



Le dispositif en tuilage : reconstruction d'une enveloppe familiale effractée¹

Richard Durastante²

N°18, 10 juin 2019

Il y a longtemps, lorsque je suis arrivé sur ce Point Accueil et Écoute Jeunes (PAEJ) de banlieue que j'avais pour mission de mettre en place, je me suis retrouvé seul à penser l'accueil et la clinique de ces adolescents, qui sont venus d'emblée très nombreux, comme si ce lieu de soin-prévention était destiné à exister à cet endroit-là, prenant tout de suite sa place dans la cité. Accompagné de Saida, une accueillante, devenue depuis une amie, nous avons dû faire preuve d'intuition et d'imagination pour en faire un lieu suffisamment familier et sans prétention. J'y ai passé les quatorze plus belles années de ma vie professionnelle, avec la sensation que j'étais réellement à ma place. Les pressions institutionnelles et la solitude m'ont fait prendre rapidement conscience que j'avais besoin des autres, et d'un maillage partenarial autour de certaines familles accueillies. L'écriture d'une thèse de doctorat m'a permis d'ouvrir ce travail sur l'extérieur et de penser une clinique complexe autour de la prévention des conduites à risque, addictives et suicidaires des adolescents, avec en perspective des traumatismes transgénérationnels, qui constituent le lot habituel des épreuves que la vie nous réserve afin de se transformer et « grandir » pour prendre conscience de son appartenance au monde et de son chemin de vie.

Le dispositif en tuilage

En préambule, il s'agit de préciser que le rôle du psychologue clinicien, et du psychiste d'une manière générale, serait de mettre du sens sur les expériences de la personne qui évolue dans un monde, et de les mettre en lien pour en proposer un ordre et un sens. En quelque sorte, un psychologue comme « metteur en formes » d'expériences, sachant que l'expérience est elle-même productrice de pensée. Il s'agirait de faire naître chez le sujet la prise de conscience d'expériences dans lesquelles il chemine, ou dans lesquelles il erre, ou dans lesquelles il se perd, pour leur donner un sens profond relatif à son inscription dans cette vie-là en fonction de son chemin de vie qui est déjà inscrit aux tréfonds de son inconscient. Le psychologue fait lui-même partie de cet ordre, par ses expériences propres, et il s'agit d'en trouver les connexions avec les personnes qu'il reçoit et qu'il croise dans sa propre vie à lui. Il est en interaction profonde avec ses patients. Le dispositif en tuilage construit les liens, et le lien rassemble, fédère, et confronte le sujet à la réalité de ce qu'il vit. Le psychologue activerait des forces de liaison qui contrebalancent les forces de déliaison. Comme le stipule D. Bohm (1980), les découvertes contemporaines en physique quantique montrent que le cosmos agit contre les

¹ Chapitre inspiré de mon ouvrage « Adolescence et addiction, de la crypte familiale au dispositif en tuilage » (2011).

² Psychologue clinicien. Psychanalyste. Thérapeute de famille et de couple. Docteur en psychopathologie et psychologie clinique. Chargé de cours Université Lumière Lyon 2. Membre Société Française de Thérapie Familiale Psychanalytique, Société Française Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, membre associé Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudoin. Membre associé de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire. Adresse : 39 quai Docteur Gailleton, 69002 Lyon.



Les cahiers de la SIPsyM N° 18

forces qui fractionnent et va dans le sens du fait que tout est lié, que tout est en constante interaction, comme s'il s'agissait de tendre vers un ordre du monde qui le rendrait beaucoup plus en harmonie. J'insiste sur le fait que tout est donc lié, ce qui se passe sur cette banlieue dont je parle et ce qui se passe sur le plan sociétal et sur le plan cosmique.

Les forces de déliaison sont particulièrement actives sur la banlieue. Cette dernière est un « territoire » (soigneusement) éloigné du centre-ville, dans lequel sont regroupés les exclus ou ceux qui sont en voie d'exclusion. Y sont regroupés ceux qui n'ont pas les moyens de se loger en centre-ville ou dans les beaux quartiers, ceux qui focalisent le rejet de la société. En fait c'est, à mon sens, le lieu de projection de ce qu'une société rejette de son propre fonctionnement : le racisme, la peur, l'exclusion, l'abandon, la précarité, la pauvreté, en quelque sorte les forces de déliaison que l'on préfère voir actives ailleurs que chez soi, afin d'y projeter l'ombre et le négatif. Et en même temps de cliver et de figer ailleurs ce négatif, comme s'il s'agissait d'une part radicalement différente de cette société-là.

La précarité, le chômage, la pauvreté et l'exclusion engendrent une souffrance psychique et physique qui génère dépressions, conduites suicidaires et, dans le meilleur des cas, révoltes. Les projections sociétales sur la banlieue délient les liens familiaux et les liens au Monde, plus largement, générateurs de violences dans les familles. Elles induisent dans la population le fait que les gens seraient tenus pour responsables de leurs malheurs, individualisant par là même la souffrance, ce qui en conduit beaucoup à s'octroyer la responsabilité de ce qu'ils pensent être leurs échecs. La souffrance, l'exclusion, la pauvreté, ils finissent par les vivre comme une fatalité. C'est ce qu'on leur fait croire. L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) rappelle que le chômage tue. Il est responsable de dix mille à quatorze mille décès chaque année en France. Les enfants et les jeunes sont les premiers impactés par cette désespérance que l'on attribue entre autres à la banlieue, alors que la société a créé la banlieue comme lieu d'exclusions de toutes sortes, conséquences d'errances politiques où l'être humain et ses droits ne semblent plus pris en compte. Or, le rapport immédiat à une réalité difficile, chez les plus pauvres et les démunis, crée une expérience productrice de pensée. J'ai pu constater, durant les quinze années d'activité professionnelle exercée sur Rillieux-la-Pape, que les habitants étaient particulièrement lucides sur la réalité à laquelle ils étaient confrontés, et la véritable origine qui fait de la banlieue un lieu de misères qui colle à ses représentations et qui est loin d'être une fatalité. Ils étaient particulièrement bien renseignés sur les raisons de ce qu'ils vivaient, ne se contentant pas d'être trompés par cette information fallacieuse et empoisonnante véhiculée par les médias au service des puissants de ce monde. Le psychiste doit être très concerné par le monde dans lequel il vit et être très lucide sur ses enjeux, à l'image des écopsychologues qui intègrent les réalités du monde aux symptômes de leurs patients.

On ne peut pas traiter la dépression et ses équivalents sans prendre en compte les gens dans leurs écosystèmes, et sans agir sur ces écosystèmes en les aidant à s'informer correctement pour être lucides à propos de la réalité et éventuellement trouver par eux-mêmes des ressources et des moyens pour s'en défendre. Certaines modalités de révoltes aujourd'hui, en ce début d'année 2019, dans nos rues, sont la conséquence d'une prise de conscience collective où les gens n'ont pas d'autre moyen que de se réapproprier ce dont ils ont été spoliés, à savoir une parole vraie et authentique. Les pathologies que nous traitons, comme l'écrivait J. Hillman (1992), n'ont pas à être considérées comme sorties du contexte d'un milieu de vie, les deux étant liés. C'est lorsque l'ombre devient trop prégnante qu'un retournement se produit, pour rétablir un équilibre acceptable. Trop d'ombre est générateur de lumière.



C'est dans ce contexte qu'a pris naissance le dispositif en tuilage, mais à l'époque où je l'ai pensé, il n'avait pas la valeur que je lui donne aujourd'hui. S'est donc mise en place peu à peu une réflexion sur un cadre suffisamment adéquat pour traiter les problématiques addictives rencontrées tant chez les jeunes que dans le milieu familial. Je considère l'addiction chez l'adolescent comme une tentative de colmatage d'une déchirure généalogique, elle-même symptôme d'une société dont l'enveloppe contenante se déchire.

J'ai proposé cette appellation de dispositif en tuilage pour représenter le fait de couvrir, de protéger, de contenir les problématiques psychiques rencontrées. Le « tuilage » évoque la construction, le bâtir d'une toiture, élément essentiel d'une maison, sans quoi la vie à l'intérieur n'est pas possible. Il y a aussi l'idée de construire peu à peu, tuile après tuile, en équilibre sur le toit, tel le couvreur qui doit se protéger d'une éventuelle chute. Heureusement, le travail après-coup (supervision d'équipe, par exemple) permet de récupérer son équilibre, de comprendre ce qui a pu faillir lorsque le sujet ou bien la famille ne vient plus, et là le cadre et son dispositif sont forcément remis en question et repensés dans leur ensemble. Cela fait partie de la construction de la toiture de notre maison imaginaire, qui nous oblige sans cesse à monter et monter à nouveau sur le toit pour voir si tout est bien agencé, et s'il résistera aux intempéries de la clinique. Il reste également le fait que la maison représente un abri familial et que l'approche groupale-familiale est omniprésente dans mon travail.

La caractéristique principale du dispositif en tuilage est de s'adapter à là où en sont le sujet et sa famille, de les accueillir comme ils viennent, en tant que porte-parole de la famille (par exemple l'accueil d'une mère et de sa fille, sans chercher à les séparer, afin de travailler sur l'aspect fusionnel du lien, ou bien d'adapter le cadre en fonction de la demande de la famille, de recevoir l'adolescent et les parents, à part si telle est leur demande, et d'être pour ainsi dire un intermédiaire entre eux). Ce cadre nécessite de supporter suffisamment d'être « manipulé » sans pour cela être détruit. Le cadre et le dispositif ont pour fonction de faire émerger une activité de figuration, puis de représentation, afin de sortir de la répétition mortifère et du dépôt d'affects bruts sur le ou les cliniciens.

La spécificité du dispositif en tuilage par rapport au cadre sur mesure maintes fois conceptualisé, c'est qu'il prend aussi en compte la dynamique du réseau.

La malléabilité

M. Milner (1955) fait référence à un objet externe (pâte à modeler, eau, air) qui, par ses propriétés d'indestructibilité, va progressivement être intériorisé par l'enfant afin de lui permettre d'accéder au processus de représentation.

Je passe rapidement sur les fonctions du médium malléable, qui sont l'indestructibilité, l'extrême sensibilité, l'indéfinie transformation, sa disponibilité inconditionnelle, son caractère vivant et animé. Il s'agit d'un objet transitionnel permettant d'accéder à l'activité de représentation. Une telle activité nécessite, pour être introjectée par l'enfant, la présence de représentants concrets, c'est-à-dire le fait de se construire un écart entre l'externe et l'interne, pour que puisse se constituer une interface entre les deux.

Nous pouvons considérer le dispositif en tuilage en fonction des conceptualisations de C. G. Jung (1928). Ce dispositif contient, enveloppe, protège, afin que le sujet ne devienne pas l'objet des parts clivées et maléfiques de l'inconscient collectif. La contenance permet à la longue l'accession au Soi afin d'accéder aux processus de fantasmatisation et de symbolisation qui



permettent de se sentir relié au Tout. C'est dans la contenance du dispositif que peut se rejouer le processus d'illusion maternelle primaire, où le sujet se sent porté par le collectif pour ne pas se perdre dans le collectif et dans son ombre, et par conséquent posséder des parts clivées et violentes qui ne lui appartiennent pas.

Quelques autres modalités du dispositif en tuilage

Le dispositif en tuilage permet de supporter et contenir des mouvements violents ou qui font effraction de la part des patients que je reçois, ces mouvements m'appartenant également en propre. Un cadre souple permet au sujet l'expérience de la transitionnalité, à partir du moment où la capacité du clinicien à résister aux attaques du sujet permet à la longue à ce dernier de se l'approprier. Un cadre souple consiste à se construire un écart psychique permettant de faire exister l'objet hors de soi ou, dit autrement, la possibilité offerte au sujet de sortir progressivement d'un comportement addictif, la capacité représentative étant alors susceptible de se déployer et de lui permettre de trouver une issue à la répétition traumatique. Le dispositif en tuilage se veut construit pour résister à la pulsion destructrice du sujet et de la famille, auxquels il sert d'exutoire. Il permet de contenir les parts clivées de l'ombre collective.

Mais parfois ce dispositif donne l'impression d'être détruit, le sujet nous lâche, ne vient plus, nous abandonne. Cela atteint notre narcissisme. Mais est-ce pour cela que ce dispositif n'a pas résisté ? Des sujets ou une famille qui nous « lâchent », cela me fait penser qu'ils ont pris chez nous ce qu'ils ont pu et qu'ils ne peuvent aller plus loin, ici en tout cas, dans un processus transitionnel qui peut se poursuivre cependant en dehors de nous, dans un ailleurs. N'est-ce pas un aperçu du processus de différenciation et de séparation-individuation qui s'activerait alors ? A moins que ce « lâchage » ne soit que la répétition traumatique d'un abandon et d'une rupture qu'ils rejoueraient en ce lieu, le sujet gardant la maîtrise de l'abandon afin de ne pas courir le risque imaginaire d'être abandonné par nous.

Une des caractéristiques du dispositif en tuilage, c'est d'aider le sujet à sortir du lien de collage, où l'autre est relativement indifférencié de lui. Ce dispositif et mon cadre interne doivent donc pouvoir supporter l'absence, voire le comportement en ruptures des patients. L'important me paraît être de signifier au patient que je reste à sa disposition, à lui de s'approprier cette invitation et d'en faire ce qu'il en veut ou ce qu'il en peut, espérant par là même que ces mots auront un écho psychique que je ne connaîtrai peut-être pas. Ma tolérance à l'absence lui ouvre un espace de liberté. L'abord transitionnel de ce dispositif consiste en une prédisposition interne à vivre l'absence, l'abandon, le manque suscité par la rupture que ces patients agissent parfois sur moi. Les mouvements transféro-contre-transférentiels sont forts. Cela n'empêche pas la manière dont l'écho de notre rencontre a pu retentir en eux sur le plan psychique et la manière dont cet écho est susceptible de se propager entre eux et moi.

Ma prédisposition interne à vivre l'absence permet cet écho qui peut se représenter comme un lien psychique *a minima* et comme préfiguration d'un processus transitionnel. J'imagine que certains de ces patients se représentent moi en train de les attendre, autour de la question qui les préoccupe : vais-je ou pas supporter leur absence, en être détruit ? J'avance que la capacité de ces patients à se construire une expérience de la frustration susceptible de donner une forme représentable à l'objet absent (qu'il s'agisse des zones d'ombre de l'histoire familiale qu'ils acceptent comme telles, ou qu'il s'agisse de faire exister en eux un être cher, hors de sa présence, c'est-à-dire la capacité d'accepter un travail de deuil) passe par ma propre capacité à lâcher prise, à ne pas tout savoir, à ne pas tout tenir, et parfois à accepter de ne plus les voir,



acceptant par là même de n'être qu'un maillon de la chaîne que constitue le processus de soin qui pourra se poursuivre ailleurs, avec d'autres.

Cependant, puis-je parler de malléabilité lorsqu'il m'arrive parfois (mais assez rarement) d'avoir une attitude quelque peu directive dans l'orientation d'un adolescent au PAEJ, dans la mesure où il n'a pas de demande clairement explicitée et où il me paraît être en danger ? Il me semble que oui, dans la mesure où ma « préoccupation maternelle primaire » donne alors forme et sens à la souffrance de l'adolescent, auquel je sers de miroir. C'est, à mon avis, une manière de lui signifier que je suis en souci pour lui, et je le fais ainsi exister en tant que sujet. Malléabilité ne signifie pas mollesse, laisser-faire ou bien silence. Il devient ainsi important de lui signifier qu'il est en danger ou qu'il se met en danger, ce dont il n'a pas forcément conscience, ce qu'il ne peut pas ou ne veut pas entendre, dans la mesure où l'absence de limite induite par une loi familiale chaotique ne lui a pas permis de prendre soin de lui. Je représenterais alors l'archétype du guide et du guérisseur blessé qui permet de laisser retentir en soi le lien profond qui se tisse entre ces jeunes et moi-même, enrichi souvent de synchronicités qui rappellent que nous faisons partie d'une seule et même existence.

Gardons en tout cas à l'esprit que ce qui n'est pas travaillé dans le lien avec le clinicien est mis en scène dans l'institution ou dans le monde. C'est à partir des impasses du contre-transfert que se mettent en sens les agirs sur le dispositif et sur l'institution.

Dans ce dispositif en tuilage, je fais de ce travail psychique autour de l'absence et/ou de la rupture la pierre angulaire de « *soins maternels suffisamment bons* » pouvant induire une aire transitionnelle d'expérience (Winnicott, 1971), à la manière d'une mère qui peut supporter de disparaître un moment de l'univers de son enfant occupé à jouer seul en sa présence ou, plus tard, d'une mère qui accepte que son adolescent puisse faire sa vie en dehors d'elle et du milieu familial, tout en existant l'un à l'autre par le lien psychique. Le cadre interne est déterminé par la règle fondamentale (ainsi que son corollaire : la règle d'abstinence et la neutralité bienveillante), qui signe l'approche psychanalytique, par le référentiel théorique qui constitue un repère interne important, par les supervisions, par l'expérience de vie, par une démarche analytique personnelle, etc. Le cadre interne est un invariant. Il ne peut être malléable.

Le cadre externe est caractérisé par le dispositif comportant trois aspects :

- l'aspect spatial (face-à-face ou divan/fauteuil),
- l'aspect financier (coût ou gratuité de la séance),
- l'aspect temporel (la fréquence des séances).

Ce serait le dispositif qui serait malléable, et ne pourrait l'être que si le cadre interne est fixe. L'on pourrait aussi parler des préliminaires du cadre au lieu de parler de malléabilité. Dire que le cadre est malléable pourrait être dangereux, car cela pourrait amener une certaine confusion. Ne pas apporter de précisions, ce serait penser que le cadre interne serait malléable, ce qui ne peut être le cas, dans la mesure où il constitue un point d'ancrage permettant que malléabilité ne coïncide pas avec séduction et influence. Le cadre interne, ce serait la manière dont on se sent familier avec la façon d'organiser ses groupes internes. Cela implique la prise en compte du sujet comme sujet du groupe, avec à l'origine le fait qu'il est sujet du groupe familial. Cela permet dans son cadre interne de mettre en sens et en lien une souffrance exprimée par le sujet en tant qu'il est sujet du groupe familial et générationnel, référé à une histoire spécifique. Mais cela implique aussi, sur le modèle de la thérapie familiale psychanalytique, que le thérapeute



ferait partie d'un néo-groupe (groupe formé par la famille et les thérapeutes). Il pourrait se considérer comme faisant partie d'une famille imaginaire, et donc à une place familiale fantasmatique co-construite avec la famille.

Si l'on rapproche le dispositif mis en place de la « préoccupation maternelle primaire », la malléabilité du dispositif donnerait lieu à des proto-rythmes (interruptions temporaires du suivi et reprises, ou au contraire régularité des séances, répétitions diverses, investissement-lâchage, rétablissement du lien, etc.) qui pourraient à la longue se transformer en une rythmicité plus régulière, sur le mode des premières interactions mère/bébé.

Là, je pense qu'il y a quelque chose à préciser. J'ai envisagé le PAEJ comme un lieu susceptible de reconstituer une enveloppe pare-excitante, à partir d'une « illusion maternelle primaire ». Je n'ai peut-être pas assez insisté sur le fait que ce qui fait grandir l'enfant, c'est que la mère cesse progressivement de s'adapter entièrement à lui, c'est-à-dire qu'elle soit en mesure et en capacité de le lâcher progressivement. Le cadre est malléable, jusqu'à ce qu'il devienne plus classique, plus rigoureux.

Ramené aux problématiques addictives, je dirais que le cadre-sur-mesure ou dispositif en tuilage s'adapte au rythme du sujet, ce dernier pouvant alors le manipuler pour avoir « sa dose », quand il veut et comme il veut, en tout cas pour tenter d'avoir tout, tout de suite, tandis qu'un cadre devenant progressivement fixe instaurerait une suffisante permanence pour pouvoir donner au sujet la possibilité d'attendre et d'accéder ainsi à l'expérience de la frustration, dans la mesure où il représente la loi.

L'addiction ne peut pas se satisfaire de la représentation, le sujet étant dans la rencontre sensorielle, dans la recherche des sensations immédiates, et c'est là à la fois l'avantage et le risque du cadre en tuilage, tout à la fois de s'adapter à la problématique du sujet, mais aussi de s'y perdre lorsque le sur-mesure dure trop longtemps, figeant alors quelque chose de l'immédiateté et d'une répétition traumatique. La fixité du cadre permet, par l'écart qu'elle introduit entre le besoin et sa satisfaction, d'instaurer la potentialité d'un travail psychique d'anticipation de la rencontre sensorielle. L'anticipation introduit un écart qui permet progressivement de penser l'absence. La fixité du cadre, à la manière dont la mère sort progressivement du jeu primaire interactif étroit qui la lie au bébé, au moment où la frontière entre les deux n'est pas encore constituée, permet de passer du cadre-sur-mesure au cadre symbolique, en même temps que sujet et thérapeute sortent d'un arbitraire potentiel. Là encore, il me semble que c'est le dispositif, sujet à malléabilité, qui devient progressivement fixe, le cadre, assimilé au cadre interne, étant fixe d'emblée. C'est la contenance induite par le référentiel interne du thérapeute qui instaure, entre le patient et lui-même, un espace ouvert à la symbolisation, susceptible de rétablir chez le patient une expérience de la continuité, l'amenant progressivement à renoncer aux passages à l'acte sur le cadre externe, à partir du moment où il peut introjecter le cadre et développer une activité de pensée. Le passage d'un cadre-sur-mesure à un cadre plus fixe se fait dans l'interaction, et n'est pas décidé à sens unique par le clinicien.

Pour faire de l'illusion maternelle primaire un préalable au fonctionnement du PAEJ, revenons à la théorie. D.W. Winnicott (1971) écrit que pour dépasser l'illusion primaire, pour passer du principe de plaisir au principe de réalité, l'enfant a besoin d'une mère suffisamment bonne, qui sache s'adapter à ses besoins. Mais la dépendance mutuelle mère/enfant de l'origine diminue peu à peu, au fur et à mesure que l'enfant apprend à supporter l'absence et la frustration. Donc, dans un premier temps, la mère s'adapte presque exclusivement aux besoins du bébé, alors que



dans un second temps cette adaptation est moins prégante, la mère permettant à l'enfant de faire face et de supporter cette défaillance maternelle nécessaire, en même temps que par ses capacités adaptatives il permet à la mère de se retirer progressivement. Dans le meilleur des cas, l'enfant sait faire face à l'expérience de la frustration, qui lui permet de découvrir l'objet dans sa réalité, à la fois aimé et haï.

Lorsque l'adaptation de la mère à l'enfant dure trop longtemps, un objet répond aux besoins immédiats de l'enfant, mais ce n'est qu'une hallucination de l'objet dans la mesure où la mère n'autorise pas l'enfant, dans ce cas précis, à le trouver-crée, l'objet ayant un comportement parfait. Il est nécessaire que la mère ouvre à l'enfant une aire intermédiaire d'expérience se situant entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de réalité. L'aire intermédiaire d'expérience donne naissance aux phénomènes transitionnels. L'objet transitionnel, issu tout à la fois de l'apport maternel qui satisfait tout besoin de l'enfant et de son retrait progressif permettant à l'enfant de le recréer extérieur à lui, est dans un entre-deux, dans une position indéfinissable, tout à la fois présenté du dehors et conçu par l'enfant.

La réalité de l'objet naît donc de ce processus de désillusionnement consécutif au retrait de la mère et à la frustration qu'elle entraîne. L'acceptation de la réalité, précise Winnicott, est sans cesse mise en tension tout au long de la vie, tension consécutive à la mise en relation entre réalité du dedans et réalité du dehors. L'aire intermédiaire d'expérience en permet une mise en tension suffisamment bonne. L'aire intermédiaire d'expérience est possible grâce à l'expérience de la continuité de l'environnement extérieur et des objets dans l'environnement physique de l'enfant, tel l'objet transitionnel. Cette aire intermédiaire d'expérience permet le déploiement d'une enveloppe contenant qui protège le sujet d'être possédé par des intrusions de l'inconscient collectif, car tout groupe rejette et clive son négatif sur les personnes les plus vulnérables, celles précisément chez qui l'expérience de l'illusion maternelle a été défaillante. Ces défaillances ouvrent la voie aux manifestations de l'ombre qui hantent la personne, telles des parts diaboliques qui la possèdent littéralement.

Mais le lien et le travail en réseau peuvent permettre de reconstituer une contenance acceptable, comme je le montrerai dans la situation clinique développée plus loin.

La suffisante familiarité : la bonne distance

Pour faire suite à la malléabilité, il conviendrait de prendre en compte une notion qui en fait partie. Je nomme *suffisante familiarité* le fait d'être proche d'un patient, sans pour cela transgresser la règle d'abstinence, tout en l'assouplissant. Une familiarité « juste comme il faut » permettrait d'activer les processus d'identification, afin que, sur le plan fantasmatique, le clinicien soit mis à une place parentale ou grand-parentale bienveillante. Pour s'identifier au clinicien, la famille a besoin de sentir un peu de « même » et d'être accueillie avec humanité et chaleur, ce qui les renvoie à des positions de sujets. Quant aux adolescents, ils ont besoin avant tout du contact vrai et authentique avec un adulte qui doit transparaître derrière le professionnel qu'est le « psychiste », un adulte qui leur renvoie la loi et la limite. Un certain engagement est par conséquent important tout en étant bien tempéré.

Il sera question, dans l'illustration qui suit, du dispositif en tuilage, de malléabilité et de suffisante familiarité, avec en toile de fond la relation transféro-contre-transférentielle.



Le travail partenarial en réseau : le maillage de liens intersubjectifs

Mon expérience clinique me conduit à être en contact régulièrement avec d'autres professionnels : éducateurs de prévention spécialisée, planning familial, assistantes sociales de secteur, mission locale, centre médico-psychologique, établissements scolaires, etc. Il s'agit de partager un souci commun que nous nous faisons à propos de tel ou tel jeune et/ou de sa famille. Le réseau de partenaires pourrait être considéré comme une famille imaginaire, ce qui fait référence à la manière dont moi-même j'ai dû aller vers d'autres professionnels référents, vers une famille imaginaire que je me suis créée, afin de faire du lien, de mettre en sens le symptôme de l'adolescent ou de la famille accueillie. Le déploiement de cet imaginaire familial et qui se transmet du thérapeute au patient active le fonctionnement du préconscient, permettant ainsi l'accès à la dimension inconsciente du sujet qu'elle développe par le fait même.

Cette « famille » imaginaire que constitue le partenariat, qu'il s'agisse soit de structures qui m'ont orienté le ou les sujets, soit des structures vers lesquelles je compte les orienter lorsque j'atteins les limites de la compétence du PAEJ (adolescents psychotiques, par exemple, dans la mesure où le PAEJ n'est pas un centre de soin psychiatrique), permet d'établir un lien avec d'autres professionnels, avec l'accord du ou des patients, ce qui donne lieu à un maillage relationnel où chacun intervient avec sa spécificité, où chacun peut donner son point de vue de sa place, ce qui permet concrètement de différencier les places et les rôles. Cela constitue pour les adolescents l'exemple même d'adultes capables de s'entendre à leur sujet, de partager et de les faire exister en tant que sujets dans une dynamique de réseau.

L'expérience de ce maillage est susceptible à la longue d'être introjectée par le patient, construisant par là même sa place dans une famille imaginaire, ce qui lui permet de tisser des liens dans cette expérience de la continuité. Ainsi l'introjection progressive du cadre permet-elle au sujet de mettre du sens sur le lien familial, afin que chacun puisse se reconnaître en tant que membre d'une groupalité familiale, ce qui peut parfois faire émerger une demande de thérapie familiale ou de thérapie de couple. Le travail partenarial permet de partager les compétences par le fait d'éviter d'être à toutes les places. Je rencontre par exemple des adolescents qui ont besoin concrètement de se faire aider dans leur démarche, à propos d'une distance à prendre avec leur famille, de la construction d'un projet professionnel qui leur permet d'avancer sur le plan psychique, ou d'une aide financière. Ce partage avec d'autres professionnels vers lesquels je peux orienter les adolescents pour une démarche spécifique et concrète me dégage de certaines responsabilités et me permet de travailler plus tranquillement avec eux sur le plan thérapeutique. Ce travail en réseau est alimenté par des séances d'intervision qui regroupent ceux qui travaillent autour d'une situation spécifique.

La question de l'orientation : le portage suffisamment bon

Le travail sur la limite que le sujet a à s'approprier passe parfois par le fait d'accepter de ne pas être à toutes les places, et de se séparer de lui, et de l'orienter ailleurs par exemple lorsque je me trouve aux limites de mes compétences. L'orientation doit être particulièrement douce et contenante et le sujet doit être suffisamment rassuré pour l'accepter. C'est comme si, entre professionnels, il fallait se passer un bébé de bras en bras, en douceur, par le fait de bien le tenir, afin de ne pas reproduire l'expérience d'un défaut de portage dont certains ont souffert, ce qui est le cas des jeunes addicts. Il m'arrive d'accepter qu'une assistante sociale ou une infirmière d'un établissement scolaire accompagne au PAEJ un adolescent dont elle est référente, et participe en tout ou partie au premier entretien, ce qui est une façon de se présenter et de l'aider



à formuler sa souffrance, et en même temps de lui montrer que des adultes peuvent être en lien entre eux et pour lui. J'ai constaté que ce mode d'orientation était très positif pour ce qui est de l'investissement du lieu par le jeune et que bien souvent une relation thérapeutique pouvait s'établir dans la continuité, à partir de cette première rencontre. Il en est tout autrement lorsque l'orientation est impersonnelle, faisant penser au fait de poser le bébé seul dans son coin, à charge pour un autre adulte de venir le récupérer.

Pour conclure cette question de la malléabilité du PAEJ, je citerai les propos de Audrey, dix-neuf ans, en BTS³, que j'avais suivie sur la durée de l'année scolaire. Audrey est venue se faire aider afin de reconstruire sa place en famille, entre un père parti et ayant refait sa vie, et un beau-père rétorsif à son encontre avec une problématique incestuelle sous-jacente, activée par une mère peu protectrice. En fin d'année scolaire s'est posée tout naturellement la question de la poursuite du suivi psychologique. J'avais proposé à Audrey, habitant assez loin du PAEJ, de l'orienter vers un clinicien de ma connaissance. Ayant depuis peu réussi le permis de conduire, elle manifeste le désir de continuer avec moi l'année suivante. Me faisant part de sa confiance, elle verbalise comme suit l'introjection du cadre : « J'ai pris l'habitude de venir. Lorsque je traverse des moments difficiles, j'imagine que je suis ici, dans le bureau face à vous, et je pense à ce que nous pourrions nous dire, et ça m'aide ».

Addiction et temporalité

A la lumière de ces éléments du cadre ci-dessus développés, il me semble cependant que le cadre en tuilage pourrait permettre de réintroduire de la temporalité dans ces familles fragilisées par des traumatismes de leur propre histoire, accentués par les souffrances sociétales.

Je reformule à présent l'essentiel de ma réflexion à la lumière du lien entre traumatisme et temporalité. Ma clinique de PAEJ m'a permis de remarquer que les adolescents présentant des comportements d'addictions (drogues, alcool, troubles des conduites alimentaires, tentatives de suicide compulsives, scarifications, etc.) avaient du mal à s'inscrire dans une temporalité et dans une histoire familiale. Vivant dans des familles où le lien paraît lui-même addictif, ils ne peuvent définir leur place dans un milieu où les statuts sont eux-mêmes incertains. Je fais allusion à des familles où les enfants ont été parentifiés par la présence de parents fragiles, ou bien à celles où les grands-parents se positionnent en tant que parents, effaçant et dévalorisant du même coup la génération suivante, à moins qu'il ne s'agisse d'une place de père à prendre auprès de la mère dans des liens incestuels, ou bien des deuils impossibles. Dans la plupart des situations que j'ai pu rencontrer, la chronicité a pris le pas sur la chronologie. Un héritage familial traumatique provoque une répétition de l'histoire à l'endroit d'une souffrance ancienne, se manifestant par des relations affectives inadéquates, ce qui empêche du même coup l'adolescent de s'individuer. Le comportement addictif d'un adolescent reproduit une chronicité qui plonge ces familles dans la répétition du même, ce qui ne lui permet pas de se projeter dans l'avenir à partir du moment où il se vit sans assignation dans le cœur de l'adulte, en famille et en société.

Cela me permet d'avancer l'hypothèse que l'addiction serait le symptôme d'une temporalité qui ne peut se déployer à cause de l'impact traumatique de l'héritage transgénérationnel. Ce symptôme, en tant que contenant du négatif familial, instaure le sujet dans une chronicité qui se confronte en direct à l'histoire des générations dans la famille. Le traumatisme contenu dans

³ Brevet de technicien supérieur.



l'héritage transgénérationnel, à l'origine de l'abrasement de la temporalité et de l'instauration de la chronicité, s'insinue à bas bruit dans les liens familiaux et donnerait lieu à un traumatisme cumulatif, dans le cadre de relations mère/enfant inadéquates. On peut voir comment le travail du traumatique dans le traumatisme cumulatif s'effectue dans un hors-temps. L'accumulation successive de scènes traumatiques se fait par une subversion de la temporalité ou par une impossibilité à la constituer, dans une succession captée par le temps historique. Les scènes traumatiques apparaissent comme émergences d'un travail secret de la compulsion de répétition et de la pulsion de mort. Cela est accentué lorsque la société va mal et réinterroge le sens du vivre ensemble.

L'addiction, par la chronicité addictive, constituerait un mode de figuration de l'excès d'excitation dû au traumatisme cumulatif qui instaure le sujet dans une pseudo-temporalité. Le PAEJ se situe assurément dans le registre du soin psychique. Dans nos entretiens, nous prenons en compte la dimension de l'inconscient individuel et groupal, ainsi que ce qui s'y rejoue dans la relation transféro-contre-transférentielle et les constructions fantasmatiques. D'autre part, la malléabilité que j'ai toujours pris soin de privilégier dans mon cadre de travail me paraît avoir un effet organisateur sur le lien intersubjectif et intrapsychique. Il s'agit de reconstruire pour le sujet une préoccupation maternelle primaire à son égard. Ma propre capacité à accueillir et tolérer les affects bruts et les vécus de rupture que les patients déposent sur le cadre leur donne l'assurance que ce qu'ils me font vivre est humain. Mais il s'agit aussi d'apprendre, en tant que thérapeute, à renoncer parfois à tout vouloir comprendre et à proposer au sujet et à la famille une autre histoire fantasmatiquement acceptable, tenant compte de l'expérience de la frustration que constitue le fait de renoncer à leur tour à mettre absolument du sens sur les zones d'ombre de leur histoire, qui resteront sans doute à jamais dans l'ombre, soit que le sujet n'en sache rien, soit qu'il ait pressenti le contenu du secret mais qu'il préfère n'en rien savoir afin de respecter les pactes narcissiques. La durée du suivi et ma capacité à contenir pourraient, me semble-t-il, permettre à nouveau l'accès à la temporalité, le suivi thérapeutique constituant une expérience de continuité et donc une histoire. Cela pourrait permettre au sujet d'apprendre à se différencier et à s'individuer par le fait de se construire à la longue une place acceptable en famille et dans l'ordre des générations, mais cela demande du temps et ne se fait pas forcément que dans le cadre du PAEJ, mais aussi tout au long de la démarche de soin, et à travers ses expériences de la vie.

L'expérience du passage par le PAEJ, je l'ai toujours souhaitée transitionnelle pour les patients que j'y ai accueillis. Je pense parfois que mon rôle pourrait consister *a minima* à dédramatiser l'approche du psychologue pour les adolescents accueillis et à leur permettre ainsi d'effectuer en un autre lieu, plus tard, une démarche personnelle qui sera dans la continuité de celle qu'ils ont commencé à effectuer chez nous, tenant compte de l'écho psychique de la rencontre. Est-il besoin enfin de rappeler l'importance pour les thérapeutes, et en particulier pour ceux qui travaillent en ces lieux que sont les PAEJ, d'avoir effectué une démarche analytique et de s'être construit des bases théorico-cliniques solides afin de pouvoir s'étayer sur un cadre interne suffisamment acceptable, et ce d'autant plus que le psychologue est parfois physiquement seul sur place et que la clinique de banlieue est difficile, pleine de souffrance et de désespérance, mais aussi pleine d'espoir. Dans le fond, je n'ai eu d'autre prétention que d'insuffler de l'humain à l'endroit où les patients ont l'impression d'en avoir perdu le sens, pris dans des familles sans ordre et sans structure, où les interdits n'ont pas été introjectés et où la seule manière de vivre ensemble se fait dans le collage, la chronicité addictive et la violence.



Les conduites sexuelles à risques : Anna et Léa

Anna était une jeune adolescente de treize ans lorsqu'elle s'est présentée au Point Accueil et Écoute Jeunes (PAEJ), il y a quelques années, accompagnée par un éducateur de prévention spécialisé avec lequel j'avais coutume de travailler. Le collègue avait repéré chez Anna des comportements sexuels à risque la confrontant au danger de sombrer dans la prostitution, ainsi qu'une chute scolaire importante. Elle a déjà rencontré la coordinatrice sociale de la gendarmerie, le planning familial et l'infirmière du collège. Une plainte a été déposée par la mère. En attendant une mesure de protection de l'enfance, elle a été prise en charge sur le plan éducatif. Pour la protéger, elle est placée dans un internat, loin de son lieu d'habitation.

Je demande à Anna si elle souhaite que l'éducateur participe à l'entretien. Elle accepte, en disant qu'il pourra « dire des choses qu'elle-même ne peut pas dire ». Nous faisons donc un premier entretien en binôme. Anna a une sœur aînée de quinze ans, Léa, et un frère de huit ans. Elle ne peut expliquer ses comportements à risque, qui ont pris la forme de comportements sexuels addictifs, verbalisant certaines choses liées à des angoisses autour de la sexualité et de la maternité. Elle ne connaît rien de l'histoire des parents, qu'ils n'ont jamais voulu évoquer à part le fait qu'ils se sont connus lorsque sa mère avait son âge, ce qui sous-entend le fait qu'elle a eu une sexualité précoce. Avec sa sœur, elles ont fait des expériences avec leurs animaux domestiques respectifs, des lapins, mettant parfois dans la même cage la femelle d'Anna et le mâle de Léa pour les faire s'accoupler. À son entrée dans l'adolescence, la lapine de Anna est morte en mettant au monde des petits. Elle tenait beaucoup à cet animal que lui avaient offert ses parents pendant son enfance. Anna avait toujours pensé que le jour où elle perdrait sa lapine, elle se mettrait à « faire n'importe quoi » (selon ses termes). Nous voyons là comment un animal peut tenir une place de personnage familial étayant et qui viendrait atténuer un lien de famille qui se délite.

Anna se plaint que sa mère l'insulte depuis qu'elle a eu connaissance de ses comportements sexuels à risques. Le suivi psychologique sera irrégulier. L'inscription d'Anna dans un nouvel établissement avec internat ne nous permettra pas de la revoir régulièrement. Lui ayant donné mes coordonnées téléphoniques professionnelles, je lui propose de m'appeler de l'internat pour me donner de ses nouvelles (il s'agit d'un aspect de la malléabilité et du cadre sur mesure, à savoir de s'adapter à la situation du sujet, là où il en est). Je lui propose des séances à chaque période de vacances scolaires, adaptant ainsi le dispositif en fonction de sa réalité à ce moment-là. L'éducateur se propose alors de lui rappeler ces rendez-vous et de l'accompagner. Elle me téléphonera à certains moments, entre autres lorsqu'elle se sent envahie par des bouffées d'angoisse ou lorsqu'elle a envie de fuguer. À ces moments-là, elle me demande de prendre contact avec l'éducateur pour le tenir informé, lorsqu'elle n'a pu le faire elle-même. Elle lui fera la même demande lorsqu'elle ne parvient pas à me joindre. Entre-temps, la mère vient me voir afin que nous la tenions informée du dispositif mis en place : je prends soin de ne jamais l'exclure de ce que nous décidons pour sa fille, lui permettant ainsi de co-construire le cadre. J'évoque la possibilité d'un travail psychologique pour elle-même. Elle hésite, assez mutique et honteuse vis-à-vis des agirs de sa fille. Elle dit qu'elle s'inquiète pour sa fille mais ne sait pas comment l'aider, partagée entre panique et révolte. Elle se sent perdre pied, d'autant plus qu'elle reconnaît sans en dire plus que Anna vient la toucher là où elle-même est fragile. Je pense alors à des maltraitements à caractère sexuel dont elle ne peut parler, car son silence en dit long sur l'origine traumatique de sa souffrance. Elle évoquera à peine le fait que dans la famille, l'une de ses cousines est morte à l'accouchement, dans le passé, ainsi que son enfant. La mère



ne veut pas rencontrer de psychologue pour l'instant, je l'oriente alors vers une travailleuse sociale en qui j'ai confiance, avec l'idée d'aider cette mère à engager un travail qui pourrait lui permettre de faire une démarche plus thérapeutique, à un moment donné. Cette question est toujours délicate pour moi, car je ne considère pas qu'un psychologue ou un psychiste ait l'apanage de la thérapie. Il s'agit d'abord d'un lien qui doit être restructurant et soignant. Effectivement, quelques mois plus tard la mère nous appelle pour prendre rendez-vous. Étant chargé du suivi de sa fille, je demande à ma collègue psychologue clinicienne au PAEJ de la prendre en charge (un aspect parmi d'autres de la malléabilité).

Je reçois Anna de temps en temps. Elle est très inquiète pour sa sœur aînée Léa, qu'elle accompagne lors de ses sorties. Elle dit que dans la rue, on les prend pour des jumelles, ce qui m'étonne car elles ne se ressemblent pas beaucoup physiquement. De temps à autre, nous faisons le point entre professionnels des diverses institutions qui suivent les membres de la famille. Ces temps de rencontre prennent la forme d'intervisions, où chacun émet son point de vue de sa place, sans qu'un point de vue soit d'emblée prédominant sur les autres (c'est le travail en réseau auquel j'ai fait allusion). Anna inquiète tout le monde : l'éducateur nous annonce qu'elle serait enceinte – il s'avèrera plus tard que ce n'est pas le cas – elle aurait un secret qu'elle ne peut pas nous dire mais qu'elle nous dira un jour. Elle peut à présent venir seule. À un moment donné, elle me dit son secret : il s'agit d'une agression sexuelle dont elle a été victime au cours de l'une de ses fugues lorsque ses problèmes ont commencé. Elle a pu puiser le courage de déposer plainte plusieurs mois après. Anna parvient de plus en plus à se protéger.

Ses résultats scolaires sont à nouveau bons, elle va mieux, s'est apaisée au collège. Elle peut à présent mettre des mots sur son mal-être de l'époque. Elle reste cependant préoccupée par sa sœur, sur laquelle le symptôme semble s'être déplacé. Ce qui ne peut pas se symboliser en famille se rejoue sur les enfants, dans la répétition. Cette dernière est à son tour aux prises avec des conduites à risques sur le plan sexuel, comme sa sœur à l'époque. Elle dit à Anna qu'elle aimerait « rencontrer Richard » (c'est mon prénom, car l'éducateur me nommait ainsi dans cette famille, ce qui dans un premier temps m'a dérangé. Cependant ces éléments qui paraissent être du côté du « hors cadre » m'ont permis de penser la suffisante familiarité, et de les réintroduire dans mon cadre de travail. Il paraît important en effet de se laisser toucher d'assez près, tout en respectant la règle d'abstinence). La mère me téléphone et appuie la demande de ses filles. Anna accompagne sa sœur Léa, elle lui a précédemment fait rencontrer les éducateurs de prévention spécialisée et a pris rendez-vous pour elle au planning familial (je remarque comment Anna s'appuie à ce moment-là sur le réseau qui a été mis en place pour elle, et comment la sœur accepte cette aide dans la mesure où la confiance s'est précédemment établie entre Anna et le réseau). Sa sœur suit le même parcours de soutien psycho-éducatif que Anna. Léa mobilise les parents, alors qu'auparavant elle avait l'impression d'être oubliée.

Je fais donc un entretien avec Anna et Léa, elles ont voulu entrer ensemble. Léa est en grande souffrance, se disant exclue de la famille. Son père est rejetant et quelque peu maltraitant. Léa acceptera de revenir. Elle a aussi été placée en internat, ce qui a apaisé son mal-être, dans un premier temps en tout cas. Mais Léa fugue du foyer et retourne dans la famille.

Alors que la mère avance dans son soutien psychologique et commence à verbaliser peu à peu des vécus de maltraitements anciennes, Léa nous inquiète, mais bien que les scarifications continuent, elle ne se met plus en danger avec les garçons comme auparavant. Elle se met à avoir une conscience exacerbée du danger au point de développer une phobie sociale. Sortir



dans la rue est devenu pour elle une épreuve, elle a peur de tout, et surtout du regard des autres. Elle investit une activité équestre régulière, les éducateurs nous faisant part du fait qu'elle ne paraît pas savoir comment entrer en contact avec le cheval. Elle prend modèle sur les autres jeunes. Elle fréquente accessoirement le lycée et se retrouve souvent à la maison, avec des absences injustifiées. Cependant ses résultats scolaires ne sont pas mauvais. Elle peut verbaliser peu à peu ses angoisses autour du fait qu'elle ne sait pas qui elle est et qu'elle a l'impression d'avoir été transparente et délaissée par ses parents au moment où Anna s'est mise en danger. Depuis, l'inquiétude des parents s'est portée sur elle, comme s'ils ne pouvaient contenir qu'un de leurs enfants à la fois, sachant que le petit dernier ne pose pas de problème apparent. Il a toujours décliné notre invitation à venir lui aussi, tout comme le père, lorsque nous avons tenté de rassembler la famille pour qu'ils s'engagent dans un suivi familial. Quand Léa va mal, elle prend rendez-vous avec moi, ou bien va voir les éducateurs. À la longue, elle commence à faire des projets d'avenir et à envisager un baccalauréat professionnel. Cette manière de se projeter dans l'avenir me paraît être un bon signe de reconstruction. Je rencontre également Anna pendant les vacances scolaires. Elle se différencie de plus en plus de sa sœur et se construit elle aussi des projets d'avenir. Les relations entre la mère et ses filles se sont détendues, bien que celle-ci ne parvienne guère à leur mettre de limite, de peur qu'elles ne fugent, et que le père soit plutôt absent de leur relation. Anna dit qu'elle aimerait que sa mère réagisse plus à son égard.

Le suivi psychologique de la mère met progressivement l'accent sur son vécu fait de traumatismes autour de la maltraitance, où apparaissent beaucoup de non-dits et de secrets que les passages à l'acte de ses filles ont douloureusement réactivés.

Nous voyons donc comment toute la famille entretient inconsciemment le symptôme de ces adolescentes, directement relié à des zones d'ombre traumatiques de l'histoire familiale autour de la sexualité et de la maternité. Les conduites à risque de Anna et de sa sœur ont pour fonction d'alerter la famille et l'entourage, et de mettre en scène l'impact traumatique du transgénérationnel qu'elles questionnent par leur mise en danger. Le réseau est alors convoqué par les adolescentes et par la mère dans son rôle d'enveloppe contenante et protectrice. C'est au moment où la mère s'est autorisée à faire des liens avec sa propre histoire que ses filles ont pu peu à peu s'approprier une démarche personnelle.

En guise de conclusion

La thérapie ne se déroule pas que dans le cabinet du psychiste, mais également dans l'ensemble des liens intersubjectifs qui peuvent être tissés autour des personnes en souffrance, afin de reconstituer une enveloppe psychique, dans cet espace d'illusion maternelle primaire, qui peut être pensée et agissante comme telle. Cet espace de transitionnalité peut se rejouer à diverses époques de la vie et rétablir un équilibre, parfois rompu par des vécus d'abandon et de messages paradoxaux lorsque la société est elle-même malade et dysfonctionnante, ce qui réactive et accentue les traumatismes familiaux. Ces périodes de déséquilibre donnent lieu en réaction à des recherches de rééquilibrage qui passent assurément par le tissage de liens et d'engagement humain.

Bibliographie

Bohm D. (1980) : *Wholeness and the applicable order*. Londres/New York, Routledge.



*Les cahiers de la
SIPsyM N° 18*

Durastante R. (2011) : *Adolescence et addictions, de la crypte familiale au dispositif en tuilage*. Bruxelles, De Boeck.

Hillman J., Ventura M. (1992) : *Malgré un siècle de psychothérapie, le monde va de plus en plus mal*. Londres, Ulmus Ltd.

Jung C.G. (1928) : *Dialectique du Moi et de l'inconscient*. Paris, Gallimard, 1964.

Milner M. (1955) : Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Tr.fr. in *Revue Française de Psychanalyse*, 43 (5-6) : 844-874, 1979.

Winnicott D.W. (1971) : *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1984.