

PARTICULARITE TOPOLOGIQUE DE LA RESTRUCTURATION CHEZ L'ADOLESCENT :  
APPROCHE CLINIQUE

J. CLERGET : Psychanalyste, Lyon

J'ai tenté d'articuler mon propos au sujet du jour, Désir, Jouissance et Interdit à l'adolescence : de la Honte et du Secret, sujet tout à la fois complexe et vaste, dans le but de témoigner, comme clinicien et praticien recevant des adolescents, de ce que l'expérience peut nous enseigner.

L'adolescence est à entendre comme un moment critique. Issu du latin *movimentum*, un moment est le produit d'un mouvement, sa durée. Ce n'est donc pas tant la borne des âges qui importe, mais le passage, l'espace du temps concerné. Comme le disait Montaigne : « Je ne peins pas l'être, je peins le passage ». Un enfant vient à l'adolescence vers 10/12 ans quand, au dire des autres, ses parents notamment, *il répond*. Le changement peut être assez brutal, souvent durant la 6<sup>e</sup> pour les garçons. Désormais, ce n'est plus comme avant. L'adolescence se situe donc en un point de bascule entre la famille et le corps social, concernant les limites du corps et l'écart des générations.

Si je qualifie ce moment de critique, c'est que le mot de crise (Krisis) vient du verbe grec *Krinein* qui veut dire juger, séparer. Il est à l'origine de nos termes de crime, de crise, de critère. Et l'hypocritès n'est autre que le devin et l'acteur : celui qui parle sous le masque, celui qui répond. *Secretum*, d'où vient secret, est un mot latin issu du verbe *secerno* qui signifie séparer, mettre à part, écarter, distinguer, discerner, trier, passer au crible. Le secret porte en lui les vertus d'une séparation. Et justement *cerno* vient de *krino*, lui-même signifiant, comme je viens de le dire, trier, séparer, discerner, mettre à part, juger, cribler. *Krinein* est à la fois le lieu du jugement et le moment où se déclare et se résout une maladie, son issue. Dans une crise, il y a séparation, distinction et jugement.

Excrétion, sécrétion concernent ce qui sort du corps, les produits des glandes, dont certains sont nouveaux à la puberté. Il y a donc un lien entre un secret (gardé) et une sécrétion (mise à l'écart d'une matière pour son expression ou son expulsion), un rapport entre le repli de la rédaction du carnet intime par exemple et ce que le corps produit en réaction à des affects ou à des émotions.

Adèle est une jeune femme de 24 ans. Elle se souvient avec émotion et émoi qu'à l'âge de 8 ans environ, alors qu'elle dormait à côté d'un voisin, au milieu d'un groupe d'enfants couchés dans la même pièce, ce dernier s'immisça dans son duvet et la caressa dans son sommeil, ce qui la réveilla et la mit mal à l'aise. Alors que ses doigts étaient humides des sécrétions du sexe d'Adèle, le garçon dit qu'il était « tout trempé et que c'était dégueulasse ». Elle fut traumatisée et meurtrie, atteinte dans le secret de son corps, car réprouvée sur une manifestation tout à fait conforme « au génie de son sexe ». Elle en eut honte et se sentit injustement jugée. Cette scène, oubliée durant plus de dix ans, lui revient une fois jeune adulte. Elle eut une bartholinite difficile à soigner au début de sa vie sexuelle, dont elle fut fort affectée. Cette courte vignette montre combien le secret et la honte peuvent s'allier dans le vie de quelqu'un, et affecter le corps.

La crise est aussi du côté des parents ; l'adolescence fonctionne comme symptôme de ce que nous refusons d'entendre : la vérité du désir porté par le parole, d'où son amnésie

fréquente dans la mémoire parentale. En ce sens, l'adolescence est une *figure*. Elle est le moment où, dans une reprise de ce qui fut l'enfance, notamment lors de la sortie de l'Œdipe, se façonne *le visage du futur en quête de sa voix*. Ce qui articule le scopique et l'auriculaire, le regard et la voix.

En quoi et comment les transformations physiologiques de la puberté *affectent-elles* un sujet ? Elles sont réelles. Elles ont réellement lieu dans le corps. Elles sont prises dans l'imaginaire du moment, reçues et portées par des paroles antécédentes, ou leur défaut. Le sentiment de soi-même (Selbstgefühl), gêne, honte, pudeur, est fait du sentiment d'être là comme corps. Et c'est, entre autres, dans le rapport au corps de l'autre qu'un sujet reconnaît son désir, et ce qui fait échange. Car il est vital pour un humain de garder vive la fonction de l'adresse, avec cette particularité que le corps, le visage reflété au miroir sous la forme d'une image spéculaire, n'est pas celui qui est vu par les autres. Les autres ne me voient pas sous le même *point de vue* que celui sous lequel je me vois moi-même.

A l'adolescence, voix et regard engagent deux registres pulsionnels différents du sein (oralité) et de l'anus (analité), où se mêlent la mue pour le garçon par exemple, ce qui se voit ou ne se voit pas du corps<sup>(1)</sup>. La puberté fait signe de ce qui peut être vu par les autres, (érection, éjaculation, seins, règles...). Elle fait appel à l'exercice potentiel d'une jouissance autre que phallique, singulière, inouïe, une autre façon de jouir de la vie dans un corps remanié, avec l'apparition d'objets nouveaux ; rasoir, soutien-gorge, protections périodiques.

Que m'arrive-t-il ? Qu'est-ce que je veux ? Que me veut l'autre ? La question du désir est posée au ras du corps, ressentie, avec, en plus l'effectivité des capacités génésiques désormais à l'œuvre. Tout cela, désir et génération, déborde le champ pulsionnel lui-même débordé et débordant.

Dans ce moment où se remanie la symbolisation et où la fonction paternelle est particulièrement sollicitée, comme en extremis, des actions sont faites comme autant d'appels de détresse visant à être entendus. L'analyste s'interpose alors en tiers.

Je nomme topologie la manière dont un sujet se représente et vit ses relations à l'espace et au temps. Comme manière d'être, elle est l'expression du rapport à soi-même, au monde, tel qu'il nous fut ou non présenté, et aux autres. La topologie des adolescents est celle d'un tiers diffracté, mettant l'imagination au pouvoir dans leur rapport au monde, tout en faisant effort pour se sentir réel. Notre topologie d'adulte est plus *réalisante*. Elle est davantage fondée sur ce qu'il faut faire ou ce que l'on doit faire pour parvenir à ses fins, professionnelles notamment : «il faudrait savoir ce que tu veux ». Telle en est la formule. Elle ne sied cependant pas aux adolescents, qui, nombreux précisément, ne le savent pas, car leur topologie est davantage *imaginarisante*. Les éléments tiers, médiateurs entre eux et leurs aînés, ont un caractère d'indécision, de flou, de frange (diffraction), d'irrésolution tout à fait repérable, ayant une logique propre.

Je vous propose de considérer cette différence faite de repères et de lignes de partage que je ne prends pas pour des absolus. Ses caractéristiques s'entendent :

- à leur façon de désigner leurs camarades. Ils parlent d'eux sans les nommer. « Avec qui tu sors ? – Avec Machin – Qui est Machin ? C'est celui qui roule avec une mob bleue ». N'insistez pas. Vous n'en saurez pas davantage. Et ce n'est pas par intention de vous enquiquiner. C'est ainsi pour eux. Les adolescents ne choisissent pas les camarades que leur destinent leurs parents. Leurs potes ont souvent un air marqué d'étrangeté... à la famille. Et les parents veulent *savoir* qui sont les parents.

---

<sup>(1)</sup> Cf. J. Clerget, *La Pulsion et ses tours*, P.U.L., 2000, p.75 sq..

- A leur façon d'investir la ville, à leur usage des moyens de locomotion et des lieux de retrouvailles. Ils n'ont pas besoin de dire où ils vont ni chez qui : ils se retrouvent. Sortir est de plus un maître mot de l'adolescence.
- A leur façon d'habiter la maison ou leur chambre. Les portes sont parfois grandes ouvertes, celles du frigidaire, ou celles de la salle de bains, le lit non fermé, la fumée pouvant se disperser et envahir les lieux – en expansion de présence - et porte close - sens interdit accroché à la porte de la chambre.
- A la fonction de la musique, omniprésente, qui les accompagne de ses rythmes en tous lieux, à tout moment, inondant l'espace entier de vibration, constituant un soutènement, une continuité d'immersion sonore.
- A leur rapport aux machines, aux moteurs et à l'informatique qu'ils ne mettent pas en position de savoir, de savoir comment ça marche par exemple, mais qu'ils font d'emblée fonctionner. Le maniement des choses opère pour eux comme un impératif.
- A leur façon de faire leur travail scolaire, avec les savoirs et les connaissances, leur avenir professionnel.
- A leur logique et à leur raisonnement. Une mère dit à sa fille : « Si tu sors, tu me téléphones ». La fille répond : « J'ai pas téléphoné, c'est que je ne suis pas sortie ». Comme elle était de fait sortie, sa mère l'accusait de mentir !
- A l'effet de bande dont je n'ai pas le temps de parler ici .

Poser deux topologies distinctes, comme des lignes de forces et de différenciations d'abord par l'imaginaire, ne vise bien sûr pas à enfermer les adultes dans l'une et les adolescents dans l'autre, mais à articuler les conditions symboliques de leur rencontre dans la prise en compte effective de modes de relations propres. Car la rencontre avec un adolescent n'est pas un vœu. C'est un acte. Un acte qui ne peut se réaliser que moyennant la reconnaissance de leur manière d'être en relation. La prévention serait alors davantage une prévenance, une façon d'être prévenant, c'est à dire de venir, par l'attention à leur regard, devant eux, comme témoins et parlant. Nous manquons singulièrement de prévenance à l'endroit des adolescents, notamment au collège et au lycée. Ainsi conçue, la prévention est l'activité d'une parole adressée, non pour éviter accidents ou contamination, car certains sont aliénés à la nécessité d'être contre et se risquent alors au pire. Elle consiste à venir, par l'accueil et dans l'accompagnement, au devant d'un autre, à sa rencontre. Prévenir, c'est venir à l'autre sur le chemin de l'Autre, non pour épouser son chemin ou lui faire épouser le nôtre – ce qui serait pure séduction (conduire à soi), mais pour lui permettre de retrouver le sens d'un chemin. Comment ? En marchant. En marchant dans les stases de l'apathie, dans les méandres de l'ennui et de la rage, à côté, dans la course folle aux produits et aux objets... Prévenir, c'est venir avant et c'est venir avec.

Cette différence topologique s'exprime aussi dans leur propre façon de concevoir et de vivre le corps, la sexualité, le désir et l'amour. Faire fonctionner engendre une jouissance du mouvement et des actions, comporte une érotisation certaine du risque, que ce soit dans la vitesse, l'apathie scolaire, l'usage des toxiques ou le rejet de toute contraception, du moins un temps. *Adolescents parmi nous* (1987 épuisé) est le fruit d'un enseignement donné à des étudiants. Je leur proposais de faire des exposés. Une jeune femme de 19 ans choisit de parler de l'angoisse faisant suite à la première relation sexuelle. Elle sut exprimer avec rigueur, pudeur et sagacité, écart et distance, devant les quatre-vingts camarades et adultes présents, une expérience qui, visiblement, était toute récente pour elle. Elle témoignait ainsi de ce

qu'elle avait vécu et, comme un véritable enseignement, elles exposait publiquement, avec finesse et grande clarté, la leçon qu'elle en tirait. A bon entendeur.

Comment un adolescent intègre-t-il le réel dans sa vie affective et sexuelle ? Car une grossesse, les virus, le préservatif, sont des *éléments réels*. Comme intègre-t-il le réel et l'Autre dans son rapport aux autres, à un autre ? Que découvre un jeune en son corps de chair remanié par la puberté, corps relationnel et symbolique ? Véritables retrouvailles, il redécouvre que la sexualité, par la médiation des pulsions, investit des zones du corps qui sont en contact avec l'autre, et que ses capacités génésiques devenant effectives, la sexualité conjoint au plaisir, la reproduction et la mortalité des individus.

Chloé a 10 ans et 3 mois quand elle vient me rencontrer, accompagnée de sa maman. Elle raconte : sa mère a eu ses règles à 10 ans et demi, comme sa grand-mère maternelle. Elle n'est pas prête pour cet événement, s'estimant encore bien jeune. Alors elle veut en parler. Elle me confie ses préoccupations, son écartèlement entre deux âges, le désir de devenir une jeune fille, ses relations avec ses copines, assez chipies parfois ou confidentes, leurs différences entre filles du même âge, ses attraits pour l'enfance, -elle conserve dans son lit de très nombreuses peluches qui lui tiennent compagnie -, ses relations avec son papa. Elle n'est donc pas prête. Elle vit ce fantasme : « Vous comprenez, si je suis violée, après que j'ai eu mes règles, je pourrais avoir un bébé ». Elle décide, à ce moment là, de mettre dans son cartable des petites protections, au cas où... Elle parle des mille et une choses de sa vie : elle a beaucoup à dire. Elle est ravie d'être écoutée. Le temps passe, les vacances aussi. Elle atteint 10 ans et demi sans avoir eu ses règles. Elle entre en sixième. Sa rentrée se passe bien. Parler lui a permis de confier ce qu'il y a d'intime pour elle, ses secrets, sans honte. Parler lui a donné le temps d'attendre. Après 10 ans et demi, elle a enlevé les protections de son cartable. Elle craignait que des camarades indiscrets ne les voient dans ses affaires, ce qui n'allait pas avec le fait de ne pas encore avoir ses règles. Elle *décida*, car ce fut sa décision, que le jour où elles arriveraient, elle demanderait à sa mère ce qu'il faut. Chloé s'est épanouie dans la parole, et la pertinence de son propos se traduit en des sourires éclairant son visage.

Repartons d'une question : Comment, nécessaire objet de nos soins, particularité toute humaine, faite d'une dépendance réelle et symbolique, un enfant peut-il devenir sujet du désir et de la parole – parler en son nom et dire je – sans être voué à être la chose d'un autre, ce qui est l'inceste ?

Il n'y a pas de vie humaine sans désir, - et prenant corps.

Or le désir en nous n'est pas seulement projet, manque ou excès. Il n'est pas fait de seules projections imaginaires, du seul manque symbolique ou de la démesure de l'objet. Le désir nous met en rapport avec le réel, le réel d'un objet qui n'appartient pas à la série des objets désirés. Le désir est relation au réel du désir de l'Autre. L'objet du désir de l'homme, toujours déjà perdu pour Sigmund Freud, objet a, cause du désir pour Jacques Lacan, n'est pas un objet comme les autres objets de la série des objets, mais l'Autre.

Sur ce fond, comment situer les trois termes qui nous réunissent aujourd'hui : Désir – Jouissance et Interdit, leur articulation et leur résonance dans le vie d'un adolescent ?

Il convient d'abord de rappeler que «la constitution de l'objet se subordonne à la réalisation du sujet » (Lacan, *Ecrits*, p.292) ou pour le dire avec Emmanuel Lévinas : « l'objet s'offre, lorsque nous avons fait accueil à un interlocuteur » (*Totalité et infini*, p.66). Il n'y a pas d'objet, pour un humain en dehors d'un rapport à d'autres et à l'Autre.

Je n'entre pas dans le détail de la constitution du champ pulsionnel par la médiation des castrations symboligènes, si ce n'est que leur visée, de la castration ombilicale à la castration oedipienne, est de promouvoir le désir et l'entrée dans la culture, en permettant au fur et à mesure « la symbolisation des objets de jouissance révolue » (F. Dolto, *L'image inconsciente du corps*, p.64). Comment ? Par le fait qu'un enfant s'entende dire et énoncer

des coupures, des ruptures, des changements, des passages, dans des paroles qui entraînent « mutation de niveau du désir » (D. Dolto).

Les premiers objets du désir sont de nature incestueuses, puisqu'un enfant a, au sens du complexe d'Oedipe, pour premiers objets de désir ses parents, c'est-à-dire d'emblée des sujets parlants. Le désir *se constitue* donc dans le bain de sang des liens du sang incestueux, *fondé* qu'il est dans le bain de la parole qui, lui-même, fonde tout lien symbolique. Qu'est-ce à dire ? Plusieurs choses :

- que le désir garde toujours en lui un « mouvement tangentiel vers l'inceste » (Lacal, *Ecrits*, p.277),
- que le désir est porteur d'une visée de s'abîmer en l'autre désiré, de s'y fondre, voire de s'y abolir – dans une jouissance mortifère.
- que la parole circonvient cette passion dissolvante du sujet par l'interdit. La faculté de parler se paie de l'interdit du meurtre et de l'interdit de l'inceste dit et redit Pierre Legendre.

L'interdit est parole – *parole dite entre* des sujets, parole dite entre un objet désiré, interdit, et un objet désirant. Interdire l'objet du désir incestueux, c'est reconnaître le désir pleinement à l'œuvre. Quelles sont les deux figures de ce double interdit ? C'est le *visage* de l'autre qui m'interdit de le tuer et m'astreint à son altérité ? C'est le *nom* qui, différenciant les sujets mis à une place donnée dans l'arbre grammatical des noms qu'est l'arbre généalogique, dit ceci : à cette place où tu reçois ton nom, tu n'es pas un autre. Il inclut une négativité. En donnant place et nom, l'arbre des noms dit *non*. Là où tu es comme fils, tu n'es pas ton père, tu n'es pas ta mère, ni même seulement leur enfant. Tu es fils de la Parole. Dans la fleur du nom, les graines de la Parole, les fruits du désir.

Un sujet, traversant l'adolescence comme moment critique, est aux prises avec des remaniements qui s'opèrent sur le fond des constructions antérieures, constructions en failles, forcément, mais plus ou moins solides sur leurs bases, symboliques, j'entends.

Un adolescent de déprend des idéaux parentaux, et de ses parents idéaux, vecteurs de promesses qui ne pourront être tenues – d'où sa critique acerbe relative à ce que ses vieux ne réalisent pas ; une authentique adéquation des dires et des actes, des paroles et du faire. L'adolescent sort de cet idéal. Comment ? En retrouvant une idéalisation, celle de l'énamoration soutenue et soutenant une prégnante force imaginaire – qui force la conviction. Cette passion peut friser la dépersonnalisation, dans des débordements de désir et de pulsions qui poussent le sujet à se fondre en l'autre, à s'abîmer en lui, ce qui est inhérent au mouvement même du désir, je le répète.

La scène du premier amour adolescent, qui n'est pas forcément le *tout premier* amour dans la vie, tisse une trame faite comme un pas de deux – un pas que deux dans l'amour, car quand on aime, on est toujours trois. Pareille danse des mots et des corps est pleinement symbolique, dans la mesure où l'amour est commerce de paroles. Paroler, issu du grec *parabolein*, signifie ce qui jette en avant de soi un sujet à la recherche d'un autre, un semblable à son image, un prochain tramé d'altérité, un autrui. La parole porte les humains dans une demande de reconnaissance, exacerbée en miroir chez un adolescent. Etre un homme parmi les autres, tel est ce que mon regard appelle et convoque dans le regard de l'autre qui me dévisage, un au-delà de mon image. Ma question quête réponse dans la parole de l'autre.

L'adolescent fait l'expérience d'une dépossession – douloureuse parfois. Dans l'orgasme masturbatoire avec, désormais, éjaculation du sperme ou dans l'éjaculation nocturne, il n'est pas maître en sa propre demeure, ce qui s'ordonne à l'expérience de l'inconscient comme Autre scène (eine anderer Schauplatz) sur laquelle un Autre parle. C'est ainsi que Freud parle de la scène du rêve. De plus, il est en notre vie des satisfactions

pulsionnelles qui ne nous satisfont pas comme sujet. L'espoir d'une satisfaction totale et absolue est mis à l'épreuve... à l'épreuve du temps.

La douleur de l'écart reçu dans la rencontre – l'autre n'est pas comme je veux-, rejoint la souffrance d'être né. L'usage du réel des produits et des objets prend la place d'une inéluctable défaillance des mots et du langage, place de l'écriture du secret en son réel et intime accomplissement. Dans la relation avec nous, un adolescent va y aller, parfois y aller fort, de son *vœu de deux*. A nous de le recevoir – topologiquement, - et de l'ouvrir à un *d'eux*. Ici en *d'eux*. *Déchirure, non, le jour de la déchirure* écrit le poète André du Bouchet. La rencontre amoureuse reprend des répétitions à l'œuvre et leurs failles. Elle réactive donc le trauma, déborde la régulation du principe du plaisir, exalte de neuves jouissances ou du moins recherchées comme telles. Elle remet en question la validité des castrations symboligènes antérieures. Elle remet en cause la fiabilité des autres et la stabilité de l'Autre, référence au dire non sous le nom prononcé. L'autre pourrait nous apporter ce qui nous manque sous la forme d'un comblement imaginaire réalisé, effectué par un objet réel : un produit, un trip, une relation sexuelle. Croyance. Attente. Déception. Le bout de réel auquel nous suspendons tous une part de notre jouissance n'est pas l'équivalent d'une parole adressée et reçue.

Si l'adolescence implique un choix (Lacan), c'est au sens de prendre rang du côté homme ou du côté femme. C'est au sens d'une inscription dans une modalité masculine ou féminine de la jouissance, phallique certes, et autre que phallique, *d'outre-phalle*. Il y aurait à revigorer la catégorie de l'outre, depuis l'outrance faisant état de la démesure et de l'excès – propres au désir qui n'est pas que manque et défaut – jusqu'à l'outre-passe, le passer outre qui indique à la fois un franchir le pas et ses au-delà, les transgressions qui, elles, n'ont jamais lieu sans limites posées, psychiquement et socialement parlant, implicitement reconnues, inconsciemment assignées. Celui qui n'a aucun limite ne transgresse pas. Il réalise, il effectue. Quand un jeune, en dépassant les limites, dépasse les bornes, il importe et il convient que quelqu'un le lui dise en paroles adressées.

Si l'affectivité des jeunes est marquée de l'imaginaire des sensations vécues, cohabitent en eux, une satisfaction exacerbée de fantasme, parfois velléitaire et une jouissance de l'expérience réelle des choses et des relations. C'est l'érotisation du risque dont je parlais plus haut. Mais il est en eux une *autre satisfaction* attendue ; celle de *se faire dire* quelque chose, celle de s'entendre dire quelque chose dans l'être là ensemble, y compris de s'entendre *dire non*. Car dire non n'est pas seulement mettre une limite à une propension – mortifère le cas échéant, c'est fonder dans la parole adressée le sujet en relation avec l'Autre, c'est instituer la réalité du désir moyennant la mise dans la négativité. C'est donner corps symbolique au champ de la demande.

Liée à la dimension du désir s'expose celle de l'objet. Seraient à articuler deux plans :

- la toxicité toute traumatique du sexuel – qui se donne comme réel (érection, éjaculation, règles, tous changements de la puberté) et comme ratage. « Il n'y a pas de rapport sexuel » disait Lacan, ce qui n'empêche pas de faire l'amour et de rencontrer l'autre.
- Le rapport du sujet-au-manque avec l'objet a, cause du désir, objet manquant et manqué de toujours. Ce rapport s'ordonne à une question ; qu'est-ce qu'être en *manque* (réel) pour l'être *de* manque (imaginaire) qu'est le sujet *au* manque (symbolique) ? Le sujet du désir et de la parole est en prise et aux prises avec un objet toujours perdu ? Or dans l'espace du toxique, le produit n'a pas acquis le statut d'objet. En effet, comme produit, il ne peut pas être perdu, sa perte ne peut pas être cernée des traces d'une inscription ou des bords de la pulsion. Il ne peut pas être perdu dans la *brûlure du manque* (Charles Julier).

Un adolescent fait l'expérience de l'inadéquation entre le phallique et le génital, celle de l'absence de rapport entre le signifiant phallique et l'objet génital. Il découvre le radical écart entre le signifiant phallique et les organes génitaux (pénis ou vagin), d'où sa quête *d'un au-delà*, portée par l'insistance d'une jouissance espérée parce que promise.

Serge Lesourd pose la puberté comme *l'œuvre de la chair* dans le corps. Faire usage de sa chair dans le monde, pour s'assurer un plaisir sexuel, clive la jouissance. L'usage des produits toxiques – *toxicon*, c'est le poison mis au bout de la flèche (*toxon*) – c'est à dire de ceux qui empoisonnent l'existence – et là, il n'y a pas que les drogues au sens large qui interviennent, le préservatif peut apparaître tel à certains de même qu'une sexualité rompue à ses assauts pervers -, l'usage des toxiques donc pourrait bien avoir pour visée non pas le seul plaisir d'un usage, mais la *jouissance espérée* d'un autre état que de seule satisfaction (phallique) – autre, mais potentiellement aliénée à des rives mortifères et létales aux arêtes sans bord de la mort. Une autre jouissance escomptée, une amère déception rencontrée, une meurtrissure d'un dur réveil, cuisant de réelle douleur, voilà ce qui est trouvé. Cette promesse de l'enfance d'une jouissance phallique : *quand tu seras grand, tu feras...* n'est pas tenue, parce qu'elle n'est pas tenable. Tu feras ce que tu ne feras jamais en fait. L'on est toujours enfant au monde de la parole, car naissant en elle. La promesse de possession imaginaire d'un objet de puissance est un leurre, suscitant la motricité d'aller quérir dans le réel, non pas réponse à une demande, mais jouissance d'une *exigence* d'altérité ou plutôt l'exigence d'une jouissance, mais dans un mouvement où le ravissement d'une jouissance peut céder le pas à un *rapt* du corps. Suppléance. Essai de liaison, libidinale et/ou symbolique par interférence du réel absorbé, par déplacement de paroles.

## Entre honte et besoin d'aimer Désir et limites devant le choix d'objet sexuel

Aujourd'hui, nous allons parler ensemble des adolescents et des enfants bien que mon expérience dans le champ du VIH soit essentiellement auprès d'adultes.

Je propose de pouvoir aborder ce qu'il en serait de la honte, du besoin d'aimer, du désir et des limites devant l'identité sexuelle qui nous fonde adulte. Ceci parce que nous avons enfants et adolescents été traversé par le désir, qui pour chacun, est désir de la découverte de « l'allant devenant dans le génie de notre sexe » comme le disait F. Dolto, illustrant à merveille ce qu'il en est de cette mystérieuse alchimie.

Il est nécessaire de rappeler comment Freud a situé la phase phallique et ceci aussi bien pour les garçons que les filles: il nous dit, que la sexualité infantile, au sommet de son processus de développement, arrive à une véritable organisation génitale, qui diffère de l'organisation adulte, en ceci que pour les deux sexes il n'y a qu'un organe génital à jouer un rôle, le mâle.

Ce rappel nous illustre à quel point il n'est pas nécessaire de chercher ailleurs, pour comprendre pourquoi pour certains les métaphores paternelles et maternelles n'ayant pu prendre place, il y a une impossibilité à continuer le parcours vers une organisation hétérosexuelle.

Le Sexe est déjà un effet de discours. La frontière entre le masculin et le féminin, est fascinante pour plus d'un, et ne se superpose pas avec les termes de garçons ou filles qui eux indiquent une appartenance génitale.

La question que nous abordons aujourd'hui, fait encore et toujours plus perdre les repères de ceux qui cherchent une réponse à ce qu'il en est de ces questions, de pères et de repères comme tentative de répondre pour autrui, en omettant de se reconnaître dans ce désir de l'autre, qui est le nôtre. Notre lot à tous.

C'est ainsi que l'on aborde la subjectivité de la question de notre passage par l'œdipe et de sa résolution par la castration qui reste notre jardin secret.

### AIMER ET SEXUALITE

Nous redécouvrons que l'oubli majeur de nos cultures, tournées vers la recherche d'une sexualité plus performante, c'est que la sexualité était déjà là, dans ce qu'on appelle la vie affective, l'amour avant même notre conception. Et cette prise en compte illustre la difficulté que l'on peut avoir dans le domaine de la prévention, si l'on oublie cette préexistence de la sexualité, qui fait retour dans la recherche d'une satisfaction incontrôlable de la jouissance.

C'est de cette reconnaissance de ce déjà là, que va émerger ce que l'on appelle le désir, désir qui nous ouvre au vivant, à la vie, qui est d'être mortel. Désir, désir d'enfant, désir d'un enfant, désir d'une rencontre, de sortir d'une sexualité masturbatoire et d'inscrire son être dans l'ordre des générations.

Car ce dont nous parlent ceux que je rencontre, homme ou femme c'est bien cette difficulté d'aimer, d'être aimé.

Chacun en parle à sa manière, chacun au titre de ce qu'il est, dans l'ordre social, au titre de la minorité sexuelle que nous sommes chacun d'entre nous, à travers notre subjectivité et notre irréductible spécificité. C'est d'une autre manière ce que semble confirmer l'étude récente de Janine Mossuz-Lavau sur les pratiques sexuelles des Français.

L'amour, est bien une quête individuelle 'trans-structurelle'. Quel que soit le mode sexuel.



Comme ce jeune homme qui dit : « Je ne sais plus ce qui m'excite, je ne sens plus ce qui peut sexuellement me convenir, je croyais savoir, mais maintenant on ne peut plus me toucher au-dessous de la ceinture, cela m'est très désagréable et me fais fuir. Après tout ce que je recherche c'est avant tout de l'affection, mais ce que les autres recherchent c'est de tirer un coup. Moi il me faut avant tout trouver quelqu'un qui m'aime..... »

A travers ce témoignage quelle question se pose ? La recherche de la satisfaction d'un besoin, sexuel, génital ou affectif ? La quête est de pouvoir trouver avant tout un partenaire objet d'amour. Nous pouvons dire que cela est universellement partagé, mais pour lui la question posée est : est-il possible de le rencontrer en dehors d'une relation d'objet sexuel qui ne lui convient pas ?

Ce qui est attendu c'est une disjonction des deux types de relation objectale (objet d'amour et objet sexuel) qui ferait fi de la castration. Ici il serait question de pouvoir trouver un partenaire affectif en étant soumis à une relation d'objet sexuel bien que celle-ci le mette dans l'effroi.

La quête est celle d'un objet d'amour qu'il soit hétérosexuel ou homosexuel.

Mais quesaco l'amour ?

Physique, affectif, ou comme certains tentent de le vivre ; transgressif pour ne pas dire jouissif ! !...

Amour énoncé par Jacques Lacan ainsi : « L'amour c'est donner à quelqu'un ce que l'on n'a pas et qu'il ne nous a pas demandé ».

Le besoin d'amour s'il s'adresse à un autre est déjà une première castration.

Et ce besoin d'amour, Freud l'écrit dans « Inhibition, symptôme, angoisse » lorsqu'il nous parle de la pré maturation de l'être humain à la naissance en disant que son « existence intra-utérine semble relativement raccourcie en comparaison de celle de la plupart des animaux. Ce facteur biologique établit donc les premières situations de danger et crée le besoin d'être aimé, qui n'abandonnera plus jamais l'homme. »

Aujourd'hui cette question fait encore malaise, et dans une tentative de maîtrise, il sera question de :

Choix, choisir, c'est mon choix, les micros et caméras s'ouvrent pour recueillir la nouvelle recette homosexualité, bisexualité, transsexualisme, voire prostitution (voir les métiers de la prostitution, du streap-tease, etc.....). Les déviances sexuelles sont objet de curiosité parce qu'elles seraient susceptibles de dire la vérité de la jouissance. Comme si la sexualité pouvait trouver de nouvelles recettes, mais au juste de quoi, nouvelle jouissance, pratiques sans risque, sur de nouvelles donnes.

L'avènement d'un ordre nouveau et d'un homme nouveau a des relents malodorants.

Au fil des jours, il m'a été très difficile de me mettre au travail pour essayer de rendre compte de cette question du choix d'objet sexuel, tellement ce qui m'a été permis d'entendre autour de moi s'est révélé être une remise en cause radicale de l'apport freudien et ceci non pas seulement dans les médias mais de la part de professionnels de tout poil : psychologues, psychanalystes, sexologues, et même certains organismes de formation.

Il ne faudrait pas se repencher sur la question rituelle de la psychanalyse, quand aux causes ou origines de l'homosexualité, on en saurait assez de crainte d'y perdre nos certitudes ?

Eh bien je n'en sais plus rien ou plutôt parlons en de la sexualité, pour entendre ce qu'il en est de nos savoirs sur cette question et aussi pour éclairer si l'on peut ce qu'il en serait d'une compréhension qui permette de penser autrement la prévention.

La question est celle du sens de la vie. Au titre où ce qui nous titille du côté de la vie c'est notre rapport à ses limites et à la mort.

Et pour commencer par une des premières de ces limites, par notre origine, pourquoi est-ce qu'ils nous ont fait nos parents ? Parce que cela nous concerne, même si cela ne nous regarde pas, autrement dit, pas question de s'immiscer incestueusement dans le désir de nos parents mais, il faut néanmoins savoir que notre identité sexuelle se pose déjà là.

Et comment se pose la question de l'identité sexuelle.

Il n'est pas évident que tout ce que l'on range sous le terme de sexualité ait à faire avec le sexe : La voix, le regard, le toucher, etc.....

La sexualité est lieu de structuration.

Et ceci déjà du simple fait que, pour en rendre compte nous la métaphorisons au niveau de la parole, donc la sexualité est bien prise dans la structure langagière, et il ne peut pas être question de sexe sans parole, et pas de parole sans structure, donc pas de sexe sans structure.

C'est bien se qui nous distingue des autres mammifères et qui nous fait hommes. Mais aussi, c'est à partir du choix d'objet sexuel, que nous allons nous structurer, ou plutôt, que cela va se structurer pour nous.

L'histoire de nos sexualité est de plus en plus présentée comme s'il s'agissait d'un fait naturel, dans lequel l'histoire personnelle aurait peu de place.

Comme s'il existait une essence de l'identité sexuelle, qui serait définie de naissance sans que n'intervienne le désir inconscient dont tout cela procède, dans la filiation et son impayable dette.

Je donnerai pour exemple un de mes patients qui relate un dialogue d'une série télévisée qu'il affectionne. « Un des personnages dit-il parle de l'homosexualité en annonçant que son origine est génétique. » Cette réflexion inquiète beaucoup mon interlocuteur qui dénonce un complot eugéniste à l'égard des homosexuels. Je lui dit ne pas être sûr qu'il puisse s'agir de cela car il y aurait toujours des individus qui souhaiteraient devenir homosexuels si les triturations génétiques le permettaient. Il me répondit avec une rigueur très précise qu'il ne s'agissait pas de choisir pour soi, ce qui n'est pas possible génétiquement, mais qu'il s'agissait de choisir pour son enfant et qu'il lui semblait impensable que des parents puissent choisir en toute connaissance de cause de désirer pour leur enfant qu'il soit homosexuel.

Car c'est bien dans le registre générationnel que la question pourrait se poser et que donc cela confinerai à la disparition eugéniste de l'homosexualité.

Manipulations génétiques et nouveautés, il ne faudrait plus tenir compte des interdits, devenus obsolètes.

Mais dans cette tentative désespérée de mettre à bas l'interdit et les limites, on met par terre ce qui structure le désir et la jouissance. Alors cette quête tente de saisir, pour un bref instant, la jouissance dans son point limite ou la provocation tient lieu de discours.

L'amour est au risque de la mort, et c'est bien ainsi que le sujet élabore sa position de désirant.

L'amour échoue là où il prétend aller, il échoue dans sa tentative de réunir deux puisque qu'il est dans le même temps à travers son expression de la sexualité une volonté de n'être qu'un.

Et si le risque de la mort convoque au risque de la vérité, à savoir que sans la présence de l'idée de la mort, la vérité ne pourrait pas se dire. Ce n'est pas le sexe qui est en cause, mais le désir qui nous tient. Le désir s'il est livré à nos pulsions sans plus de limites, sans loi, sans ces gardes fous symboliques nous livre à la jouissance, régulé plus que par le principe de plaisir comme limite, et reste voué à la répétition, jusqu'à l'insensé.

A la naissance il est frappant de voir combien le sujet est de suite désirant, avant même qu'il ne puisse bien voir ou entendre, il regarde et il écoute (cf. le bébé qui se tourne vers celui qui vient à lui). A sa naissance le sujet se tourne et s'identifie, à qui donc ? A celui qui, répondant de son être, lui interdira l'accès à l'objet cause de son désir, autrement dit à l'objet de son désir sexuel. Mais ceci, sans lui barrer l'accès à son objet d'amour. (petit bébé qui déjà se tourne vers celui qui parle : son père, et le détourne de sa mère d'avec qui il restera en symbiose sans la présence déjà castratrice de ce tiers.)

On remarque bien ici si on veut aller plus loin, la distinction fondamentale entre l'objet d'amour (le père), et l'objet cause du désir (l'objet sexuel, la mère).

Dès notre venue au monde, les premières identifications se font au titre de la division du sujet, entre une identification à l'objet de la jouissance maternelle (le phallus maternel), et une identification au père qui l'en protège (par l'interdit). Identification au sens de prendre la place car ici il ne peut s'agir de rivalité, sinon le père occupe une place de fils et non de père, ce qui va effectivement commencer à poser des problèmes de place, et d'identité à l'enfant.

Mais à partir de là, comment le petit d'homme va-t-il se débrouiller ?

Nous observons ici le premier mouvement de division du sujet qui le marque du sceau d'une bi-sexualité originelle, dont il va s'extraire, afin d'éviter le chaos, et être sexué garçon ou fille. L'enfant va être confronté à un père interdicteur avec qui il va entrer en conflit. Si ce conflit ne cesse, cela aura pour effet de maintenir l'enfant dans une fixation autour de cette guerre et mènera l'enfant dans une inhibition au passage à l'hétérosexualité et le maintiendra dans une position féminisée, il répondra ainsi à une injonction surmoïque. Nous prendrons pour exemple clinique ce jeune homme venu faire un travail analytique et qui me fait part de la violence de son père au sein de sa famille et plus particulièrement à son égard quand il lui répétait : « Si tu deviens homosexuel, je te tuerais. » Ce père lui interdisant tout contact physique, câlin avec sa mère. Le jeune homme a ainsi obéi à l'injonction paradoxale de son père et continue à faire des cauchemars où un homme sans tête vient le poignarder presque toutes les nuits.

L'hétérosexualité masculine suppose un refoulement de l'amour du père et le souhait de donner le nom de son père à un enfant, ce qui le sort de la position homosexuelle endogame. Alors si la phase phallique suppose une première identification au père, elle suppose dans le même temps un attrait sexuel pour la mère : hétérosexualité pour les garçons et homosexualité pour les filles.

La castration symbolique du sujet va œuvrer ici, avec la découverte de la castration de la mère, par son père et la castration de son père du fait de l'amour qu'il a pour celle-ci. Pour les filles l'excitation sexuelle provoquée par le père tourne à la déconvenue lors de l'apparition des premières règles qui authentifie l'absence de progéniture d'avec le père.

L'homosexualité masculine est une forme de représentation du père alors que l'homosexualité féminine cherche à le remplacer.

En l'absence d'une sortie de la phase phallique, l'approche de la sexualité restera dans une position non élaborée proche de ce qu'elle est dans l'inconscient, à savoir dans la même té et dans la non-différence des sexes.

On peut penser que l'évitement de la résolution œdipienne laisse le sujet dans l'impossibilité de se situer devant un choix d'objet sexuel, il sera alors soumis à une consommation addictive d'aventures sexuelles qui le laisseront désespéré devant l'impossibilité à se satisfaire d'une sexualité quasi masturbatoire. Tentative de résoudre l'excitation sexuelle qui résulte de l'angoisse de castration générée par le rapport implicite à l'autre sexe.

L'amour des parents pour leur enfant est-il une manière suffisante de provoquer le désir chez l'enfant ?

C'est l'enfant nourrit avec le plus d'amour qui refuse la nourriture, et joue de son refus comme d'un désir, l'enfant exige ainsi que la mère ait un désir en dehors de lui. Ceci pour confirmer s'il est nécessaire que l'amour parental ne suffit pas, et que la sortie de la dyade père ou mère enfant s'articule autour d'un quatrième terme, la filiation ou pour d'autres le corps social.

### **Le Besoin.**

Qu'en est-il du besoin ?

Rien de plus facile que de satisfaire un besoin !

J'ai soif : je bois.

Il ne reste que les besoins naturels que l'autre ne puisse satisfaire :

"Où vas-tu ? Là où tu ne peux aller pour moi !".

Quel besoin a-t-on de faire ceci ou cela ?

Et de telle manière plutôt que d'une autre ?

L'expression et la tentative faite de répondre au besoin, indiquent que la satisfaction du besoin laisse toujours insatisfait.

La meilleure illustration en est qu'aussitôt un besoin est dit satisfait, que nous n'avons de cesse de recommencer.

Le besoin est ainsi l'expression sociale, parfois asociale d'une tension pulsionnelle.

Redonner du sens au besoin passe par des mots.

Organisés en paroles.

Et cela dans un entre-deux.

Pour cela il n'y a que l'entre-deux de la parole, car entre deux sujets il n'y a que la parole ou la mort comme nous l'a enseigné JACQUES LACAN.

C'est cela qui signe que nous sommes des êtres langagiers, et qu'il ne peut pas être question de sexe sans parole.

Mais le besoin est repéré avant tout comme besoin d'amour.

Pour que ce besoin rencontre un autre, faut-il encore qu'il lui soit formulé, qu'il lui soit dit, et par des mots et non pas que par des parades amoureuses qui sont celles que nous partageons pour le coup avec les autres animaux et qui ne permettent rien d'autres que de se reproduire. Et c'est cette adresse à un autre qu'on appelle une demande. Mais que c'est compliqué de la soutenir dans la simplicité et la clarté.

La demande, c'est ce qui fait prendre corps au besoin.

Prendre corps par la présence du corps d'un autre qui exprime à son tour une demande, signifiant par-là l'intérêt qu'il porte à celui qui vient à lui et qui n'ose pas toujours exprimer son besoin par des mots. Alors que c'est bien là que le besoin se transforme en demande. (Puisqu'il y a adresse d'un autre parlant.)

Nous voyons ainsi comment s'accueille un sujet dans le besoin, et comment un besoin peut se structurer en demande.

## Honte

La honte est à rechercher dans le discours parental, c'est là que nous en trouverons la plupart du temps la cause. La honte, quand elle touche, c'est bien le mot, quand elle touche, avec des mots le corps et les attributs sexuels d'un individu, elle fait des ravages. Et que pour tenter de ne plus souffrir elle va bien souvent se travestir, en faisant peser, sur une partie du corps un sentiment infamant venu d'un parent. Parent qui révèle ainsi son insupportable attachement à ce qui fait défaut chez lui.

L'impudeur de l'un fait le viol de la pudeur de l'autre nous dit Lucien Israël. Et la honte vient aux joues de celui qui subit cet attaque incestueuse, tueuse.

Je prendrai pour exemple clinique si vous me le permettez le cas d'un homme venu me trouver pour sortir de difficultés conjugale. Il va faire le lien entre ce qu'il vit dans une relation extraconjugale et les mots que sa mère lui a adressé, lorsqu'il était jeune adolescent. Sa mère alors commentait une photo de famille où il avait les mains pendantes devant son pantalon et elle lui dit : « Tu t'es vu sur cette photo, tu es dégoûtant, qu'est-ce que tu fais avec les mains toujours à cet endroit là. » Cet enfant s'est alors constitué une série de tocs pour conjurer la honte et tenter de l'oublier. Tocs et évitements qui l'ont mis dans d'importantes difficultés de relations sociales et professionnelles dès que son attention se portait sur le bas ventre d'autres hommes. Malgré cela il a pu construire une famille ordinaire. Mais n'y pouvant plus tenir et est allé consulter un analyste bien intentionné qui lui a servi une interprétation, passage à l'acte, le coupant d'une possibilité de travail et d'élaboration personnelle. Il lui dit, que sa mère lui reprochait ce qu'elle désire en lui, et qu'elle est amoureuse de son pénis. Le thérapeute fait ainsi rentrer dans le réel le désir de son patient, par une interprétation trop précoce. Dans les jours qui suivent, il rencontre une femme, avec qui il découvre un épanouissement sexuel et affectif, qui va le rendre mal-heureux, pendant des années, jusqu'à ce que la naissance d'un enfant vienne lui rappeler où il en était resté de la question de son désir, et du travail sur sa sexualité. Et que la honte avait empêché que s'engage pour lui, un travail sur la question du besoin d'aimer et d'être aimé, ainsi que sur sa relation avec son choix d'objet sexuel.

Au fondement la honte, est honte de ce qui manque, et ici la honte que fait surgir la mère est bien une tentative de s'emparer de ce qu'elle perçoit comme manquant chez elle, et qu'elle fait chuter comme manquant et incertain chez son fils.

## Castration

Comment parler du désir, de l'interdit, du choix d'objet sans parler de la castration.

La castration est liée à l'ordre symbolique, et l'objet mis en cause dans la castration est l'objet imaginaire phallique, elle ne porte jamais sur un objet réel.

Et dans la relation œdipienne le sujet recevra le phallus dont il a besoin, et pour qu'il en ait besoin, il lui faudra avoir été menacé par l'instance castratrice : le père.

C'est le traumatisme de l'entrée dans le langage, qui est déjà première castration, celle d'être soumis au langage mais aussi qui est d'être déjà là dans le discours de nos parents. C'est ainsi que de parler « vraiment », de notre sexualité est castration.

Et de l'inadéquation entre nos paroles et nos actes ça va laisser à désirer, et va surgir et se constituer notre désir.

## Désir

Le désir est issu du lien du sexe et des mots. Il laisse à désirer, notre sexe. Dans la double acception de ce terme.

C'est la soumission à la castration, qui ouvre à la reconnaissance du manque, d'où s'érige le désir.

L'appel, la demande d'amour, comment tout cela peut aller vers ce qu'on appelle le désir.

L'expression d'un désir, du désir de vivre.

Mais le désir ce n'est pas l'envie, donc pas l'envie de vivre.

Le désir ce n'est pas le besoin, on n'a pas besoin de désirer pour vivre.

Ça désire malgré nous.

Le désir ça ne se demande pas, c'est de l'impossibilité à voir satisfaire sa demande, qu'on perçoit l'autre que l'on est.

Le désir est ce qui soutien notre être au monde c'est ce qui nous fait aller au-delà. Contrairement à tous les animaux c'est le désir qui est à l'œuvre.

Le désir cela peut aller jusqu'à vouloir mourir et c'est cela qui est irréductible dans la condition humaine.

Et JACQUES LACAN de dire p 754 des Ecrits dans : La lettre et le désir : " Et si les psychanalystes étaient capables d'entendre ce que leur maître a dit de l'instinct de mort, ils sauraient reconnaître qu'un accomplissement de la vie peut se confondre avec le vœu d'y mettre un terme."

Souffrance de vivre, vivre en étant traversé par la pulsion de mort qui n'est pas expressément une envie de mourir mais une peur de vivre.

## **Choix d'objet sexuel :**

Pour résumer rapidement je dirais que dès son départ le sujet est divisé entre une identification à l'objet de jouissance maternelle et une identification au père qui l'en protège, et ceci pour les deux sexes. En d'autres termes cela illustre bien que le sujet, pris dans un bain langagier, toujours et déjà sexuel, est pris par l'identification au phallus et n'en peut en échapper que par une identification au père.

Gérard Pommier nous dit « La sexuation phallique est une condition essentielle de la survie c'est une nécessité pour contrer la pulsion de mort, et c'est la brutalité de cette situation qui explique la rigidité des choix d'objets sexuels au point qu'ils peuvent finir par ressembler à un destin organique contre lequel on ne peut rien. »

Par identification il faut entendre vouloir prendre la place du père plutôt que de rester à celle de la mère. Et c'est dans la mesure, où le père est bien à sa place de père, sans rivalité, qu'il laissera son enfant faire son identification. L'enfant sera alors à une place féminisée par rapport au père castrateur, tant que cette phase ne sera pas résolue.

L'enfant va donc dans un premier temps, se laisser identifier à l'objet d'amour qu'est sa mère, puis il va « choisir » ou non de sortir de cette position incestueuse en se tournant vers son père qui est le garant de la sortie de cette fusion dévorante.

Pour le garçon il va lui falloir dans cette ultime résolution, renoncer, refouler son homosexualité masculine endogame (amour du père) pour aller vers son choix d'objet sexuel, qui sera porteur de ce qu'il aurait aimé offrir à son père dans cette amour œdipien dans lequel il était, et trouver une femme digne de sa mère premier objet d'amour.

C'est pour cela que l'on dit bien que le choix d'objet sexuel est une retrouvaille. On voit ici comment le garçon pris d'amour pour son père pourra sortir de cette idéalisation du père dès que celui-ci s'intéressera à une femme, il sera possible d'observer, comment certains, qui sont restés captifs de cet idéal, n'auront pas pu se tourner vers un choix d'objet hétérosexuel. Alors bien qu'aimant les femmes, premiers objet d'amour, ils ressentiront de la haine envers celles, pour qui tout d'un coup il ressentiront un attrait, rappel de la trahison amoureuse dont ils ont été l'objet de la part de leur père attiré par une femme. Mais ne parlons pas de sexualité passive, cela ne veut pas dire grand chose. Être inactif physiquement ne veut pas dire passivité.

L'homosexualité est un évitement de l'œdipe, ni tout à fait un, ni tout à fait deux.

Pour la fille il va s'agir de quitter cette première position incestueuse et homosexuelle pour séduire le père et être en rivalité avec sa mère. Ensuite elle devra renoncer à son choix d'objet hétérosexuel pour se tourner vers un autre partenaire qui se substituera à ce père.

A partir de ces situations, de multiples possibilités de choix d'objet sexuel vont s'ouvrir.

Certains pères apeurés devant leur progéniture vont interdire toute possibilité identificatoire à leur enfant, mais la place du père peut aussi être d'accès difficile parce qu'infirmité ou invalidée.

On perçoit ce qui pourra advenir de garçons dans cette situation mais pour une fille cela la laissera sur le versant de sa position homosexuelle et la détournera de l'hétérosexualité.

D'autres situations comme celle d'une absence de réciprocité des liens affectifs chez les parents : père qui n'aime pas sa femme, il incarne alors un père trop viril et distant ; une mère qui préfère son enfant, même si le père est présent, son rôle sexuel étant nul cela orientera le garçon vers un autre garçon identique à ce qu'il aurait voulu être, désiré par son père, et comme sa mère l'a aimé lui.

En fait dans toutes ces situations on s'aperçoit que la résolution des phases œdipiennes se font toujours sous les auspices de la sublimation qui se remanie pour se repérer comme un choix à l'adolescence. Ce qui fait dire à un bon nombre d'homosexuels qu'aussi loin qu'ils se souviennent ils ont eu un penchant pour les garçons.

Quelque soit l'identification et le choix d'objet sexuel comme nous le dit Gérard Pommier la sexualité cherche la solution de ce qu'il y a d'insupportable dans l'amour.

## LIMITES ET INTERDITS

Limiter, interdire quoi, à qui, pour qui ?

La jouissance, la voilà celle qui nous fait tant courir, tant parler, tant fantasmer.

Même si parler d'amour est jouissance, la jouissance n'a jamais été le signe de l'amour, et c'est en cela que nos sexothérapeutes se gourent.

La jouissance est phallique et ne se rapporte pas à l'Autre. Dans la mesure où on la replace dans sa dimension imaginaire sans lien d'altérité.

Et entre l'homme et la femme, il n'y a que des écarts, qui font se rendre compte de l'impossibilité dans la quelle est l'homme, de jouir dans une jouissance phallique du corps d'une femme, car ce dont il jouit c'est de la jouissance d'organe. Je dis bien une femme, car Jacques Lacan nous le dit: « Si l'homme veut LA Femme, il ne l'atteint qu'à échouer dans le champ de la perversion ». Et poursuit-il : « Moyennant quoi l'homme à se tromper, rencontre une femme avec qui tout arrive. »

L'interdit au niveau sexuel est représenté par le symbolique. Et il n'y a pas de sexualité sans interdit. Il n'y a qu'à regarder toutes les lois, règlements, morales diverses, avec des explications sociologiques, économiques, hygiénistes, religieuses.... Il nous est même difficile de recenser tous les interdits qui opèrent pour nous ou pour les autres. Mais à y regarder de près il apparaît que si nous supprimons ces interdits, le désir disparaît, preuve s'il en fallait que l'interdit permet l'expression du désir en le mettant en forme, en l'autorisant d'une certaine manière. Ce qui peut tromper c'est que le désir disparu n'empêche pas une pratique de la génitalité, nous l'entendons tous les jours dans les plaintes qui nous sont adressées, d'une perte de sens et d'intérêt pour tout ce qui a trait à la sexualité. La situation de ce jeune que je vous citait qui ne supporte plus d'être touché et qui ne sait plus où est son désir est révélatrice de ce qu'il en est d'une absence, d'une perte du sens de l'interdit, de la limite.

La jouissance échappe au discours et d'être dénoncée comme bête noire plutôt que remise à sa place dans la structure, on pourrait oublier qu'elle est l'incontournable passage par lequel chacun se risque, je dis bien se risque aux jeux de l'amour et de la mort, et que ces jeux sont limités par le principe de plaisir qui nous protègent des passages à l'acte mortels si 'on va au-delà de nos limites quand par exemple nous poussons le bouchon jusqu'à donner ou relever des défis, ou lorsque nous prenons des toxiques qui effacent le plaisir au risque de nous tuer comme par exemple dans l'overdose.

La loi, va nous limiter au niveau du désir, elle va être l'inscription de l'interdit de l'inceste et du meurtre.

Le principe de plaisir se résout par la décharge des tensions pour finir par nous faire rejoindre l'état le plus bas de charge et de tensions. Et c'est dans cet état de disparition des charges à son niveau le plus bas que le désir va relever le gant et nous faire revivre. Et la jouissance en s'apaisant jusqu'à disparaître nous laisse le temps de nous reproduire.

Pour conclure je souhaiterai reparler de la prévention à la lumière de ce que nous avons abordé au cours de ce travail. Si difficile prévention quand elle ne tient pas compte de la subjectivité, et qui pour ignorer cet oubli utilise les mêmes transgressions et le même discours, hors limite, sur la jouissance que ceux qui captifs, prennent les jeux de l'amour pour une fin en soi qui donnerai un sens à la mort prise pour la vie. ( voir des messages comme ceux qui sont diffusés par un organisme de prévention qui propose : « Pour se protéger du sida rien de tel qu'un rapport auriculo-buccal. ») Si l'on favorise les sauts conceptuels du même coté transgressif alors on pousse à l'extrême, on excite, on exacerbe pour dépasser les limites.

Alors qu'est-ce que faire l'amour ? Faire l'amour, comme son nom l'indique c'est faire de la poésie.

Paris, le 22 mars 2002.

Olivier Saint Gal de Pons  
Psychologue Clinicien  
Psychanalyste  
Lyon



## PAROLES DE FEMMES ENTRE HONTE ET SECRET

Le thème particulier d'aujourd'hui nous centre sur l'adolescent, or je vais vous parler de l'expérience d'un groupe de parole de femmes séropositives. Mais, à les écouter plus avant il m'est apparu que les remaniements, les questionnements, les grands espoirs et la désespérance qu'elles évoquent, s'apparentent bien à cette mouvance adolescente dans sa quête d'identité.

Tout a commencé par cette question posée par une femme au corps médical : "je suis la seule? Il n'y en a pas d'autres?" Tout s'est poursuivi par une recherche de LIEU où déposer ce fardeau du *savoir*, en parler. Ces lieux sont rares et peu appropriés à la parole de femmes. Le RVH SIDA 45 a proposé ce lieu et la constitution et l'animation de ce groupe.

Le groupe se réunit une fois par mois depuis MARS 99. Composé de CINQ femmes au départ, il demeure ouvert à l'introduction de nouvelles femmes. Certaines n'ont fait que passer, QUATRE nous ont rejointes durablement.

Du *noyau de base*, (les anciennes disent-elles), est né le désir d'échanger :

œécouter d'abord

\* apprivoiser le parcours de chacune

\* entendre d'autres réalités de vie

œparler ensuite

\* se raconter, se mettre à nu

La fondation du groupe se cimente autour du partage de l' INTIME

œpuis le "partageable" peut se décliner en QUESTIONS  
autour du *dire* ou *ne pas dire*

au compagnon, aux parents, aux enfants  
à l'entourage, au travail, à la société

autour du *droit* ou du *non-droit*

de séduire encore, d'avoir une sexualité  
de désirer un enfant, d'en faire un

Ce même, ce partageable, est devenu la marque du groupe (de la bande).  
Elle crée le sentiment d'appartenance, elle brise la solitude du mal-vivre, elle fonde une famille, un compagnonnage.

Ensuite, le "discutable": ce sont les *choix*, les *priorités* qui renvoient à l'individu, à sa propre responsabilité. Et qui ravivent aussitôt la rage, la hargne, la contestation avec son fatras de contradictions impossibles à faire cohabiter...

\* Comment peut-on dire que l'on ne se sent pas bien quand cela ne se voit pas? Les femmes demandent alors plus de compréhension, de respect, de soutien.

\* Dans le même temps, trop de sollicitude, d'attention les agacent...Elles veulent pouvoir vivre SANS quelquefois et surtout ne pas parler QUE de ça...

- La honte qui s'installe (ou se renforce) lorsque d'aucun les gratifie d'un:

"tu t'attendais à quoi en couchant avec un toxico?"

- La honte qui existe déjà dans un ressenti de souillure, de salissure, de viol disent-elles.

- Et de s'interroger alors sur l'amour. Comment peut-il encore m'aimer, moi qui ne m'aime plus? Comment ne pas imaginer la pitié? Ou quelqu'un qui ne trouve pas mieux...ou jouissance à la pensée su risque?

- Et le risque est là! Bien souvent, pour preuve d'amour, leur homme refuse les rapports protégés... jusqu'à ce que l'un ou l'autre ne puisse plus faire l'amour, et l'un d'eux, outragé sans doute d'avoir été quitté, de lancer: "reste avec ton SIDA!"... c'est alors la *solitude sous cellophane*.

La HONTE qui revient insinuant surtout la faute commise. Pourquoi moi? Qu'ai-je fait pour mériter cela? Ce chatiment...

Elles se sont mobilisées alors autour d'un projet: écrire leurs paroles de femmes.

Elles ont voulu laisser une trace de ce parcours long et difficile autour et avec la maladie. Leur livre est un témoignage pour les solitaires et, encela, fait acte de prévention.

Autant de réflexions, de cris, de tortures qui nécessitent toujours de se poser, au bout du compte, dans la REALITE. On ne peut nier l'existence du virus en soi (pour cela aussi, la réalité est sur papier...), on ne peut faire que *malgré* – *sans* parfois – mais imperturbablement *avec* . Ces textes, travaillés et aboutis en ateliers avec l'aide d'un écrivain leur a permis de trouver prétexte de vie : "nous ne voulons plus seulement survivre..."

Dans l'accueil des "nouvelles" femmes, le groupe de base joue un rôle initiateur, *parental*. Elles distillent leurs expériences en se voulant rassurantes, alors qu'elles assènent plutôt durement les "c'est comme cela! On est toutes passées par là! Tu verras, ça passera", tant il n'est pas question de perdre du temps ... Elles semblent dépositaires d'une loi (détention d'un savoir de base), avec des règles à ne pas transgresser, comme par exemple, leur propre hiérarchisation des modes de contamination...

comme aussi l'insupportable, à la mort de l'une d'entre elles, lorsqu'il a fallu la différencier des attitudes habituelles du groupe, parcequ'elle avait *dérogé* à la loi du groupe: le *secret* monstrueux qu'il faut taire: on meurt encore du SIDA.

La première question qu'elles ont formulée dans le groupe de paroles suivant : "Mais de quoi est-elle morte?" ...

Mme Yola COLSAET  
Psychologue clinicienne RVH SIDA45

## **Représentations de la maladie et demande de l'adolescent infecté par le VIH avant et après les multithérapies**

Isabelle Funck-Brentano, psychologue, Unité d'Immunologie-hématologie, Fédération de Pédiatrie, Hôpital Necker-Enfants Malades, 149 rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15

On estime entre 1500 et 2000 le nombre d'enfants infectés en France par le virus du sida. La majorité d'entre eux ont été contaminés par voie materno-fœtale, les autres au contact de produits sanguins contaminés avant 1985. D'après les chiffres du réseau national de santé publique au 30 septembre 1998, on recensait 754 cas de sida chez des enfants de moins de 15 ans depuis le début de l'épidémie. Plus de la moitié de ces enfants sont décédés tandis que parmi les enfants en vie, nombreux sont ceux qui ont perdu l'un de leurs parents ou les deux. Ces adolescents partagent des problématiques communes à celles des adultes qui se sont contaminés à l'âge adulte par voie sexuelle ou sanguine, mais ils sont confrontés à une problématique autre et parfois très lourde du fait que leur contamination remonte à leur petite enfance et qu'ils ont du se construire avec la maladie. La jeune génération de ces adultes infectés depuis l'enfance est donc susceptible de rencontrer des problèmes encore plus complexes au moment du passage dans la vie adulte et peut-être à plus long terme ; nous manquons encore de recul pour le savoir.

### **I Avant l'arrivée des multithérapies**

#### **1) Distorsions des relations parents-enfant**

Avant l'arrivée des multithérapies, la découverte par les parents de la séropositivité de leur enfant était toujours une expérience traumatique qui mettait en péril la qualité de leurs relations et pouvait conduire à diverses pathologies du développement. En effet la culpabilité et la blessure narcissique liées à la transmission du virus de la mère à l'enfant, les

représentations négatives de l'entourage sur la maladie, et bien souvent une histoire familiale déjà perturbée faisaient de l'enfant infecté par le VIH l'objet de projections parentales déterminantes pour leurs relations, les perceptions de l'enfant sur son infection et la construction de son identité (1).

Cette clinique du deuil dans le contexte d'une maladie taboue a ainsi favorisé le développement de toute une série de troubles de la relation parent-enfant sur du cours et parfois long terme, incitant, par exemple, les parents ou leurs substituts à placer l'enfant séropositif dans la position de l'« enfant roi ». C'est ainsi que des enfants stagnaient ou régressaient avec des troubles du comportement parce que la dévotion extrême de leurs parents les empêchait de faire l'expérience de la frustration compromettant dès lors l'accès au désir et à la dimension symbolique.

Dans le cadre de la transmission materno-fœtale, il existe deux risques prédominants : soit le lien de filiation est maintenu et conforte les parents dans un sentiment de satisfaction parce qu'ils se reconnaissent dans cet enfant qui leur est semblable ; l'enfant exerce alors une fonction protectrice et d'étayage dans une relation symbiotique où prévaut l'identification en miroir ; soit ils développent une pathologie de l'attachement ayant toutes les peines à investir l'enfant miroir d'eux-mêmes, un « miroir brisé » qui renvoie une image porteuse de mort. L'absence de relation ou le rejet de l'enfant sont gouvernés par le principe du deuil anticipé ; l'enfant est alors prisonnier des représentations parentales qui le statufient ; par leurs attitudes inconscientes, c'est comme s'ils interdisaient à l'enfant de grandir de peur que sa maladie n'évolue et ne le rapproche de l'échéance de sa mort. Il y a quelques années, lorsque l'un des parents décédait, il arrivait fréquemment que s'instaure une relation de couple entre l'enfant et le parent survivant. L'enfant prenait alors la place du parent décédé, devenant le confident et le protecteur de la mère ou du père sans plus de frontière entre les générations. Ces distorsions précoces de la relation parent-enfant étaient fréquentes et durables avant l'arrivée des

multithérapies, lorsque la mort pesait de tout son poids dans la réalité. Prévenir ces troubles ou éviter qu'ils ne surviennent consistaient à s'occuper précocement de l'impact traumatique de l'annonce de la séropositivité sur des parents eux-mêmes bien souvent infectés et malades. Le travail des équipes soignantes, psychologues, médecins, puéricultrices visait à restaurer les parents dans leur fonction parentale tout en les aidant à envisager qui pourrait dans leur entourage se substituer à eux s'ils venaient à décéder un jour.

Ainsi, un certain nombre d'enfants qui ont survécu jusqu'à l'ère des multithérapies ont souffert dans leur première enfance de ses distorsions relationnelles qui pouvaient exister au sein de la famille aussi bien de la part des parents biologiques que de la famille élargie ou des familles d'accueil (2-4).

## **2) Troubles psychologiques liés à la sévérité de la maladie**

Certains d'entre eux ont été très marqués par la dégradation de leurs parents à la fin de leur vie. D'autres ont gardé des traces des atteintes corporelles qu'ils ont subi par le passé, douleurs, dénutrition invalidante, nuisances multiples liées aux traitements (4-5). Les enfants informés dès leur jeune enfance de leur diagnostic ont souvent vécu jusqu'à l'arrivée des multithérapies avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête. Ainsi s'exprimait Stéphane, 5 ans, dont la mère était déjà décédée : « La dernière fois que je suis venu à l'hôpital, je l'avais pas le Sida ; j'y pense tout le temps, j'essaye de l'oublier mais j'y arrive pas ; j'ai peur de mourir tout le temps ; tu comprends, j'y tiens à ma vie moi, faut d'abord que je sois vieux ! »

A certains moments, en particulier lorsque l'état de santé se dégradait, songer à leur propre mort pouvait devenir insoutenable. Comme pour les parents, le recours au déni ou au clivage exerçait alors une protection indispensable contre l'angoisse. Ainsi, Nicolas, 11 ans, eut un jour ce mot d'enfant inoubliable : « C'est pas juste, je vais mourir avant 2 ans, je ne serai jamais un adulte et je n'aurai pas d'enfant ; dis, tu crois que quand j'aurais un métier, je

pourrai faire scientifique ? Parce que tu comprends, je fais plein de fautes d'orthographe et je ne connais pas les tables de multiplication mais je sais me servir d'une machine à calculer ! »

Etre infecté par le VIH avant 1996 entraînait pour la plupart des enfants symptomatiques un ensemble de modifications corporelles et fonctionnelles ressenties comme des pertes. Les enfants se trouvaient confrontés à une succession de deuils narcissiques qui s'ajoutaient au deuil des parents aimés. En témoignaient les représentations souvent altérées de leur corps qu'ils figuraient dans leurs dessins. Certains enfants indemnes de la maladie jusqu'à l'arrivée des multithérapies pouvaient nourrir d'importantes inquiétudes à l'égard du virus ressenti comme une menace interne permanente. Ainsi cette jeune fille de 15 ans qui confia un jour qu'elle prenait du Zerit et de l'Epivir, mais qu'elle ne savait plus pourquoi et d'ailleurs elle ne voulait pas y penser parce que c'était désagréable. Elle expliqua ensuite combien elle avait peur de mourir et se livra à une fantaisie imaginaire en disant qu'elle voudrait qu'on fabrique un médicament qui permettrait de rassembler le virus répandu partout dans le corps en une boule compacte comme un dragon qui serait localisé à un seul endroit ; on ferait alors une radio pour la trouver et après il n'y aurait plus qu'à l'enlever par voie chirurgicale ; cela lui permettrait de la débarrasser à tout jamais de cette maladie.

Tous ces exemples illustrent bien la nature et l'intensité émotionnelle sous-jacente de ces diverses représentations du virus avec lesquelles un nombre important de ces enfants, devenus aujourd'hui bien-portants, ont du vivre pendant une longue période de leur enfance ; autant de fantasmes et d'angoisses susceptibles de se réveiller plus tard à l'occasion d'une nouvelle difficulté.

### **3) Fréquence élevée des antécédents personnels et familiaux**

Dans une proportion plus importante que le reste de la population d'enfants atteints d'autres maladies graves ou chroniques, certains sont perturbés par la lourdeur de leur histoire

familiale et personnelle. Ils appartiennent à des familles instables, défailtantes avec des antécédents psychiatriques fréquents et parfois sévères. Plusieurs de ces enfants ont donc cumulé dans leur histoire personnelle plusieurs antécédents lourds associant carences précoces, toxicomanie, maltraitance et décès d'un parent (2, 4, 7). L'étude prospective menée à l'hôpital Necker-Enfants Malades (Paris) entre 1990 et 1993 auprès de 35 enfants infectés nés avant le 31 août 1985 (4-6), a mis en évidence que 42 % des parents présentaient des troubles psychiatriques sévères qui étaient pour la plupart en relation avec de lourds antécédents psychiatriques, familiaux et sociaux qui préexistaient au VIH dans 90 % des cas. En ce qui concerne les enfants, 23 % souffraient de troubles psychiatriques sévères, 51 % avaient des troubles d'intensité moyenne ou légère tandis que 25 % ne présentaient pas de troubles. Les troubles sévères se caractérisaient par des troubles de l'attachement et du développement, une personnalité limite ou une dépression avec d'importants troubles du comportement. Tous ces enfants avaient été séparés de leurs parents pendant la petite enfance. Les troubles de l'attention avec hyperactivité, les troubles anxieux et du comportement (opposition, énurésie, troubles du sommeil) prédominaient dans les formes d'intensité moyenne ou légère. Dans 90 % des cas on retrouvait chez ses enfants des antécédents personnels associés. Plusieurs études ont ainsi montré que dans une proportion plus ou moins importante selon la population étudiée, les enfants infectés par le VIH par voie materno-fœtale sont souvent affectés par des conditions de vie insatisfaisantes et nuisibles qui sont une particularité du contexte sociofamilial dans lequel survient l'infection à VIH. Ces troubles ont dans l'ensemble régressé et bien évolué avec le temps, une fois que ces enfants ont été accueillis par des familles substituts de bonne qualité, aidés par ailleurs d'une psychothérapie. Mais au moment de l'adolescence, période de réactivation des conflits de l'enfance, plusieurs adolescents ont fait une dépression, certains d'entre eux se révoltant, par exemple, contre leur famille d'adoption pour se mettre en quête des survivants de leur famille d'origine.



## **II L'ère des multithérapies**

Depuis 1996, les nouvelles thérapies antivirales ont considérablement amélioré l'état de santé des enfants et de leurs parents si bien que la plupart d'entre eux ne portent plus les stigmates de la maladie ; ils font à nouveau des projets d'avenir et mènent aujourd'hui une vie normale (8). Une étude en cours menée à l'hôpital Necker-Enfants Malades auprès de 48 adolescents montre que 92 % d'entre eux sont aujourd'hui asymptomatiques, tandis que la moitié du total des adolescents a un taux de CD4 supérieur à 25 % avec une charge virale inférieure à 1000 dans 44 % des cas. Par ailleurs, seulement 12 % des adolescents présentent une lipodystrophie.

Sur le plan psychique, cette évolution favorable s'accompagne d'une sorte de « rémission psychique » où la maladie est plus volontiers dédramatisée et déniée.

### **Facteurs de risque et de vulnérabilité sur le plan psychologique**

1) Cependant les avancées thérapeutiques ne nous empêchent pas d'être toujours confrontés, 15 ans après le début de la pandémie, à la clinique d'une maladie taboue et à une clinique du deuil. En effet la réduction considérable du taux de transmission materno-fœtale grâce au traitement préventif expose encore davantage aujourd'hui le couple parent-enfant à des distorsions de leur relation en cas d'échec du traitement. Le dépistage et la prévention de ces troubles relationnels méritent donc toute notre attention au moment où les adolescents commencent à mettre au monde à leur tour des enfants.

2) Si la réduction progressive de la mortalité et l'amélioration considérable de leur état de santé a nettement diminué la fréquence des troubles psychologiques et relationnels dus au caractère sévère et souvent fatal de la maladie, les adolescents porteurs du VIH depuis leur petite enfance restent vulnérables parce que ces épreuves ont laissées des traces susceptibles

de se réveiller à l'occasion d'une nouvelle difficulté, qu'elle soit en lien ou non avec le VIH : pertes à répétition, difficulté particulièrement aiguë pour l'adolescent de vivre avec un parent souffrant des complications d'un traitement par interféron pour une hépatite C.

3) Par ailleurs certains d'entre eux persistent à rencontrer des problèmes liés à des conditions de vie difficiles ou défavorables du fait d'un milieu familial défaillant, d'une histoire cahotique émaillée de ruptures multiples et de deuils. Un certain nombre de ces familles vivent dans une précarité économique entretenue par une symptomatologie dépressive, elle-même favorisée par des conduites marginales, parfois une toxicomanie. Plusieurs adolescents parfaitement bien portants physiquement ont fait des tentatives de suicide, non pas en raison de leur séropositivité, mais parce que la souffrance que leur procurait leur milieu familial était devenue intolérable.

4) D'autres enfants, et plus particulièrement les adolescents sont fragilisés par les représentations négatives qui circulent encore dans la famille et dans leur entourage social à propos du VIH. La peur du jugement d'autrui, la crainte de trahir le secret qu'ils entretiennent sur leur condition les incite à ne pas en parler à leur entourage et leur pose un dilemme crucial au début des relations amoureuses. Souvent ils s'interdisent ou diffèrent l'échéance de la première relation sexuelle pour éviter de s'exposer au risque de rompre le lien amoureux établi ou au contraire ils se précipitent dans un passage à l'acte. Les professionnels de l'enfance mésestiment parfois à quel point le poids des représentations familiales et sociales à propos du VIH pèse sur le vécu de ces adolescents qui se perçoivent comme des victimes de la famille élargie, de la médecine scolaire et des médias en général. Une fraction d'entre eux vivent dans la honte et la peur permanente que la maladie ne se lise sur leur visage, que les uns et les autres ne les stigmatisent dans l'image du « mort vivant » dans laquelle ils ne se

reconnaissent plus du tout depuis les multithérapies. Ce décalage de perception les harcèle et les révolte.

5) Les enfants contaminés par transfusion ressentent souvent une grande solitude et une forte culpabilité du fait qu'aucune autre personne de la famille ne partage leur statut. D'autres adolescents qui ont perdu autrefois leur mère sont parfois enfermés dans la position du « vilain petit canard » parce qu'ils restent le seul séropositif, témoin vivant de ce drame passé qui déchire encore la famille.

6) Après le décès de leurs parents, beaucoup d'enfants ont retrouvé un bon équilibre et une existence satisfaisante dans un milieu familial de qualité, dans la famille élargie ou une famille d'accueil. Mais au moment de l'adolescence il est fréquent que des tensions surgissent entre l'enfant et sa famille à l'occasion de la réactivation des conflits de l'enfance et notamment de la perte des parents. Lorsque les enfants sont élevés par leurs grands-parents, la répétition des conflits qui s'étaient autrefois produits entre les grands parents et leurs propres enfants perturbe considérablement la famille. Chacun est confronté à l'épreuve de la désillusion et de l'ambivalence avec des désirs de rejet de part et d'autre dont l'intensité nécessite l'intervention d'un tiers extérieur sans l'aide duquel la crise ne pourrait se résoudre. C'est là que d'importantes difficultés peuvent survenir par manque de vigilance des équipes de soin ou dans le cas d'un refus d'une médiation extérieure par l'adolescent ou sa famille.

### **Evolution de la demande depuis les multithérapies**

Si nous pouvons nous réjouir chez les adolescents de la transformation de leur condition physique et de cette période de rémission psychique qui est salutaire et qu'il importe de respecter, nous devons néanmoins rester vigilants. Cette période faste sur le plan

psychologique n'est sans doute pas acquise définitivement ; les facteurs de vulnérabilité exposent probablement ces jeunes à rencontrer de nouvelles épreuves auxquelles ils réagiront de manière très variable selon les uns et les autres.

Ces adolescents libérés aujourd'hui de la plupart des aléas physiques de la maladie entrent dans la vie adulte avec un préjudice psychologique important : ils sont porteurs d'une maladie honteuse qu'ils peuvent transmettre ; ils sont, pour certains, orphelins de père ou de mère ou des deux. Ils ont honte ou assument mal divers secrets de famille qui s'imbriquent les uns dans les autres, la contamination par leur mère, la contamination de leurs parents, pour certains, l'homosexualité ou la toxicomanie de leurs parents.

Ces fantômes peuvent se réveiller facilement à l'occasion de la moindre difficulté à l'entrée dans la vie adulte, au moment de la première recherche d'emploi, lors de la rupture du préservatif, au moment du souhait et de la décision de créer à leur tour une famille.

Aujourd'hui, les adolescents séropositifs, tous pour la plupart bien-portants ont peu de demande, et lorsqu'elle existe, elle a changé d'objet : la demande qui autrefois était ciblée sur le corps et l'amélioration du bien-être physique a évolué vers une demande d'amélioration familiale et relationnelle d'une part, de reconnaissance de « normalité », d'appartenance au groupe des bien-portants « comme tout le monde ». Depuis l'existence des multithérapies, les représentations liées au VIH collent moins au réel de l'atteinte corporelle. Elles sont plus fantasmatisées et diversifiées. La demande est ainsi moins explicite, plus diffuse, dès lors que le pronostic vital n'est plus en jeu. C'est aussi le propre de l'adolescence que de vouloir s'autonomiser par rapport à l'univers des adultes et l'absence de demande à l'égard d'un psychologue s'inscrit bien évidemment aussi dans cette dynamique.

Ainsi ce jeune adolescent enfin libéré d'une longue période de nutrition entérale qui avait nécessité une hospitalisation en long séjour ; bien développé et parfaitement asymptomatique, sa souffrance aujourd'hui est d'avoir une famille éclatée entre de multiples figures maternelles

qui se sont occupées de lui, sa mère biologique dont son père s'est séparé, sa belle-mère, sa nourrice, et la nouvelle mère qui l'a dernièrement accueillie en famille d'accueil. Toutes ses mères sont vivantes ; il leur rend visite régulièrement mais il rêverait de pouvoir vivre avec elles toutes réunies dans le même domicile.

Cette jeune fille qui ne supporte pas l'homosexualité ni l'autorité de sa tante qui l'élève depuis la mort de sa mère ; elle récidivera ses tentatives de suicide en protestation contre le refus de sa tante de la laisser partir rejoindre son père jusqu'à ce qu'elle obtienne gain de cause.

Aujourd'hui, la grande différence qui distingue les adolescents les uns les autres, ce n'est plus, sauf exception, leur état clinique et biologique, mais la qualité de leur milieu familial. Ceux qui sont dans des familles saines, stables, structurantes et équilibrées vont bien et se préparent à affronter une vie d'adulte plus facilement que ceux qui sont dans la situation inverse.

Selon les sites, la population est plus ou moins favorisée et on observe des différences importantes en ce qui concerne les caractéristiques socio-familiales des adolescents suivis entre un secteur et un autre de la région parisienne. A l'hôpital Necker, sur l'ensemble des adolescents suivis, deux tiers appartiennent à des familles de bonne qualité, structurantes et stables. Un tiers sont dans des familles à problèmes et défaillantes et les adolescents sont en difficulté. Parmi les 48 adolescents étudiés à l'hôpital Necker, 60 % vivent encore dans leur famille d'origine, 75 % d'entre eux ont un père encore vivant et 60 % ont leur mère. Tous sont nés en France et parmi eux seulement 35 % appartiennent à des familles d'origines diverses, Afrique noire, pays du Maghreb, autres pays d'Europe. Les adolescents suivis pour une infection à VIH dans d'autres hôpitaux parisiens ou en périphérie ne vivent plus avec leurs parents d'origine dans une beaucoup plus forte proportion. Ils appartiennent pour un

grand nombre à des familles défavorisées, souvent africaines, plus ou moins récemment immigrées et en difficulté d'insertion. Ils sont donc beaucoup plus livrés à eux-mêmes et exposés à se mettre en danger à la fois sur le plan médical et dans leur vie de tous les jours.

L'expérience d'un groupe de parole peut être une aide efficace à leurs problèmes pour ceux qui ont une réelle motivation pour participer et qui par ailleurs ont la possibilité matérielle de venir aux séances. Réunir ces deux conditions ne va pas de soi. Dans l'expérience de l'hôpital Necker, seulement le tiers des adolescents réunissait ces 2 conditions. Pour les adolescents qui peuvent en bénéficier, le groupe de parole offre un support identificatoire qui permet à chacun de se reconnaître dans l'expérience de l'autre. Le groupe atténue ainsi le sentiment de solitude, il dédramatise leur vécu et leur confère le sentiment d'appartenir à un groupe social à un âge où il est fondamental d'établir des liens sociaux et de partager des points communs avec ses pairs. Le groupe permet aussi de résoudre des problèmes tel que le choix d'en parler ou de garder le secret vis-à-vis des amis, du ou de la petit(e) ami(e), de faire face et de vivre moins mal les attitudes inquisitrices ou rejetantes de l'entourage.

## **Conclusion**

Le devenir psychique et social de ces jeunes reste une grande question. S'il convient de respecter la période actuelle de rémission dont les adolescents bénéficient pour certains d'entre eux sur le plan psychologique, il importe de ne pas négliger ceux qui restent en souffrance importante en dépit de l'amélioration de leur condition physique. Quant à l'avenir, tous sont exposés à vivre des situations difficiles du fait de leur histoire et du traumatisme que représentera plus tard encore le fait d'être porteur du VIH. A nous, professionnels, de poursuivre notre effort de vigilance et, de réfléchir ensemble, équipes pédiatriques et de

médecine adultes afin d'envisager les meilleures modalités de prise en charge que nous pourrions leur offrir, sans tomber dans le travers d'une prise en charge abusive.

## Références

1. I. Funck-Brentano, D. Costagliola. L'annonce du diagnostic d'infection à VIH : un verdict traumatique. *Pratiques psychologiques*. 1998, 1 : 9-20
2. Mellins CA, Ehrhardt AA. Families affected by pediatric acquired immunodeficiency syndrome. Sources of stress and coping. *J Dev Behav Pediatr* 1994 ; suppl 15 S54-S60
3. Miles MS, Burchinal P, Holditch Davis D, Walisewski Y, Christian B. Personal, family and health related correlates of depressive symptoms in mothers with HIV. *J Fam Psychol* 1997 ; 11 : 23-24
4. I. Funck-Brentano. Troubles psychiatriques des enfants infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), *Encycl Med Chir*, Elsevier, Pédiatrie, 4-102-C-20
5. I. Funck-Brentano. L'enfant infecté par le VIH : enjeux psychologiques et devenir. In : S. Blanche, *L'infection à VIH de la mère et de l'enfant*, Méd-Sci Flammarion, Paris, 1998 : 257-278
6. Funck-Brentano I., Costagliola D, Seibel N, Straub E, Tardieu M et Blanche S., Patterns of disclosure and perceptions of the human immunodeficiency virus in infected elementary school age children. *Arch Pediatr Adolesc Med* , 1997 : 978-985
7. Havens JF, Whitaker AH, Feldman JF, Ehrhardt AA. Psychiatric morbidity in school-age children with congenital human immunodeficiency virus infection : a pilot study. *J Dev Behav Pediatr* 1994 ; suppl 15 S18-S25
8. S. Blanche, I. Funck-Brentano. L'infection par le VIH. In : P. Alvin, *Médecine de l'adolescent*, Masson, Paris, 2000 : 204-207

## **Spécificités de la prise de risques chez l'adolescent séropositif au VIH.**

**Nadine Trocmé**, Psychologue

Service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique – Professeur Guy Leverger  
Hôpital d'enfants Armand -Trousseau, 26, avenue du Docteur Arnold Netter, 75571  
Paris Cedex 12.-

Etre adolescent c'est être mis à l'épreuve de la séparation d'avec l'Autre parental. C'est une période de passage où l'être émerge du désir parental et de la position d'enfant merveilleux des parents, pour forger sa propre subjectivité en accédant à son désir propre. La séparation avec tout ce que cela comporte de souffrance est le prix à payer. Ce travail de deuil comporte l'acceptation de la perte du fantasme œdipien sans trouver en retour ce que l'adolescent attendait, dans l'assomption de la sexualité, c'est à dire une complétude possible entre homme - femme. Dans cette position dépressive qu'occupe l'adolescent, en pleine désillusion, les parents doivent aider au processus de séparation inéluctable, ce qui n'est pas toujours le cas. Car la souffrance est aussi de ce côté là, du côté des parents.

Ils doivent accepter de perdre l'enfant imaginaire. Des phases explosives ou dépressives sont traversées alors par chaque membre de la famille qui devra se repositionner par rapport à son propre désir.

**Quand la parole fait défaut et/ ou que la résistance parentale est trop forte, l'adolescent "se fait entendre " dans de l'agir. Il fait entendre son désir d'être, différent de celui de ses parents, dans des passages à l'acte.**

Cependant les passages à l'acte peuvent comporter des risques importants pour l'adolescent, risques vitaux parfois : la peur de la mort n'existe pas à ce moment là. L'enjeu est autre.



L'escalade dans le passage à l'acte peut être considérable si les parents ne réagissent pas : l'adolescent alors devra faire toujours plus fort, pousser plus loin les limites, jusqu'à ce que les parents comprennent qu'il n'y a pas de retour possible, défiant la loi du père dans le "cap ou pas cap " et encore, "à moi, la mort ne me fait pas peur " .

L'adolescent séropositif, souvent replié sur lui-même, inhibé par rapport à l'expression de tout désir propre, dans l'évitement de situations risquant de mettre en danger le silence dans lequel il est enfermé avec sa famille, est souvent pris dans l'agir pour exprimer son désir d'être sujet. Pour lui et ses parents, cette séparation sera d'autant plus douloureuse qu'ils ne se sont pas préparés à cela. La génération actuelle qui arrive après une petite enfance marquée par la séropositivité, est celle qui a vécu le traumatisme de la contamination dans sa manifestation la plus difficile : elle a vécu en effet l'avant 96, date des premières prescriptions d'antiprotéases. L'adolescent séropositif a déjà derrière lui une longue histoire faite de ruptures. La population que nous connaissons ,surtout infectée par contamination materno-fœtale ( \*) tendra à être de plus en plus restreinte dans les années à venir, (le taux de transmission actuel étant heureusement très bas ). Un avenir différent se profile désormais pour eux, ce qui n'était pas le cas autrefois. Mais si la génération d'adolescents séropositifs dont nous parlons a été plus fragilisée dans ce contexte particulier, il y a une constante qui subsiste pour les enfants aujourd'hui infectés : celle du secret.

Le Sida, même s'il évolue dans les sociétés comme la nôtre dans le sens d'une maladie chronique, n'est pas une maladie comme les autres. Car son mode de transmission par le sang et la relation sexuelle fait que tout porteur du virus du Sida est suspecté d'avoir fauté

*\* 53 % de transmission materno fœtale, 27 % de contamination transfusionnelle et 20 % pour lesquels on ne connaît pas le mode de contamination.*

(telle la "faute originelle"), de s'être mal conduit et d'être responsable de ce qui lui arrive.

Tout sujet séropositif porte le virus dans la honte et la culpabilité, qu'il soit adulte ou enfant.

Le silence dans lequel s'enferment les familles que nous rencontrons reste la première maladie développée par le virus bien avant le Sida : mot qui est toujours tabou et imprononçable 20 ans plus tard. C'est un secret qui touche au lien filial de l'enfant et qui devient au fil du temps un véritable secret de famille. Ceci est une constatation d'autant plus évidente que nous assistons aujourd'hui à l'arrivée d'une 3ème génération depuis la première contamination, sans que le secret ne soit levé dans la plupart des familles. Les enfants très protecteurs de ce secret et de leurs parents ne posent pas de questions, savent pourtant tous ce qu'ils ne doivent pas savoir : que là il y a un morceau de leur propre histoire qui leur échappe. A l'école comme chez les amis ou dans les familles, ils répondent "je ne sais pas". Le secret paralyse les mémoires au point d'en faire paraître idiot des enfants intelligents par ailleurs ... et qui ont tout compris pour la plupart.

Et nous savons que plus le secret est lourd, plus la conduite à risques est importante chez l'adolescent.

Il est un second constat que nous pouvons faire, celui de la fragilité des structures familiales de l'adolescent séropositif. D'une part, il y a les ruptures vécues au sein des familles induites par la séropositivité (morts, séparations, placements en familles d'accueil), mais aussi les histoires particulièrement traumatiques bien antérieures à la contamination des parents d'enfants séropositifs (1). De par leur propre parcours familial ponctué de « bêtises de jeunesse » comme ils disent souvent pour se justifier de leur séropositivité et de l'image honteuse qui y est attachée, ils se retrouvent dans une position difficile à tenir devant leurs adolescents. Une position induite par la culpabilité qui les empêche parfois d'avoir une

quelconque demande à l'égard de leurs enfants. De ce fait on retrouve chez les parents des comportements où l'hyper protection voisine avec des attitudes de rejet, lié au refus inconscient de ce que leur renvoie leur adolescent. Cela entraîne nombre de dysfonctionnements, où « le tout permis » est de mise, où la loi structurante du père avec ses limites et ses interdits est quasi absente, où les parents ont souvent des difficultés à prendre leur place dans la famille, d'autant plus que beaucoup de pères font défaut dans le réel (sur 30 adolescents, 6 pères seulement sont présents auprès d'eux).

En l'absence de parole, et en présence de la douleur particulière que peut générer le processus de séparation entre les parents et l'adolescent séropositif, les passages à l'acte seront parfois violents.

Nous avons relevé deux types essentiels de conduites à risques chez l'adolescent séropositif : l'arrêt volontaire et déterminé des traitements, et l'acte sexuel non protégé. Traitement et sexualité ne sont -ils pas en effet au carrefour de l'histoire de la séropositivité ?

En ce qui concerne le traitement, Odile une jeune fille de 16 ans, décrivant un vécu abandonnique important, s'adressant à ses parents, dira : "... le seul moyen pour qu'on m'écoute, il faudrait que je tombe grave malade et ça, ce ne sera pas pour longtemps ...". Accéder à une position subjective face à ses parents suppose au départ qu'elle les interpelle sur la dynamique adolescente qu'ils ne perçoivent pas.

Dans son désir de "tomber malade ", Odile exprime sa souffrance. La maladie l'effraie moins que la passivité des parents qui lui refusent l'accès vers ce qu'ils ne se sont jamais autorisé à penser. Dans leur angoisse de mort générée par le mauvais pronostic de l'infection par le VIH, avant 96, ils ont toujours été dans une conduite d'évitement vis à vis de sa séropositivité qui a en même temps empêché toute perspective d'avenir. Aujourd'hui, ils ne

réagissent pas face à ses appels, encore plus angoissés par l'émergence de ses désirs et de sa sexualité adulte.

En général être malade c'est se présenter à l'autre comme cassé. Les défenses chutent, on se laisse choir en quelque sorte. Chez l'adolescent séropositif cela prend un tout autre sens : ne dit-on pas en effet aux enfants séropositifs qu'ils prennent leurs médicaments pour ne pas "tomber malade" ?

Dans ce processus complètement inversé des autres maladies, ne pas prendre ses médicaments ici est un passage à l'acte : Odile a la sensation qu'elle peut décider de sa chute dans la maladie.

Quand nous avons interrogé une trentaine d'adolescents du service à propos du fait que 70 % d'entre eux ne prenaient pas régulièrement leurs médicaments volontairement (2), ils disaient pour se justifier de ne pas les prendre, qu'ils attendaient des traitements qu'ils les guérissent et que ce n'était pas le cas. D'aucuns ajoutaient même "qu'ils ne servaient à rien", mettant au défi l'autorité médicale de détecter l'arrêt du traitement (ce qui n'est pas toujours évident). Si les adolescents pensaient réellement que le médicament ne guérit pas, ce dernier ne serait pas aussi attractif pour eux concernant la non-observance : ils savent qu'ils ne peuvent pas guérir au plein sens du terme mais ils savent aussi que depuis un certain temps les traitements sont très efficaces et les empêchent effectivement de ne pas "tomber malade".

Ainsi en disant « je prends mes médicaments, c'est déjà pas mal ! », Sonia, une autre jeune fille suivie, nous signifie, elle, qu'elle a encore la force de se maintenir. D'autre part elle nous signifie aussi que la demande des adultes qu'elle prenne ses médicaments, n'est pas forcément son désir. Bien sûr dans cette étude, les adolescents disaient aussi à propos du traitement avoir la sensation d'une dépendance et d'un manque d'autonomie qu'ils refusaient, mettant en avant leur désir de liberté qu'ils revendiquaient.

Un défi que ni les parents, ni les soignants entendent toujours et qui pourtant est un passage obligé même s'il est difficile pour tous.

Ce qui a le plus attiré notre attention, c'est le groupe constituant un tiers de cette population qui prenait le plus de risques, en se permettant un arrêt de traitement supérieur à un mois dans une rupture plus catégorique avec le suivi.

Leur particularité est de faire en général comme si de rien n'était, dans un déni très fort de la séropositivité. Ils sont non seulement ceux qui arrêtent le plus et le plus longtemps leur médicament mais aussi ceux qui ne viennent pas régulièrement aux consultations, ceux qui affirment ne jamais y penser et enfin ceux qui ne parlent jamais du virus dans leurs familles depuis toujours ... On remarque ici l'importance du poids du secret et ses conséquences sur la prise de risque qu'ils mettent en œuvre.

Se "faire entendre" en tentant de tomber malade c'est donc mettre à l'épreuve la fiabilité de la parole médicale ( lieu de transfert important pour l'adolescent suivi depuis de nombreuses années ) et mettre à l'épreuve le désir des parents en respectant cependant le silence induit par la parole absente.

Une chute dans la maladie où l'adolescent est acteur, mais où le soignant alors, doit être plus que présent dans son rôle de soutien.

L'autre conduite à risque essentielle rencontrée chez l'adolescent séropositif est dans l'acte sexuel non protégé.

Avant tout lié au traumatisme de la contamination, il est en effet articulé à l'acte de la transmission du virus (par rapport à l'autre mais surtout par rapport à soi) en mettant en scène sa relation à la violence du traumatisme. Concernant la question de la culpabilité de l'infection par le VIH, bien souvent nous avons fait le constat qu'il n'y avait pas de différence fondamentale entre les adolescents contaminés par transfusion ou par transmission materno

foetale : en effet le traumatisme de la contamination est tel que dans les familles d'enfants transfusés qu'il y a toujours un coupable. Cela donne un sens à l'inacceptable qui rend les choses supportables.

Mais en ce qui concerne la question de la honte, on la porte davantage dans les familles où la contamination est materno-foetale c'est à dire où les parents sont eux-mêmes contaminés, et où le secret est essentiel.

Ces adolescents, se retrouvent confrontés comme tout adolescent à la "répétition de l'acte similaire dont ils s'imaginent être issus, l'acte sexuel de leurs parents", dans la quête de leur propre subjectivité : ici cet acte prendra forcément sens dans le scénario de la contamination avec toute la mise en scène que cela peut impliquer. (3 - G. Forget P.37)

La mise en acte de la sexualité adulte pour ceux là sera particulièrement difficile.

Le risque de contamination du partenaire (outre le risque de sa propre surinfection ) est au premier plan des conséquences de l'acte, mais aussi le risque de grossesse est pris en toute connaissance de cause et n'a rien à voir nous le verrons avec un désir d'enfants.

Outre le fait que la séropositivité fut révélée au cours de leur grossesse chez nombre de mères, nombre d'enfants ont imaginé que leur mère fut infectée à cause de leur propre procréation.

Chacun se sentant coupable de la contamination de l'autre, on voit combien des relations difficiles peuvent s'imbriquer dans le couple mère - enfant contaminé. La sexualité des adolescents plus que jamais redoutée par les parents, s'inscrit souvent en toile de fond de cette relation œdipienne extrêmement complexe.

Ils ne se "préservent " de rien, surtout pas avec le préservatif sur lequel se focalise le discours de l'adulte. Notons au passage que les adolescents séropositifs craignent souvent que l'emploi du préservatif, de la même façon que prendre ses médicaments devant les autres, ne fasse deviner leur séropositivité.

.Devant l'évidence de la puberté, les mères nient souvent l'entrée de leur enfant dans l'adolescence : la période de tous les tourments et de tous les dangers. Ainsi celle-ci qui refusait d'admettre que son fils avait de la barbe en lui interdisant de "se raser le duvet " disait-elle, ou encore celle-là, qui avait une fille qui quittait régulièrement le domicile dans l'indifférence totale des parents mais à qui elle refusa la sortie pour fêter ses 18 ans, sous prétexte qu'elle était trop jeune.

N'oublions pas qu'avec l'émergence d'une sexualité adulte le danger de devoir aborder à nouveau le secret de la contamination réapparaît (dire ou ne pas dire la séropositivité au partenaire sexuel), et puis le danger de devoir penser à une éventuelle autre contamination s'il y avait grossesse : celle des générations futures.

Les adolescents séropositifs prennent des risques sexuels et en font prendre aux autres sachant que leur séropositivité leur donne de plus un pouvoir considérable. Une toute puissance violente et destructrice, que certains rationalisent tel Olivier qui dira du virus "je peux bien le refiler puisque mon père l'a refilé à ma mère ...".

Cela est vécu comme une revanche sur le secret, et le rejet dont ils ont été l'enjeu. Cette toute puissance qui leur évite toute castration, leur permet aussi de projeter leur propre violence qu'ils n'ont pu beaucoup exprimer jusqu'ici, très introvertis et très protecteurs des parents, ne pouvant exprimer une quelconque agressivité.

Une violence qui est aussi tournée parfois sur l'adolescent lui-même. Pour Odile la seule sexualité possible reste celle qui fait mal. Elle raconte qu'elle a pensé dire à ses violeurs qu'elle était séropositive pour qu'ils cessent, mais elle ne l'a pas fait. Elle dit que l'impossibilité de transgresser le secret de sa séropositivité l'en a empêché. Mais là aussi nous pouvons nous poser la question de la mise en acte du pouvoir destructeur de contaminer l'autre : question essentielle qui évidemment se posa pour elle dans l'après coup.

Et puis il y eut sa grossesse. Le contexte de sa survenue et le désespoir d'Odile donnaient alors plein sens au terme "tomber" enceinte qui avait là encore quelque chose à voir avec le passage à l'acte. Pour elle, très dépressive, ce fut une mise en acte de son malaise, "faire du vivant" selon ses propres termes, vérifier quelque chose de la fonction de son corps ("être comme les autres") mais aussi là encore "tomber".

Le discours de cette jeune femme ne donnait aucune place à l'enfant à naître : il n'en avait que dans son ventre et elle ne voulait parler de son existence que dans le présent. En même temps le scénario de la contamination du bébé se mettait subrepticement en place avec le refus du suivi et le refus du traitement. Ainsi quand parfois, le futur bébé semblait être pensé comme sujet, il l'était immédiatement dans le cadre d'une possible séropositivité au VIH. A ce moment précis en effet la jeune femme évoqua subitement le fait que "parfois elle pourrai allaiter l'enfant, de temps en temps !!".

En conclusion, notons quelques aspects particuliers observés dans cette population. Nous sommes loin, nous le voyons de problèmes de manque d'informations concernant tant la prise de traitements que celle de préservatifs comme d'aucuns pourraient le prétendre. Nous sommes dans une toute autre dynamique.

Chez ces adolescents en général très protecteurs et porteurs de leurs propres parents fragilisés, l'expression d'un désir différent et d'une relation conflictuelle est difficile et rare : l'adolescent est de ce fait particulièrement poussé à l'agir. Nous observons par ailleurs une corrélation particulière entre l'importance du poids du secret qui entoure la séropositivité au VIH, et la gravité du passage à l'acte chez l'adolescent séropositif. Un passage à l'acte prenant sens essentiellement dans la répétition du traumatisme de la contamination.. Le travail de l'équipe hospitalière est constamment interpellé par la prise en charge et le soutien de l'adolescent



séropositif souffrant, mais aussi dans un souci de prévention, par un accompagnement attentif des familles.

Entendre leur souffrance de la séropositivité et leur permettre d'y mettre des mots dès les premiers mois de vie de leur enfant, même si celui-ci n'est pas contaminé, peut aider à ce que le secret de la famille soit parlé. Un secret qui concerne certes ceux qui sont porteurs du VIH et dont nous avons parlé, mais aussi les autres membres de la famille qui le partagent et le subissent. Avec la baisse de la transmission materno-fœtale comme nous l'avons vu en effet, nous rencontrons de plus en plus fréquemment des enfants séronégatifs condamnés à souffrir du secret généré par le VIH de leur parent ou leur fratrie.

## Bibliographie

- (1) - Funck-Brentano I. Aspects psychologiques de la prise en charge de l'enfant infecté par le VIH. *Ann Pediatr* 1996 ; 43 :59-69.
- (2)-1- Trocmé N. Vaudre G. Leverger G. Désir d'autonomie et séropositivité des adolescents : concilier l'inconciliable *Le Journal du Sida et de la Démocratie Sanitaire* août /sept 2001;138 : 15-18
- 2-VaudreG. Trocmé N. Dollfus C. Leverger G. Enquête sur le vécu de l'adolescent séropositif au VIH et ses incidences sur l'adhésion au traitement antirétroviral. *Revue de l'infirmière* janvier 2002 ; 77 : 41-44
- (3)- Forget J.M. *Ces ados qui nous prennent la tête* –Ed. fleurus-mame, 1999.

## L'ACCUEIL DES ADOLESCENTS SEROPOSITIFS EN STRUCTURES ASSOCIATIVES

Notre travail se situe dans une structure associative extra-hospitalière accueillant des adolescents concernés par le VIH, soit des adolescents séropositifs soit des adolescents séronégatifs ayant un membre de leur famille contaminé.

Ma collègue va d'abord présenter dans quel contexte l'idée de la création de cette structure est apparue, puis je vous ferai part de quelques observations et réflexions faites dans ce cadre de travail.

Béatrice Martin-Chabot :

Une clinique de l'accompagnement de familles touchées par le VIH, est une clinique où les thèmes du secret et de la honte sont omniprésents.

Serge Tisseron a intitulé un de ses livres « la honte – psychanalyse d'un lien social », où il démontre que la honte est liée au regard de l'autre sur soi, liée à une angoisse d'être exclu du groupe de rattachement, c'est donc une angoisse sociale. Si en effet la culpabilité est liée à un conflit intrapsychique (au niveau topique ça se passe au niveau de l'Idéal du Moi et du Surmoi, où le narcissisme secondaire est mis à mal (IdM : convergence du narcissisme et des identifications)), la honte, elle est liée à un conflit entre une image intérieure et une image sociale (au niveau topique c'est le Moi Idéal qui rentre en conflit avec l'union Moi/ça, et ici c'est le narcissisme primaire qui est mis à mal (MI : toute puissance narcissique)). La honte est à comprendre en référence à l'histoire passé du sujet et à ses traces en lui, et en référence à la dynamique de ses investissements actuels. Un troisième axe sera « la honte transgénérationnelle qui fait intervenir la place du sujet dans la succession des générations qui l'ont précédé. » Et c'est en effet l'influence sur les enfants qui nous intéressent plus particulièrement aujourd'hui.

Serge Tisseron qui s'est aussi penché sur le thème du secret nous dit que « la honte est l'affect maître du secret ». Il montre bien que les secrets sont nécessaires et structurants pour la famille et de façon individuelle pour chaque membre qui la constitue, puisqu'ils permettent d'établir des limites et des différenciations, notamment au niveau des générations et des sexes. Mais pour reprendre les propos de Tisseron « le secret cesse d'être un fait normal et devient un fait pathologique lorsque nous cessons d'être son « gardien » pour devenir son « prisonnier ». Il ajoute : « le moment où nous cessons de « garder un secret » pour être « travaillé » par lui, transforme le secret fondateur de la vie psychique en secret destructeur, tant pour sa vie psychique que pour celles des autres. »

Je me propose de dire en quelques mots comment le mode défensif des parents va avoir une influence sur les modes défensifs utilisés par leurs enfants. L'annonce d'un diagnostic positif au virus du sida peut entraîner un remaniement du sentiment d'identité vécu sur un mode dangereux pour le moi,

c'est alors que se constitue un clivage, par débordement du refoulement. Le clivage est à entendre dans son écartèlement entre le déni d'une partie du moi et l'idéalisation d'une autre, qui entraîne un déni, une idéalisation et un clivage de la relation d'objet et par conséquent un clivage de celui-ci. Cet écartèlement du sujet, plus que une division, produit inévitablement des intonations, des gestes, l'infraverbal en général et des paroles qui sont perçus comme étranges ou paradoxales par l'enfant, et dans lesquels il pressent la souffrance de ses parents, dont il a tendance à se sentir responsable. L'enfant est alors lui-même contraint au clivage pour tenir compte des ces perturbations. C'est le processus de symbolisation qui est mis à mal, puisqu'un parent « clivé » ne permet à son enfant que la création d'objets psychiques partiellement symbolisés. (Ce sont les écrits de Gérard Bayle qui dans ma clinique m'ont aidée à repérer et tenter de dégager les mécanismes de clivage en jeu).

C'est donc à l'écoute de la difficulté de certains parents face à leur adolescent, que nous avons travaillé à ouvrir un lieu spécifique pour les adolescents. L'adolescence est une période souvent difficile entre parents et enfants, mais qui dans le contexte des familles touchées par le VIH est prise dans les pièges de la souffrance des secrets, de la honte, de la culpabilité, et de la crainte constante d'abandon. Crainte de ne plus être aimé de son enfant, ou inversement pour l'enfant de ne plus être aimé par ses parents par faute de les satisfaire, crainte de ne plus aimer son enfant si différent de ce qu'on aurait voulu qu'il soit, crainte de ne plus aimer ses parents, crainte de faire mourir l'autre (le parent, le frère ou la sœur touché) si on manifeste un tant soit peu d'agressivité, et où la réaction la plus courante devient alors la fuite de la maison à la journée, les parents se plaignant de ne pas savoir où est leur enfant : « il sort du matin au soir et je sais pas où il est ». Le thème « de ne pas avoir confiance » revient alors au premier plan, en échos, nous semble-t-il le plus souvent, à la sensation de l'enfant à qui on ne fait pas, ou à qui on n'a pas fait confiance, en ne lui disant pas ce qui affectait tant sa propre famille. De plus lorsqu'il est mis au courant, l'enfant est pris dans le seau du secret, mais pas du secret de famille dont on serait « gardien », parce que ça concerne l'intimité de l'histoire familiale, de l'histoire personnelle de santé d'un ou de plusieurs membres de cette famille qui serait à respecter, mais le plus souvent d'un secret de famille dont il est « prisonnier », pris dans l'affect de la honte, « il faut pas le dire, il faut pas que les autres sachent ». Donc ne pas dire c'est taire sa souffrance, voire la nier puisque ne pouvant être pris en compte par les parents.

C'est aussi à l'écoute des paroles d'adolescents que nous avons mis en place les moyens pour créer ce lieu pour les adolescents : « Ici c'est bien, par ce qu'on sait qu'on sait » me disait une adolescente. En effet à DMUM, elle sait qu'elle peut oublier de faire l'effort constant de faire attention à ce qu'elle dit, ou à ce qu'elle ressent quand il est question de près ou de loin du sida. Elle sait aussi qu'elle peut trouver des copains ou copines, et des adultes, avec qui elle pourra se sentir reconnue dans ce qu'elle ressent de son histoire familiale. Sensation de

soulagement et d'appropriation, par la reconnaissance de ce qu'elle vit, et non se sentir coupable de provoquer de la souffrance à son parent par exemple. Un lieu où elle peut parler et tenter d'élaborer sa honte de s'être tue au lycée avec ses amis lorsqu'un copain du groupe à fait une mauvaise blague et une réflexion de rejet par rapport à quelqu'un qui « aurait le sida ». Honte de se sentir honteuse de sa propre famille, honte de ne pas pouvoir maîtriser ses affects, honte de ne pas pouvoir nommer « librement » les modes de contamination du virus du sida sans avoir peur de dévoiler l'histoire de sa famille, honte de rester avec ses amis qui parlent sans savoir, et qui pourrait peut-être ne plus l'aimer s'ils savaient. Un autre adolescent séronégatif au VIH, qui touche sa mère et deux de ses frères et sœurs, s'effondre en pleurs se demandant si son frère et sa sœur vont grandir comme lui, il trouve injuste qu'ils soient malades eux. Sa mère ne lui a parlé qu'une fois, pourquoi elle et ses frères et sœurs prenaient un traitement, elle l'avait emmené à sa consultation pour que son médecin lui parle, et depuis il fait comme si c'était normal et n'en a jamais reparlé jusqu'à aujourd'hui (il l'a appris à l'âge de 11 ans et il a 15 ans lorsqu'il me parle). Rencontre faite ni à la demande de sa mère, ni à sa demande, mais fortuitement lors d'un séjour de vacances que nous organisons à DMUM, depuis 1995, où j'ai passé quelques jours pour observer la dynamique de ces séjours et tenter de mieux comprendre les interrogations formulées par ma collègue puéricultrice en revenant de ces séjours. La situation de groupe a permis à cet adolescent de se dire « que non ce n'est pas normal ». Toute la souffrance de ses enfants qui grandissent, (nous en étions au troisième séjour à l'époque) ne semblait pas trouver de lieu contenant, surtout pour les adolescents séronégatifs, les enfants séropositifs ayant les consultations hospitalières régulières avec une équipe pluridisciplinaire, et je dirais une attention plus particulière, sans doute chargée de trop de culpabilité, de leurs parents, principalement de leur mère qui leur a transmis le virus.

C'est parce que l'aveuglement des parents sur la souffrance de son enfant peut être aussi traumatique que l'événement traumatique, qu'il nous a semblé important de mettre à disposition des adolescents des familles que nous recevons un lieu où puisse cesser les efforts pour maintenir le clivage, et pouvoir élaborer la souffrance qui se révèle.

### **Andréa Linhares-Lacoste :**

Je vais vous parler de mon expérience en structure extra-hospitalière avec des adolescent concernés par le VIH.

Je parle plutôt en termes d'un travail extrahospitalier parce que la notion de « l'associatif » en ce qui concerne le VIH et le Sida, reste à mon sens encore souvent liée à l'idée d'un militantisme, qui n'est pas présent dans la demande de ces adolescents, qui sont eux plutôt aux prises avec des stratégies d'évitement. Extra-hospitalière aussi parce que les adolescents séropositifs sont par ailleurs suivis à l'hôpital depuis longtemps et ils identifient clairement les différences avec un contexte non médicalisé.

Du côté des professionnels déjà il n'y pas de médecin, ni de blouse blanche j'ai envie de dire. Il y a un coordinateur, une psychologue, une éducatrice

spécialisée, des animateurs pour les activités et un responsable des séjours de vacances.

Pour ce qui est de la population accueillie : les adolescents qui fréquentent la structure sont concernés par le VIH dans leur famille, mais ils ne sont pas forcément séropositifs. Au cours des discussions de travail, nous avons évoqué entre nous le terme **affecté** pour rendre compte de la situation de ces adolescents qui, bien que n'étant pas infectés, n'en sont pas moins affectés par cette maladie.

Ces adolescents ont eux aussi à subir le secret qui entoure le sida, la menace de maladie, de mort, et souvent des sentiments de culpabilité. Ces jeunes, orphelins parfois, d'autres fois frères d'adolescents touchés, n'ont en général jamais eu une reconnaissance de leur éventuelle souffrance, étant donné qu'il n'ont pas de pathologie détectable.

Nous recevons donc des adolescents infectés et affectés, à condition qu'ils **se sachent** infectés ou affectés.

En ce qui concerne le fonctionnement, il y a en gros deux modalités : un travail individuel, assez classique, d'accompagnement et de soutien psychologique et/ou socio-éducatif, quand cela s'avère nécessaire, puis, un travail **d'accueil en groupe**. Ces accueils, où les jeunes peuvent venir sans rendez-vous, ont lieu le mercredi et le samedi après-midi, ainsi que le jeudi soir pour les plus grands. Y sont proposées des activités qui fonctionnent comme des médiations : capoeira, écriture, théâtre, informatique et groupe de parole.

L'importance du travail en groupe m'amène à souligner à quel point l'hétérogénéité de sérologies joue un rôle essentiel.

Car si l'équipe connaît l'histoire de chaque adolescent, dans la rencontre entre les adolescents, l'hétérogénéité ou la mixité de sérologies leur sert de support pour élaborer un « espace d'intimité », qui peut se traduire par le choix de dire ou non son statut sérologique et son histoire. La sérologie est ainsi envisagée comme une donnée intime dont l'adolescent sera le propriétaire et le gardien.

Il me semble essentiel de mettre l'accent sur ce qui il y a de profondément **paradoxal** dans l'expérience de ces adolescents face au VIH: « **à qui appartient** cette pathologie ? » étant donné que pendant si longtemps ces enfants ont vécu dans l'ignorance de ce qui leur arrivait et dans l'impossibilité d'en faire quoi que ce soit. D'autre part, **quand l'enfant en vient à savoir c'est souvent sans avoir les moyens de s'approprier cette nouvelle**: « il ne faut pas parler avec les copains », et même en famille « il vaut mieux éviter le sujet ». La vie quotidienne redouble d'une autre manière cette situation paradoxale : il y

a la contrainte d'éviter tous ce qui est en rapport avec le VIH, mais aussi la nécessité de s'y confronter : avec les traitements, les rendez-vous à l'hôpital...

C'est dans ce contexte qu'on a pensé qu'une **structure intermédiaire : spécifique au VIH, mais pas à vocation de soin médicaux et extra-hospitalière**, pourrait fonctionner comme un contenant suffisamment souple pour élaborer autour de la séropositivité. Lieu où comme ma collègue a dit « on sait qu'on sait », mais en même temps **il n'y pas d'obligation de se confronter à** «ce qu'on sait» et «ce qu'on sait» reste en quelque sorte encore à construire.

Il est évident que le processus d'« admission » des représentations de la sérologie relève d'un travail psychique, pas d'un cadre. Toutefois le cadre peut servir de support pour que l'adolescent utilisant ses propres compétences relationnelles, construise une intimité susceptible d'inclure la séropositivité.

Ce travail d'admission des représentations liées au VIH me semble tout particulier en ce qui concerne cette première génération d'adolescents touchés par cette pathologie.

Même si l'on s'est habitué à entendre dire que après 1996 les personnes séropositives vont bien, ce qui est un fait avéré sur le plan physique, sur le plan psychique, en ce qui concerne la génération actuelle d'adolescents touchés eux-mêmes ou affectés dans leur famille, l'histoire est toute autre.

La génération actuelle d'adolescents séropositifs, **nés entre 83 et 88, dans des familles touchés par le VIH**, a vécu une petite enfance dans une époque où la représentation, l'image médiatisée du VIH était liée inévitablement à la mort et à la dégradation physique. Quelques uns parmi ces adolescents ont déjà été gravement malades, beaucoup sont orphelins, parfois ils ont perdu une partie de leur fratrie.

On peut dire sans faire une généralisation abusive que les jeunes que nous recevons ont vécu une petite enfance « comme dans un état de guerre », c'est à dire avec la proximité de la mort réelle qu'ils soient séropositifs ou séronégatifs. L'image de l'état de guerre est évocatrice de la terreur de la mort, d'un danger imminent.

Si je pris cette métaphore c'est notamment en rapport avec le texte de Freud de 1915 sur « Notre rapport à la guerre et à la mort ». A cette occasion il souligne à quel point on la tendance à écarter la mort de la vie, et à l'attribuer au hasard : accident, maladie. « L'état de guerre » pour Freud est une situation où la mort ne se laisse plus dénier car les hommes meurent effectivement et en nombre, et il ne s'agit plus d'un hasard.

Le Sida des années 80 et début des années 90 nous a confronté à une situation proche d'un état de guerre dans le sens où la mort ne se laissait plus dénier. Mais dans les familles touchées cette confrontation était d'autant plus violente, car *la mort* c'est toujours la mort de l'autre, et *la mort propre* ne peut être pressentie

qu'en écho à la mort d'un être cher, le proche, le parent, c'est à dire dans l'affect ambivalent du deuil.

Si le rapport conventionnel à la mort est le déni, et si le sida était si étroitement lié à la mort, quel autre traitement psychique, quelle autre stratégie de survie psychique à l'époque existait-elle pour les parents ? D'autant que la maladie « non déclarée », « silencieuse », se prête si bien à ça.

Comment imaginer l'intégration de cette pathologie pour des adolescents qui ont pour la plupart hérité de ce déni du VIH ? Ce d'autant plus que la séropositivité devient une pathologie de plus en plus virtuelle et que l'adolescence compose souvent avec un fantasme d'immortalité?

Voilà pour moi le sens d'un accueil pour ces adolescents : offrir un support qui permette au jeune d'inclure la sérologie, le VIH et même le Sida dans « son réseau associatif », dans le sens de la libre association des idées et en lien avec son histoire de sujet.

## **PASSAGE DES ADOLESCENTS D'UN SERVICE D'ENFANTS**

à un service d'adultes

Docteur Martine Lévine, Pédiatre

Hôpital Robert Debré - Paris

---

Parler entre nous de ce passage est déjà une victoire. En effet, avant 1996, nous ne parlions que de décès d'adolescents contaminés par le VIH. Depuis 1996, donc depuis la période des trithérapie, ces décès se font de plus en plus rares, voire exceptionnels. Le passage à l'âge adulte est maintenant tout à fait possible. Il s'agit de cette première génération que nous allons voir grandir ; la réflexion autour de ce passage débute donc.

En ce qui concerne notre service, il s'agit en grande majorité d'adolescents qui sont suivis depuis la petite enfance, contaminés par voie materno-fœtale. Néanmoins, il y a aussi un certain nombre d'adolescents qui sont arrivés quelques années auparavant de pays étrangers, notamment d'Afrique Noire, et dont le mode de contamination n'est pas toujours materno fœtal. Notre expérience concerne néanmoins peu d'adolescents. Nous avons proposé d'effectuer un passage en service d'adulte pour seulement 5 adolescents jusqu'à maintenant, mais cette réflexion est importante car nous allons bientôt être confrontés à un nombre croissant d'adolescents pour lesquels ce problème se posera.

### 1<sup>ère</sup> réflexion : finalement pourquoi faut-il effectuer un changement de référent médical ?

Au niveau légal bien sûr, l'âge de la fin de la prise en charge pédiatrique est normalement de 15 ans. On sait bien que dans les services pédiatriques cet âge est repoussé à 18/20 ans, mais une limite est nécessaire...De plus , au niveau pratique, pour être pragmatique, tout le monde ne peut pas être suivi en pédiatrie. Effectivement, des services d'adolescents existent, permettant cette transition, mais ils sont en nombre trop peu suffisant pour que tout nos adolescents y soient suivis. Mais, nous pourrions aussi réfléchir à ce que ce passage représente au niveau symbolique.

Tout d'abord, proposer à l'adolescent de passer en service d'adulte veut dire qu'il devient un adulte, et veut dire aussi et surtout, que la vie d'adulte va exister pour lui. C'est une projection dans l'avenir. Ceci veut dire que sa maladie n'est plus mortelle ni à court terme ni à moyen terme, et que cela prend tout son sens de continuer ce suivi ailleurs. Il s'agit donc d'une note d'espoir qui s'inscrit dans une réalité.



Puis, au niveau symbolique, ce changement de référent va aussi signifier qu'il va vivre un autre type d'expérience humaine, que cet adolescent va recréer des liens avec d'autres. Nous lui signifions ainsi notre confiance en sa capacité à s'ouvrir et à avoir de nouveaux contacts. On peut considérer au plan symbolique ce passage comme une sorte de coupure qui va redynamiser le suivi.

En ce qui concerne la prise en charge pédiatrique, ce passage est aussi nécessaire car nous pensons que le pédiatre va atteindre ses limites, non pas thérapeutique, car justement le traitement de l'adolescent va se rapprocher de plus en plus du traitement d'un adulte, mais en terme de discussion et de modalité d'approche d'un adolescent devenu adulte. En effet, le dialogue entre un médecin d'adulte et un grand adolescent va porter sur des choses différentes. Nos propos concernant la sexualité, le désir d'enfant, les problèmes de contamination du partenaire, les problèmes de représentation corporelle et d'image du corps, ne seront pas teintés de la même expérience que les propos tenus par les médecins d'adulte, et ainsi en particulier, concernant le rapport au corps, notamment des jeunes filles, nous pensons fortement qu'une discussion avec un gynécologue amènera des éléments tout à fait différents de ce que nous pourrions apporter. Nous restons des pédiatres, donc avec nous, ils seront toujours des enfants qui ont grandi ; avec un médecin d'adulte, ils seront un homme ou une femme en devenir.

Enfin, le dernier élément symbolique de ce passage, qui nous paraît important à souligner est celui d'une extension du « secret » lié à la séropositivité. En effet, dans le cadre de la relation médicale avec l'équipe pédiatrique, ce secret est partagé dans une sorte de grande famille thérapeutique. Nous rappelons qu'il a été toujours entendu que ce secret ne sera pas diffusé, notamment au niveau du milieu scolaire sauf bien sûr quand l'adolescent et sa famille le désirent. Donc, passer à une autre équipe et transmettre la notion de séropositivité à une autre équipe, peut symboliquement être une sorte de premier pas vers le fait de pouvoir se présenter à d'autres en tant que séropositif.

Dans l'équipe pédiatrique, dans la majeure partie des cas, nous leur avons appris leur séropositivité, le diagnostic ayant été fait lors de leur arrivée, ou lors du suivi de leur petite enfance. Lorsqu'ils vont aller dans un service d'adulte, ils arrivent avec leur diagnostic de séropositivité. Nous avons l'impression que cette position est un petit peu différente.

Avant de poursuivre, j'aimerais signaler un point concernant une différence entre un service d'adulte et un service pédiatrique, du point de vue de la prise en charge de la séropositivité. L'effet cocooning du service pédiatrique peut aussi à notre avis se retrouver en service d'adulte car nous faisons confiance à l'adolescent et à toutes « ses capacités de séduction » pour créer des liens privilégiés et éventuellement devenir la mascotte d'un service d'adulte. Par contre, en hôpital pédiatrique, ces enfants séropositifs sont suivis avec tous les autres enfants, c'est-à-dire qu'il y a des salles d'attente communes à différentes pathologies. Il y a aussi des lits d'hospitalisations qui sont communs à différentes pathologies. En service d'adultes, du fait bien sûr du nombre de patient séropositifs, les choses sont beaucoup plus ciblées. Cet effet de nombre peut être à l'origine de cette impression de « ghetto », et nous avons l'impression qu'il y a un risque de brutalité dans cette vision de cette maladie dans tous les aspects qu'elle peut avoir du plus rassurant au plus grave avec une sorte de kaléidoscope de tous les âges possibles, avec les dégradations possibles, et on peut tout à fait imaginer une certaine violence que l'adolescent peut ressentir face à ce panorama de ces différents patients de tous âges.

Ceci étant dit, nous allons aborder une question un petit peu plus théorique, qui est :  
**comment procéder pour ce passage du service de pédiatrie au service d'adulte ?**

Tout d'abord, bien sûr, ne pas surprendre l'adolescent par cette décision de passage. En effet, il ne connaît pas les limites d'âge comme nous, il sait très bien qu'un jour il faudra aller dans un service d'adulte mais il ne connaît pas nos règles, ne connaît pas les limites d'un hôpital pédiatrique. Tout ceci doit donc être préparé, ce qui veut dire en parler avec lui à l'avance en sachant que, dès qu'on commence à parler de cette éventualité, on aborde de toute façon quelque chose de l'ordre d'une séparation. Cet adolescent va en être triste. Nous avons l'impression qu'il y a toujours une première réaction vécue comme « *vous voulez vous débarrasser de moi ou, je vous embête* ». Les discussions que nous aurons ensuite pour lui faire comprendre qu'il ne s'agit pas de cela n'empêchera pas que quelque chose de cet ordre là va être touché, d'autant plus que cet adolescent aura subi dans sa petite enfance, dans son enfance, avec sa famille et ses parents notamment déjà une séparation. Il peut vivre ce passage

comme un abandon. Donc, en discuter avec lui et être prêt à entendre et ressentir ce qui peut être difficilement vécu.

D'autre part, nous avons l'impression que dans le fond, on ne peut pas lui imposer un nom de médecin ou un endroit, même si l'on a des liens privilégiés avec un service. Je pense que l'on peut lui proposer plusieurs endroits possibles, lui dire que nous travaillons éventuellement avec ce médecin, mais le laisser dire dans le fond, ce qu'il voudrait, peut être veut-il un médecin en ville, le laisser dire ce qu'il a dans l'esprit. Il est nécessaire d'avoir beaucoup de souplesse dans le choix du relais médical et d'avoir une vraie conversation avec l'adolescent.

Il est important d'autre part de ne pas proposer ce passage à un moment qui serait dans le fond le « bon moment » pour nous médecin : l'âge n'est-il pas là seulement un alibi ? Est-ce que nous ne sommes pas en période de lassitude vis-à-vis de cet adolescent ? N'y a-t-il pas un rejet plus ou moins conscient ? Ne s'agit-il pas d'une fuite masquée ? Ces questions peuvent paraître un peu sévères mais il est important que nous soyons clair dans les relations que nous avons avec cet adolescent. Ces adolescents nous mettent à l'épreuve dans nos limites, et il est parfois utile de nous confronter à eux pour recadrer un petit peu les choses.

Passer l'adolescent en service adulte en période de crise psychosociale entraînera aussi, de facto, une rupture de suivi. Il faut donc attendre une période calme. Une période calme dans la mouvance adolescente est toujours très difficile, c'est-à-dire qu'il est important que nous nous impliquions dans cette prise en charge globale pour aider au mieux à l'arrivée de cette période calme. Il faut par ailleurs beaucoup se méfier du risque que ce passage se fasse en période d'urgence médicale du fait d'une nécessité d'hospitalisation d'un adolescent pour lequel il n'y aurait plus de place en service de pédiatrie, et pour lequel la limite d'âge de l'hôpital fera qu'il ira directement en service d'adulte. En effet, il s'agit là de quelque chose de violent. S'il est nécessaire de le faire pour des raisons pratiques, on ne pourra pas utiliser ce passage momentané en service d'adulte comme un vrai passage avec poursuite du suivi. En effet, il nous semble important pour passer un adolescent, de donner un sens symbolique à ce passage qui crée une discontinuité mais que nous allons essayer de rendre positive. Ainsi, il est préférable, dans la mesure du possible, de choisir des moments particuliers, type vrai changement de vie, par exemple obtention d'un diplôme qualifiant, comme le baccalauréat ou obtention d'un premier travail ou déménagement. En dehors de ces périodes là, je crois qu'il est important de pouvoir garder l'adolescent, et donc, même si un passage s'est fait en période

d'urgence, que cet adolescent revienne ensuite dans le service pour que les choses se formalisent de façon plus positive.

Bien entendu, aussi, pas de passage d'un service à un autre au moment d'une difficulté thérapeutique, ou juste après un changement thérapeutique. Il est important de pouvoir passer l'adolescent en période stable médicale et de laisser l'équipe suivante gérer ensuite la suite de la prise en charge.

Du point de vue strictement médical, il est important aussi de se rendre compte qu'il s'agit d'un nouveau patient pour le médecin d'adulte, mais il s'agit dans le fond d'un très ancien patient qui peut avoir plus de 15 ans de suivi, donc une histoire médicale déjà extrêmement lourde, et qu'il est nécessaire qu'il y ait un vrai passage d'information médicale d'un service à un autre.

Dans la suite de cette idée, une fois que le passage est fait, nous devons être très clairs sur notre rôle, c'est-à-dire que notre rôle est terminé du point de vue thérapeutique. Nous n'avons pas à donner d'avis à l'adolescent sur la suite thérapeutique. Nous devons lui signifier notre entière confiance dans le médecin et l'équipe médicale qui vont s'occuper de lui, et il est important de ne pas créer de confusion et de bien lui signifier la fin de notre rôle thérapeutique. Mais la fin de notre rôle thérapeutique ne veut pas dire que nous allons tout rompre avec lui ; en effet, par l'intermédiaire des comptes-rendus nous, allons lui dire que nous serons au courant de ce qui se passe pour lui. Il peut toujours passer, dire un petit bonjour, écrire un petit mot, téléphoner. La porte du service pédiatrique va rester ouverte jusqu'à ce qu'il n'ait plus envie de revenir.

Pourtant, malgré toutes ces bonnes intentions, nous voyons dans la petite pratique que nous avons, et en écoutant les diverses interventions, que ce passage peut être difficile à réaliser. Quand les choses ne se font pas, souvent, il s'agit d'une difficulté pour l'adolescent qui ne peut pas franchir ce pas symbolique, qui en fait, tourne un peu en rond dans sa situation, et nous pensons que les difficultés surviennent, notamment quand il y a quelque chose autour du secret familial qui ne peut pas être levé. Mais aussi, quand tout se passe bien, cela reste difficile car il s'agit d'un moment de rupture, car il s'agit d'un moment où des liens privilégiés vont se rompre, mais nous ressentons que cette peine infligée à l'adolescent va avoir de toute façon une fonction structurante.

D'un autre côté aussi, nous devons bien être conscient qu'une partie de leur histoire risque d'être perdue. En effet, l'équipe pédiatrique représente un témoin de leur évolution, de leur histoire, cette mémoire reste mais cet adolescent n'aura plus de lien avec cette mémoire, ou très peu de lien. L'équipe pédiatrique a été comme une sorte de famille thérapeutique, mais cet accompagnement s'arrête, et cela crée une perte qui peut être vécue douloureusement par certains adolescents, car des choses, souvent très complexes et très intenses, se sont créées lors de toutes ces années de prise en charge pédiatrique.

En conclusion, nous aimerions dire que, malgré des grands principes à respecter, on ne peut pas établir de moment, d'âge donné, qu'il nous semble que chaque adolescent aura son moment, que ce moment là nécessite beaucoup de vigilance et de tact, et que chacun aura son propre parcours, ce qui rend ce passage d'autant plus intéressant à élaborer.

La question que nous nous poserons en conclusion est la suivante : **ne faudrait-il pas créer finalement en service d'adultes des structures intermédiaires, type jeunes adultes, 18-25 ans ?** Pourquoi cela ?

En effet, nous y verrions plusieurs intérêts :

- d'abord, ces structures seraient animées par des équipes médicales et paramédicales « volontaires » ayant envie de s'occuper de ces jeunes adultes avec une structure sociale, psychologique et gynécologique plus présente, avec des modalités de fonctionnement plus souple, et notamment des modalités de relance bien établies, avec des permanences téléphoniques, des messageries, un système de présence d'équipe, probablement plus importante que dans un service d'adulte, ceci pour assurer la pérennisation du suivi.
- Mais d'autre part nous y voyons un autre intérêt : c'est que ces adolescents venant de service de pédiatrique seraient mêlés à des jeunes adultes nouvellement contaminés, avec 2 réalités qui se confronteraient qui peuvent être intéressantes et structurantes : la réalité de la maladie chronique et la réalité de la contamination par violence sexuelle ou conduites à risque. Il y aurait là plus une confrontation de réalité sociale, psychosociale qu'une confrontation de réalité médicale liée à l'âge qui nous l'avons vu auparavant, risquait de dérouter beaucoup nos adolescents.

Nous pensons que ce lieu, qui ne serait qu'une petite structure d'accueil de consultation un petit peu délimitée dans une consultation d'adultes, pourrait recevoir ces jeunes adultes

jusqu'au moment symbolique de l'insertion sociale, qui nous semble, dans notre société actuelle, représenter le véritable passage de l'âge adolescent à l'âge adulte.

Ceci n'est qu'une idée que nous voulions partager avec vous.

## Rôle du gynécologue dans le passage des adolescents séropositifs d'un service d'enfants à un service d'adultes

L'adolescence est le passage obligé entre l'enfant et l'adulte. Cette période est marquée par un ensemble de transformations corporelles et psychologiques :

- modification des caractères sexuels secondaires (corps à la fois si connu et si nouveau)
- développement de la sexualité
- modification de l'affectif, de l'émotion

Qu'apporte le gynécologue et sa consultation ?

⇒ le début de l'AUTONOMIE

### 1 – Rôle des parents lors de la consultation

On sait le double lien qui lie la mère à l'enfant par la naissance et par la transmission virale materno-fœtale. Et on comprend l'importance et le rôle des parents dans la consultation de pédiatrie.

A la puberté ; le corps change et les parents ne doivent pas assister à l'examen gynécologique. C'est donc le début de la propre responsabilité de l'adolescent par rapport à son propre corps.

### 2 – Début de la sexualité

Le rôle du gynécologue est un rôle d'information.

Bien sûr sur la contraception et notamment sur le préservatif tant masculin que féminin.

Sur le développement des caractères sexuels secondaires.

Sur la lipodystrophie et les modifications dues aux caractères sexuels secondaires.

Sur la transmission à l'enfant futur tant pour les garçons que pour les filles

### 3 – Pendant la consultation le gynécologue :

a) interroge

- a. sur le désir de rapports sexuels
- b. si ceux-ci se passent bien, notamment avec le préservatif
- c. sur la difficulté de dire à l'autre sa séropositivité et quand faut-il le dire ?
- d. sur la peur éventuelle de transmettre à l'autre le virus

b) examine

Cela veut dire qu'il voit le sexe, qu'il touche ce qu'il y a de plus intime dans l'être humain.

Il peut ainsi parler de la transmission sexuelle du VIH et aussi montrer que le médecin n'a pas peur de voir ou de toucher le sexe.

Lors de la 1<sup>ère</sup> consultation, l'examen n'est pas systématique mais permet d'expliquer ce qu'est une consultations de gynécologie.

## EN CONCLUSION

On peut dire que la gynécologie est un « Pont médical » entre les services de pédiatrie et ceux d'adultes.

On pourrait concevoir qu'un médecin gynécologue consulte dans les deux services.

Le gynécologue participe ainsi à la prise d'autonomie de l'adolescent dans un contexte pathologique difficile.



LES PSY AUTOUR DU VIH

Séminaire de Formation de la FNCLS

**Désir, jouissance et interdit à l'adolescence : de la honte et du secret**

**Vendredi 22 mars 2002-03-12**

**FIAP – 30, Rue Cabanis – 75014 paris**

Table ronde : « Le passage des adolescents d'un service d'enfants vers un service d'adultes »

**Mme Josiane PHALIP-LE BESNERAIS**  
**Psychologue Clinicienne**  
**Comité SIDA, VILLE-EVRARD, détachée à**  
**L'Hôpital Delafontaine – St Denis**

Lorsque j'entends tout ce qui a pu être dit aujourd'hui, je suis ravie mais aussi perplexe. Car moi aujourd'hui, je voudrais vous parler de mon inquiétude. Car il existe encore des hôpitaux, des médecins, qui ne jugent pas nécessaire de proposer un accompagnement psychologique à des enfants confrontés au VIH. Mon expérience clinique avec les adolescents ne peut donc pas se parler en terme de « passage » mais plutôt en terme « d'absence de Passage » puisque, aucun soutien « psy », ne leur a été proposé jusque là.

Bien sûr, lorsqu'il n'y a pas d'accompagnement psychologique, l'enfant peut trouver en lui les ressources pour gérer l'annonce du diagnostic, la question du secret, la quête identitaire, et toutes les problématiques de rejet, d'abandon, de culpabilité, d'agressivité... Mais n'est-ce pas un poids trop lourd à porter, à gérer.

C'est pourquoi je veux vous parler de Christina. Peut-être pour que cet exemple puisse être entendu comme un signal d'alarme.

Christina, 16 ans, m'est adressée en Janvier 2001, par son nouveau médecin somaticien du service adulte, pour non-adhésion au traitement.

Elle est traitée depuis l'âge de 11 ans. Il s'agit d'une contamination materno-fœtale. La mère est également suivie au plan médical, mais par une autre équipe. Elle n'est pas sous traitement médicamenteux lorsque je commence à voir Christina.

Christina a confiance en son nouveau médecin, qui lui a été présentée bien avant le « passage » qui s'est fait à l'occasion d'un changement de traitement. On peut même dire qu'elle un peu fière de venir consulter en Service de Médecine Adulte, même si elle est parfois perturbée par les personnes qu'elle peut rencontrer en salle d'attente. Elle est fière d'avoir grandi car elle commençait à trouver un peu étrange d'attendre son ancien médecin en

service de néonatalogie, avec des enfants qui pouvaient avoir 1 mois, 2 mois, 3 mois, parfois 3, ou 4 ans en consultation ...

Christina a été dépistée à l'âge de 4 ans dans ce service de néonatalogie et toutes ses consultations ensuite ont été effectuées dans ce même service, toujours en présence de sa mère.

Il n'y a pas eu de passage néonatalogie/pédiatrie pour de multiples raisons institutionnelles sans doute, mais il est difficile de ne pas être renvoyer aux problématiques d'attachement au patient, et aux angoisses de séparation vécues comme un abandon, que l'on peut retrouver dans les relations de soins probablement trop maternantes.

Christina apprend sa séropositivité à 11 ans, lorsque débute son premier traitement anti-rétroviral.

Elle se souvient... Elle était en 6<sup>ème</sup>, et c'est sa mère qui l'informe avec une grande violence, qu'elle est séropositive, que son père n'est pas son père, et que c'est elle qui lui a transmis le virus. Fissure, désillusion, sentiment de trahison, effroi, mais maintenant Christina doit se soigner, alors que sa propre mère n'a pas encore de traitement.

On sait bien que la transmission materno-fœtale questionne l'enfant sur le désir maternel à son égard. Comment l'enfant a besoin d'innocenter cette mère, et de s'innocenter lui-même de ses mauvaises pensées : « si je suis malade... c'est peut-être qu'elle ne m'aime pas » ou bien : « elle aurait pu l'empêcher... si elle m'aimait plus ».

Ou pire encore, comme le souligne Danièle DESCHAMPS, psychanalyste :

« L'enfant a besoin de s'innocenter de la pensée d'être mauvais lui-même, et ainsi puni dans son corps. Il a aussi besoin d'une certaine façon d'innocenter son corps pour continuer à l'investir sans le ressentir comme persécuteur. » (In Psychanalyse et cancer – « Au fil des mots... un autre regard », Coll.L'Harmattan,, 1998)

Christina tente seule, toute seule, de mettre de l'ordre dans ses pensées, dans ses sentiments, dans **son histoire familiale**.

Son père, toxicomane, se sépare de sa mère à sa naissance. Christina ne l'a jamais vu. Elle sait seulement que ses parents étaient tous deux toxicomanes lorsqu'elle est née.

Lorsqu'elle a 3 ans, sa mère va vivre avec un autre homme séropositif. De cette union, naît une autre petite fille, qui sera séronégative (Christina a 6 ans à la naissance de sa demi-sœur). A cette occasion, la mère demande à son conjoint de reconnaître Christina, ce qu'il accepte et qui sera très important pour elle pour trouver une place dans l'histoire familiale. Peu après cette naissance, des violences conjugales amène le couple à se séparer. C'est Monsieur qui travaille et qui obtient la garde des deux filles. Madame part vivre en foyer pendant plus d'un an. Vécu d'abandon ; jusqu'à ce que le couple se reforme, mais c'est le moment où Monsieur tombe malade, et où il décède du SIDA. Christina a 8 ans. Elle garde le souvenir d'un homme en fin de vie à l'hôpital, perfusé, cachectique. Elle garde le souvenir d'un traitement qu'il prenait mal, mais qui n'a pas réussi à le sauver.

La mère de Christina a ensuite une vie très décousue. Elle abandonne la drogue, mais se plonge dans l'alcool. C'est une époque de grande liberté pour Christina, non exempt d'un vécu d'abandon.

Un nouveau compagnon arrive. Lui, est séronégatif. Christina a 12 ans. De cette union, naît un petit garçon, qui sera lui aussi séronégatif.

Christina est donc la seule de la fratrie à être séropositive.

Je reviens maintenant à la problématique qui a motivé notre première consultation : **la non-adhésion au traitement**, obligeant l'interruption totale du traitement anti-rétroviral afin d'éviter des résistances au dernier traitement possible pour Christina à cette époque.

Cette non-adhésion au traitement renvoie très vite à une problématique d'opposition que rencontrent beaucoup d'adolescents en quête d'identité.

Mais cela renvoie également pour Christina à un découragement, vis à vis d'un traitement lourd, d'autant que les images de son beau-père décédé du SIDA sont très présentes et envahissantes.

Cela renvoie aussi à l'impossibilité pour Christina de parler sa séropositivité à son premier partenaire sexuel, et de sa culpabilité de n'avoir pas su /pu le protéger.

De plus, l'agressivité est majeure à la maison, faite de colères, de menaces d'expulsion, d'émancipation, d'injures, de violences, etc... dans le couple, qui s'allie parfois contre Christina. Bien sûr, elle n'est pas aidée à la maison, pour sa prise de médicaments, qu'elle vit comme quelque chose d'injuste vis à vis de sa mère toujours sans traitement, vis à vis de sa demi-sœur et son demi-frère, séronégatifs. Ce sentiment d'injustice est toujours accompagné de culpabilité : comment peut-elle avoir de si mauvaises pensées ? Ne va t-elle pas ainsi être punie dans son corps ?

Les relations mère-fille sont également extrêmement difficiles, tendues, et l'arrêt du traitement devient un enjeu relationnel entre elles-deux. Tout se passe comme si Christina voulait punir sa mère, de l'avoir contaminée et d'être abandonnée/rejetée à son égard. Mais la « punition » risque vite de se retourner contre Christina.

Je propose alors **un entretien familial**, qui sera extrêmement difficile car lui aussi d'une extrême violence. Il ne peut être question que de rejet parental, de menaces d'abandon réciproques, de trahisons... Les mots sont orduriers, et dès que l'émotion affleure chez l'un ou chez l'autre, l'agressivité majeure vient masquer tout affect.

Les parents refuseront les entretiens familiaux, mais Christina se sent maintenant soutenue et décide de se battre pour elle.

D'une part, elle reprend son traitement très régulièrement. Elle a toujours une grande confiance en son médecin, qui l'écoute, la soutient, la stimule. Elle est extrêmement régulière et demandeuse de nos entretiens également.

D'autre part, un signalement a été fait au **juge** par un circuit social et scolaire, et Christina nous demande un appui pour la soutenir auprès du juge : ses parents veulent l'éloigner et la placer. Christina a peur. Elle commence sa terminale et veut se battre pour décrocher son baccalauréat. Elle travaille beaucoup et bien. Elle fait des projets d'avenir. Elle veut devenir médecin... Elle est attachée à son lycée, à ses amis, et la menace de ses parents de l'éloigner de ce milieu scolaire la terrorise. Elle nous demande de l'aider afin que son désir soit entendu... Et nous répondons à sa demande.

Dans un premier temps le juge met en place un dispositif d'accompagnement avec éducateur, pour évaluer la nécessité d'une recherche de famille d'accueil. Le juge promet à Christina qu'elle ne quittera pas son école, ni ses soignants.

Il semble qu'ensuite, mère/fille retrouvent une certaine complicité, et s'opposent toutes deux au beau-père. En même temps, 2 faits sont nouveaux :

- Le premier : la mère doit commencer à prendre un traitement anti-retroviral. Elle est terrorisée, et Christina adopte à son égard une attitude très maternante, de conseil et de réassurance ;

- Le second : Christina malgré une bonne adhésion, résiste au traitement. Ses résultats médicaux sont mauvais (ses T4 baissent, sa charge virale augmente). Elle parle en séances de ses terreurs.

Mais la violence à la maison ne se calme pas pour autant. Elle est maintenant physique, et c'est à l'occasion de l'hospitalisation de la demi-sœur de Christina pour coups et blessures provoqués par les parents, que le juge va prendre d'autres mesures. Christina est maintenant placée dans un foyer d'accueil. Elle continue ses études dans le même lycée, et continue ses soins à l'hôpital.

Je vais arrêter l'histoire ici, mais elle n'est pas terminée. Christina est triste, mais apaisée. Il me semble qu'un **travail de prévention aurait pu être fait bien plus en amont**. On aurait peut-être pu aider Christina et sa mère à rétablir un lien d'amour scellé par le souci de l'autre. Mais l'absence de présence, d'affection, d'attention de la mère, n'a pas permis à Christina de penser sa souffrance, sa maladie, comme un accident, une cause extérieure, contre lequel son propre corps et le Je Maternel, pouvaient s'allier pour le combattre. Mais l'histoire, comme je vous le disais tout à l'heure n'est pas terminée, le combat non plus.

Il s'agit maintenant d'aider Christina à acquérir une meilleure confiance en elle, une plus grande autonomie, et bien sûr une intégrité psychique et physique.

## ADOLESCENTS VIH

**Docteur Vincent JEANTILS**

Hôpital Jean Verdier – Bondy

Infectiologue m'occupant de la pathologie VIH depuis 1985 et coordinateur du CISIH du 93, j'envisage le rôle de médecin par rapport à un sujet séropositif à différents niveaux :

- décider du moment opportun de la mise sous traitement
- trouver les moyens de favoriser l'adhérence à ce traitement
- gérer les effets secondaires
- aider à vivre avec le VIH, en particulier, autour de l'écoute de la sexualité des patients et de leur désir d'avoir des enfants.

En quoi, ce que j'essaie de faire avec des adultes depuis longtemps, peut-il être mis en question par la prise en charge des adolescents : il faut savoir qu'au moins dans le département, trois caractéristiques sont propres aux adolescents :

- Tout d'abord, il peut s'agir de nouveaux cas issus d'une immigration essentiellement originaire d'Afrique Noire qui suivent le chemin tracé par un membre de la famille, l'acquisition de la séropositivité est la plupart du temps inconnue parfois, post-transfusionnelle, ou pouvant être le reflet d'abus sexuels,
- et d'autre part, des enfants nés de mères séropositives suivies en France qui grandissent avec une souffrance particulière représentée avec parfois le décès des deux parents.

Enfin, la majorité de ces adolescents sont des migrants d'Afrique Noire ce qui peut complexifier encore l'approche.

### Concernant la régularité du suivi,

on s'aperçoit aussi que les rendez-vous ne sont pas régulièrement honorés, la question reste posée de savoir la fréquence des rendez-vous à imposer à ces adolescents

### Quant à la mise sous traitement,

il est certain que pour les nouveaux cas, ceux-ci arrivent volontiers avec le SIDA et que l'on peut leur proposer des thérapeutiques simples (un comprimé matin et soir à titre de trithérapie) ce qui est évidemment un facteur d'adhésion.

Quant aux autres, ils ont une longue expérience de molécules successives, d'échecs thérapeutiques et la décision n'est plus de mise sous traitement, mais de changement de

traitement avec souvent des traitements lourds et dans notre expérience, l'adhérence au traitement est très mauvaise, liée au moins au nombre de médicaments pris par jour et j'ai été amené dans la plupart des cas à arrêter délibérément les thérapeutiques anti VIH, ceci afin de ne pas favoriser l'apparition de résistances virales.

Pour le clinicien, la non adhérence au traitement favorise l'apparition de virus résistant et rend les possibilités thérapeutiques ultérieures très aléatoires, restent en effet peu de molécules à proposer qui seraient efficaces sur ces virus.

Pour le clinicien, la résistance des adolescents à la prise du traitement n'est pas bien comprise, s'agit-il d'une notion de toute puissance, de négation du problème, d'une façon de ne pas envisager du tout l'avenir ?

La gestion des effets secondaires : ceux-ci semblent à l'heure actuelle moins fréquents dans la population concernée à la fois parce qu'ils ont plus d'activité physique, parfois parce qu'ils ont été peu traités, en tout cas, le clinicien craint les retards de croissance et les lipotrophies.

#### Aide à la vie avec le VIH, sexualité :

En tant que médecin, j'ai souvent parlé de sexualité, de plaisir, de désirs aux adolescents, en plaçant alors le préservatif comme moyen de jouir, ceci sans préoccupation médicale, si ce n'est de ne pas « attraper » des MST, le VIH, ne pas être enceinte.

Mais ici, c'est l'inverse qui se produit. L'adolescent doit être conscient qu'il ne doit pas donner une maladie à son partenaire, en utilisant un préservatif (préserver l'autre et non lui-même). Y a-t-il une tolérance plus importante des adolescents par rapport à des maladies graves entre eux ? Le fait est qu'aucun des adolescents interrogés, n'avait annoncé sa séropositivité à son ou ses partenaires, qu'en est-il de la durée des relations sexuelles dans cette population ? la sexualité est-elle plus tardive que celle des adolescents séronégatifs ?

Il y a bien des préservatifs donnés lors de la consultation , mais sont-ils utilisés et les filles séropositives savent-elles le proposer ?

Aucun des adolescents n'a parlé du côté injuste d'être séropositif, au contraire des adultes.

Aux questions directes, est-ce compliqué de vivre avec le virus, je n'ai pas pu avoir de réponses, certains seraient intéressés par un groupe où ils rencontreraient d'autres adolescents

séropositifs. En tout cas sur le plan de la sexualité, ce qui est facilement discuté, est la possibilité ou non d'avoir des enfants.

Les questions qui se posent également avec les adolescents sont : le secret est-t-il gardé par rapport aux frères et sœurs, par rapport à la famille adoptive ou non.

Le clinicien ne peut que s'interroger sur la façon dont se construit chez ces adolescents le rapport à l'autre dans la découverte de son corps, de celui de l'autre avec ce rappel permanent qu'il faut préserver l'autre, garder le secret. Est-ce plus compliqué pour un adolescent que pour un adulte ?

En tout cas, à l'heure actuelle, vu le nombre d'adolescents suivi à l'hôpital Jean Verdier, l'enquête qui est en cours sur le département du 93 puisque je suis le coordinateur du CISIH du 93, il est inenvisageable que les médecins cliniciens adulte s'occupent seuls de cette population. Ceci montre le côté indispensable d'une réflexion à plusieurs avec des psychologues, psychiatres, éducateurs, avec les cliniciens ce qui impliquent donc des formations des cliniciens à la prise en charge des adolescents, des créations de poste de psychologues avec au moins pour le département qui nous concerne des réflexions sur les aspects ethno-psy, et c'est dans cette optique, que nous proposons la création d'un groupe commun sur l'hôpital.

Le passage des adolescents d'un service  
d'enfants vers un service d'adultes.

### **L'exemple du diabète.**

Pr. Jean Jacques ROBERT, Hôpital Necker – Enfants Malades, PARIS

Le diabète est une affection où le problème du passage de la pédiatrie à la médecine d'adultes se pose depuis très longtemps : le traitement par l'insuline a été découvert en 1921. Des expériences passées et présentes, on peut retenir quelques points forts :

- 1) Il faut une continuité entre les services de pédiatrie et les structures d'adulte. En diabétologie, il y a eu pendant des décennies de graves mésententes, de véritables querelles d'école qui ont gravement perturbé cette période de transition : « Vous avez été soigné par des assassins » (Propos rapportés par un jeune, de sa première consultation en diabétologie d'adultes). Aujourd'hui, il n'y a plus de désaccord sur le fond ni sur la pratique : les patients entendent des discours très comparables et ne voient pas plus que des différences de détail dans la pratique. Les services de diabétologie d'adultes sont beaucoup plus nombreux que ceux d'endocrinologie – diabétologie pédiatrique. Les conditions du transfert existent. Par contre, dans une autre affection fréquente, la mucoviscidose, les services de pneumologie sont loin d'être tous prêts à accueillir un nombre croissant de patients qui arrivent à l'âge adulte.
- 2) L'âge auquel le passage dans les unités d'adultes se fait est, dans toutes les pathologies où la question se pose, vers 18 – 20 ans ; après la fin de la scolarité. Le faire plus tôt, selon l'âge légal de la prise en charge en pédiatrie, n'a pas de sens : d'une part, c'est une période souvent troublée, qui exige une continuité dans le suivi – en particulier des suivis psychologiques – plutôt qu'une rupture ; d'autre part, l'adolescent ne peut pas se sentir à l'aise dans des unités d'adultes où la moyenne d'âge est souvent de l'ordre de la soixantaine ; enfin, la fin de la scolarité ou l'entrée dans la vie active constituent un tournant naturel dans la vie, qui accompagne assez logiquement le changement du cadre de suivi de la maladie : dans les deux cas, on quitte une situation dans laquelle on était installé depuis l'enfance ou la très jeune enfance ; et on quitte peut être plus volontiers l'école que son équipe médicale ; il n'est donc pas logique de le faire avant d'avoir quitté l'école.
- 3) En ce qui concerne la façon de faire le passage des services de pédiatrie aux unités d'adultes, il y a des expériences très variées : visites organisées du service



d'adultes, réunions de formation communes, consultations communes, consultations alternées pendant une certaine période ... Cela dépend beaucoup des situations locales : procédures de passage très organisées dans les villes où il n'y a qu'un service de pédiatrie et un service d'adultes ; beaucoup moins organisées dans les grandes villes où les patients se dispersent beaucoup plus. Un minimum de conditions sont cependant à respecter : en parler assez à l'avance ; conseiller le patient sur les personnes qu'il peut consulter ; informer le diabétologue d'adulte de l'arrivée d'un patient et lui demander un « accusé de réception » ; demander au patient de revenir après le premier contact pour s'assurer que tout se déroule bien ; demander aux médecins d'adultes d'informer le pédiatre de l'évolution ultérieure.

En résumé, le passage doit être préparé tranquillement entre des médecins ou des équipes qui se connaissent et s'estiment, et qui se tiennent mutuellement informés du déroulement de cette période de transition.