

*International Review of Psychoanalysis of Couple and Family*

**N° 2007 / 2 - The psychoanalytical process**

**LA SITUATION THÉRAPEUTIQUE MENACÉE PAR  
L'INSTITUTION SOIGNANTE**

**SERGE TISSERON\***

Un grand nombre de prises en charge de couples et de familles se déroulent en institution. Les thérapeutes sont amenés à y côtoyer d'autres intervenants qui peuvent notamment s'occuper de la situation sociale de ces couples ou de ces familles. Qu'ils échangent ou non avec eux, le processus analytique risque fort de s'y dérouler autrement à cause des places fantasmatiques que les patients donnent aux uns et aux autres.

**1. Une thérapie sous surveillance : la famille B**

La famille B m'est envoyée à la suite des grandes inquiétudes manifestées à son sujet par divers intervenants du secteur psychiatrique. Les pathologies respectives de chacun des deux parents (alcoolisme et psychose chez la mère, passé de toxicomane chez le père) font en effet craindre une maltraitance de leur fille âgée de sept ans. Leur description par les services concernés me fait imaginer une famille fonctionnant dans l'indistinction et la symbiose pathologique, et je suis très surpris, lors du premier entretien, de me trouver devant un fonctionnement familial miraculeusement indemne de tels écueils. J'en déduis d'abord que Monsieur et Madame B. minorent leurs difficultés

pour me faire croire qu'ils seraient de « bons parents ». Mais il apparaît assez vite qu'il s'agit d'un mécanisme autrement plus important. Le fonctionnement psychique de la famille B., lors de nos entretiens, s'organise en effet non seulement par rapport à ses propres enjeux fantasmatiques, mais aussi par rapport aux représentations et aux enjeux liés aux autres intervenants qui l'ont partiellement en charge. Ces autres intervenants, avec les attentes et les angoisses qui sont les leurs, constituent un élément essentiel de notre propre travail. En effet, il apparaît assez vite que c'est le maintien hors du cadre de nos entretiens des parties dangereuses du fonctionnement psychique familial qui assure, pendant les séances, un fonctionnement propre à faire illusion sur la normalité de cette famille. Autrement dit, les mécanismes psychiques familiaux les plus menaçants ne sont pas déposés dans le cadre de nos séances parce qu'ils sont rejetés à l'extérieur, vers les services sociaux et l'ensemble des autres intervenants.

Ce clivage qui expulse les parties malades de la famille vers les intervenants extérieurs à notre cadre thérapeutique a bien entendu des effets problématiques. Il fait notamment craindre par Monsieur et Madame B. toute intervention de leur part. Du coup, ils cherchent à les contrôler... et cette visée provoque en retour chez ces intervenants un malaise lié au sentiment d'être manipulés par Monsieur et Madame B. Et cette conviction induit parfois de leur part le refus d'accorder diverses aides sociales auxquelles cette famille pourrait légitimement prétendre. Et cela nourrit bien entendu en proportion le sentiment d'injustice, voire de persécution, de Monsieur et Madame B., dans un cercle vicieux sans fin...

Mais ce clivage a aussi un aspect positif. Il permet de travailler en séance de thérapie familiale avec les parties saines de cette famille tenues à l'abri d'angoisses persécutrices. Cela rend possible du même coup d'encourager et de renforcer plus facilement les processus secondaires de pensée afin de permettre l'affrontement ultérieur avec les parties clivées, en laissant provisoirement de côté cet affrontement.

## **2. Une inter fantasmatisation élargie à l'institution**

Nous voyons combien il est essentiel en thérapie familiale psychanalytique d'envisager trois niveaux d'interaction : les effets sur le groupe famille des événements qu'il a lui-même vécu, les influences des générations précédentes<sup>1</sup>, et enfin les conséquences sur la famille des interlocuteurs - sociaux et médicaux - qui jouent un rôle dans la dynamique des échanges, tant réels que fantasmatiques. Autrement dit, l'étude des processus d'inter fantasmatisation à l'intérieur de la famille doit aussi prendre en compte les intervenants les plus impliqués dans sa prise en charge : travailleurs sociaux, thérapeutes individuels des différents membres de la famille, médecins des services de Protection Maternelle et Infantile, etc.

La famille des patients s'élargit en effet fantasmatiquement à ces intervenants, et encore plus quand leurs liens avec leurs propres parents sont perturbés, comme c'était le cas pour Monsieur et Madame B. Les parties clivées et menaçantes projetées sur les services sociaux concernaient en effet en grande partie les parents de Madame B. avec lesquels elle conservait toujours une relation particulièrement conflictuelle.

Quant aux thérapeutes, ils doivent eux aussi prendre en compte leur transfert sur leur propre « famille » : autres médecins thérapeutes, intervenants sociaux d'autres institutions ou de la leur, etc. Mais de quelle nature sont ces liens fantasmatiques tissés entre les différents intervenants ? On peut en distinguer deux registres. D'abord, il s'agit des idéaux et des inquiétudes oedipiennes avec leurs composantes phalliques. La question récurrente dans nombre de réunions institutionnelles est en effet de savoir qui comprend « le mieux » la famille ou le patient dont on parle, et qui peut l'aider « le mieux ». Mais cette question a aussi un versant dépressif : c'est l'inquiétude « d'être laissés de côté » dans certains projets, de n'être « pas suffisamment reconnu », etc.

L'autre série de liens d'inter fantasmatisation concerne non pas les idéaux et les inquiétudes oedipiennes, mais les représentations et les mécanismes de défense suscités chez les professionnels de l'aide par les personnalités en proie à des angoisses archaïques : craintes d'être dévoré par l'autre ou d'être manipulé par lui de façon sadique. De tels fantasmes ont été largement décrits dans la prise en charge des patients psychotiques (Searles H., 1965; Racamier P.Cl., 1992). Mais la particularité sur laquelle je souhaite insister est différente.

Lorsqu'une famille fonctionne sur le modèle de liens narcissiques prédominants (envahissant et parasitant les liens objectaux), elle ne tarde pas à inclure les thérapeutes familiaux dans son inter fantasmatisation. Mais lorsqu'une telle famille est par ailleurs suivie par des services sociaux, une bonne part des angoisses archaïques - notamment de contrôle omnipotent et de dévoration - sont projetées sur eux, laissant ainsi le champ libre à un fonctionnement psychique intrafamilial plus nuancé.

Pratiquement, cela a pour conséquence que la famille s'engage en thérapie dans une inter fantasmatisation à dominante oedipienne ou dépressive, et que celle-ci peut abuser sur l'utilité d'une prise en charge et le caractère excessif des inquiétudes des services sociaux. Le risque pour les thérapeutes est de sous-estimer le caractère dysfonctionnel de telles familles, en particulier en ce qui concerne le déni de la différence des sexes ou des générations, et les confusions qui peuvent s'ensuivre. Pourtant - et c'est ce qui s'est imposé peu à peu lors de la prise en charge de la famille B. - cet investissement « hors cure » des angoisses et des parties les plus dangereuses et / ou les plus conflictuelles du fonctionnement familial a aussi des effets positifs.

En l'absence d'un tel mécanisme de dérivation fantasmatique, une telle famille serait rapidement confrontée à un afflux de représentations mortifères, dont les comportements individuels des deux parents - psychose et alcoolisme d'un côté, passé de toxicomane de l'autre - témoignaient par ailleurs abondamment. A défaut d'un refoulement impossible, l'utilisation du clivage lui permet d'appréhender les bénéfices d'un fonctionnement psychique préservé d'une trop grande conflictualité interne.

La prise en charge sociale, constamment dénoncée comme insuffisante, détourne vers l'extérieur du cadre les parties les plus menaçantes de chacun et rend disponible un autre mode de fonctionnement psychique et relationnel. Et ce mécanisme, en assurant la possibilité de circulation d'affects et de fantasmes oedipiens ou dépressifs, assure par contrecoup un renforcement des capacités d'élaboration.

Mais bien sûr, ce système ne tient que protégé par le droit au secret de chaque intervenant vis-à-vis des autres. En effet, si les thérapeutes

familiaux se laissent gagner par les angoisses des divers intervenants qui ont affaire à la famille dans la réalité, ils risquent bien d'avoir de la difficulté à adhérer à l'image différente qu'elle donne d'elle en séance. Or, il est essentiel que les thérapeutes familiaux y croient pour que la famille puisse y croire elle-même, et se construire peu à peu un fonctionnement groupal capable de maintenir à l'écart les angoisses les plus archaïques. Mais cela suppose évidemment que les thérapeutes familiaux ne soient pas envahis par des informations venues de l'extérieur, informations souvent redoublées d'un discours alarmiste lorsqu'il s'agit d'enfants susceptibles de courir un danger avec des parents psychotiques ou toxicomanes.

Cela pose un problème général, celui de la place du secret dans les institutions soignantes. Il ne s'agit pas, comme pourrait le laisser penser le mot de « secret », de pouvoir garder une information cachée, mais de l'inverse : pouvoir rester à l'écart de certaines informations susceptibles de brouiller complètement - et parfois d'empêcher - le bon fonctionnement d'une cure.

### **3. Le secret dans les institutions soignantes**

En principe, le droit à l'intimité des usagers y est reconnu<sup>2</sup>. En pratique, les choses sont plus complexes. Cette intimité est en effet souvent menacée par les échanges formels et informels entre les différents membres de l'institution.

#### **1. L'interfantasmatisation nourrie par la « délectation de l'intime »**

Les réunions d'équipe, aussi nécessaires soient elles, tournent parfois à une surenchère où chaque intervenant institutionnel a envie de montrer qu'il en sait un peu plus que les autres sur tel ou tel usager. Il s'agit indéniablement d'une forme de voyeurisme, au nom du « Bien de l'enfant » évidemment. On échange des « infos » sur les petits secrets des familles suivies, et chaque spécialiste veut montrer qu'il en sait un peu plus. Quand le thérapeute d'un enfant dont il est question refuse de participer à l'une de ces réunions, ou y garde le silence, c'est d'ailleurs en général très mal perçu. Il est accusé de refuser la « mise en commun » des informations, qui est en fait un « grand déballage », voire une véritable « délectation » de l'intimité d'autrui<sup>3</sup>.

Ce risque est assez grand pour nécessiter que ces réunions - ou au moins certaines d'entre elles - soient organisées avec la présence d'un tiers - psychologue ou psychiatre - extérieur à l'institution. Cette présence, même silencieuse, est en effet souvent suffisante pour rappeler chacun à son rôle professionnel, et à la réserve qu'il implique.

Pour les mêmes raisons, il est important que les psychothérapeutes puissent faire la distinction entre les informations qui n'ont d'importance que pour la prise en charge psychothérapique - et qui n'ont donc pas lieu d'être communiquées en réunion - de celles qui peuvent aider les équipes dans la compréhension des situations. Mais, en pratique, cette distinction est impossible, car ce sont les mêmes informations. C'est pourquoi il est si difficile de faire des psychothérapies en institution ... sauf si on décide de ne rien en dire. Et cette tendance va encore évidemment se renforcer avec la mise en place de l'informatisation des données relatives à la vie de chacun.

## **2. Des informations ignorées des intéressés eux mêmes**

Un autre aspect de ce problème concerne les secrets qu'on nous confie sans nous demander notre avis ! C'est le cas lorsqu'un thérapeute reçoit un couple ou une famille accompagnés d'un document ou d'un appel téléphonique qui lui donne des informations qu'un membre de ce couple ou de cette famille ignore. Il peut s'agir d'une maladie somatique, des conditions de sa naissance – notamment par Procréation Médicalement Assistée - ou encore du fait que la famille que nous allons recevoir est le lieu d'une infidélité conjugale inconnue de celui qui la subit. D'autres fois, le thérapeute ne sait même pas si les différents membres de la famille ou du couple qu'il reçoit sont informés ou non de la nature des informations qui lui ont été communiquées.

Il est bien évident que de telles situations ont un fort potentiel pathogène et qu'elles excluent la possibilité d'une prise en charge thérapeutique. Il est en effet impossible de suivre un patient en sachant de lui des choses qu'il ignore lui-même car nous le mettrions exactement dans la même situation que celle où il est confronté dans sa vie personnelle : pressentir qu'on lui cache quelque chose sans jamais savoir si cette intuition est de l'ordre de son fantasme ou de la réalité.

C'est pourquoi il faut savoir refuser en thérapie ces couples et ces familles sur lesquels nous avons appris, par leur dossier ou des échanges téléphoniques, des informations sur eux-mêmes qu'ils sont sensés ignorer. Ou alors, si nous choisissons de le faire, il faut commencer par leur donner l'information que nous pensons qu'il peuvent ignorer... et que souvent ils savent parce qu'ils l'ont devinée à partir des silences, des réticences, ou même des paroles déplacées de leurs proches ou de l'un ou l'autre de leurs interlocuteurs institutionnels.

Et, de la même façon, il est essentiel de ne pas communiquer à nos collègues des informations que les patients peuvent ignorer ! Nous risquerions de rendre impossible la relation thérapeutique que nous affirmons pourtant solliciter ! C'est la même chose pour les dossiers. Il ne faut jamais écrire quelque chose qu'on n'a pas dit à un patient. Bref, dans le traitement des informations sur les patients, chaque intervenant institutionnel, et chaque institution, doit constamment se poser le problème de savoir ce qui relève d'un désir *d'emprise* ou d'une préoccupation de *réciprocité*.

### **3. Distinguer entre « désirer » et « faire »**

Enfin, respecter l'intimité des couples et des familles que nous recevons, c'est se souvenir que « désirer » et « faire » sont deux choses absolument différentes. Car le fait que la loi soit la même pour tous n'implique pas que le juge d'un côté, et le travailleur social ou le thérapeute de l'autre, s'appuient sur le texte de la même manière. Aux juges et aux gendarmes appartient la prérogative de rappeler que toute infraction à la loi entraîne la sanction. En revanche, pour les thérapeutes, il est essentiel d'accepter la légitimité du désir et de sa formulation. Par exemple, si un adulte évoque auprès d'un thérapeute son désir de séduire des mineurs, celui-ci doit d'abord prendre acte du fait que ce désir n'est pas forcément pathologique en soi, qu'il est moins pathologique encore de l'évoquer et d'en parler, mais que le réaliser est en revanche interdit par la loi.

Bref, là où la police et la justice n'envisagent que les actions accomplies, le travailleur du champ médico-social doit faire constamment les parts respectives de la réalité extérieure et de la réalité intérieure, et rendre à chacune ce qui lui appartient. Car toute

loi est bordée de deux frontières : d'un côté la sanction qui pénalise ceux qui la transgressent dans la réalité extérieure; et de l'autre, le désir auquel elle donne un contenant afin de le cantonner dans la réalité intérieure - autrement dit dans l'intimité psychique de chacun – pour permettre la vie sociale.

**En conclusion**, nous voyons que si le processus analytique n'est pas différent en institution et en cabinet libéral, le travail des thérapeutes en institution y est incontestablement plus difficile. Ils sont en effet amenés à rencontrer des tiers possédant des informations sur la réalité des familles qu'ils ont en charge, ce qui peut leur poser des problèmes contre transférentiels. Et de toutes les façons, les patients qu'ils ont en charge imaginent que ces échanges ont lieu. Le bon déroulement du processus analytique nécessite alors souvent que les thérapeutes ferment leurs oreilles à toutes les informations sur ces familles autres que celles qu'elles leur donnent elles mêmes.

## **Bibliographie**

- Abraham N. et Torok M., *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion, 1978.  
Mauss M., *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950.  
Racamier P. Cl., *Le Génie des origines*, Paris, Payot, 1992.  
Ricoeur P., *Temps et récit*, Paris, Seuil, 1983.  
Searles H.(1965), *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard, 1977.  
Tisseron S., *Secrets de famille, Mode d'emploi*, Paris, Ramsay, 1996, Réédition Marabout, 1997.  
Tisseron S., *L'intimité surexposée*, Paris, Ramsay, 2001, Réédition Hachette, 2003, Prix du Livre de Télévision, 2002.  
Tisseron S., *Vérités et mensonges de nos émotions*, Paris, Albin Michel, 2005

\* Psychiatre et psychanalyste. Auteur notamment de *Secrets de famille, mode d'emploi* (Ed. Ramsay, 1996, Réed. Marabout) et *L'Intimité surexposée* (Ed. Ramsay, 2001, Réed. Hachette).

1 Voir Tisseron, S., *Secrets de famille, mode d'emploi*. Paris, Ramsay, 1996, Réed. Marabout, 1997.

2 En France, il est garanti par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, article 7. Celle-ci précise que « toute personne prise en charge par les établissements sociaux et médico sociaux » a droit « au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité... »

3 *L'intimité surexposée*, Ramsay, 2001, réédition Hachette Littérature, 2003.