



HAL
open science

Familles et VIH De la stigmatisation à la normalisation ?

Ouriel Rosenblum, Aubeline Vinay, Sonia Okome Assoum

► **To cite this version:**

Ouriel Rosenblum, Aubeline Vinay, Sonia Okome Assoum. Familles et VIH De la stigmatisation à la normalisation ?. Dialogue. Familles & couples, 2012, Corps et souffrance familiale, 3 (197), pp.105 - 116. 10.3917/dia.197.0105 . hal-01516922

HAL Id: hal-01516922

<https://hal.science/hal-01516922>

Submitted on 24 Jun 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Et aussi...

Familles et VIH De la stigmatisation à la normalisation ?

OURIEL ROSENBLUM
AUBELINE VINAY
SONIA OKOME ASSOUME

RÉSUMÉ¹

Après avoir dressé un historique de l'accession à la parentalité des patients séropositifs depuis le début de l'épidémie, l'article décline quelques situations spécifiques familiales. Le point commun de ces différents contextes est l'omniprésence du secret et de la honte de la contamination par le VIH, qui infiltrent la relation entre parents et enfants. L'article tente d'en analyser les fonctions à la fois défensives et organisatrices au sein de la famille.

MOTS-CLÉS

Secret, stigmatisation, VIH, parentalité, enfant, adolescent.

L'épidémie du VIH a démarré il y a trente ans, elle concernait alors essentiellement des populations marginalisées pour lesquelles l'instauration d'une famille était pratiquement inaccessible. Mais nous verrons comment peu à peu la médecine s'est transmuée en figure parentale capable de se substituer aux couples séropositifs en demande d'enfant afin de leur proposer une possibilité

Ouriel Rosenblum, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Salpêtrière, Paris, professeur de psychologie clinique et psychopathologie, Laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale (LPPM-EA 4452), université de Bourgogne, Dijon ; rosenblouriel@noos.fr
Aubeline Vinay, maître de conférences HDR, Laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale (LPPM-EA 4452), université de Bourgogne, Dijon ; aubeline.vinay@u-bourgogne.fr
Sonia Okome Assoume, psychologue clinicienne, CRPMS, Paris 7 ; assokom2007@yahoo.fr

de se reproduire en dehors de toute sexualité. Ainsi nous évoquerons les principales étapes de l'accompagnement de l'individu porteur de la transmission du VIH devenant parent. Nous développerons ensuite quelques situations telles que la réorganisation familiale autour des enfants de parents séropositifs décédés ou bien quand l'enfant séropositif devenu adolescent se construit autour du secret parental de la contamination. Les auteurs qui ont contribué à la rédaction de cet article ont une expérience de la prise en charge de ces familles, tant dans le domaine hospitalier que dans celui de leur vie quotidienne.

Spécificité des dispositifs de soin des personnes infectées par le VIH. Processus de réaffiliation et intégration des normes

Dans les années 1980, lorsque le sida est apparu, il s'est agi d'un véritable événement, entendu comme une rupture concernant l'abord médical de ces nouveaux patients. La prise en charge des personnes contaminées par le VIH a accéléré la mise en place de mouvements sociétaux. Dans les pays occidentaux, on a assisté à la fois à la mobilisation des patients qui sont des acteurs, au dépistage anonyme et gratuit non obligatoire, à la gestion de la toxicomanie avec l'accès aux seringues et à la substitution, à la mise en place de l'égalité vis-à-vis des traitements antirétroviraux. Mais assez rapidement, le domaine du sida s'est constitué en branche de la médecine identifiant des populations distinctes comme les mères, les enfants, les toxicomanes... Mais cet aspect de l'accès aux soins s'ouvrait plus largement à des phénomènes de société tels que la requalification d'un acte sexuel et la reconnaissance légale du couple homosexuel, jusqu'au débat concernant le statut de l'homoparentalité, redéfinissant la fonction parentale et la place de l'enfant, engageant la place des filiations instituées et biologiques.

Au début des années 1990, les avis du Conseil national du sida (CNS), créé pour conseiller les pouvoirs publics à l'interface d'une maladie privée dans un espace public, contribuaient à la lutte contre la discrimination sociale. Concernant les enfants nés sous AZT (premier antirétroviral donné à la femme contaminée pendant sa grossesse pour protéger l'enfant à venir), le CNS instituait le suivi dans des conditions de stricte confidentialité, afin d'éviter une divulgation transgénérationnelle de la séropositivité de la mère. De même, concernant le droit à l'adoption, le CNS insistait sur la nécessité de ne pas exclure les personnes séropositives d'un droit au devenir. On le voit, il s'agissait de penser la lutte contre le sida dans une dimension qui n'était plus celle de l'immédiateté, mais celle du long terme, le sida demeurant une maladie de la fragmentation sociale.

À la fin des années 1990, les traitements antirétroviraux ayant fait preuve de leur efficacité, les patients traités et leurs médecins souhaitaient à présent

retrouver le chemin de la normalisation. Le problème d'exclusion de la parentalité demeurerait un des handicaps majeurs des personnes atteintes et de leur conjoint. Si l'on prend l'exemple de la procréation, lorsque la femme était infectée, les publications médicales jusqu'en 1993 s'accompagnaient quasiment toutes du conseil de renoncer à la grossesse et d'une injonction à l'avortement si elle était enceinte. Or, face à ces arguments médicaux, les questions de ces femmes étaient plutôt : « Qu'est-il acceptable de transmettre à un enfant ? » L'avis du CNS concernant le désir d'enfant de couples séro-différents a été rédigé conjointement avec le Comité consultatif national d'éthique. On notait d'emblée l'importance de l'intervention de l'équipe de soins dans le projet parental, il s'agissait réellement d'une assistance médicale à la procréation. Le CNS a été alors critiqué pour la rapidité de son avis, compte tenu des difficultés de la mise en place. Mais, selon cet organisme, il n'était pas anormal de se déterminer avec rapidité lorsqu'un progrès scientifique indiscutable permettait une amélioration sensible de la qualité des services rendus.

Actuellement, on assiste à une féminisation de l'épidémie, le mode de contamination le plus répandu s'effectuant au cours des rapports hétérosexuels non protégés, qui se conjugue avec la chronicité de l'infection et le choix des traitements associés. La difficulté majeure pour les individus infectés est d'entrer et de persister dans un système continu de soins. Ainsi, la précarité est devenue le facteur majeur de risque d'en être exclu. Par ailleurs, les patients traités sont dorénavant soumis aux codes déontologiques individuels de comportement indépendants des codes législatifs jusqu'ici en vigueur. Pour certains juristes qui constituent le CNS, ces codes de conduite deviendront plus importants que la loi parce qu'ils seront plus aisément intériorisés. Nous avons décrit comment ces conduites, dans le cadre de l'aide médicale à la procréation, trouvent leur aboutissement, chez les couples à risque viral, dans l'accès idéalisé à la parentalité (Rosenblum, 2004).

Au début des années 2000, le temps de la normalisation, l'accès à la parentalité pour ces patients est venu signifier que le virus, porteur de désintri-cation pulsionnelle et de finitude pour l'individu infecté, a été domestiqué. Mais, chez certains sujets, il peut exister un lien entre fragilité narcissique et sentiment d'exister. Notre travail est celui d'accueillir les affects avec la reconnaissance par le sujet de l'ambivalence de ses sentiments. Ainsi, il peut ressentir l'affect et le nommer, alors que la dépendance vécue sur un mode vital peut entraîner l'abrasion de la temporalité. Par ailleurs, l'infection du VIH vient rendre confus les différents registres tels que la mort, la vie, le sexe. Il nous faut donc ouvrir un espace de la différence pour relancer le processus de subjectivation, avec une approche clinique connectée avec l'histoire de la maladie. Toute affirmation de vie de la part de ces sujets la vivant comme menacée est vécue comme porteuse d'agressivité, alors qu'un projet parental apparaît comme une tentative d'anticipation qui les délie des sentiments de honte et de culpabilité. La honte serait le premier temps de la culpabilité

vis-à-vis du regard de l'autre sur soi, alors que l'enfant serait l'objet de soi-même entraînant un réveil narcissique. Mais si cet enfant se situe uniquement sur le registre de la réparation, il peut très vite réactiver une blessure narcissique. Ainsi l'entourage, qui incarne l'histoire clinique du sujet, va-t-il constituer un des regards de l'autre par lequel le sujet va se construire à partir de la question : suis-je malade ou pas et, si je ne le suis pas, qui suis-je ? Souvent les difficultés autour de la prise de traitements traduisent le déplacement de ce conflit sur la sphère du vital avec la prééminence des pulsions d'autoconservation.

Olivier Douville, à l'occasion de la soutenance de thèse de Martin-Chabot en 2008 sur le vécu des femmes séropositives, nous parle d'identité destinée à partir de laquelle l'individu contaminé peut éprouver à la fois la terreur et la volupté d'être dans une situation d'exception, exclu de la lignée, jusqu'à la discontinuité radicale entre le corps de la mère contaminée et le corps de l'enfant. Pour certains, dans une perspective anthropologique, l'infection amène une reconfiguration à la fois des familles autour de la conjugalité et du corps singulier vis-à-vis du corps collectif. À partir d'un mode d'emploi inédit des substances vitales, ici le sang, le lait et le sperme, une façon nouvelle de se réapproprier la vie et la mort se met en place.

Nous veillons tout particulièrement à ne pas réduire les patients rencontrés au réel de ce qui leur est tombé dessus. Le sujet est inlassablement divisé entre ce qu'il est et ce qu'il n'est pas. Laisser la place pour écouter naître le désir d'enfant, c'est formuler cet écart où le jeu pulsionnel peut advenir. Mais arrêtons-nous d'abord sur le statut du secret de la contamination et son déploiement au sein de la relation entre parents infectés et leurs enfants qui deviennent adolescents.

Entre les parents infectés par le VIH et leurs enfants : un indicible secret

Quand le transmissible est dangereux, comment la famille peut-elle se penser comme lieu de la transmission ?

Tant que l'infection au VIH a été une maladie du secret, perçue comme une maladie de la sexualité – de la sexualité considérée comme différente –, mortelle, la population contaminée a fasciné. C'est au moment où ils ne sont plus victimes d'une tragédie que se posent pour ces sujets les questions de la vie. L'infection au VIH est une affaire de sang, de sexe et de mort et focalise des craintes réelles et imaginaires, constituant une surface de projection favorable à nos peurs. Le sida a à voir avec l'acte sexuel, avec les fantasmes qui présentent le désir, avec la vie sociale. Cette affection ne rejoindrait-elle pas certains fantasmes originaires ? L'un des fantasmes les plus rencontrés pourrait être celui de la mère polluée. Le sida serait l'union de la mort et de

la sexualité à un niveau du réel et la sexualité qui peut devenir la mort n'est plus ainsi représentable.

Devenir parent, c'est s'extraire de la présence obsédante du roc biologique, des logiques destructrices du virus. C'est renouer avec le fantasme d'immortalité en maintenant et en favorisant une libre circulation fantasmatique. C'est sortir de l'omniprésence de la mort où, selon Pommier (1999), les forces de déliaison agissaient comme en contrepoint. Ainsi, se positionner dans une perspective de donner la vie constitue une tentative de s'extraire du statut de survivant en insérant du temps qui est à nouveau celui de la transmission. Ces patients ont été confrontés au basculement identitaire, on l'a vu plus haut : sont-ils malades ? Sinon, sont-ils guéris, mais alors pour combien de temps ? À quelle catégorie appartiennent-ils donc ? Le devenir parent les réinscrit dans la chaîne des agents de la transmission et les fait sortir de cet enfermement identitaire en les réintégrant dans la résurgence possible d'un trajet singulier. Ainsi, la subjectivité de ces patients traités reste obstinément à l'œuvre. Le devenir parent éloigne de l'apparent terme de leur vie, opacifie à nouveau le fait de se reconnaître mortel, réintroduit l'indétermination que l'avenir en suspens accorde à tout sujet. Le sujet va, selon A. Abelhauser (1999), aller à nouveau à la rencontre de l'aléatoire niché au-delà du déterminisme qui pèse sur chacun.

Nous allons développer des situations spécifiques dans lesquelles le secret joue un rôle prééminent au sein des familles touchées par le VIH.

La réorganisation familiale autour des enfants et adolescents de parents séropositifs décédés

Quand l'un des parents ou les deux sont décédés, c'est le plus souvent un membre de la famille, grand-parent, oncle, tante... qui accompagne l'enfant, sans toujours situer de façon claire le pourquoi du rôle parental qui lui est assigné. L'angoisse, là aussi très progressivement abordée, concerne la place de l'enfant vis-à-vis du parent décédé : va-t-il lui ressembler, devenant une sorte de fantôme potentiellement dangereux ? Va-t-il avoir le même avenir et sombrer dans les mêmes catastrophes, telles la toxicomanie ou les conduites sexuelles déviantes ? Souvent, on peut noter que les projections négatives à l'égard de l'enfant, conçu comme un double du parent disparu, sont réactivées à chaque fois qu'il est question d'avenir.

À l'orée de l'introduction des thérapies antirétrovirales, il n'était pas rare que l'un des parents, contaminé par le VIH, succombe. Lorsqu'une famille élargie se trouvait dans l'entourage des enfants, c'étaient le plus souvent les grands-parents qui accueillaient les petits-enfants, prolongeant parfois une situation qui existait déjà de fait depuis plusieurs années. Cet accueil était souvent perçu par eux comme une chance à saisir pour réparer leurs propres

échecs éducatifs. Le temps passant, des difficultés apparaissent pour des raisons diverses qui ne seront pas développées ici. Il nous semblait important de décrypter le sens de ces plaintes indirectes, liées au poids de la mission assignée. Les tensions peuvent croître lorsque les petits-enfants reproduisent certains comportements ou traits de caractère supposés être ceux de leurs parents. À travers ce jeu identificatoire, les petits-enfants testent à leur tour les limites et les capacités de résistance de leurs grands-parents ; ils peuvent exprimer des sentiments de frustration divers parce qu'ils ne sont pas prêts à renoncer aux images grands-parentales gratifiantes qui n'exerçaient auparavant sur eux aucune fonction éducative directe.

Par ailleurs, à la moindre manifestation de faiblesse physique ou de maladie chez l'un des grands-parents, l'angoisse de séparation et de mort se trouve réactivée pour les petits-enfants, qui vivent alors dans la hantise que leurs grands-parents ne meurent et les abandonnent à leur tour. Cette crainte est d'ailleurs partagée par les grands-parents. Ainsi offrir un lieu de parole où les angoisses des adultes et celles des enfants peuvent être écoutées, partagées, et envisager des solutions réalistes permet de rétablir la communication qui s'était souvent bloquée par peur d'évoquer des préoccupations où la mort est l'enjeu principal. Par ailleurs, il arrive que certains enfants infectés et malades s'identifient fortement, à certains moments, au parent décédé, si bien que les pulsions de mort occupent le champ du psychisme, alternant au gré des fluctuations de leur santé.

Nous nous sommes souvent trouvés confrontés à la toute-puissance des grands-mères, à leur désir de s'approprier l'enfant dans une compulsion à vivre des maternités à répétition où prédominent des fantasmes de parthénogénèse. Par ailleurs, quelle est la place de la loi dans leur discours ? En effet, si les grands-parents invoquent la loi, ils la transgressent à plusieurs niveaux, en ne donnant pas une base juridique à la relation, en estompant la différence entre les générations et en ayant survécu à leurs propres enfants, en prenant leur place. Mais la loi protège le parent survivant de l'enfant, même s'il est défaillant.

Souvent, les grands-parents ne parviennent pas à se projeter vis-à-vis du devenir de l'enfant. Ils invoquent l'écart d'âge trop important pour comprendre les besoins de l'enfant. L'adolescence future de l'enfant se posant comme point de butée, de façon contemporaine avec la fin de vie présumée des grands-parents, finitude de leur grand-parentalité, réactivant les noyaux conflictuels irrésolus chez eux. La sexualité s'annonce comme l'irreprésentable, le VIH tenant lieu de réel traumatique, les parents morts ne sont pas parvenus à l'âge adulte, le sida étant perçu comme une maladie de la post-adolescence. Le sida est une maladie de la génération des parents et non des grands-parents. Imaginairement, c'est une maladie de la jeunesse dans laquelle ils ne peuvent se reconnaître. Par ailleurs, il s'agit d'une maladie transmissible, laissant ouverte la question de l'échec de la transmission pour

ces grands-parents. En effet, quand on est le parent d'un enfant mort du sida, il n'y a pas d'inscription généalogique. En outre, la mort de l'un des deux parents de l'enfant signifie qu'il ne peut y avoir d'alliance entre les deux familles. Fantasmatiquement, une famille a fait disparaître l'autre. Quand l'enfant est contaminé, il est vécu comme la réincarnation du fantôme du parent disparu, de façon persécutive, l'enfant incarnant la trace de la faute. Ainsi, il n'existe pas d'inscription généalogique de la maladie.

Quelquefois, la demande d'adoption, de la part des grands-parents, peut être perçue au mieux comme une manière de ne pas conserver une position maternelle qui serait castratrice ou destructrice de la mère génitrice. Mais souvent, cette demande mégalomane est un appel à la loi, afin qu'une limite soit enfin posée. Cette loi serait alors perçue comme un tiers qui assurerait une distance entre la génération des grands-parents et celle de leurs petits-enfants.

Heureusement, avec les progrès des traitements actuels, la plupart des enfants séropositifs vivent avec leurs parents séropositifs, mais d'autres problématiques surgissent autour de l'accession à l'adolescence.

Le passage de l'enfance à l'adolescence

Pour les parents, de manière défensive, le secret autour du VIH a valeur de protection ; selon eux, il protégerait l'enfant des remarques désobligeantes et de l'isolement du groupe des pairs. Magiquement, ce secret préserve la relation parent-enfant et semble garant de l'amour filial. Ainsi, le secret est bien au cœur de cette relation ; à leur insu, les enfants y sont inclus. En cas de non-dit, l'accès au contenu du secret est comme interdit. Parent et enfant semblent liés par un pacte dénégatif (Kaës, 1993), une alliance jamais formulée, défensive, qui constitue un accord inconscient quant au rejet de motions insoutenables. Chacun chercherait en l'autre l'écho de son propre impensé personnel et familial.

Mais, selon Granjon (1998), ce pacte est une véritable boîte de Pandore dont le respect et la méconnaissance sont nécessaires à la cohésion du groupe. Ce contrat maintiendrait un accord inconscient, tacite et partagé, une communauté de négation ou de déni sur certains enjeux de la rencontre. Le VIH est l'un des agents de la transmission transgénérationnelle (Eiguer, 1997), organisatrice des liens familiaux. Cette transmission s'impose souvent par excès, la transgression pouvant tenir lieu de figure paradigmatique. Pour Granjon, c'est à l'état brut, isolés et fragmentés que sont transmis aux descendants les traces et les restes indélébiles, les noyaux traumatiques. C'est le défaut de transmission qui se transmet ici, avec le secret espoir que l'enfant devienne le déchiffreur. Toute explication sur le sida confronte l'enfant à des questions fondamentales comme celles sur les origines, la filiation, la sexualité et la

mort. Tous les parents infectés envisagent l'actualité de la sexualité à l'adolescence comme une période propice à la révélation, comme si le risque de contamination à nouveau possible rouvrirait la chaîne du secret.

Quand l'enfant séropositif devient adolescent

Problématique autour de la contamination materno-fœtale

D'emblée, l'enfant qui naît est confronté à un paradoxe : il a été contaminé par ceux qui lui ont donné la vie. Comment, dans ces circonstances, à la fois régler sa dette de vie vis-à-vis de ses procréateurs et exprimer son agressivité sans faire émerger sa culpabilité ? De plus, l'enfant héberge le virus venant de sa mère, incarnation des fantasmes originaires du même, de l'incestueux, du clone, de ne pas avoir été conçu, voire de ne pas être né, l'enfant et sa mère partageant le même type de traitement, engendrant une possible confusion des générations. Par ailleurs, la nature même du VIH peut entraîner un embrouillamini concernant le mode de provenance du virus, entre les conduites toxicomaniaques, les relations homosexuelles et le vagabondage sexuel. Cette hypersexualisation de l'origine peut avoir l'effet d'un réel effractant et accentuer l'effet attracteur des processus originaires. Selon Kaës, reprenant les travaux d'Aulagnier, ces fantasmes originaires esquissent un pictogramme d'union-rejet en recherche d'objets complémentaires et d'une substance commune qui lie ensemble la mère et l'enfant dans un lien somato-psychique partagé, l'espace sein-bouche.

Le secret peut majorer les difficultés de construction identitaire, l'enfant se sent fragilisé dans son image de soi, contraint de préserver le secret vis-à-vis de ses amis et du milieu scolaire.

Qu'en est-il de l'attitude de ces adolescents concernant la prise des médicaments antirétroviraux ?

Souvent, la non-observance est l'expression d'une souffrance psychique, d'une lassitude, d'une absence de perception immédiate de l'effet bénéfique du traitement associées à la prise de risque inhérente à l'âge adolescent. Ainsi, l'arrêt du traitement devient, de fait, une étape presque incontournable du développement des adolescents séropositifs, comme s'ils cherchaient à vivre physiquement les conséquences somatiques de la maladie pour admettre, intérioriser la réalité du diagnostic et l'efficacité du traitement. La crainte de la prise du traitement peut magiquement être vécue comme le révélateur de la maladie, avec la déception renouvelée, à chaque prise de médicament, de ne pas pouvoir guérir de façon définitive et comme corollaire la possibilité d'oublier sa maladie, ultime liberté conquise en vacances, à l'école, entre amis.

En outre, dans l'univers de non-dit au sein de la famille, la non-prise de traitement peut être un mode d'expression caractéristique du désir de s'individuer vis-à-vis des exigences parentales et ainsi d'expérimenter une séparation d'avec le parent porteur de la même affection. Le vécu imaginaire de tomber malade en ne prenant pas le traitement peut signifier de renouer avec des parents distants ou quelquefois inexistants dans les situations de précarité ou dans un contexte de migration. Ainsi ces conduites à risque engageant le pronostic vital viennent souligner les carences de l'environnement, la rupture du suivi ou les vécus d'abandon. Souvent, nous sommes face à des enfants issus de milieu défavorisé où l'impossibilité d'agir est redoublée par le secret familial, les interdits de penser. Ainsi, la résolution des conflits internes, inévitables à cet âge, passe souvent par le court-circuitage de la pensée, les refus de se traiter, les passages à l'acte transgressifs, les conduites agies autour du corps...

Trajectoires partageables par ces préadolescents

Ils ont tous connu une trajectoire de haute surveillance médicale, parfois émaillée de décompensations somatiques graves. Ils ont été, par ailleurs, confrontés à un isolement, à des secrets, à une souffrance avec peur de la maladie et de la mort, certains ayant vécu des expériences de perte et d'abandon par la disparition physique d'un de leurs parents. On retrouve chez un bon nombre d'entre eux la coexistence d'une parfaite connaissance théorique du virus, de ses modes de transmission, de ses effets pathologiques, et d'une méconnaissance absolue de la maladie qui les touche, ce qui en dit long sur les mécanismes de clivage et de déni qui ont envahi leur vie psychique. À partir d'un pacte narcissique où l'enfant contaminé est astreint à une assignation immuable, à un emplacement de parfaite coïncidence narcissique avec son parent qui l'a contaminé, on assiste à une communauté de déni.

Souvent, en dehors du cadre restreint de leur famille, ils se sentent contraints de préserver le secret, l'infection au VIH, qui active les sentiments de honte menaçant la construction identitaire et ses possibilités d'intégration sociale. Il en découle une difficulté à proposer des suivis psychothérapeutiques individuels en raison de la non-demande de la famille qui désire « en parler le moins possible ». Ces préadolescents ont tendance à se sentir différents de leurs camarades. Quelquefois, ils souhaiteraient parler de leur séropositivité, mais hésitent à le faire, de peur de subir les réactions de rejet ou d'enfreindre le secret.

Certains préadolescents ont été confrontés à des défauts des dispositifs intersubjectifs de pare-excitation entraînant des formations clivées et non subjectivées. Ces défaillances se situent dans les processus de formation des identifications et des alliances intersubjectives de base. Quelquefois, les processus de transformation et de médiation sont entamés, entraînant un

effondrement et une mise hors circuit du préconscient, avec un écrasement de la capacité de penser par chute des représentations verbales.

Le secret et la honte

Le secret accompagne en sourdine les interrogations émises au cours de l'approche groupale de ces jeunes. Les familles de ces préadolescents sont souvent monoparentales, l'entrée dans la période de l'adolescence amène le parent à s'interroger sur le maintien du non-dit de sa séropositivité – le secret ici est d'emblée énoncé dans sa fonction de protection. Derrière le questionnement sur le « comment dire » se pose celui du « jusqu'où dire », jusqu'où révéler ce que ce secret dissimule comme autres « inter-dits » familiaux tels que la toxicomanie, l'infidélité ou encore la bisexualité. Ce secret désigné constitue à la fois un désaveu dans l'établissement de l'économie psychique de l'individu et une fonction de liaison au sein du groupe familial. Ce désaveu, « je sais bien mais quand même », porte à la fois sur une perception et sur l'affect lié à cette perception. En portant sur le savoir qu'un sujet possède de sa propre souffrance, il conduit à désavouer l'autre comme sujet souffrant, soumis à l'altérité radicale du désir. Cette cascade de dénis, selon l'expression de Racamier (1990), entame la possibilité de réaménager les pulsions et les angoisses indifférenciées en processus émotionnels secondarisés, avec pour conséquence une absence de reconnaissance des besoins et des sensations de l'autre et de soi-même. Dans la situation de non-connaissance du mode de contamination par l'adolescent, le secret n'est pas encore constitué comme un secret ; il s'agirait davantage d'un trauma actif non encore nommé par le parent séropositif dont on peut observer les effets lytiques de déliaison.

Selon Tisseron (1982), la honte pour une faute publiquement découverte est beaucoup plus gravement redoutée que la culpabilité attachée à des fautes qui peuvent rester secrètes. La honte est une forme de désintégration sociale, elle crée une rupture dans la continuité du sujet, « elle trouble l'image de lui-même et le rend sans mémoire et sans avenir ». La honte est donc un sentiment social et l'infection au VIH occupe cette place de conjoncture traumatique externe entourant les familles d'une gangue de secrets (Hefez, 1999). Ces derniers, entourant le trauma des contaminations, sont censés protéger dans un premier temps l'enfant comme l'ensemble de sa famille. Ce secret se transforme progressivement en attracteur qui aspire les investissements émotionnels, qui structure un pôle vers lequel convergent les résistances du discours et qui cristallise le dispositif défensif en une figure organisatrice de répétition et d'homéostasie. Le secret devient cette chose tue dont aucun texte ne prend véritablement la place. Chez les enfants rencontrés, c'est souvent l'interdit de savoir qui est le plus porteur de violence puisqu'il s'oppose à l'énonciation d'un certain nombre de messages symboliques. Il s'agit de proscrire la connaissance de la violence

liée à des traumatismes, mais aussi tout questionnement à propos de ce savoir, puis toute perception de ce que l'on éprouve à ce sujet.

On assiste alors à la faillite du pare-excitation entraînant celle du processus de symbolisation. Ainsi la transmission ne porte plus sur un contenu, mais sur ce qui permet de maintenir un non-dit, une forme, un objet brut dont la brutalité constitue en elle-même un trauma. Il se produit alors un effet d'aliénation, d'emprise et des enkystements dans le narcissisme primaire qui amènent le sujet à se trouver constitué d'éléments qui ne lui appartiennent pas, mais qu'il ne reconnaît pas comme éléments étrangers : ceci s'oppose au processus de recréation de l'objet propre aux processus transitionnels. C'est la mise à mal de la transitionnalité qui fait que l'objet conserve un caractère d'étrangeté difficilement assimilable par le Moi. Ainsi, ce que le signifiant de la maladie dissimule devient pour l'adolescent une énigme indéchiffrable : la transmission sexuelle de la vie, la différence des sexes... Ici, la transmission d'objets non transformables (Bion, 1962) s'apparente à la transmission de choses (Kaës, 2007). À partir de la notion de « pacte dénégatif » développé par ce dernier auteur (Kaës, 1989), ces adolescents ont développé diverses opérations défensives nécessaires à la formation du lien en créant dans celui-ci du non signifiable, non transformable, des zones de silence, des poches d'intoxication maintenant les sujets d'un lien étrangers à leur propre histoire et à l'histoire des autres. Ce que chacun a refoulé ou dénié a fait l'objet d'une alliance inconsciente pour que tous s'assurent mutuellement de ne rien savoir de leurs propres désirs, de leurs propres affects, ni des représentations insoutenables.

Ouvertures

Tant que les héritiers sont fragilisés, la vie psychique partagée en groupe est inaccessible, la dette aliénante. Selon Granjon (2006), les objets, les fantômes, les contenants du négatif déposés ne se souviennent pas du passé, les membres de la famille sont condamnés à être porteurs de la mémoire de l'oubli, celui-ci protégeant le souvenir. Le travail proposé ici indique la possibilité aux descendants de s'extraire d'un ordre ancestral aliénant et mortifère, afin d'occuper une place au sein du groupe familial en coconstruisant une histoire partagée. La parentèle retrouve sa fonction de remailage, apparentée à l'appareil psychique qui assure la transformation des éléments psychiques laissés épars, et, ainsi, les liens inconscients se renouvellent dans l'intersubjectivité. La souffrance individuelle, en rapport avec l'héritage mortifère, peut désormais confier cet objet transgénérationnel encombrant au groupe familial qui permet la reprise du travail psychique.

L'abord familial du suivi des parents séropositifs nous permet d'aborder toutes les étapes du devenir parent, de la période préconceptionnelle à celle de la postadolescence des enfants. Cette perspective décline tous les avatars de la

parentalité, depuis la sexualité vécue de manière dangereuse et culpabilisée par les futurs parents entrant en résonance avec celle de leur progéniture, jusqu'au processus menant le parent soigné à occuper une place clairement identifiée par son enfant. Ainsi, le parent sera appelé à se situer comme l'agent privilégié de la transmission, alors que celle-ci l'avait astreint à se démettre de sa position de sujet désirant – puisque ne pouvant que survivre.

Bibliographie

- ABELHAUSER, A. 1999. « La compliance en question », *Cliniques méditerranéennes*, 59-60, Toulouse, érès, 41-54.
- BION, W.R. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- EIGUER, A. (sous la direction de). 1997. *Le générationnel, Approche en thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod.
- GRANJON, E. 1998. « Du retour du forclos généalogique aux retrouvailles avec l'ancêtre trans-férentiel », *Le divan familial*, 1, Paris, In Press, 155-172.
- GRANJON, E. 2006. « S'approprier son histoire », dans A. Eiguier, E. Granjon et A. Loncan (sous la direction de), *La part des ancêtres*, Paris, Dunod, 39-58.
- HEFEZ, S. 1999. « Adolescence et sida : l'impossible transmission », *Adolescence*, 34, Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 31-40.
- KAËS, R. 1989. « Le pacte dénégatif. Éléments pour une métapsychologie des ensembles trans-subjectifs », dans A. Missenard (sous la direction de), *Figures et modalités du négatif*, Paris, Dunod, 101-136.
- KAËS, R. (sous la direction de). 1993. *Transmission de la vie psychique entre les générations*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. 2007. *Un singulier pluriel, la psychanalyse à l'épreuve du groupe*, Paris, Dunod.
- POMMIER, F. 1999. « Sida et fantasme d'immortalité », *Adolescence*, 17, Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 167-174.
- RACAMIER, P.-C. 1990. *Anti-Œdipe et ses destins*, Paris, Apsygée.
- ROSENBLUM, O. 2004. « On est prié d'offrir une sexualité parentale : les PMA chez les couples visités par le VIH », *Le divan familial*, 13, Paris, In Press, 83-95.
- TISSERON, S. 1982. *La honte*, Paris, Dunod.

FAMILIES AND HIV. FROM STIGMATISATION TO NORMALISATION ?

ABSTRACT

The present article first recounts the history of HIV-positive patients' access to parenthood since the start of the epidemic before going on to describe a number of specific family situations. The issue common to these different contexts is the pervading sense of secrecy and shame relating to HIV contamination that seeps into the relation between parents and children. The article seeks to analyse the dual defensive and organisational functions operating within the family.

KEYWORDS

Secret, stigmatisation, HIV, parenthood, child, adolescent.