont elles qui sont les dépositaires d'une partie de certains parents à certains moments de leur parcours au CMPP et souvent dès le début.

La troisième étape a réuni toute l'équipe pour approfondir ces questions.

L'assistante sociale a montré que ses interventions dépendent des perceptions que les membres de l'équipe ont d'elle et qu'elle est souvent confrontée à des situations apparemment paradoxales. C'est Suzanne Messerlin qui va vous en parler elle-même.

Les rééducatrices ont évoqué des situations qu'elles trouvaient apparemment atypiques et qui se sont révélées finalement assez fréquentes. Elles vont vous en parler par la voix d'Aude Bournazel qui présente les exposés des secrétaires et des rééducatrices.

Ce qui s'est révélé particulièrement intéressant, c'est que cette dimension apparemment atypique a trouvé un écho immédiat chez les psychothérapeutes. Ils se sont nettement retrouvés, selon le mot d'Anne Maupas, dans ces situations de rencontre avec les parents décrites d'abord par les rééducatrices. C'est alors qu'est apparu clairement que tout le monde, au CMPP, travaille avec les parents. La question judicieusement posée par Luc Bastide a été : Qui dit quoi à qui, quand et comment ?

Je pense que c'est à travers ce qui va vous être exposé que cette interrogation commence à prendre forme. C'est Nicolas Rambourg qui va parler ici pour les psychothérapeutes.

Deux cas cliniques ont été évoqués alors par les consultants comme exemplaires des questions que nous nous posons. Ils vont être brièvement rapportés ici par Hervé Movschin qui va pousser un peu plus loin ce questionnement sur ce qui met notre fonctionnement à l'épreuve. Il est clair en tout cas que l'a priori bateau selon lequel le travail avec les parents ne concernerait que les consultants ne tient pas. Au CMPP, le travail avec les parents ne se fait pas avec celui qu'on croit, ce qui nous remet toujours en question, peut amorcer des conflits, peut nous déstabiliser, en tout cas nous amène à toujours remettre ces questions en chantier.

## LE SECRÉTARIAT

Le secrétariat a souhaité évoquer plus particulièrement deux aspects concernant les relations avec les parents :

- La réception de la première demande de rendez-vous
- Le premier rendez-vous : un lieu stratégique, la salle d'attente

### I - LA RÉCEPTION DE LA PREMIÈRE DEMANDE

La première démarche d'un parent ou d'un adolescent qui souhaite un rendez-vous se fait neuf fois sur dix auprès du secrétariat.

Il peut s'agir d'une initiative personnelle, sous l'influence d'une collègue, d'un parent d'élève, de média mais aussi sur la demande d'une école, d'un service social ou du médecin-traitant.

Dans tous les cas, c'est la secrétaire qui est amenée à fournir et à recueillir les renseignements indispensables à l'établissement d'un premier rendez-vous que ce soit par téléphone ou non. Nous sommes alors amenés à différencier plusieurs types de comportements selon la personne qui nous adresse le parent et le patient, selon la nature de la demande.

Il nous a paru intéressant de relever trois représentations de parents que nous rencontrons le plus fréquemment:

- Les parents qui mettent en avant une demande scolaire et s'étonnent d'avoir à faire à un centre médical, n'ayant qu'un minimum d'informations à notre sujet (juste un numéro de téléphone).
- Les parents, avec une présentation de professionnel de la Santé, qui souhaitent tout savoir sur le lieu où leur enfant sera suivi, parfois même le cursus des praticiens.
- Les parents pour qui le recueil d'informations est vécu comme une intrusion dans leur vie privée dont nous devons gérer l'agressivité et par là même l'anxiété, la peur de venir dans un lieu médico-psychologique.

Ainsi, chaque fois que l'interlocuteur semble trop soucieux, ambivalent, peu sûr de sa demande ou agressif, la secrétaire l'oriente vers l'assistante sociale ou la directrice adjointe afin de faire tomber la tension et/ou définir l'urgence de la demande.

### II - LE RENDEZ-VOUS : QUI VIENT ?

Il s'agit le plus souvent de la mère et de l'enfant. Parfois le couple parental et l'enfant sont présents. Certaines fois l'adolescent vient seul - et plus rarement uniquement les parents.

Après le premier contact téléphonique, la salle d'attente est le premier lieu où se manifestent l'appréhension et la curiosité des parents. Il nous arrive donc de constater que les parents s'expriment dans un registre plus ouvert, moins gênés, de façon plus spontanée, voire complice, qu'avec n'importe quel autre interlocuteur. Ainsi la place privilégiée du lieu «accueil-secrétariat» nous permet d'être témoin de comportements, de confidences, tous différents de ceux de l'Équipe soignante.

Ces informations sont alors discutées au cours des réunions de synthèse avec les praticiens et offrent un éclairage supplémentaire sur les familles.

## L'ASSISTANTE SOCIALE

**L**ES familles sont adressées à l'assistante sociale par un des membres de l'équipe, le plus souvent soucieux de la scolarité d'un enfant ou de son orientation, plus rarement pour une situation sociale ou matérielle difficile.

Mais qu'est-ce qui est de l'ordre du social ? En adressant une famille, chaque membre de l'équipe a une représentation de ce que peut faire, sait faire l'assistante sociale. Car la fonction de cette dernière dans le cadre du CMPP n'a pas de définition précise et sa technique de travail n'est pas toujours identifiable.

Deux choses sont cependant certaines. La première, c'est que son champ de travail s'inscrit dans la réalité, qu'il s'agisse de recherche d'écoles ou de lieux de soins, de répondre à une demande de logement, d'effectuer une requête pour établir une filiation ou de faciliter les relations avec l'école ou d'autres structures. Ces éléments de réalité sont le début de toute relation avec l'assistante sociale: celle-ci est amenée à proposer des adresses, à suggérer des lieux de soins, des pistes de recherche de logement. ... Les parents sont invités à se mobiliser, à faire des démarches.

La seconde chose certaine est que le cadre de l'intervention de l'assistante sociale se situe dans une équipe pluridisciplinaire et que son travail avec les familles s'inscrit dans le traitement d'un enfant au CMPP.

- Penser l'avenir scolaire d'une pré-adolescente avec sa famille au moment d'une «orientation», c'est aussi continuer le travail d'autonomisation de cette pré-adolescente commencé dans un groupe thérapeutique.
- Être à un moment donné «un tiers» entre la famille, l'école et le CMPP lorsque les relations sont difficiles, c'est permettre la dédramatisation d'enjeux, quelquefois passionnels, autour de l'enfant et lui redonner sa place d'élève.
- Soutenir la demande de relogement d'une famille qui vit depuis de nombreuses années dans un foyer, entendre sa plainte alimentée par un vécu réel : *«Je vis avec ma famille dans des conditions de logement épouvantables, personne ne fait rien pour moi»* c'est aussi travailler avec ses peurs et ses refus antérieurs de relogement; être relogé, c'est quitter un environnement connu. Pour certains c'est aller vers un monde hostile.
- Entendre les plaintes d'une famille sur la «mauvaise institution» qui accueille son enfant, suggérer des solutions possibles, accompagner les recherches, canaliser les démarches tous azimuts, c'est faire que le traitement ne soit pas interrompu et que le passage vers un autre lieu de soins ne se fasse pas dans la rupture.

Mais il faut aussi savoir que la plainte exprimée au travers d'une réalité, source d'insatisfactions bien réelles, peut être impossible à satisfaire.

- Il y a des plaintes qui ne demandent pas à être satisfaites.
- Il y a des manques qui ne peuvent pas être comblés : *«Je me plains parce que quelque chose me manque; mais si je ne peux plus me plaindre, ça me manque»*.

# LES RÉÉDUCTRICES

## Les relations avec les familles

Pour des enfants suivis en rééducation, on peut décrire le trajet schématique suivant :

- 1 La famille et l'enfant sont reçus tout d'abord par le consultant
- 2 Celui-ci demande un ou plusieurs bilans
- 3 Arrive le temps de la synthèse, une indication se dégage
- 4 Le consultant revoit la famille et l'enfant, propose un suivi pour l'enfant associé à des entretiens d'une périodicité variable entre la famille, l'enfant et le consultant référent.

*Nous distinguerons la phase «bilan» de la partie «prise en charge» proprement dite.*

Dans le cadre du bilan, le rééducateur se présente à la famille qui va lui confier l'enfant.

Au cours de l'échange rapide, nous tentons de savoir quelle idée une famille se fait du bilan. Nous expliquons en quoi il consiste. Cet échange doit permettre que s'instaure une confiance nécessaire à un éventuel suivi.

Lorsque la prise en charge est instaurée on pourrait supposer que dans l'organisation pluridisciplinaire du CMPP, le lieu de parole des parents, se situe chez le consultant, ménageant ainsi un autre espace thérapeutique pour l'enfant.

Dans la réalité, les familles prennent des détours variés en nouant des liens, en déposant leur parole auprès du praticien qui reçoit leur enfant chaque semaine. Il s'avère que le rythme des rencontres régulières entre le rééducateur et l'enfant favorise l'expression directe de l'angoisse pour les parents qui nous parlent plus volontiers des difficultés rencontrées au quotidien.

*Notre réponse est souvent de l'ordre de l'écoute et/ou de la réassurance.*

Le rééducateur doit savoir assouplir sa pratique de technicien médical confronté au symptôme et accueillir la parole des parents dans la salle d'attente : angoisse directe, «urgence scolaire», difficulté de séparation, rivalité autour de l'enfant parfois. Le rééducateur doit alors gérer cette rivalité avec le parent concerné, par exemple en le recevant dans le bureau en présence de l'enfant.

Que ce type de fonctionnement soit ponctuel ou qu'il s'installe pendant toute la prise en charge, le cadre, lui, reste dans l'esprit du rééducateur où le consultant occupe toujours la place symbolique du tiers.

*Dans son bureau, il y a donc parfois beaucoup de monde :  
le rééducateur, l'enfant, sa famille ... et ce tiers.*

Françoise TARAVET,  
Patricia JOUAS,  
Aude BOURNAZEL,  
Valérie GARDEUX-ZANOTTI

# LES PSYCHOTHÉRAPEUTES

## Le travail auprès des familles ou comment travailler la réalité interne de l'enfant tout en étant confronté à sa réalité externe ?

Nous avons distingué deux formes de rencontres avec les familles : la rencontre formelle et la rencontre informelle.

### 1 La rencontre formelle avec les parents rentre dans le cadre classique de l'institution.

Cette rencontre débute en synthèse au moment où le consultant nous présente la famille. Puis elle se poursuit au moment de la mise en place de la thérapie et varie d'un thérapeute à l'autre: certains feront une rencontre systématique en début de traitement, certains recevront les parents en fin d'année scolaire, d'autres non.

Ce type de rencontre a pour but d'instaurer et/ou de maintenir l'alliance thérapeutique: c'est-à-dire mettre les parents en confiance et rendre l'espace «mystérieux» de la thérapie un peu plus accessible pour eux; mais aussi de montrer à l'enfant notre capacité à garder ce qu'il nous confie, sans pour autant nous opposer, ni l'opposer lui, à ses parents.

#### *Parfois, le cadre s'installe différemment.*

Medhi a 6 ans, il ne connaît pas son père, voit très peu sa mère et est placé chez une assistante maternelle. C'est l'assistante maternelle qui prend contact avec le CMPP et qui est reçue par le consultant. À ce jour, ni le consultant, ni le thérapeute, Nicolas Rambourg, n'ont eu de rencontre avec la mère de Medhi. Identifié à l'enfant, le thérapeute se trouve en grande difficulté pour se représenter les parents de Medhi et se représenter la souffrance des parents. Il ressent le fait que le consultant ne puisse lui fournir des éléments sur cette famille, comme un abandon. L'absence, la privation de rencontre formelle avec les parents est, dans ce cas, vécue comme un manque qui reflète la douloureuse réalité interne de cet enfant.

### 2. La rencontre informelle vient sans cesse remettre en question le cadre.

Elle peut avoir lieu dans la salle d'attente, au téléphone, par courrier ou dans le bureau du thérapeute. Souvent inattendue, elle survient à un moment précis de la thérapie et s'inscrit dans la relation transférentielle entre l'enfant et le thérapeute. Ce type de rencontre soulève la question des limites à poser aux parents, et de la tolérance du thérapeute à supporter ou non l'incursion du parent dans l'espace thérapeutique, incursion qui peut devenir intrusion.

- **Cette rencontre peut se faire à la demande du parent, en son nom propre ou au nom de l'enfant.**

Demande impromptue qui peut mettre la thérapeute en porte-à-faux : Julien est très content de lui; il dit à sa thérapeute, Danielle Goldstein, que tout va bien à l'école, sans que celle-ci ne lui ait posé de question à ce sujet. À la fin de la séance, la mère de Julien demande à être reçue seule par Danielle Goldstein. L'enfant semble d'accord. Une fois dans le bureau, la mère se plaint des très mauvais résultats scolaires de son fils et dit que tout va mal à l'école. Danielle se sent prise au dépourvu et a le sentiment que la mère annule la réalité interne de Julien en imposant sa réalité à elle.

Cette «intrusion maternelle» procure à la thérapeute un sentiment de malaise. Malaise qui provient peut-être d'une collusion/collision entre l'imaginaire maternelle, de laquelle Julien tente de se dégager, et un élément extérieur à la thérapie rapporté par la mère ; élément qui condense la dépression de la mère et son insatisfaction face à ce «mauvais fils».

• **Cette rencontre peut aussi se faire à la demande de l'enfant.**

Le désir de l'enfant de réunir parents et thérapeute est parfois très vivace:

Félix est sans nouvelles de son père depuis plusieurs années. Ses relations avec sa mère sont très difficiles, voire violentes. Félix a, depuis le début de sa thérapie, utilisé la possibilité des rencontres à trois, lui, sa mère et la thérapeute, Anne Maupas, pour dire ou faire dire par sa thérapeute des choses importantes à sa mère. Au cours d'un entretien informel pour parler de la difficile mise en place d'une séance le samedi, Félix lance à sa mère « Je veux que ce soit toi qui m'accompagnes » (Ce qui sous-entend «je veux que tu laisses ton nouveau mari et ton bébé pour être avec moi»). La mère sidérée par la force de ce souhait rétorque «pourquoi tu ne me l'as pas dit? Bien sûr que je t'amènerai moi-même». Félix se tortille de plaisir. Puis la mère parle d'une carte postale envoyée par le père de Félix il y a peu de temps. Elle dit : «Félix a même cru que c'était moi qui l'avais écrite pour lui faire plaisir...». Puis vient le moment où la mère s'apprête à sortir du bureau pour laisser à Félix le temps de sa séance. Ce dernier, qui n'a jamais manifesté la moindre difficulté pour quitter sa mère, s'agrippe à elle, fait le bébé et l'empêche de partir. Impuissante devant tant d'insistance, elle se rassied. Félix dit alors qu'il veut que l'on joue aux dominos, tous les trois... La mère lance un regard mi-surpris, mi-gêné à Anne Maupas qui, tout aussi surprise mais sentant l'importance de l'enjeu pour Félix, se dit «pourquoi pas une partie!». Félix jubile et gagne. Cette reconstruction d'une situation de plaisir à trois a été fondamentale pour la suite de la thérapie. De plus, les relations à la mère se sont nettement allégées (elle est venue régulièrement l'accompagner le samedi).

Se pose souvent à nous la question de «comment» et «quoi» restituer ou reprendre en séance de ces rencontres formelles ou informelles qui ont eu lieu entre les parents et le thérapeute, ou entre les parents et le consultant, avec ou sans l'enfant.

Pour conclure, les trois vignettes cliniques montrent combien la réalité du travail thérapeutique nous éloigne des modèles théoriques classiques de l'institution (qui prônent une séparation du rôle du consultant et du rôle du thérapeute) et combien l'espace thérapeutique de l'enfant englobe sa famille.

Danielle GOLDSTEIN,  
Nicolas RAMBOURG,  
Anne MAUPAS

## LES CONSULTANTS

**C**OMME on le voit, le travail avec les parents, lorsqu'il a lieu, ne s'effectue pas forcément avec la personne que l'on croyait désignée pour le faire. Et ceci pose la question de l'utilisation de l'institution par certains parents, ou plutôt de l'usage qu'ils font du cadre institutionnel, et de ses conséquences sur la prise en charge de l'enfant. Nous avons choisi, parmi les situations qui constituent autant de moments critiques dans le cours du traitement, deux brefs exemples :

### **I - L'enfant Romain**

Romain a dix ans lorsqu'il consulte avec ses parents en raison d'importantes difficultés relationnelles en famille, de manifestations d'angoisse et de difficultés scolaires. Deux psychothérapies ont déjà été entreprises précédemment, en raison d'une extrême agressivité. Ce n'est pas sans une certaine complaisance que les parents décrivent des actes de violence qui l'ont amené à plusieurs reprises à blesser sérieusement des camarades de classe. Le contact est pourtant facile avec ce garçon intelligent, chez lequel la forte agressivité laisse apparaître une intense angoisse de séparation, et qui se trouve dans un refus catégorique de toute nouvelle psychothérapie.

S'engage alors un processus de consultations régulières, tantôt des parents seuls, tantôt des parents et de l'enfant. Très vite se manifeste l'ambivalence paternelle concernant la loi et les limites à opposer à la toute puissance de Romain. Dans un fonctionnement familial où aucun système de régulation ne semble intégrable, les crises se répètent, au moindre incident, dans une escalade que rien n'endigé, et les épisodes au cours desquels Romain met sa chambre à sac sont décrits par sa mère avec une jubilation qui évoque le degré d'excitation mutuelle. Pourtant les choses, comme on dit, font leur chemin.

Après trois ans d'entretiens de guidance émerge chez Romain une demande de psychothérapie individuelle. Celle-ci se met en place, bien investie par Romain qui s'y rend régulièrement et avec plaisir. C'est alors que les parents annoncent qu'un traitement par neuroleptiques vient d'être prescrit à Romain à leur demande. C'est le psychiatre du père qui a rédigé l'ordonnance, sans avoir vu l'enfant. Quant au consultant du CMPP, il lui est purement et simplement demandé de renouveler la prescription. Lequel consultant se trouve donc dans une situation particulièrement intenable, à l'image du fonctionnement familial. Il rappelle alors aux parents qu'ils s'interrogent ensemble depuis des années sur la possibilité d'aider leur fils à intégrer la question de la loi et des limites, leur fait observer qu'ils sont en train de lui demander d'approuver un acte accompli hors des règles, et propose de revoir Romain avant toute décision. Le rendez-vous sera annulé dès le lendemain, comme les rendez-vous ultérieurs, par les parents qui refuseront désormais tout contact avec le consultant. Ce dernier apprendra cependant que la psychothérapie se poursuit de manière tout à fait régulière et que le climat familial s'est considérablement apaisé.

### **II - L'enfant Maxime**

Les parents de Maxime sont eux aussi venus consulter en raison d'un comportement agité et violent qui a alarmé l'entourage scolaire. Maxime est un garçon de neuf ans, dont l'instabilité et le caractère impulsif apparaissent dès le premier contact. Le tableau inquiétant est celui d'un garçon en proie à l'émergence de processus primaires, et que l'intensité de ses décharges motrices mettent en danger. Sa mère signale plusieurs tentatives de prise en charge, toutes refusées par elle ou rapidement interrompues. La fragilité de cette femme, qui semble constamment prête à exploser, est manifeste. Elle expose sur un mode projectif les nombreux griefs entretenus vis-à-vis de l'école, des institutions rencontrées jusque-là, des membres de sa famille qui ne supportent pas Maxime.

Entre le fils et la mère l'agitation prend parfois des allures incontrôlables. Malade, profondément dépressif, le père a, de son propre aveu, renoncé à s'interposer entre Maxime et sa mère.

Après une phase de guidance, une thérapie de groupe est mise en place. Le comportement de Maxime s'améliore peu à peu, tant au sein du groupe qu'à l'école. Surviennent alors des appels pressants de la mère, faisant état de situation intenable la maison, revendiquant des mesures immédiates. Le propos est alors d'une extrême ambivalence, parfois à la limite de l'incohérence. Longtemps, les entretiens, souvent accordés en urgence, parviendront à apaiser ces flambées.

Un jour pourtant, après s'être surprise à faire un lien entre ses relations avec Maxime et un épisode douloureux de sa propre histoire, elle se lève brutalement et quitte la pièce. Elle refusera désormais tout contact avec le consultant, probablement perçu comme une menace d'effraction insupportable mettant en danger des défenses caractérielles maintenues à grand-peine. Mais cette mise à distance du consultant lui permet pour la première fois de maintenir un contact avec la thérapeute du groupe, et Maxime peut cette fois poursuivre une thérapie dont les bénéfices commencent réellement à se faire sentir.

### III - Fonction de consultant

Ces deux situations, pour extrêmes qu'elles soient, nous ont amenés à nous interroger sur l'intérêt de la fonction de consultant, distincte du thérapeute ou du rééducateur, vis-à-vis de certains mouvements transférentiels des parents. Ceci constitue du reste une particularité des psychothérapies menées dans le cadre d'un CMPP. Certes, il nous paraît manifeste que le transfert des parents sur un des membres de l'équipe ne peut prendre de sens que dans le cadre du transfert sur l'institution, et ce dans la quasi-totalité des cas. Mais ceci est particulièrement important dans les cas de familles fragilisées dans leur fonctionnement. Tout semble ici s'être passé comme si les parents avaient réussi à mettre en place un mécanisme de clivage finalement salutaire : le maintien à distance d'un objet persécuteur permettant de rester en contact avec le reste de l'institution.

Pour dire les choses autrement, le consultant ne serait ici qu'un des objets mis en jeu dans le processus de transfert sur l'institution. Ces mouvements, à la différence des transferts latéraux observés par exemple dans les thérapies de groupe, ne sauraient donner lieu à aucune intervention ou interprétation, forcément persécutive. Il importe essentiellement de les repérer et d'en reconnaître la nécessité économique.

Peut-être est-ce la seule manière pour certains parents fonctionnant eux-mêmes dans le « tout ou rien » d'éviter la rupture et l'arrêt du traitement? Encore faut-il, ce qui n'est pas toujours évident, que l'équipe puisse à de tels moments éviter l'écueil de son propre clivage.

Docteur Hervé Movschin

**Deuxième Journée d'Étude  
du Cerep - 20 novembre 1999**

**IMP.IMPRO**



**11** s'agit donc de présenter très brièvement pour laisser le temps aux échanges, d'une part les différentes formes du travail avec les familles qui se rapportent aux différentes époques de la vie institutionnelle depuis 1992 dans la mesure où il est question d'un travail dont le personnel encore présent, différent bien sûr selon les années, peut témoigner; d'autre part d'y ajouter - ce qui n'engage que moi en fonction de ce travail - quelques remarques et observations concernant les familles dont l'adolescent, les membres de l'équipe et les différents liens institutionnels dont ceux avec l'association.

## HISTORIQUE

L'IME a reçu les agréments définitifs en 1965, créé par une association de parents - l'association de PANOYAUX propre à accueillir 55 adolescents de 10 à 18 ans, 35 depuis 1991, donc plus tard, de 12 à 20 ans. La fondatrice s'appelle Madame OET; elle a été motivée par la naissance d'un fils trisomique dont l'institution a porté, dans un premier temps, le nom à une lettre près : Vincent Marie OUT.

Quels que soient les événements qui ont amené à dessaisir l'association des PANOYAUX de J'IME, c'est à l'origine grâce à ceux qui ont œuvré pour le créer qu'il existe.

En 1991, la directrice Madame OET, la mère de Vincent Marie OET, qui assurait la direction de l'établissement depuis 1978 a passé le relais à une autre personne, Madame BARBIER, dont les options directionnelles étaient très différentes, parfois très éloignées ; dans un premier temps, elle a pu mettre en place dès 1992 un fonctionnement nouveau et associer les membres de l'équipe au projet qui s'élaborait au fur et à mesure dans les actes posés au quotidien et par la réflexion en rapport; pour ce qui concerne le travail avec les familles, celui-ci était en lien avec l'équipe.

### Ce travail s'organisait de manière suivante sauf exception:

+ Les rencontres réunissant l'adolescent, sa famille, le médecin psychiatre ou la psychologue car chacun était référent d'un certain nombre de familles, et l'éducateur référent; parfois d'autres personnes concernées dont le plus souvent la directrice ou le chef de service voire l'infirmière. Ce cadre avait l'avantage d'induire d'emblée entre professionnels des échanges et des différences de points de vue propres à enrichir la réflexion à partir d'un vécu à la fois individuel et commun. Souvent les parents ont parlé de questions personnelles et importantes dans la problématique familiale ce qui nous amenait à mieux comprendre leur enfant sous le sceau du secret partagé. Même si certains adolescents ont pu, au début des rencontres qui le concernaient, exprimer de l'anxiété à l'idée de voir réunis leur famille et ceux qu'ils rencontraient dans l'institution, ce cap dépassé a toujours semblé très structurant pour eux dans la mesure où ce qui pouvait se dire dédramatisait les choses, les amenait à en comprendre le sens et par là comprendre l'aide que cela leur apportait dans des relations de confiance et d'échanges. Ce « circuit » semblait alimenter la demande.

L'entretien était la plupart du temps transmis à l'équipe. Ce partage et cette transmission influençaient le rapport au savoir que chacun pouvait établir et par là même, les adolescents pouvaient se situer dans de la communication, ce qui fut souvent observé.

+ Dans l'espace possible de situations de répétition, en fonction de la connaissance de certains éléments de la problématique familiale, les adultes pouvaient donner un sens à ces situations dont il était possible de parler, ce qui aidait l'adolescent parfois à sortir de la répétition. Je n'ai jamais remarqué ou entendu dire que des parents avaient été gênés par la présence à l'entretien de plusieurs personnes à partir du moment où le cadre était permanent et bien repéré et que ces rencontres étaient le plus souvent régulières.

Étant donné le nombre d'heures du poste de psy, ce travail concernait certaines familles uniquement. La demande pouvait émaner des familles ou des membres de l'équipe; à cette époque il y en avait autant d'un côté que de l'autre.

- + Il y avait aussi les réunions générales de parents en présence de tous : adolescents, familles, personnel de l'IME et parfois même certains membres du Conseil d'Administration selon les événements. Celles-ci me semblaient être un « fourre-tout » dans lequel il était difficile de faire le tri mais la participation des parents parlait jusqu'à 90 % témoignait d'une mobilisation importante qui puisait sans doute sa source ailleurs.
- + Les rapports informels quotidiens surtout avec l'éducateur référent.
- + Notons également la présence du Conseil d'Établissement dont la présidente et le vice-président étaient deux parents d'adolescents du Centre comme il se doit, ce qui m'amène à mettre l'accent sur l'importance de la représentation des parents même si la forme en est discutable, celle-ci d'une certaine façon est une garantie pour eux.

Mais à cette époque, ce fonctionnement nouveau dans son ensemble, pas seulement en rapport avec le travail avec les familles, avait été mis en place à un rythme des plus accélérés sans laisser les choses prendre vraiment corps avec le temps. À un moment, les différences de vue entre l'association et la direction de l'institution se sont accentuées au point de créer une rupture de communication aboutissant à un conflit intense dont la résolution fut de dessaisir l'association des PANOYAX de l'IME.

#### **De mars à fin 1993, il y a eu une administration provisoire assurée par Monsieur MOREAU.**

A cette époque, le travail avec les familles était déjà considérablement réduit en raison des événements institutionnels; étant donné la charge des problèmes à résoudre et l'obligation de reconstruire avant tout le cadre, celui-ci se limitait aux priorités comme les reconductions CDES, demandes à la COTOREP ou autres. Il y eut également quelques réunions générales de parents avec ou sans les adolescents en présence du personnel et de l'administrateur provisoire pour les tenir au courant du cours des choses et leur permettre de s'exprimer.

Pendant cette période, une nouvelle association de parents d'adolescents encore présents dans l'Institution s'est constituée dans le but de la reprendre ce qui a donné lieu à différentes rencontres. Inutile de dire que l'absence d'un travail de fond se faisait ressentir fortement et pouvait n'être que transitoire.

L'administrateur provisoire, très à l'écoute de l'équipe qui souhaitait continuer à mettre en place un projet prenant en compte l'aspect thérapeutique dont le travail avec les familles occupait une place importante et par là souhaitait s'adresser à des associations gérant des établissements sanitaires, a proposé à la DDASS des associations qui pouvaient garantir le projet dont il était question en établissant également des liens entre le médico-social et le sanitaire. Le docteur Bellaïche qui assurait l'intérim du poste de psychiatre a eu une part décisive dans ces choix.

Donc, le CEREP a été intéressé et a repris l'institution en janvier 1994 nommant Joseph Bailina au poste de directeur et Laurence Nagoya au poste de psychiatre. Celle-ci pensait qu'il valait mieux que les éducateurs ne rencontrent pas les parents en entretien de peur de générer de l'angoisse et du retrait de leur part et de celle des adolescents, isolant le vécu dans le quotidien, portant l'accent sur la différence entre le secret médical et le secret professionnel ce qui ne l'autorisait pas à transmettre à l'équipe la teneur des entretiens. Elle voulait également que la psychologue ne les rencontre pas non plus afin qu'elle puisse se consacrer aux entretiens avec les adolescents.

Il est difficile de décrire le dispositif concernant le travail avec les familles dans la mesure où celui-ci a évolué au fur et à mesure des avancées, puisque beaucoup d'entre nous ne partageaient pas cette conception du travail et refusaient d'en rester là.

Dans un premier temps, de fait la psychiatre rencontrait les parents seule sauf exception, avec ou sans l'adolescent, puis elle a accepté la présence d'un éducateur référent mais à un moment de l'entretien seulement pour venir parler des activités quotidiennes ce qui avait pour effet de rompre la dynamique. Les parents étaient reçus, et continuent de l'être, également par le directeur ou la chef de service avec la plupart du temps le ou les référents et l'adolescent et par l'assistante sociale, chacun centré sur une question propre à son rôle et à sa fonction en général. Puis les éducateurs référents ont également proposé des rencontres aux familles toujours en présence de l'adolescent. A un moment donné, la psychiatre a reçu certaines familles avec la psychologue en présence souvent de l'adolescent, puis la psychologue avec les référents et l'adolescent.

Il faut rajouter à l'ensemble de ces nombreuses formules, compte tenu du morcellement que pouvaient induire ces cadres différents et l'importance de recentrer les choses : des rencontres qui réunissaient des ou les personnes susceptibles de recevoir les familles le souhait étant de décider de la nature du cadre des rencontres en fonction d'un projet individuel en rapport avec le type d'intervention ou parfois en rapport avec la problématique institutionnelle.

Il y aurait beaucoup de commentaires à faire sur l'ensemble de ce travail qui, malgré ses écueils, porte d'une certaine façon ses fruits; je ne ferai que certaines remarques après avoir décrit les autres cadres du travail avec les parents qui existent actuellement.

**Il y a aussi les réunions de parents du samedi qui ont été d'abord générales et informatives puis ont évolué vers des** réunions par groupe de référence qui concernait neuf familles hors présence des adolescents avec le directeur et les référents dans un premier temps, auxquels ce sont ajoutées la psychologue puis l'assistante sociale par la suite. Deux réunions générales sont maintenues en début et fin d'année scolaire. Elles ont pour objectif de faciliter les échanges entre parents et de donner du poids à leur parole qui est parfois mieux entendue. Elles s'ouvrent vers la possibilité de reprendre des questions individuelles dans d'autres cadres adaptés.

Les échanges informels concernent très souvent les référents.

Les rencontres à la consultation d'ethnopsychiatrie au **CMP** de la rue Marcadet à Paris réunissant en groupe très élargi l'adolescent, sa famille et les membres de l'équipe de l'IME concernés ainsi que ceux du **CMP** ce qui est toujours très bien accueilli par l'adolescent et sa famille. Celles-ci sont limitées dans le temps, en présence d'un interprète et ont lieu en moyenne une fois tous les deux mois. Ce travail qui prend en compte bien sûr le rapport à la culture mais aussi l'histoire familiale, a fait considérablement avancer les choses; il ne concerne actuellement que deux adolescents et leur famille

Notons l'existence du Conseil d'Établissement composé des représentants des parents, des usagers, du personnel et du directeur dont la première rencontre a eu lieu le 13 novembre dernier, ce qui représente à mon sens un élément d'équilibre. Quant aux commentaires que suscite l'ensemble du travail avec les familles qui continue à nous interroger dans sa forme, son contenu et dans les liens professionnels induits par le fonctionnement institutionnel, je pense qu'isoler ce qui est vécu dans le quotidien et par là ceux qui le portent sans faire de lien avec l'apport indispensable des parents en entretien, sous n'importe quel prétexte y compris le secret médical, présente des risques parfois très importants dans la mesure où cela peut amener l'adolescent, sa famille et une équipe dans une situation allant de l'absence de prise en compte de certains éléments du vécu qui agitent l'adolescent et l'impossibilité d'y faire face jusqu'à l'interdit de savoir, de dire, voire de penser.

A l'inverse, lorsqu'il y a partage et transmission, certains éléments de l'histoire peuvent permettre à ceux qui accueillent de prendre du recul face à l'expression d'un symptôme parfois et souvent difficile à vivre

et d'avoir une attitude et des paroles en rapport et donc structurantes. Il est vrai que la mise en place de ce travail a été particulièrement difficile compte tenu entre autres que le questionnement au sens large de la problématique familiale qui manque mis à part pour quelques familles occupe une place importante dans le rôle du médecin psychiatre et que dans un IM-PRO, même si le directeur est responsable de l'ensemble des dispositifs, il n'a pas la responsabilité médicale, ce qui complique les choses lorsque les options professionnelles sont éloignées.

D'autres raisons expliquent sans doute cette difficulté de mise en place. Cela dit, quelles que soient les difficultés, ce travail fonctionne et la plupart du temps nous permet d'avancer avec l'adolescent et sa famille.

Sans analyser toutes les données, si ce travail malgré ses manques fonctionne souvent bien c'est en partie lié à :

- L'importance de sa place dans la prise en charge, qui constitue un point d'ancrage ce qui est exprimé aux parents depuis le premier jour, redit à de nombreuses occasions et parfois suivi d'effets.
- À la forte demande de bien des membres de l'équipe qui désirent s'associer aux rencontres avec les familles pour mieux connaître l'adolescent et ses parents et pouvoir l'aider davantage ce qui a été rendu possible par les options directionnelles. Ce désir est sans doute ressenti par l'adolescent et ses parents et permet de faire naître une demande de leur part.

Cette demande est souvent difficile à percevoir compte tenu aussi, mis à part ce qui peut être interprété comme résistances, du contexte socio-culturel dans lequel se trouvent de nombreuses familles et qui souvent ne comprennent pas bien le français. C'est la raison pour laquelle nous faisons de plus en plus appel à des interprètes qui apportent plus qu'une simple traduction, un lien très fort qui témoigne de notre intérêt et de notre investissement.

- Aux efforts permanents nécessitant parfois d'intervenir afin de recentrer ce travail dans l'Institution et avec le secteur où sont reçues certaines familles, ceci pour éviter le cloisonnement qui peut évoluer vers le morcellement parfois le clivage.
- Aux choix professionnels comme le secret partagé, l'espace d'échanges formels et informels, le cadre d'intervention en fonction du projet individuel et la transmission qui fonctionnent en partie et qui sont des points d'appui qui garantissent le travail avec les familles sans en représenter, bien sûr, l'ensemble des paramètres puisqu'avant tout ce qui en fait la qualité c'est l'authenticité de la rencontre.

Chantal ŒORGIADIS

**A** partir d'un cas clinique, je vais vous parler du travail que je réalise à l'heure actuelle, en tant que psychologue, avec un certain nombre de familles à l'IMP-IMPRO.

Il s'agit de familles d'adolescents que je vois par ailleurs régulièrement, soit en vue d'une préparation à la mise en place d'une thérapie à l'extérieur, en CMP, soit dans le but d'apporter une aide lors des périodes difficiles de la prise en charge.

C'est ainsi que j'ai dû par exemple m'occuper de Séma, jeune fille de 17 ans, d'origine kurde, qui avait une énorme demande affective, dont la moindre frustration provoquait de l'opposition et de fortes crises de rage. Ses débordements pulsionnels, son inhibition intellectuelle, le rejet de tout ce qui concernait sa féminité et des mécanismes de projection à tonalité persécutive, nous amenaient à nous demander si elle souffrait d'une pathologie narcissique ou si elle présentait une dysharmonie psychotique.

En fait, c'est elle qui a confirmé l'intérêt de notre cadre, en me demandant de recevoir sa mère et son frère, avec elle, en présence de ses deux éducateurs référents.

Au cours de plusieurs entretiens, nous avons pu aborder trois aspects qui nous paraissent essentiels dans le travail avec les familles.

Tout d'abord, ces rencontres nous ont permis de faire des liens entre ce que vivait l'adolescente dans son milieu familial et ce qu'elle vivait dans l'institution. A partir du repérage des similitudes ou des différences, nous avons invité la famille à réfléchir ensemble sur le sens de tel ou tel comportement et sur la manière dont Séma interpellait les uns et les autres.

De cette manière, nous nous sommes aperçus d'un clivage dans le comportement de Séma qui interrogeait notre investissement par ses crises de rage, d'autant plus qu'elle s'interdisait à la maison toute expression d'opposition ou d'agressivité.

Le deuxième volet de notre travail était alors d'essayer de comprendre la qualité des interactions familiales et de mettre en lumière la place que Séma occupait dans sa famille et la façon dont les membres de celle-ci se représentaient l'adolescente et ses difficultés.

Des différences sont alors apparues dans l'appréciation des frères, qui influençaient tour à tour le jugement de la mère. L'un d'eux mettait l'accent sur l'incapacité de Séma à lire et à écrire, se refusant d'admettre les progrès qu'elle avait faits dans d'autres domaines. Le frère aîné, qui tenait vis à vis d'elle une sorte de position parentale suite à l'abandon du père, insistait par contre sur les capacités d'évolution de sa sœur; discours qui a été très renarcissant pour elle.

La recherche de l'impact des interactions et représentations familiales dans la problématique des adolescents, nous amène par ailleurs à visualiser et à confronter, lors de chaque rencontre avec les familles, nos propres représentations sur les jeunes et les contre-attitudes qu'ils suscitent en nous.

Les différences ouvrent alors des voies de changement dans la manière de percevoir l'adolescent et de répondre à ses manifestations. Et ceci parfois dans les deux sens, par exemple: un récit familial disqualifiant peut renforcer notre appréciation positive des transformations de l'adolescent ou l'inverse, au moment où nous avons envie de baisser les bras, la famille peut se mettre à soutenir un mouvement qui s'avère évolutif par la suite. De même, des mouvements contre-transférentiels qui présentent trop de similitudes avec des attitudes familiales, pointées lors de la réunion de synthèse ou des échanges informels, nous permettent de mettre en évidence une répétition de la problématique de l'adolescent suscitée par celui-ci à notre insu.

En troisième lieu, il est pour nous évident que pour comprendre de quelle répétition il s'agit et permettre à l'adolescent d'en sortir en lui donnant une réponse nouvelle, il est aussi indispensable de l'aider à reconstruire son histoire.

Cette certitude n'est pourtant pas toujours facile à partager avec certaines familles qui se demandent en quoi le récit de leur passé pourrait aider leurs enfants à surmonter l'inefficacité intellectuelle au titre de laquelle ils sont arrivés à l'IMP-IMPRO.

Ce troisième aspect du travail avec les familles est pourtant essentiel dans la mesure où la reconstitution du récit familial sur l'histoire de l'adolescent, souvent pour la première fois verbalisé, donnera à celui-ci des éléments qu'il pourra s'approprier pour reconstruire à son tour sa propre histoire.

Dans le cas de Séma, cette tâche a été portée par son frère aîné qui exprimait le besoin de parler de leur passé, comme une sorte de témoignage : «je pourrais vous l'écrire» nous a-t-il dit un jour. Pour des raisons sociales et politiques, cette famille a dû changer plusieurs fois de repères géographiques et linguistiques et les parents ont été forcés de laisser Séma dans un petit village de campagne, dans des conditions féodales, chez une tante qui s'est avérée maltraitante. Le frère se rappelait par exemple d'un jour où sa sœur qui avait alors trois ans, avait longuement marché, pieds nus, sous la neige, pour essayer de retrouver ses frères qui vivaient dans un autre village.

Ce qui a été aussi très important pour Séma est d'écouter sa mère très émue, lui dire combien elle avait souffert en apprenant son désarroi et lui raconter tous les efforts qu'elle avait faits pour la faire venir, elle et ses frères en France, sans l'appui du père, malgré la précarité de ses conditions de vie.

La question de cette grande détresse vécue dans l'enfance est réapparue lors du dernier entretien, lorsque ses éducateurs référents s'interrogeaient sur les raisons d'une trop grande excitation dans son comportement, à l'époque du premier des récents tremblements de terre qui ont frappé la Turquie. Séma nous a dit alors que «ça lui prenait la tête» de voir tous ces enfants qui étaient restés seuls, sans leurs parents, dans la rue.

Lorsque nous avons établi des liens avec ce qu'elle aurait pu ressentir toute petite, et après que la mère ait exprimé le souhait d'accueillir chez elle un des enfants rescapés du tremblement, le comportement de notre jeune fille s'est apaisé. De cette manière, la globalité de la prise en charge, dans laquelle est inscrit notre travail avec la famille, a sans doute aidé Séma à devenir une jeune fille plus féminine et plus calme, à diminuer les mécanismes projectifs et à moins avoir besoin de la réassurance de la part de l'adulte, bien qu'elle reste encore fragile au niveau de ses assises narcissiques.

Ce que nous n'avons pas encore pu travailler avec cette famille et qui est aussi difficile avec d'autres à l'IMP-IMPRO, c'est la dimension de la problématique des parents en rapport à leurs propres parents, à leur famille, dimension qui permettrait de comprendre les problèmes de l'adolescent dans une perspective transgénérationnelle.

Ainsi, la question que je me pose pour l'avenir de notre travail avec les familles et que je vous propose pour la discussion est la suivante :

Sans perdre de vue l'indispensable souplesse et la nécessité d'aborder la problématique de chaque famille dans sa spécificité, quel pourrait être le cadre initial suffisamment contenant à proposer aux parents pour qu'ils trouvent un intérêt à parler d'eux et de leur histoire ?

Trouver ce cadre nous permettrait de faire un travail avec les familles qui ouvrirait aux adolescents des nouvelles voies de dégagement de leur problématique.

Lourdès VILLAFANA

**Deuxième Journée d'Étude  
du Cerep - 20 novembre 1999**

**HÔPITAL DE JOUR POUR ENFANTS  
CENTRE ANDRÉ BOULLOCHE**

**Deuxième Journée d'Étude  
du Cerep - 20 novembre 1999**

**E**n préliminaire à l'abord de la question du *travail avec les familles*, il me semble utile de se pencher sur la notion, le concept de famille lui-même. Il faut aussi préciser que nous n'allons pas traiter de toutes les familles mais des familles avec un enfant psychotique puisque c'est à elles que nous avons affaire dans notre pratique institutionnelle. Cette approche du concept de famille, je vais l'orienter à partir de l'enseignement de Lacan. Puis j'illustrerai par un cas clinique les différents points que j'aurai extraits de la théorie lacanienne.

### I - Enseignement de Lacan

Les questions sur la famille, sa nature, sa composition, son organisation, son devenir ont été abordées précocement par Lacan et cela dès ses premiers écrits psychanalytiques. Ensuite, il n'a jamais cessé d'y revenir sous des formes différentes au cours de son enseignement. Un de ses premiers écrits analytiques, c'est-à-dire incluant la doctrine freudienne, porte précisément sur la famille. Ce texte paru en 1938 sous le titre «*La famille*» dans l'Encyclopédie française est plus couramment connu sous le titre choisi par Lacan lui-même des «*Complexes familiaux dans la formation de l'individu*».

La famille y est abordée d'entrée de jeu comme une structure «conditionnée par des facteurs culturels aux dépens des facteurs naturels». La famille forme donc un complexe dont les déterminants sont d'ordre culturel. Cette formule transposée en langage lacanien actuel aboutit à énoncer que les facteurs qui conditionnent la famille sont d'ordre symbolique, c'est-à-dire relève des signifiants organisés en différents types de discours.

Ainsi définie par l'ordre du langage, la famille humaine perd toute possibilité d'être réduite à un fait biologique. Réduction qu'il serait tentant d'opérer à constater que la famille contemporaine occidentale formée par le père, la mère et les enfants est identique à la famille biologique. Mais il ne faut pas voir là autre chose qu'une simple similitude contingente. Cette réduction de la famille moderne à ses composants biologiques est à considérer non pas comme une simplification de la structure mais comme une contraction de l'institution familiale.

Cette séparation entre la biologie et le symbolique trouve à s'illustrer par exemple dans notre système par la filiation dans le cadre du mariage où l'enfant est celui du mari de la mère quel que soit le géniteur. On peut remarquer que depuis les années 40 la famille moderne a poursuivi son mouvement de contraction même au-delà de la famille biologique pour se réduire de plus en plus fréquemment à l'association d'un parent et d'un enfant où elle prend alors l'appellation de famille monoparentale.

### II - Incidence des complexes familiaux en pathologie.

Dans la deuxième partie de son texte, Lacan examine l'incidence des complexes familiaux en pathologie.

Les thèses ici défendues sont claires. Pour la psychose, la famille moderne entendue au sens de relation sociale a une fonction formelle. Ce sont ses modes d'organisation qui donnent aux délires sa forme. Ceci dans la mesure où la forme prédominante des délires de psychotique est celle à thématique familiale, comme le délire de filiation. Pour la névrose, Lacan accorde à la famille une fonction causale : structure de la personnalité et symptômes sont déterminés par la constellation familiale et plus particulièrement par le mode de relation instauré entre les parents.

Revenons à la psychose. La famille y possède une fonction formelle mais peut-on en exclure totalement une fonction causale ? On peut avancer que non, car à la fin de son paragraphe sur les psychoses à thème familial, Lacan met en avant le caractère déterminant de l'absence de la fonction paternelle dans la genèse de la psychose. Cette fonction causale de la fonction paternelle apparaît dans la

remarque que la forme familiale la plus propice à l'apparition de la psychose est celle où la fonction paternelle y est absente et que Lacan qualifie de «groupe familial décompleté». Ce sont les couples formés par une mère et sa fille, deux sœurs ou plus rarement une mère et son fils.

Avançons que le concept de constellation familiale décompletée de la fonction paternelle préfigure la thèse majeure sur la causalité de la psychose qui apparaîtra bien plus tard, 20 ans plus tard en 1958 dans son écrit «*D'une question préliminaire à tout traitement de la psychose*» sous la formule maintenant devenue bien connue de «forclusion du Nom-du-père». Si la locution de «forclusion du Nom-du-père» est devenue familière en théorie analytique, sa signification l'est parfois moins.

### Qu'est-ce c'est que le Nom-Du-Père (NDP) ?

C'est déjà un signifiant, c'est-à-dire que la fonction père est supportée par un signifiant dans l'inconscient (ICS). Pour accéder à sa place dans l'ICS, le NDP doit s'inscrire dans une formule dite formule de la métaphore paternelle qui est une substitution signifiante.

L'enfant dans sa confrontation avec sa mère perçoit vite qu'il n'est pas l'unique objet de l'investissement libidinal de celle-ci ou autrement dit qu'il n'est pas l'unique objet du désir maternel. Dans la clinique, cela se manifeste par l'absence de la mère qui s'occupe d'autre chose que de l'enfant. Cette symbolisation par l'enfant de l'absence de la mère intéressée à autre chose qu'à lui-même reçoit dans l'enseignement de Lacan le nom de désir de la mère et s'écrit DM. Mais pour l'enfant ce désir est énigmatique car ce que veut sa mère il ne le sait pas, donc la signification de ce désir lui est inconnue et nous la désignons par un «X».

Dans l'opération de la métaphore paternelle, métaphore signifie qu'un signifiant se substitue à un autre, le NDP vient se substituer au DM à la signification énigmatique et le résultat de cette substitution c'est que le DM se spécifie comme désir phallique, le phallus venant se substituer à l'«x», à l'inconnu du désir maternel.

DM est élidé, le produit de l'opération est une nouvelle signification, la signification phallique ou phi :

$$\frac{\text{NDP}}{\text{DM}} \times \frac{\text{DM}}{\text{x}} \Rightarrow \frac{\text{NDP}}{\text{phi}}$$

Cette formulation où interviennent la mère et son désir, le NDP, l'enfant et le phallus constitue chez Lacan la transcription du mythe freudien de l'Œdipe. Dans la psychose, cette opération métaphorique n'a pas lieu, le NDP ne trouve pas à s'inscrire dans l'inconscient d'où la formulation de forclusion du NDP, de rejet du NDP du registre symbolique. Ce rejet d'un signifiant fondamental à sa conséquence au plan du langage par l'altération, les troubles de la langue parlée et même écrite du sujet psychotique. Il - ce rejet - possède aussi son corrélat imaginaire : l'absence de signification phallique chez le psychotique.

Dans la clinique de l'enfant les désordres d'ordre langagier sont d'autant plus précieux pour nous repérer dans le diagnostic de psychose que manquent la plupart du temps les signes positifs de la psychose de l'adulte que sont le délire et les hallucinations. Là où nous hésitons à nous prononcer entre névrose, psychose et perversion, le recours à l'analyse de la langue parlée du sujet se révèle souvent fort précieux.

### Les deux versants de la métaphore paternelle

Nous venons de voir que la métaphore paternelle, cette opération de substitution signifiante, met en avant comme nous l'entendons dans son expression le père, la fonction paternelle. C'est-à-dire que le père doit avoir pour fonction de tempérer le désir maternel en lui imposant le cadre de la Loi. Pour cela, il faut que la mère l'accepte et qu'ainsi ce soit elle qui véhicule l'autorité du NDP. Elle possède cependant un autre versant tout autant nécessaire à son accomplissement; versant qu'il faut situer du côté maternel. Alors, du côté de la mère il ne suffit pas qu'elle véhicule l'autorité du NDP, il faut encore que la mère ne soit pas

tout entière absorbée par les soins prodigués à son enfant. Il faut encore que la femme en elle ne s'efface pas au seul profit de la mère toute dévouée à la satisfaction des besoins de son enfant. La métaphore paternelle pour s'accomplir nécessite que le désir de la mère soit divisé et que l'enfant ne soit pas tout pour elle, c'est-à-dire qu'à lui seul il ne comble pas totalement la mère. Il ne faut pas que l'enfant, que sa valeur de substitut phallique, vienne à saturer tout son désir. Pour cela, la mère doit trouver à incarner le signifiant phallique de son désir en partie ailleurs que chez son enfant et plus particulièrement dans le corps d'un homme.

Quand la mère ne trouve pas un homme qui cause son désir, cela peut produire chez l'enfant des symptômes qui ne sont pas forcément du domaine de la psychose mais qui expriment le défaut d'orientation du désir de la femme qu'est aussi la mère. C'est ainsi qu'une enfant de 3 ans appelait «papa» tous les hommes qu'elle croisait dans la rue. Elle n'avait pu identifier le signifiant phallique de la mère qu'aucun homme n'incarnait et cette enfant désorientée se consacrait à sa recherche. Que cette division du désir ne soit pas présente chez la mère et l'on aboutit alors à une relation purement duelle entre l'enfant et sa mère ! Ailleurs on parlerait de relation symbiotique. Ça conduit, comme l'exprime Lacan, à ce que l'enfant soit entièrement subordonné au fantasme maternel, qu'il en devienne l'objet. Phénomène clinique que nous repérons assez facilement dans notre expérience quotidienne auprès des familles des enfants de l'hôpital de Jour et de façon plus aiguë avec les enfants autistes.

Que peut-on faire dans la pratique avec les enfants psychotiques et leur famille si l'on tient compte des éléments précédents, qui ne couvrent d'ailleurs pas tout le champ de la psychose de l'enfant? On peut tenter de s'opposer à la relation duelle en introduisant une séparation réelle ou symbolique entre la mère et son enfant, pour parer à ce que le corps de l'enfant ne soit réduit au statut d'objet du fantasme maternel.

### III - L'enfant Samuel

Alors, pour illustrer ces considérations théoriques, je vais vous exposer un cas d'enfant en traitement à l'hôpital de Jour. Le matériel clinique le concernant n'est pas très important car il vient d'arriver mais ce cas offre plusieurs éléments d'intérêts. Le premier est de nous montrer comment cliniquement se traduisent les thèses précédentes quant aux places et fonctions respectives de l'enfant psychotique, de sa mère et du père. Un autre intérêt porte sur l'argumentation diagnostique pour cet enfant et nous verrons comment les concepts lacaniens sur le langage nous orientent dans notre effort de diagnostic clinique.

L'enfant Samuel nous est adressé par sa psychothérapeute qui le suit depuis un an environ. Voici les éléments qui nous sont fournis par la thérapeute. Elle rencontre Samuel au cours de deux épisodes aigus, qualifiés de régressifs par le milieu médical, en relation avec une angoisse d'abandon.

Le premier en août 1997 au cours d'un long séjour en colonie de vacances qui le conduit à être hospitalisé à Robert Debré, puis le deuxième un an plus tard, fin 1998, au moment où sa mère avait une relation avec un homme.

Le premier épisode d'agitation avec perplexité anxieuse et état qualifié de confusionnel nécessite plus d'un mois d'hospitalisation à l'hôpital Robert Debré, et un traitement neuroleptique. Le deuxième est traité par un médecin généraliste.

La petite enfance de Samuel est marquée par un retard de parole. Il parle à l'âge de deux ans et, à la Maternelle, on le considère comme un hyperactif. On impose aux parents un traitement par *Ritaline* comme condition à son maintien à l'école. Nous sommes en Israël, il a 6 ans et la mère décide de rentrer en France sans le père pour y faire soigner son fils. Ce dernier y consent.

Pour la thérapeute, derrière une façade de normalité de Samuel, se révèle une organisation psychotique mise en évidence par «la déstructuration des dessins, la crudité des phantasmes et peut-être un délire à bas bruit»

Sa scolarité devient un problème crucial car le passage en Sixième est impossible et il vit l'école sur un mode persécutif.

Voilà les éléments en notre possession au moment où nous le rencontrons pour la première fois.

## HISTOIRE FAMILIALE

Sur le couple avant l'arrivée de Samuel nous avons très peu de choses. Ils vivaient en Israël et étaient mariés. L'enfant était attendu, désiré et sa naissance avait été précédée de deux fausses couches. L'arrivée de ce garçon va cependant déstabiliser le couple. Très rapidement la mère se plaint de son mari, plainte centrée autour de Samuel. Elle lui reproche de ne pas suffisamment s'en occuper et surtout elle ne lui accorde pas sa confiance quand il le fait. Samuel devient très rapidement son seul objet d'intérêt.

Elle l'énonce elle-même dans une formule qui a toujours son actualité : *«Mon fils m'accapare, prend tout mon amour et je n'arrive pas à aimer quelqu'un d'autre»* exprimant la fonction d'objet saturant totalement son désir que son fils prend pour elle.

Sous la pression de son mari, elle est de nouveau enceinte trois mois après son premier accouchement. L'enfant, une fille, non désiré arrive approximativement un an après son frère. Elle avoue elle-même qu'elle ne s'en occupait pas, toute dévouée à son fils. Même l'arrivée d'un deuxième enfant ne suffit donc pas à la diviser en tant que mère sur le plan de son désir.

La part de femme en elle s'efface totalement au profit de la mère puisque l'homme, père de ses deux enfants, ne compte plus pour elle. Son fils la comble totalement même si elle s'en plaint beaucoup et qu'elle s'angoisse à son sujet.

Quelques mois plus tard elle met en acte l'exclusion symbolique dont le père est l'objet dans la relation duelle qu'elle entretient avec son fils. Elle quitte son mari pour retourner en France où se trouve sa famille. Plutôt vivre à trois qu'à quatre, telle est désormais sa maxime. Juin 1994, Samuel a 6 ans. Elle divorce et n'aura plus aucun contact avec lui. Le père ne se manifestera pas non plus auprès de ses enfants.

De la compagnie des hommes, elle ne s'exclut cependant pas totalement. Un à deux ans après son retour en France, elle parvient à maintenir une liaison suffisamment longtemps pour que son partenaire lui propose de l'épouser au moment où elle est enceinte de **lui**. Mais une nouvelle fois, même cet homme qui fait d'elle la cause de son désir en la voulant pour femme et l'enfant à venir ne suffiront pas à orienter son propre désir sur un autre objet que son fils. Elle décide d'avorter et rompt brutalement sa relation sans lui donner d'explication, rationalisant cette rupture par son refus de donner la charge de son fils à celui qu'elle nomme son futur, d'un futur bien lointain. Alors que ce dernier est prêt à assumer les deux enfants.

Samuel demeure, malgré la rencontre avec un homme et la possibilité d'un autre enfant, il demeure toujours l'objet central et unique de son fantasme. La formulation maternelle suivante *«Samuel m'a cassé une relation, j'étais enceinte et j'ai avorté à cause de mon fils»* le démontre de façon dramatique en rejetant la cause de la rupture et de l'avortement sur le fils. Cause qui se transforme en faute pour le fils dont le poids est écrasant.

Leur stricte relation duelle trouve aussi sa vérité dans une autre parole de la mère *«Il - son fils - m'absorbe comme une éponge, il veut que je sois en permanence à ses côtés»*. Vérité qui se dit dans l'inversion de la proposition qui fait de la mère l'éponge qui absorbe totalement le fils. Encore maintenant elle affirme ne pas être prête à aimer un autre homme même si on peut constater que sa position est en train d'évoluer puisqu'elle a renoué avec lui.

Un petit mot sur la fille puînée dont la mère ne parle pour ainsi dire pas. Elle est en échec scolaire et reproche à sa mère de ne pas s'occuper d'elle, d'être toujours avec son frère.

### Sur Samuel

Nous avons vu que les troubles sont apparus de façon précoce par un retard de parole et des difficultés en Maternelle qui ont conduit à sa mise sous *Ritaline* à l'âge de 5 ans. Puis son parcours est essentiellement marqué par deux épisodes aigus ayant nécessité un traitement neuroleptique et pour le premier une hospitalisation. L'ensemble avec une scolarité poursuivie cahin-caha jusqu'à l'impossibilité du passage dans le Secondaire.

Revenons sur ces moments aigus de décompensation de la psychose de Samuel et examinons leurs conjonctures de déclenchement respectives.

- Le premier épisode se déclare lors d'un séjour prolongé de Samuel en colonie de vacances. Ce n'est pas la première fois qu'il part mais jamais pour deux semaines. En cours de séjour, à la fin de la première semaine, voyant des enfants rentrer chez eux, Samuel est submergé par l'idée qu'il va rester longtemps sans revoir sa mère et qu'elle va l'abandonner. Sentiment impossible à supporter parce que non dialectisable qui déclenche une attitude d'agressivité avec un sentiment de persécution. Cet épisode aboutit à l'hospitalisation de septembre 1997.
- Le deuxième épisode, février 1998, trouve son déterminisme dans une conjoncture identique à celle du premier épisode avec l'irruption du sentiment d'abandon, de lâchage par la mère. La scène se déroule chez l'ami de la mère, celui dont elle sera enceinte. Le couple s'isole dans la cuisine afin de parler sans la présence des enfants. Samuel, en voyant se fermer la porte, est de nouveau envahi par le sentiment que sa mère le laisse tomber et il déclenche alors son deuxième épisode. Un petit traitement neuroleptique sédatif l'apaisera.

Ces deux moments mettent en évidence l'incapacité de Samuel à se décoller de sa position d'objet entièrement comblant pour la mère, ou autrement dit son incapacité à sortir de sa relation de subordination totale au fantasme maternel.

Dès qu'une séparation se profile qui lui permettrait d'adopter une position subjective autre que celle imposée par l'inconscient maternel, il s'effondre dans un état qualifié de confusionnel avec des absences et un mutisme traduisant son vide subjectif.

En dehors de ces phases aiguës, les éléments en faveur d'un diagnostic de psychose sont ténus. Seuls sont présents, de façons discrètes mais constantes, des petites altérations dans son rapport au langage. J'en relève deux : évoquant un traitement par magnésium censé lui donner des forces, il a cette formulation «*Je me suis bien renforcé*». Ou bien pour qualifier ses épisodes aigus, il emploie la formule «*J'ai fait une régression*» dont le sens lui est totalement étranger. Propositions qui procèdent d'un usage personnel de la langue révélant le désordre existant dans le registre du symbolique lié au défaut d'inscription du signifiant du NDP.

Pour ce qu'il en est de son traitement, nous pouvons déjà observer une amélioration des symptômes de Samuel. La vie en collectivité n'est plus vécue sur un mode persécutif et nous avons pu constater que les mesures de décollage de sa position d'objet avaient pour conséquence une baisse de l'angoisse. Pratiquement cela consiste, par exemple, à amener la mère à accepter de ne plus l'accompagner dans ses trajets domicile-hôpital de Jour et essayer de la diriger dans une direction qui laisse une place à un homme.

*Facile à dire, plus difficile à faire ...*



## TRAITEMENT DES DEMANDES À L'HÔPITAL DE JOUR :

### Une famille concernée par la demande de son enfant

**D**ès la deuxième semaine après mon arrivée à l'Hôpital de jour, j'ai reçu, à sa demande, un enfant. Sans être adressé par quiconque, il avait demandé à me rencontrer. J'étais assez intrigué par sa détermination d'autant que son éducatrice m'avait appris qu'il était en psychothérapie chez une psychanalyste à l'extérieur de l'institution.

L'offre de rencontre avec un psychanalyste avait été annoncée dans l'Hôpital de Jour, nouveauté par rapport au fonctionnement antérieur, mais la rapidité, l'urgence même de cette demande ne pouvait pas être corrélée à cette nouvelle possibilité. D'abord, j'étais nouveau à l'Hôpital de Jour et il est par ailleurs assez rare que sans l'orientation avisée d'un membre de l'équipe ou le conseil ferme d'un ou d'une

éducatrice, un enfant vienne de lui-même pour un entretien avec un "psy". Il est fréquent aussi qu'une réticence de l'entourage - familial en particulier - détourne le plus sûrement les enfants de venir à nous.

Donc celui-là était venu, porteur de sa plainte : *«Je fais des recherches pour retrouver et rencontrer mon père. Vous comprenez il faut que je le voie quand je suis encore enfant. Sinon à 18 ans je serai marié, j'aurai une maison, des enfants, je serai moi-même père. Ça sera trop tard»*. J'apprends au cours de l'entretien qu'il essaye de mobiliser sa famille autour de cette demande. Il est décidé et même ne lésine pas sur les moyens. Devant le refus de son beau-père de parler, il réussit à faire rencontrer sa mère et sa psychanalyste pour essayer d'obtenir le numéro de téléphone de son père. Il a aussi questionné un de ses frères aînés qui a cessé depuis quelque temps de voir son père.

Pour nous introduire au thème de cette journée d'étude : «Le travail avec les familles», je souhaiterais examiner cette question du traitement des demandes en institution et je prendrais donc ce biais d'une demande d'un enfant au sujet de sa famille.

Il est d'emblée perceptible que la demande de ce garçon lui vient de l'Autre. L'Autre avec un grand A, «lieu du déploiement de la parole», selon le psychanalyste Jacques Lacan (La direction de la cure in *Les Écrits*). Celui-ci affirme l'antériorité et la prééminence de l'Autre sur le sujet. En effet, avant même la naissance de l'enfant les relations entre ses parents sont organisées par la parole et se situent dans «les lois du langage». «Ça parle de lui». Il est attendu, dans l'espoir ou dans la crainte. Il a été voulu ou «c'est un accident» comme le disent certains parents. Le moment de son arrivée aussi n'est pas indifférent, qu'il soit l'aîné ou le puîné; fille ou garçon, ou que ce moment intervienne après le deuil d'un proche ou toute autre circonstance. On va lui donner un prénom, et au-delà de la volonté des parents il recevra un nom propre qui s'inscrit dans une généalogie. C'est dans ce bain où il est plongé que l'enfant va devoir «subjectiver» c'est-à-dire faire sienne son histoire pour s'y retrouver. Ce lieu où s'inscrit «le trésor de la langue» qui s'adresse au sujet est celui que Lacan dénomme «lieu de l'Autre».

Donc cette demande lui vient de l'Autre. C'est en effet, en reprenant à travers les notes du dossier et les réunions d'équipe, ce que l'entourage familial disait probablement de lui : «il ne doit pas voir son père qui est mauvais». Sa demande prenait le contre-pied de la demande de l'Autre, de la demande supposée à l'Autre. Son symptôme, cette question sur le père, ce qui le gêne avait été au préalable mis en forme dans le registre de la demande de l'Autre. C'est exemplaire de ce que tout sujet qui parle emprunte sa parole au discours de l'Autre.

*À partir de là nous pouvons déjà généraliser et dire que :*

- Tout sujet parlant fait ce détour par la demande de l'Autre.
- Du fait de ce nécessaire détour, tout sujet dès qu'il parle, demande.
- Cette demande est toujours demande l'Autre.

Le fait qu'une demande est toujours demande de l'Autre nous donne une indication. C'est qu'il n'est pas indispensable de se préoccuper d'où vient la demande : elle vient toujours de l'Autre.

Je disais tout à l'heure qu'il est rare qu'un enfant vienne de lui-même. D'ailleurs dans ce cas, je pense que l'éducatrice avait dû l'aiguiller. Mais vous voyez que le fait qu'un enfant vienne de lui-même ou au contraire sur l'indication impérative de son entourage fait dans un premier temps peu de différence puisque le sujet emprunte toujours, dans sa demande, ce détour par l'Autre. Allons un peu plus loin. L'ouverture d'une offre de psychothérapie dans l'institution est une demande de l'Autre. Les enfants qui sont venus me rencontrer depuis deux mois l'ont tous fait à l'instigation des équipes. On peut remarquer alors, qu'en reprenant pour nous parler d'eux cette parole qui n'est pas d'eux (et comme tout sujet parlant ils ne peuvent faire autrement), les sujets ne font malgré eux que nous souligner que nous aussi, qui nous en occupons, nous demandons quelque chose.

C'est notre propre demande qu'ils questionnent ainsi. *«Je viens parler car tu demandes que je le fasse et je viens aussi te demander ce que tu veux de moi avec cette demande-là»*. On est là à un autre niveau : la demande du sujet interroge ce qu'une telle demande cache de désir.

*Pour résumer :*

- La demande est toujours demande de l'Autre.
- Nous, «psy», thérapeutes ou autres nous demandons quelque chose.
- Au-delà de la demande surgit la question du désir.

Ce qui sous-tend le registre des demandes et leurs différents niveaux, c'est la question du désir: *«Qui suis-je pour toi ? que veux-tu ?»*

Ayant examiné rapidement ce qu'il en était des demandes, intéressons-nous maintenant à ce qu'annonçait mon titre : quel traitement pour ces demandes ? Avant de poursuivre rappelons, pour insister, la définition de la demande : la demande est la forme obligée que prend pour tout sujet parlant l'interrogation de ce qu'il en est de son être dans ses relations aux autres et à l'Autre. Les relations humaines sont ainsi structurées : la parole du sujet lui vient de l'Autre.

*Parlons maintenant du traitement en trois points :*

- Pourquoi «traiter» les demandes ?
- Comment se propose-t-on de les traiter?
- Quels sont les effets d'un tel traitement?

Pour les psychanalystes que nous sommes dans cet hôpital de Jour - ce qui en conditionne l'orientation - les demandes ne sont pas à isoler d'un autre élément qui est le désir. Sans la référence au désir la demande n'est pas opératoire. Plus grave tout traitement des demandes sans prendre en compte le désir du sujet n'est que suggestion et prise de pouvoir.

**Donc la première réponse : on traite les demandes pour préserver le désir.**

Les demandes concernent un objet, l'objet de la demande, et chaque fois qu'un tel objet est offert au sujet il l'accueille d'un « ce n'est pas ça ». C'est bien parce que l'objet du désir pourrait se définir ainsi: «ce n'est jamais ça» qu'aucun objet de la demande ne peut venir satisfaire le désir. La définition du désir c'est cette insatisfaction même.

Revenons à notre exemple. Le désir n'est pas la demande mais pas de désir sans demande. Le sujet préserve son désir parfois avec ses demandes, parfois contre les demandes de l'Autre. Ici le sujet paraît ne rien demander. Simplement, semble-t-il, que je sois le témoin de sa quête, que je sanctionne l'existence de son désir qu'il préserve contre les demandes de l'Autre qu'il ne voit plus son père (cette configuration est illustrée de façon paradigmatique dans l'anorexie mentale comme refus de se laisser nourrir).

**Donc deuxième réponse : on traite la demande parce que c'est le seul accès que le sujet peut avoir à son désir.**

Notre exemple illustre à la fois la demande de l'Autre «tu ne dois plus rencontrer ton père» et la demande du sujet, demande en négatif, demande que non «je veux rencontrer mon père».

Le désir dont on soutient là qu'il est en cause dans la demande du sujet, ne se laisse pas pour autant déchiffrer aisément. Il ne se présente pas à ciel ouvert. C'est bien pourquoi nous proposons que nous devons «traiter les demandes» : soutenir le désir, qui est du sujet, contre ou tout au moins au delà, de la demande qui est de l'Autre. Beaucoup de cas peuvent se présenter, résumons-les à deux :

- Soit le sujet fait valoir son désir contre les demandes de l'Autre,
- Soit c'est par ses demandes qu'il soutient son désir.

Reprenons notre cas. Je pense que là il fallait répondre à la demande. Pourquoi ? Parce que cette demande est une demande par laquelle il soutient son désir ou plutôt il tente de se régler à l'heure de son désir et non pas sur la volonté de l'Autre.

J'ai donc reçu, à sa demande, sa mère. Voilà ce qu'elle m'a appris. Le père de Benoît et son second mari étaient amis de travail. Il existe une grande rivalité entre eux. Elle a aimé le père de Benoît «comme on aime un enfant. Par tendresse et par pitié. Il était inculte. Je l'ai sorti d'où il était. Il m'<sup>app</sup>artient encore, je l'ai fait quoi ! Il a coupé totalement les ponts : ni pension pour ses trois fils, ni coup de téléphone, ni lettres. Rien».

«Mon mari lui est très jaloux. Mais moi je l'ai épousé par amour. Ça a été le coup de foudre. Avec lui, avant, c'était tabou de parler du père de Benoît. Pendant 8 ans. On tremblait au moindre coup de téléphone». Elle ajoute : «Maintenant j'ai compris. Avec Benoît, mon mari a attrapé tous les soucis. Il l'avait mis sur un piédestal. Et tout s'est écroulé quand Benoît est rentré à l'hôpital de Jour».

Mais «Benoît a réussi à ce qu'on en parle avec mon mari. Il a levé le tabou. Mon mari m'a dit : «c'est une lubie, comme aller voir un match de foot». Après il a réfléchi «Si tu veux tu en parles à ses frères». Mais les frères aînés ne font rien pour retrouver leur père et accompagner Benoît.

Mon mari dit à Benoît «Si tu le vois, tu iras vivre avec lui». Mais Benoît répond «Non, je t'aime, je veux rester avec toi C'est pour voir la tête qu'il a. Après je reviens». Elle ponctue : «Ils s'engueulent, ils s'adorent». Elle poursuit : «Moi je me punissais en payant des trucs moins chers aux garçons (les fils du père de Benoît) qu'aux filles (les filles qu'elle a eues avec son mari). Je n'achetais rien pour moi. J'ai une dette vis-à-vis de mon mari. Je ne veux pas lui en imposer trop. Il m'a prise avec trois enfants. Il m'aime».

La psychanalyste de Benoît lors de la rencontre avec la mère lui a répondu que ce n'était pas à elle, la mère, de s'occuper de ça. Qu'elle devait voir avec ses autres fils s'ils voulaient accompagner Benoît.

Alors Benoît a continué à me demander des rendez-vous. Il met en place une stratégie dont il me rend compte. Il craint de se faire chasser s'il va demander à la mairie ou à la Police. Alors il veut demander à son éducatrice de chercher avec lui sur le Minitel. «Pas au cabinet de ma "psy", ici, à l'hôpital de Jour» ajoute-t-il. «Je lui ai dit que j'avais demandé à vous voir régulièrement». À propos du Minitel, il me dit : «Il y a un Minitel à la maison. Mais dans la chambre des parents. Mon père (son beau-père) il ne veut pas que j'y aille».

Enfin, il conclut ce troisième entretien en me confiant: *«J'aimerais devenir dresseur de chiens. Des chiens pour aveugles, pour les avalanches, les tremblements de terre. Pour sauver les gens. Et aussi des chiens qui retrouvent des enfants».*

Voici donc un enfant, qui à travers ses demandes cherche à se régler sur son désir.

Pour d'autres qui satisfont si bien à la demande de l'Autre, il conviendrait plutôt d'essayer de les orienter vers une parole où leur désir ne prenne plus la voie exacte de la demande de l'Autre pour tenter de les séparer de cette demande à laquelle ils adhèrent.

### **DONC COMMENT TRAITE-T-ON LES DEMANDES ?**

On les traite en se repérant sur le désir. Traitements différents selon la place du désir, la forme de la demande et leurs articulations réciproques. Ce sont les éléments que nous essayons de situer lors des premiers entretiens. Une fois que l'on peut repérer comment pour un sujet s'articulent demande et désir, ce qui va être le pivot qui va orienter la suite et décider des limites de ce qu'on peut faire, c'est le transfert.

On peut donner une définition du transfert à partir de la notion de demande : le transfert est une demande du sujet, une demande d'amour qui s'adresse au savoir.

La demande, on l'a dit, est là au départ mais pour qu'un traitement en soit possible, il faut une bascule: il faut qu'à partir de cette demande déjà là, émerge une question que le sujet adresse à l'analyste pour qu'il la complète. Une telle question ce peut-être pour un sujet une question sur sa souffrance, sur ce que veut dire ce qui lui arrive, sur la part qu'il y prend, l'idée qu'il y a quelque chose à savoir sur ce qui cloche.

Il s'agit pour nous de mener la demande de satisfaction jusqu'au désir de savoir. L'opérateur ici c'est le transfert. On peut donc dire ceci : traiter la demande c'est rechercher le transfert.

Alors la question se déplace. Il ne s'agit plus de savoir comment nous traitons la demande, mais comment s'instaure le transfert.

#### **Un mot pour conclure sur les effets d'un tel traitement.**

S'il s'agit de rechercher le transfert, un tel traitement de la demande consistera à introduire le sujet à une énigme. Le psychanalyste rencontré ne va plus s'offrir comme celui qui peut satisfaire une demande (au prix parfois d'écraser le désir) mais comme celui à qui le sujet s'adresse pour compléter cette énigme d'un savoir.

De telles rencontres ont des effets thérapeutiques certains. Il en est ainsi chaque fois qu'une symbolisation permet de faire reculer l'impossible à dire.

Poser le transfert comme pivot de ce traitement place cette opération en rupture avec tout forçage et tout impératif rééducatif qui n'épargnent pas, par ailleurs, les sujets psychotiques.

Ces questions sont des points cruciaux dans notre abord des demandes. Les difficultés et les limites d'un travail en institution sont aussi à considérer mais ce ne sont que des difficultés propres à ce style de travail qui ne détournent en rien de l'essentiel : mener un sujet parlant à l'heure de son désir.

**Deuxième Journée d'Étude  
du Cerep - 20 novembre 1999**

**HÔPITAL DE JOUR  
POUR ADOLESCENTS  
DU PARC MONTSOURIS**



## LE LIEN TÉLÉPHONIQUE

**L'adolescence**, ce temps fait autant d'avancées que de replis sur soi, et la psychose qui perturbe les liens, sont deux données qui déterminent des comportements de fuite devant les engagements, les implications sociales. Dans notre action éducative et thérapeutique, nous sommes incessamment confrontés à des jeunes gens qui, précisément, évitent les confrontations telles que l'amitié et les rivalités, l'autre sexe et donc le sien, les apprentissages et les risques d'échec, la dureté de la vie en ville et en particulier dans les transports. Avec la collaboration de leurs parents, parfois sur des périodes assez longues, nous devons faire preuve de beaucoup de persévérance et d'imagination pour amener ces adolescents à nous rejoindre dans l'Institution. Il leur faudra, là, reconnaître leurs fragilités et composer avec celles-ci, voire avec ce grain de folie qu'ils dénoncent par ailleurs chez leurs camarades, pour qu'ils parviennent à établir un rapport plus souple avec le monde extérieur et être en état d'envisager un avenir.

Mon propos ici est de montrer l'évolution d'une pratique, celle du contact direct des responsables de Groupe (référents psychologues ou éducateurs), et en particulier le contact au téléphone, avec les parents et les adolescents de l'hôpital de jour Montsouris : comment, pourquoi cette évolution et quelles sont les limites de cette pratique?

### TÉLÉPHONES!

Une majorité des appels émanent de notre service vers le domicile de l'adolescent. Plus rarement, ils proviennent de l'adolescent lui-même, et ce, le plus souvent, après un long travail avec lui pour qu'il nous contacte sans intermédiaire.

Alliance, complicité, connivence ... ou méli-mélo? Que faisons nous en téléphonant avec les parents? Avec qui faisons-nous alliance? Pour ou contre qui? C'est une question très importante : que faire des informations, opinions, avis, transmis par les parents (Par exemple, la maman de Roland, hospitalisée en psychiatrie, nous téléphone de son portable -le portable, une nouvelle variable -elle nous informe que le frère de Roland est allé vivre chez son père ... à l'insu de Roland qui « croit » que son frère est allé chez un copain. La maman nous dit que Roland ne doit pas le savoir, ce serait trop dangereux. Le téléphone de cette maman fait plusieurs bip-bip et la communication est coupée. Madame n'est plus joignable dans ce monde si lointain de l'hôpital. Que faire de cette information auprès de Roland qui, attiré par notre malaise, vient nous demander ce que nous savons sur le départ de son frère?)

Nous avons une alliance éducative avec les parents, ce qui signifie que, d'une part, nous sollicitons leur collaboration pour prendre soin de leur enfant, et que d'autre part, nous avons des comptes à leur rendre, des explications à leur donner sur notre pratique éducative et thérapeutique. Si tout ne leur est pas transmis sur le mode d'existence de leur enfant dans l'Institution (ce qui risquerait de rendre celui-ci transparent et le pousserait à une terrible violence, ou une terrible inexistence), nous avons le souci d'aider ces parents à retrouver leur vraie place de parents.

D'un autre côté, nous avons une alliance thérapeutique avec l'adolescent que nous souhaitons voir développer une pensée suffisamment autonome, des actes suffisamment assumés, une parole plus libre. L'adolescent nous livre ainsi des mots, des faits, des données familiales. Il ne souhaite cependant pas (en tout cas dans l'immédiat) que ces sujets soient traités avec ses parents. Il nous faut donc avoir une certaine discrétion jusqu'à ce que les sujets « chauds » puissent être abordés, et de préférence en réunion équipe/famille. Dans la plupart des cas, les questions délicates semblent surgir d'elles-mêmes dans cette rencontre-là.

Sur une petite enquête succincte faite auprès de mes collègues, il apparaît que plusieurs d'entre nous passent ou reçoivent de trois à quatre appels téléphoniques par jour, ce qui peut faire une vingtaine de communications téléphoniques pour l'ensemble des responsables de Groupe, sans compter un certain nombre d'appels qui sont traités directement par les secrétaires. Les pratiques des responsables de Groupe sont cependant très différentes et certains téléphonent peu. Les adolescents du groupe dont mes co-responsables et moi-même nous occupons en ce moment tendent à nous obliger à un plus grand nombre de contacts téléphoniques.

Nous téléphonons le plus souvent du secrétariat. Le fait d'être entouré de collègues pour téléphoner est un soutien au regard critique sur une parole qui, au téléphone dans un échange à deux « seuls », dans un temps de crise, d'urgence, de désaccord, pourrait être, par trop, perméable aux mouvements contre-transférentiels.

## **TYPES D'APPELS TÉLÉPHONIQUES**

### **L'adolescent n'est pas au Cerep, nous appelons :**

- Adolescents dits (ou qui se disent) « phobiques ». Ils ne peuvent pas, ou plus prendre les transports en commun. Certains viennent de très loin, ils ont peur d'une agression d'autant que plusieurs d'entre eux en ont été victimes. Dans la plupart des cas, l'insurmontable phobie se résorbe pour laisser place au problème de fond : quitter l'environnement familial et « affronter » les autres. Car un fil invisible et solide retient l'adolescent à la maison. Il ne peut pas plus le trancher que se formuler la situation qu'il vit. Ce grand adolescent est encore un petit enfant peureux et frileux, il entretient une relation fétichique avec son intérieur et une relation qui semble incestueuse ou incestuelle et tyrannique avec un parent. Il nous semble aussi parfois être « désiré à la maison », c'est-à-dire retenu inconsciemment par un parent qui ne supporte pas de le voir prendre des distances.  
D'ailleurs, il se passe à la maison quelque chose que l'adolescent ne veut pas rater. Il veut être là, par exemple pour protéger un parent qu'il perçoit en difficulté, ou empêcher qu'un événement, un incident redouté n'arrive, même si, parfois, il semble lui-même provoquer cet événement.
- L'adolescent se dit malade. Il attendait qu'on l'appelle. Non, il n'a pas vu de médecin, son papa (ou sa maman) est là. Ensemble ils se disputent sur la question du malade imaginaire. Nous insistons clairement pour qu'il voie un médecin qui appréciera et pourra accorder un certificat « d'arrêt des cours » que nous exigeons pour son retour au Cerep. Parfois, nous découvrirons après-coup (comme s'il avait fallu nous le cacher) que la mère de l'adolescent a pris un congé pour rester près de lui et l'on se demande si ce congé à encourager une régression qui ne s'imposait pas ou favorisera le retour de l'adolescent.
- Certains adolescents restent à la maison alors que ses parents sont partis. Ils ruse parfois pour faire croire qu'ils vont venir ou sont venus chez nous.

Il faudra un long travail pour que l'adolescent fasse lui-même la démarche de nous appeler et jouer franc-jeu avec ses sentiments - car il souffre effectivement - et ses faiblesses.

### **Un parent nous appelle :**

- L'adolescent ne veut pas venir au Cerep: que faire?

Notre réponse dépend d'un grand nombre de facteurs qu'il serait trop long d'exposer ici. Il nous semble en tout cas nécessaire d'amener l'adolescent à en dire quelque chose et d'élaborer avec lui, s'il le peut, une issue à cette situation.

- L'adolescent devient insupportable à la maison avec ses parents, ses frères et sœurs, et les parents nous demandent de l'aide. Nous cherchons ensemble une réponse à l'urgence (ceci peut aller jusqu'à l'appel du SAMU psychiatrique, les pompiers ou la Police) et nous prenons un rendez-vous pour avancer face à cette difficulté.

Nous regrettons souvent que les parents ne nous appellent que lorsque la situation est devenue catastrophique. Leur ton alors, pour parler de leur enfant et de notre action, peut être excessivement désabusé et rejetant.

#### **L'adolescent est au Cerep mais quelque chose ne va pas :**

- Nous appelons pour prévenir d'un malaise de leur enfant : il est très nerveux, abattu, ou bien manifeste un état de décompensation, de délire. Nous avons dû lui donner un calmant et/ou proposer un traitement sur le plus long terme pour éviter de la casse. Éventuellement, nous demandons leur accord aux parents pour que l'adolescent rentre immédiatement à la maison, son attitude dans le Cerep étant par trop opposante, intolérable ou dangereuse, ou bien même nous leur demandons de venir le chercher lorsqu'il ne nous semble plus capable de rentrer seul à la maison.
- Parfois, l'adolescent est venu au Cerep alors qu'il est nettement malade; il dit qu'on ne l'a pas cru à la maison et qu'on l'a envoyé de force pour qu'il ne rate pas ses cours. L'infirmière propose de vérifier son état de santé et, si nécessaire, nous appelons les parents pour les informer que leur enfant doit rentrer et voir un médecin. C'est une opération délicate qui souligne un rejet à bascule de l'adolescent. Du côté familial, on semble lui faire payer son intérêt pour les relations qu'il établit avec les adultes et les adolescents du Cerep. De notre côté, nous souhaitons retourner le foyer infectieux et son porteur à son envoyeur. L'adolescent peut alors légitimement se sentir chosifié avec sa double maladie (sa fragilité psychique et son corps malade). Mais bien sûr, nous pouvons aussi supporter et soigner l'adolescent légèrement fiévreux ou souffrant pour la journée.

#### **L'adolescent a quitté le Cerep sans notre autorisation:**

- Nous en informons les parents. C'est l'occasion d'une mise au point des règles et des accords passés entre nous, l'adolescent et ses parents.

Toutes ces situations d'échange téléphonique sont le plus souvent l'occasion d'une prise de rendez-vous pour une rencontre équipe/famille. Nous pouvons dire que, dans la plupart des cas, l'adolescent a recherché une telle rencontre qu'il décrit pourtant si fort dans les couloirs. Avec l'expérience, il a appris que cette rencontre, aussi solennelle et inquiétante qu'elle puisse paraître, parce que nous allons y parler de choses qui font mal, est susceptible de lui amener un fort soulagement, et peut désamorcer une crise par trop douloureuse. Souvent, les camarades postés dans la salle d'attente lui glissent un «bonne chance» au moment où nous entrons dans le bureau médical où a lieu l'entretien équipe/famille.

#### **Les parents refusent de nous rencontrer au Cerep :**

- C'est un cas plus exceptionnel mais il a été particulièrement évident et fort avec la maman de Kémir qui, après plusieurs rencontres en réunion équipe/famille, a décidé unilatéralement de ne plus jamais nous rencontrer. Le lien téléphonique des responsables de Groupe avec cette maman a heureusement pu être maintenu, et avec une certaine efficacité. Une alliance est donc maintenue avec elle... mais pas avec le papa qui vit très loin à l'étranger et n'a pas répondu à nos sollicitations.

## ÉVOLUTION DES CONTACTS DIRECTS AVEC LES PARENTS

Dans les années 1970, les responsables de Groupe n'avaient pratiquement pas de contact direct avec les parents. À cela plusieurs raisons :

- Les parents étaient le plus souvent nos aînés, ils nous intimidait. Avec le temps nous sommes devenus leur frère ou sœur d'âge, ayant éventuellement nous aussi des adolescents à la maison, ce qui pouvait incidemment favoriser une identification au parent en difficulté. Aujourd'hui, les responsables de Groupe ne sont plus regardés par quelques parents comme de «gentils animateurs de colonie de vacances», mais comme des professionnels sur lesquels ils vont pouvoir s'appuyer pour faire avancer leur enfant.
- Dans les premières années de notre pratique au Cerep, nous ne comprenions pas grand-chose à la force des liens pathologiques et le bon sens et le soutien apporté par les collègues plus expérimentés se révélaient bien insuffisants pour nous permettre de nous tenir droit dans le tourbillon des folies. Répondre aux parents sur la démarche thérapeutique, chercher un partenariat avec eux en restant capable de tenir une position différente nous paraissait parfois par trop difficile. La pensée de Bettelheim faisant du parent un partenaire dangereux, à écarter, quelqu'un à qui l'on devait cacher la pratique thérapeutique de peur qu'il ne la dévoie, faisant de l'enfant un être pur (comme disait Rousseau) et du soignant un patient du psychanalyste-patron était encore bien à l'œuvre chez nombre d'entre nous. Nous avons alors fait souffrir des adolescents en leur donnant à comprendre que nous étions compétents et bons tandis que leurs parents... c'était le contraire.

Lorsque certains adolescents déployaient une activité pathologique manifeste dans l'hôpital de Jour, sous prétexte de les protéger de l'odieux (pour ne pas leur faire honte en quelque sorte d'avoir fait un tel enfant), nous ne faisons pas suffisamment appel aux parents alors que ceux-ci vivaient sans doute une situation dramatique à la maison. C'est avec eux qu'il aurait fallu travailler à comprendre ce qui se passait pour et avec leur enfant, et élaborer des issues viables pour chacun.

Lorsque des adolescents devenaient agressifs et rejetants avec nous, nous les regardions comme les messagers de la violence familiale jalouse de notre -supposée- joie de vivre alors que, désespérés, ces jeunes mettaient en scène auprès de nous, pour le transformer dans une rencontre, voire un affrontement, un jeu interne et relationnel violent dont ils étaient les objets (à la dérive).

C'est de l'expression de la souffrance de ces adolescents que nous avons appris à rechercher le contact et le partage avec les parents. Nous avons appris aussi qu'un effort particulier est à faire lorsque, aux premiers contacts, certains d'entre eux se présentent à nous avec la plus mauvaise image parentale qui soit.

Clarté sur le contenu du choix thérapeutique, énoncé des points d'accord et de désaccord, négociation et recherche d'alliance thérapeutique, respect des personnes et des différences sans négliger de contenir les parents dans une éventuelle intrusion de l'espace psychique de leur enfant.

Dans tous les cas l'adolescent est tenu informé des sujets d'échange téléphonique avec les parents. Il est parfois associé au coup de téléphone. Dans ce cas il est demandé au parent son accord pour cette discussion à trois parties. (Exemple : Fred, après une longue hospitalisation, fait ses premiers pas au Cerep. Pour lui c'est très dur, il vient de loin et a peur dans les transports en commun, son traitement médicamenteux résiduel de l'hospitalisation fait encore effet et il s'endort à tout moment, sa dépression l'incline à éviter toute activité ; il a peur dans le Cerep et déclame sa dangereuse puissance aux potentiels agresseurs, et, passer des journées entières dans ce lieu difficile à vivre, où il ne s'est pas encore fait de solides relations amicales, lui paraît insurmontable. Sa maman lui aurait dit qu'il peut rentrer à la maison quand il veut, condition de son acceptation le matin de venir au Cerep et, à 14 heures, il veut rentrer chez lui. Son insistance à partir sur le champ, son anxiété, la violence qu'il annonce si l'on n'accède pas à sa demande nous amènent à téléphoner avec lui à sa maman. Elle n'est pas là. Nous appelons le papa à son travail.

Celui-ci se fâche de cette demande et signifie son désaccord avec sa femme trop laxiste «depuis toujours». Il ne veut pas être dérangé dans son travail pour des choses aussi futiles et son fils doit arrêter son cinéma. Fred est troublé, il encaisse cet énoncé sévère et accusateur mais nous le sentons au bord de l'explosion entre les avis inconciliables de ses parents.

Nous disons au père que l'on doit tenir compte du fait que Fred sort tout juste de l'hôpital, qu'il fait des efforts pour venir le matin alors qu'il n'est pas encore capable de faire grand-chose ici et qu'il serait bon de trouver une solution tenant compte de ces variables. Il consent, acceptant l'idée qu'il n'y a pas nécessairement une régression factice chez son fils et, à trois, nous nous mettons d'accord sur une heure de départ acceptable.

*Y a-t-il des inconvénients ou même des risques à l'évolution téléphonique d'aujourd'hui?*

On peut penser que dans bien des cas, il y a 20 ans, nous aurions pu réduire, par des échanges plus soutenus, de redoutables tensions qui mettaient les adolescents en grande souffrance, et laissaient les parents abandonnés à leurs difficultés. Le risque serait à l'inverse de nous retrouver dans ce qui serait une connivence pathologique avec les parents pendant que nous délaisserions les adolescents avec ce qu'ils ont à jouer avec nous, leurs camarades et leurs professeurs dans le Cerep.

Nous avons vu à travers les différents exemples une certaine évolution dans le travail thérapeutique avec les familles et l'adolescent. L'action des responsables de Groupe au côté des médecins psychiatres est devenue plus large et moins frileuse que ne le recommandaient les règlements intérieurs des premières années:

- 1972 - Art. 10 - Rapports avec les familles. *«Les rapports avec les familles sont assurés par les médecins de l'hôpital de Jour et le responsable technique et administratif, et toute personne de l'équipe désignée par ceux-ci. Mais pour que ces entretiens soient efficaces, il est souhaitable qu'ils aient lieu sur rendez-vous. Des réunions de parents sont prévues avec la collaboration des différents membres de l'équipe. L'assistance à ces réunions, ainsi que toutes les formes de collaboration proposées par l'hôpital de Jour aux familles font partie intégrante du traitement entrepris pour l'adolescent».*
- Puis en 1983 : Art. 8 - Rapports avec les familles. *«Les relations avec les familles ne peuvent pas se calquer à l'hôpital de Jour sur celles des établissements scolaires. Il est nécessaire que des rendez-vous soient pris par les familles auprès du médecin responsable de leur enfant, à des rythmes différents selon le moment de la prise en charge thérapeutique. Des contacts avec les autres personnes de l'équipe peuvent également être établis au cours du séjour. Des réunions de parents sont prévues un samedi par mois. L'assistance à ces réunions mensuelles, ainsi que toutes les formes de collaboration proposées par l'hôpital de Jour aux familles, font partie intégrante du traitement entrepris par l'adolescent».*

Nous pouvons conclure que l'évolution du lien téléphonique a assoupli le travail de collaboration entre l'équipe, la famille, et l'adolescent. Il serait cependant prudent de ne pas se laisser entraîner dans une modification du cadre thérapeutique qui viderait de son contenu la prise en charge dans l'Institution, d'autant plus que celle-ci constitue le pilier thérapeutique, le moteur de l'évolution de l'adolescent, et ce, à travers les échanges, les rencontres, les confrontations qui y sont si diverses et riches.

## LE GROUPE DE PARENTS

### Rituel socialisant - Miroir institutionnel - Espace de régulation interne

**11** est difficile aux familles du Cerep Montsouris de se dérober à la cure de leur enfant. C'est annoncé clairement à l'entrée, leur adhésion fait partie des critères d'admission. En échange, cela suppose de la part de l'encadrement de soin, une disponibilité particulière qui dépasse le cadre même de l'accompagnement de l'adolescent. Ainsi (pour ne citer que cet exemple), les référents sont impliqués dans les rendez-vous réguliers des parents avec le médecin traitant.

Pour ma part j'ai été invitée au groupe de parents animé par le médecin directeur et son adjointe, avant même de prendre mon poste. A ce rendez vous mensuel auquel 78% des parents répondent, et les 3/4 avec régularité, la présence de la directrice adjointe s'impose, semble-t-il, depuis une longue histoire.

Ce jour là, Dominique Larche la directrice qui me précédait, faisait ses adieux tout en me passant le relais. J'ai été sensible de lire ensuite le témoignage de Corinne Gauthier-Hamon qui relate son arrivée six ans plus tôt; elle aborde sa rencontre avec le groupe de parents en notant la présence du médecin dont elle prenait la suite. Cela m'a conforté dans l'idée que la dynamique interactive de ce groupe passe par des phases du rituel institutionnel.

Ce qui m'a frappé d'emblée dans cette réunion, c'est le rapport de confiance manifesté dans la spontanéité et la qualité des témoignages des participants, où tour à tour les cheminements individuels et intimes se mêlent aux questionnements plus généraux, l'ensemble se jouant dans une complicité de visibilité aux regards des autres.

Bernard Penot m'a demandé d'apporter un peu de mon vécu à propos du fonctionnement de ce groupe, c'est cette dimension de confiance que j'ai envie de souligner en premier lieu, car elle s'est confirmée au fil des troisième samedi de chaque mois. Aujourd'hui, après neuf mois de participation, le principe d'apporter ce témoignage avec Corinne m'intéresse, car j'ai vérifié à l'occasion des post-groupes, que je ne vivais pas les mêmes réunions qu'elle et Bernard.

C'est clair, ma présence signifie que les questions d'ordre institutionnel peuvent être abordées, les parents ne s'y trompent pas, ils ne s'en privent pas non plus... C'est aussi sur la base de ces échanges que se construit ma fonction, du moins elle s'en trouve balisée. C'est ce versant que j'ai choisi d'illustrer, de cette interaction constante entre la vie institutionnelle et la vie de ce groupe.

#### *La première illustration concerne le rituel d'installation de la réunion elle-même.*

L'exiguïté des locaux nous conduit à utiliser la salle à manger des adolescents comme lieu de réunion avec les parents. Les premiers arrivants sont donc invités à sortir l'ensemble des tables, pour installer ensuite les sièges en cercle. Indépendamment de la difficulté que j'éprouve à jouer les déménageurs au petit matin de ces samedis, ce moment finit toujours par m'être agréable en constatant que la plupart des parents se prêtent au jeu au même titre que moi ou que le médecin directeur. Je me dis que si cette activité fait partie du BA BA des animations de groupe consistant à ouvrir la qualité de l'échange par une sorte d'échauffement convivial, dans le cas présent s'ajoute, me semble-t-il, une véritable complicité de la part des parents à participer au phénomène artisanal et créatif de cette maison, généré par les contraintes de l'espace.

*Dans un second temps, j'ai remarqué que la séance de groupe prenait souvent appui sur les questions institutionnelles.*

La plupart d'entre elles sont récurrentes: elles passent par les rubriques traditionnelles de la scolarité, des emplois du temps, de la cantine, du calendrier d'ouverture, ou encore les critères de sélection pour la semaine de transfert, les stages et les projets de sortie. Outre le fait que ces évocations donnent aux parents la possibilité de peser sur certaines orientations de l'établissement, elles permettent aussi de rebondir sur des questions plus individuelles et personnalisées parce qu'elles ouvrent la porte aux témoignages : *«J'aimerais bien moi que mon fils ait envie d'aller au camp, pas moyen de le faire sortir de la maison.... »*

J'ai remarqué aussi que les préoccupations institutionnelles sont souvent transmises par les parents, avec des effets de miroir sur les phénomènes de groupe de leurs adolescents. Cela se lit dans les positionnements et les attitudes. Je pense à ces deux mères qui se sont assises et installées côte à côte dans un mutisme ostentatoire ressemblant à s'y méprendre à celui de leurs filles respectives dans les couloirs du Cerep à ce moment-là. Quelques minutes seulement avant la fin de la réunion elles laisseront échapper une revendication à l'égard de tel ou tel personne soignante, et leur malaise sera entendu. D'autres questions sont d'emblée sensibles. Elles font écho aux événements douloureux du quotidien, résultants de comportements déviants. Par exemple une série de passages à l'acte a accompagné mon arrivée, (tels que les agressions en groupe sur un adolescent), contraignant certains à passer par le commissariat de police pour y déposer quelque plainte ou main courante ; certains parents encouragés par nous à faire cette démarche avec leur adolescent. Face à ce genre de situation, le samedi suivant, au moment où le parent concerné se risque à poser la question: *«Bertrand nous a dit qu'il allait être convoqué au commissariat ?»*. On peut reconnaître à travers l'attention et la participation des «autres» un mouvement de solidarité, de compréhension et d'identification que l'événement gratifie d'une certaine façon par la satisfaction de ne pas être impliqués pour cette fois.

Dans le même temps, il y a un réel soulagement à constater qu'une actualité, si douloureuse soit-elle, peut toujours être débattue en présence des protagonistes, de voir aussi combien les témoignages des personnes concernées développent une solidarité, et provoquent un effet de dédramatisation que nous pouvons mettre en relation avec l'apaisement de certains comportements dans la suite de notre quotidien. J'évoquerai enfin, à l'inverse, les risques de dérapages qui ont lieu malgré le rappel de devoir de secret parental au démarrage du groupe. Nous avons vécu cet événement d'un témoignage livré par les parents au groupe un samedi matin, où il était question de violence sexuelle sur leur fille. «L'anecdote» s'est retrouvée le lundi suivant colportée dans les couloirs de l'Institution par une adolescente à qui les parents avaient communiqué le contenu de la réunion dans le détail. Je peux assurer que ce genre de retour met à l'épreuve le rapport de confiance nécessaire au fonctionnement global de l'Institution, et notamment la collaboration parents-équipe. Il est clair que la responsabilité parentale se trouve alors interpellée et ravivée.

Voilà quelques points d'illustration pour donner un modeste aperçu du potentiel de messages fournis par ce groupe. Je les ai choisis, parce qu'au-delà des objectifs thérapeutiques d'ordre individuel et collectif, ils font la démonstration de leur rôle de régulation interne, en même temps qu'ils développent un éclairage utile à la fonction institutionnelle. A partir de ces constats, je pense que ma participation au groupe de parents me renvoie à celle des réunions d'équipe ou de synthèse.

Avant de laisser la parole à Corinne, je voudrais conclure sur la remarque que j'ai faite au départ, constatant l'importance de la participation des parents à la cure de leur enfant. Je pense que ceux qui se rendent régulièrement à ces rendez-vous de groupe font vraiment la démonstration de leur engagement parental au-delà de toutes les expressions pathologiques qui apparaissent.

*Dans un second temps, j'ai remarqué que la séance de groupe prenait souvent appui sur les questions institutionnelles.*

La plupart d'entre elles sont récurrentes: elles passent par les rubriques traditionnelles de la scolarité, des emplois du temps, de la cantine, du calendrier d'ouverture, ou encore les critères de sélection pour la semaine de transfert, les stages et les projets de sortie. Outre le fait que ces évocations donnent aux parents la possibilité de peser sur certaines orientations de l'établissement, elles permettent aussi de rebondir sur des questions plus individuelles et personnalisées parce qu'elles ouvrent la porte aux témoignages : *«J'aimerais bien moi que mon fils ait envie d'aller au camp, pas moyen de le faire sortir de la maison.... »*

J'ai remarqué aussi que les préoccupations institutionnelles sont souvent transmises par les parents, avec des effets de miroir sur les phénomènes de groupe de leurs adolescents. Cela se lit dans les positionnements et les attitudes. Je pense à ces deux mères qui se sont assises et installées côte à côte dans un mutisme ostentatoire ressemblant à s'y méprendre à celui de leurs filles respectives dans les couloirs du Cerep à ce moment-là. Quelques minutes seulement avant la fin de la réunion elles laisseront échapper une revendication à l'égard de tel ou tel personne soignante, et leur malaise sera entendu. D'autres questions sont d'emblée sensibles. Elles font écho aux événements douloureux du quotidien, résultants de comportements déviants. Par exemple une série de passages à l'acte a accompagné mon arrivée, (tels que les agressions en groupe sur un adolescent), contraignant certains à passer par le commissariat de police pour y déposer quelque plainte ou main courante ; certains parents encouragés par nous à faire cette démarche avec leur adolescent. Face à ce genre de situation, le samedi suivant, au moment où le parent concerné se risque à poser la question: *«Bertrand nous a dit qu'il allait être convoqué au commissariat ?»*. On peut reconnaître à travers l'attention et la participation des «autres» un mouvement de solidarité, de compréhension et d'identification que l'événement gratifie d'une certaine façon par la satisfaction de ne pas être impliqués pour cette fois.

Dans le même temps, il y a un réel soulagement à constater qu'une actualité, si douloureuse soit-elle, peut toujours être débattue en présence des protagonistes, de voir aussi combien les témoignages des personnes concernées développent une solidarité, et provoquent un effet de dédramatisation que nous pouvons mettre en relation avec l'apaisement de certains comportements dans la suite de notre quotidien. J'évoquerai enfin, à l'inverse, les risques de dérapages qui ont lieu malgré le rappel de devoir de secret parental au démarrage du groupe. Nous avons vécu cet événement d'un témoignage livré par les parents au groupe un samedi matin, où il était question de violence sexuelle sur leur fille. «L'anecdote» s'est retrouvée le lundi suivant colportée dans les couloirs de l'Institution par une adolescente à qui les parents avaient communiqué le contenu de la réunion dans le détail. Je peux assurer que ce genre de retour met à l'épreuve le rapport de confiance nécessaire au fonctionnement global de l'Institution, et notamment la collaboration parents-équipe. Il est clair que la responsabilité parentale se trouve alors interpellée et ravivée.

Voilà quelques points d'illustration pour donner un modeste aperçu du potentiel de messages fournis par ce groupe. Je les ai choisis, parce qu'au-delà des objectifs thérapeutiques d'ordre individuel et collectif, ils font la démonstration de leur rôle de régulation interne, en même temps qu'ils développent un éclairage utile à la fonction institutionnelle. A partir de ces constats, je pense que ma participation au groupe de parents me renvoie à celle des réunions d'équipe ou de synthèse.

Avant de laisser la parole à Corinne, je voudrais conclure sur la remarque que j'ai faite au départ, constatant l'importance de la participation des parents à la cure de leur enfant. Je pense que ceux qui se rendent régulièrement à ces rendez-vous de groupe font vraiment la démonstration de leur engagement parental au-delà de toutes les expressions pathologiques qui apparaissent.

## LE GROUPE DE PARENTS

**E**n souhaitant parler ce jour, du groupe de parents du Cerep Montsouris, j'ai repensé à un texte que j'avais écrit, à ce propos, peu de temps après mon arrivée au Cerep, en 1994, texte suscité par ma perplexité lors de mes premières participations à ce groupe. Outre le fait que ce groupe avait une histoire institutionnelle bien antérieure à la mienne et dont je devais tenir compte, obligation m'était faite de repérer quelques indices de fonctionnement pour en comprendre la continuité.

J'ai ainsi pu caractériser ce fonctionnement groupal selon trois axes, non exhaustifs, à savoir :

- Les rituels.
- Les interventions parentales.
- Les interventions institutionnelles.

### 1- FONCTIONNEMENT GROUPAL

#### 1 - Les rituels

Ils dépendent largement du cadre institutionnel proposé et reflètent assez fidèlement, les psychopathologies des familles conviées.

Ainsi, l'arrivée des parents est caractéristique voire caricaturale : elle se fait en ordre dispersé et dans un laps de temps qui n'est pas toujours compatible avec le respect scrupuleux de l'heure de début de la réunion. Quelques couples viennent ensemble, d'autres se présentent ostensiblement de façon séparée, signe de leur divorce avéré ou à venir et vont s'asseoir chacun à une extrémité de la salle du bas. Les horaires d'arrivée parentale sont stéréotypés et révélateurs de leur organisation mentale? Ainsi, telle mère débarque toujours dès potron-minet, à une heure où elle est sûre de ne voir personne, ce qui lui permet d'observer une éventuelle faille d'organisation cérépienne; d'autres parents sont un modèle de ponctualité à même de décourager quiconque aurait la velléité de découvrir un dysfonctionnement éducatif chez eux ; tel père arrive, quant à lui, à n'importe quelle heure, preuve s'il en fallait d'un rapport quelque peu distordu à la loi.

Puis les parents descendent s'asseoir dans la salle non sans avoir cherché du regard leur médecin attiré et s'être assurés d'un rapide coup d'œil circulaire que les murs de l'Institution étaient toujours en place.

Au sous-sol, les places de chacun sont également rituellement respectées.

Enfin, un autre rituel concerne la fin de la réunion et le départ des parents et s'apparente furieusement à la sortie de la messe un dimanche à la campagne. Chaque famille congratule sa voisine, se donne des nouvelles de ses enfants, s'aperçoit éventuellement qu'elle a été trompée par son adolescent puis, forte de ces renseignements, monte prendre un prochain rendez-vous avec son médecin, non sans avoir essayé, plus ou moins discrètement, de soutirer quelques réflexions institutionnelles pouvant intéresser leur rejeton.

#### 2 - Les interventions parentales

Dans la mesure où ces groupes fonctionnent sans thème préalablement défini, ils sont très révélateurs des questionnements répétés voire répétitifs des parents d'enfants psychotiques et, sur un autre plan, également très révélateurs des interactions constantes du travail thérapeutique institutionnel et du travail éducatif parental.

De nombreux affects circulent, pariais de façon violente, en tout cas toujours dominés par l'angoisse omniprésente de ces parents, d'autant, qu'assez souvent, de nouvelles figures s'intègrent au groupe, apportant leur lot de douleur et réalimentant, de fait, le courant d'angoisse. Donc, les parents sont angoissés et choqués d'avoir dû mettre leur enfant à l'hôpital de Jour, ce qui ne peut que les pousser à être, eux aussi, en position d'observation, quant à ce lieu d'accueil et de soins.

Mais les parents viennent aussi chargés de leur pathologie propre qui éclate parfois de façon bien différente de celle repérée dans l'espace feutré du bureau médical. On peut ainsi schématiquement répertorier deux types d'interventions parentales : celles adressées au Cerep, dans le registre des interrogations légitimes ou fantasmées comme telles, et celles adressées aux autres parents dans un registre identificatoire croisé.

#### • Les interventions adressées au Cerep

Elles reflètent assez fidèlement les inquiétudes de tout parent n'ayant pas eu d'autres choix que de retirer son enfant d'un système social considéré comme «normal», teintant ainsi inévitablement d'ambivalence ses rapports avec l'Institution. Mais cette ambivalence basale se transforme, au gré du travail thérapeutique avec l'adolescent et sa famille et aussi, bien sûr, eu égard à la psychopathologie propre de chacun, selon un axe qui va d'un extrême à un autre, à savoir de l'adhésion complète sans condition, sous-tendue par le fantasme que le Cerep serait tout puissant et magique jusqu'au rejet massif passant par l'attaque systématique et confinant au déni de toute approche différente.

Parfois aussi, la détresse familiale se réfère plus étroitement à un dysfonctionnement massif de l'adolescent et le questionnement des parents peut alors prendre la tonalité d'un débat philosophique. Ainsi, les conseils sollicités recouvrent des problèmes bien différents selon les familles mais ont tous en commun de servir de support à une théâtralisation voire à une dramatisation des conflits parentaux et par là même de la parentalité et de ses avatars.

Car c'est bien en renvoi à leur parentalité difficile et, pour certains douloureuse, que l'on peut entendre les questions formulées aux médecins et à la directrice adjointe et qui traduit, du côté des familles, une inquiétude quant à la cohérence du Cerep, quant aux différentes psychopathologies de membres de l'équipe, quant au fonctionnement interne de l'Institution, à son respect de la loi et à son corollaire, ses éventuels manquements et quant au cadre proposé aux adolescents. Etc'est aussi en renvoi à la psychopathologie propre de chaque parent et/ou de chaque couple que l'on peut comprendre les défenses massives qui, parfois oblitérent tout dialogue ou tout échange entre les différents protagonistes, et qui vont de l'ambivalence au déni en passant par la banalisation, la violence, la rigidité, la projection et le clivage.

#### • Les interventions adressées aux autres parents

Elles interviennent dans une circulation pluri-identificatoire. C'est ainsi que certains parents deviennent eux-mêmes parents d'autres parents et leur prodiguent quelques conseils plus ou moins judicieux. Les parents plus anciens tentent de rassurer ceux qui arrivent, se rappelant à quel point, eux aussi étaient décontenancés à leur arrivée au Cerep. Mais l'étayage groupal passe aussi parfois par la circulation d'informations en provenance de la profession particulière d'un des parents ou de la résonance exquise d'une histoire personnelle.

### 3 - Les interventions institutionnelles

Le groupe est non directif et les réponses cérépiennes suivent peu ou prou le questionnement parental incipiens qui va servir de base à la poursuite de la discussion, à la condition expresse qu'elles restent centrées sur la restauration de la fonction parentale de ces parents-là, fonction bien mise à mal par leur psychopathologie propre et par celle de leur progéniture.

On peut ainsi répertorier un certain nombre d'interventions institutionnelles et les classer de la manière suivante :

- Les interventions de présentation,
- Les informations,
- Les rappels du cadre de fonctionnement y compris du Règlement,
- Les sollicitations,
- Les explications,
- Les interprétations.

Je ne détaillerai pas ici ces différentes interventions qui pourront être reprises dans la discussion générale, sauf à préciser que les interprétations sont ici intersubjectives et se rapportent majoritairement aux difficultés de séparation-individuation.

## II- FONCTION GROUPE DE PARENTS

À quoi sert le groupe de parents par rapport au travail familial individuel et par rapport au travail institutionnel quotidien avec les adolescents ?

Ce groupe **apparaît à l'évidence une mine** de renseignements sur les parents des adolescents qui nous sont confiés. En tout cas, il permet de vérifier que ces parents sont en mal de parentalité et qu'un fil conducteur essentiel va être la restauration de cette fonction parentale, passant bien sûr par la restauration narcissique des pères et des mères. Pour cela, les parents s'appuient sur le Cerep, mais aussi s'appuient sur les autres parents, qui, comme eux se retrouvent parents d'un adolescent au Cerep, ou encore d'un adolescent psychotique ou bien plus généralement d'un enfant psychotique. Car la question est alors : comment être parent d'un adolescent psychotique, ce qui n'exclut pas cependant d'être parent d'un adolescent tout court et de pouvoir avant tout s'imaginer parent? Et ceci suppose qu'ils aient les moyens de confronter leur enfant imaginaire et d'ainsi mieux symboliser le lien parental.

Être parent d'un adolescent n'est pas chose facile et à ce titre, l'identification aux référents institutionnels sert de base aux identifications croisées avec les autres parents. Mais les parents peuvent aussi s'identifier au fonctionnement institutionnel tout entier et particulièrement au questionnement permanent du Cerep, à ses remises en cause perpétuelles, ou bien encore à l'assouplissement institutionnel, à **même de faire vaciller** les parents les plus rigides, dans le meilleur des cas, ou du moins à les faire se poser les questions différemment.

Les fonctions du groupe sont donc multiples et peuvent servir de base à des mouvements comme la réassurance, l'étayage, l'accompagnement parental des adolescents et de leur maladie, l'aide à la séparation-individuation et la circulation d'informations. Certaines de ces discussions amorcées dans le groupe vont être reprises dans les entretiens individuels avec souvent un phénomène de réappropriation du questionnement d'un autre par le biais d'un appui identificatoire sur le groupe. La participation des parents aux samedis est assez significativement corrélative des mouvements institutionnels concernant tel adolescent, comme l'absence systématique en cas d'hospitalisation d'un adolescent ou la reviviscence soudaine d'une fréquentation du groupe après un entretien de famille particulièrement riche.

Enfin certains parents ne viennent jamais, se marginalisant inévitablement et l'on peut regretter pour eux qu'ils ne puissent se donner les moyens de s'appuyer sur une expérience partagée par d'autres.

**Deuxième Journée d'étude  
du Cerep - 20 novembre 1999**

**Deuxième Journée d'étude  
du Cerep - 20 novembre 1999**





*Cerep*

---

**31, rue du Faubourg Poissonnière  
75009 Paris**

**Tél. : 01 45 23 01 32**

**Fax : 01 48 00 90 78**

**E-mail: [CEREP.@wanadoo.fr](mailto:CEREP@wanadoo.fr)**