

# Sida : l'engagement exemplaire du groupe Glaxo Wellcome en Afrique

Dr Alain Trébuçq,  
Paris

**L**es chiffres caractérisant l'épidémie de SIDA en Afrique ont été largement évoqués dans ces colonnes et bien d'autres : ils sont terribles - plus de 33 millions de personnes vivant avec le VIH, près de 6 millions de patients contaminés en 1999, 2,6 millions de morts en 1999, 16 millions de morts depuis le début de l'épidémie -, et pourtant, ils doivent être inlassablement reproduits pour finir par être gravés dans nos mémoires trop souvent défaillantes et enfin susciter l'élan de la communauté internationale sans lequel les propositions faites resteront toujours insuffisantes.

Certains traiteront toujours avec une apparente dérision des initiatives comme celles soutenues par la Fondation Glaxo Wellcome tant il est vrai qu'à l'échelle du drame humain vécu par le continent africain, des actions de ce type ne seront qu'une goutte dans un océan de besoins. Faut-il pour autant y renoncer ? Nous ne le pensons pas car une politique de petits pas vaut mieux que l'immobilisme, la médiatisation de ces actions, en permettant d'évoquer le problème du SIDA en Afrique, vaut mieux que le silence.

C'est la filiale française du groupe Glaxo Wellcome qui a été à l'origine de la création, le 8 août 1998, de cette Fondation qui a pour mission générale de promouvoir l'information, la prévention, la formation, l'accès aux soins dans le domaine de la santé et notamment dans le domaine des maladies infectieuses, ainsi que toutes actions ayant pour finalité l'amélioration de l'environnement des patients. Son budget d'intervention minimal est de 10 millions de francs.

En 1998, son conseil d'administration présidé par Michèle Barzach a décidé d'orienter les actions de la Fondation vers le soutien à des actions d'accompagnement de programmes de prise en charge des personnes atteintes par le VIH dans les pays en voie de développement, et plus particulièrement en Afrique. Ces actions sont notamment :

la formation des professionnels et des membres des associations, le soutien des programmes d'information, de prévention et de dépistage, le soutien des programmes d'allaitement artificiel, l'information, la formation et l'éducation des patients, la prévention

après des soignants des accidents d'exposition au sang. La Fondation n'a pas vocation à assurer la fourniture de médicaments qui reste de la responsabilité des laboratoires pharmaceutiques.

En Côte d'Ivoire, où 900 000 personnes, sur une population de 15 millions d'habitants, vivent avec le VIH, le programme a pour objectif la prise en compte des risques liés au VIH dans le cadre des soins périnataux, proposant une information, un dépistage puis des soins et des traitements adaptés aux femmes enceintes et à leurs enfants, incluant si nécessaire la prise en charge d'un allaitement artificiel. Après une première année, plus de 15 000 femmes enceintes ont été accueillies dans les quatre formations sanitaires d'Abidjan. Les résultats du dépistage révèlent une prévalence de l'infection par le VIH de 13,5%, ce qui constitue un des chiffres les plus élevés dans cette région d'Afrique. La transmission mère-enfant survient dans 25% des cas. Ce premier programme est mené sous l'égide du Programme National de Lutte Contre les MST, le SIDA et la tuberculose ivoirien, avec le soutien du Fonds de Solidarité Thérapeutique International (FSTI).

Au Maroc, on estime que 20 000 personnes vivent avec le VIH ; on dénombre 765 cas déclarés de SIDA. Un programme est en cours dans le service des maladies infectieuses du CHU de Casablanca avec pour objectif un programme de formation et d'éducation en direction de l'équipe soignante d'une part, et des patients suivant un traitement antirétroviral d'autre part afin de favoriser une bonne adhésion et un bon suivi de ces traitements.

Au Sénégal, un troisième programme se déroule, proche de celui mené en Côte d'Ivoire, sous l'égide du Programme National de Lutte contre les MST et le Sida du Sénégal. Le FSTI est le principal partenaire international de cette action. Il s'agit ici de mettre au point un programme global de prévention et de prise en charge des personnes contaminées par le VIH, selon une approche familiale concernant les femmes, les enfants et les partenaires, à partir des consultations prénatales réalisées dans trois centres de soins de la région de Dakar. Plus de 20 000 femmes sénégalaises seront concernées par ce programme.

Au Cameroun, un programme vient d'être initié ; il s'agit d'un programme pilote de prévention et de réduction du risque de transmission verticale du VIH, placé sous l'égide du Centre Pasteur à Yaoundé et du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) du Cameroun.

D'autres projets sont actuellement en cours d'élaboration et d'évaluation au sein de la Fondation Glaxo Wellcome.

D'après une conférence de presse modérée par le Dr Jean-François Chambon, secrétaire général de la Fondation Glaxo Wellcome, avec la participation de Michèle Barzach, Présidente de la Fondation Glaxo Wellcome, du Pr Hakima Himmich (CHU de Casablanca), du Pr Christine Rouzioux, membre du conseil scientifique de la Fondation Glaxo Wellcome (CHU Necker-Enfants Malades, Paris), du Dr Ibra N'Doye (coordonnateur du programme national de lutte contre le Sida, Dakar), du Dr Dominique Limet, Président du laboratoire Glaxo Wellcome France, du Dr Valentin Noba (Programme National de lutte contre le Sida, Abidjan).

## Existe t-il une Science du Risque en travail social ?



**Catherine Guitton**

**Hôpital Paul Guiraud**

**Auditeur de l'IHESI**

**Centre Espace Famille 92**

**127 avenue Jean Baptiste Clément,**

**92100 Boulogne**

**L'**irruption de la violence dans le quotidien, de l'incivilité à la délinquance, l'augmentation des agressions, etc... sont les reflets de notre civilisation. La violence intra-familiale se révèle en constante progression, soit qu'elle se situe sur le plan verbal, physique ou sexuel. Maltraitance, abus et désengagement des adultes envers les enfants s'allient aux difficultés financières, à la précarité et aux ruptures des couples. Ainsi, s'organisent des contextes bien rodés de danger pour chacun, et pour tous, qui peuvent aboutir à des catastrophes irréversibles.

Nous essayerons dans cet article de préciser comment se construisent ces situations à risques et comment le risque pour elles, est qu'elles se pérennisent sous les yeux désolés de tous les acteurs de la sécurité, de la loi, de la santé et de l'aide sociale : Risque, Danger, Chaos, Catastrophe, il existe une nouvelle séméiologie qu'il faut apprendre à lire et à prévenir car le chaos est contagieux...

Nous nous appuyerons sur les théories des Sciences du Risque, dites Cindyniques que nous présenterons très brièvement ici et qui correspondent à une approche systémique du danger proposée par des scientifiques. Nous développerons des exemples cliniques tirés de notre pratique, pour expliciter nos stratégies de « déconstruction » des situations à risques.

Nous ferons aussi le détour par la psychopathologie individuelle : le risque se mesure, la menace se subit, le danger s'affronte. Entre perception et représentation, comment s'élabore la prise de décision et se mettent en action les processus de régulation et de sécurité ?

En substance, les Cindyniques, ou Sciences du Risque, sont une approche systémique du danger pensée par des Ingénieurs, et la Thérapie familiale est une approche systémique pour le déconstruire : on retrouvera à travers cet article, la claire congruence conceptuelle entre les deux démarches.

### Les notions de risque et de danger, juste avant le passage à l'acte

Le risque est une probabilité entre la survenue d'un événement et sa gravité. Les définitions sont multiples mais le risque est une représentation personnelle qui s'élabore pour chacun en fonction de ses perceptions du réel. Il y a une différence entre les perceptions du risque pour l'acteur et les perceptions du risque pour les observateurs. L'acteur calcule ses risques et pense les maîtriser, il en est même certain. L'observateur, n'analyse pas les enjeux et les paramètres selon les mêmes échelles et commence parfois à s'inquiéter de la situation. A tort peut-être, à raison souvent... Mais est-ce si facile de raisonner l'acteur ? Est ce que l'adolescent, pressé, sur sa moto, un jour de pluie voudra bien mettre son casque et rester prudent ? Ainsi, le risque s'intègre aussi dans une culture, dans un système de références complexes à multi-références dont certaines ne sont pas maîtrisables par la pensée. Nous sommes dans le domaine de l'imprévisible... et l'observateur ne peut que faire des paris lui aussi.

La notion de danger est liée plus directement au réel. Il est une menace concrète qu'il faut affronter, on sait comment il se présente, on sait comment il va survenir.

Dans le cadre de notre clinique, il est fréquent de voir des situations de risque psychologique se créer sous nos yeux, et s'organiser en provoquant une escalade de symptômes individuels qui sont autant des sonnettes d'alarme pour les soignants. Ils peuvent alors anticiper le passage à l'acte, percevoir les troubles de la conscience qui avertissent du danger et tenter de protéger le patient et son entourage. Il est clair en plus, pour nous cliniciens, que les passages à l'acte violents sous toutes leurs formes, peuvent s'extérioriser contre les autres ou contre soi-même, (meurtre ou suicide) désignant alors les patients comme agresseurs ou victimes. Si la forme du passage à l'acte violent est parfois imprévisible par exemple chez les jeunes adultes pour qui les suicides sont les premières causes de mort, les victimes potentielles sont assez souvent visibles. La victimologie nous enseigne qu'il existe des profils singuliers de victime désignée et leur existence dans l'entourage du sujet violent les expose au danger clairement.

Il existe alors une séméiologie particulière qui précise l'escalade entre les incidents, les accidents et les catastrophes. Une catastrophe amène une destruction irréversible, sans aucune réparation possible ni restauration ad integrum, de certaines parties du système en jeu, c'est à dire des sujets dans leur réalité physique ou psychique, et de leur environnement. On ne pourra plus jamais retrouver l'équilibre antérieur et la perte est définitive. La catastrophe remanie aussi pour chacun et pour tous, les notions de temps : il y a un avant et un après. Tout a changé. Le système qui produisait une certaine forme de vie (ou de survie) a littéralement explosé.

Ainsi, dans nos situations cliniques avec les patients violents, ou même en amont, on peut comprendre comment un éco-système socio-familial secrète ses propres risques, en accumulant certaines difficultés et génère, à la longue, des formes de violence apocalyptiques par passages à l'acte individuels quasiment programmés... Nous allons explorer ces cas à la lumière de concepts nouveaux issus des Cindyniques.

## L'apport des cindyniques

Les Sciences du risque et du danger, soit les cindyniques du grec kindunos le danger, sont nées de la rencontre de plusieurs industriels, chercheurs et responsables d'entreprise, au niveau européen dans les années 1988, 1989, à partir du moment où on a eu conscience de la gravité de certains risques dits majeurs, tant sur le plan technologique que sur le plan des risques naturels. Une série de catastrophes impliquant la communauté internationale s'est succédée dans les années 70 puis 80 permettant aux dirigeants de commencer à réfléchir sur les enjeux, les conséquences, les paramètres et les coûts de ces événements. La perception d'être dans une époque « damocléenne » selon le mot de E. Morin, notamment avec le développement du nucléaire, augmenta le sentiment d'urgence. L'objectif était de mieux maîtriser les situations à risques en amont et de tenter de formaliser des actions de prévention. Ainsi, P Lagadec, invente le concept de risque technologique majeur en 1980, et G.Y Kervern élabore les bases théoriques des sciences cindyniques en 1990. Elles sont publiées en 1995. C'est en 1994 que je me rallie à ce courant de recherche et publie avec A.Fournier, M.Monroy et GY Kervern « Le risque psychologique majeur » qui paraît en 1996. Si les échelles sont très différentes, du microscope de l'entreprise multinationale au niveau microscope d'un système familial ou d'un sujet individuel, les dynamiques des processus présentent beaucoup d'analogies et la course à la catastrophe se ressemblent étonnamment dans tous les cas .

L'apport fondamental des cindyniques a été la création du concept d'Hyper Espace du Danger, c'est à dire, à la suite de l'analyse par G.Y Kervern de tous les rapports d'experts suite aux catastrophes pré-citées, la mise en évidence de l'aspect « facteur humain » qui préside à tous les dérapages. Il a donc inventé une formalisation conceptuelle qui relie 5 axes différents sur lesquels peuvent se ranger les différentes erreurs responsables, par accumulation et mise en synergie, de l'émergence des catastrophes.

### Il distingue :

\* l'axe déontologique : c'est à dire l'axe de ce qui concerne les règles du métier, mises en forme par les professionnels eux mêmes

\* l'axe des valeurs culturelles de l'entreprise

\* l'axe des modèles de fonctionnement, des savoirs faire et des méthodes

\* l'axe des retours d'expériences, des mémoires, des archives

Mémoires	déontologie
finalités	
Modèles	valeurs

Ces quatre axes doivent s'unir pour créer le cinquième, synergie de l'ensemble qui est celui des finalités du système : production, résultats, objectifs, priorités... La réalisation et le succès de cet axe justifie et légitime le bon fonctionnement des quatre autres.

A partir de cette classification, GY Kervern invente toute une nouvelle séméiologie des catastrophes dans leur ordre de survenue et démontre comment les « déficits systémiques cindynogènes » se multiplient sur l'ensemble de ces axes. Les « déficits » prennent la forme « d'oublis » de « lacunes » de « disparition » ou « dégénérescence » c'est à dire d'absences d'informations, absence de retours d'expérience, absence d'archives absence de protocole, vides juridiques, absence de modèles etc... Ils organisent aussi une causalité plurielle et les conditions de l'émergence des catastrophes : vides et dissonances entre les différents axes peuvent se relier dans une même situation et, par multiplication des « symptômes » créer de véritables syndromes de danger et de risques, hautement prédictibles et cependant encore maîtrisables.

Néanmoins, les situations à risques se détériorent lorsque parallèlement aux accumulations de déficits systémiques cindynogènes, disparaît autour du système concerné son réseau de relais, d'interaction et de sécurité qui l'entourait auparavant. Cette disparition rapide par perte, rupture etc... ou subreptice, par épuisement, carences, faillites... accélère alors les processus auto-destructeurs du système, et, dans la fracture qui s'est installée, laisse survenir les comportements les plus aberrants.

On voit bien que si cette analyse est issue du monde de l'entreprise et est valable pour expliquer ses dysfonctionnements, elle est également pertinente pour nos petits systèmes familiaux avec leurs conséquences individuelles et collectives. Elle permet de lier, dans ce concept « d'Hyperespace du danger », des niveaux logiques complètement hétérogènes mais cependant interactifs, sur une même perspective et selon des contraintes partagées.

En effet, dans un système familial, on peut définir l'axe déontologique, comme représentant les savoirs-faire et les usages spécifiques de la famille ; on peut définir l'axe des valeurs culturelles comme représentant les valeurs et les savoir être, l'axe des modèles comme représentant les modèles transmis et hérités même inconsciemment des ancêtres, et l'axe des retours d'expérience comme celui des mémoires, des traditions et des mythes en vigueur dans la famille.

A travers cette formalisation schématique, on voit aussi que la logique maintenant change et se réfère à une sorte de « base cinq » : on est plus seulement dans le rationnel, le linéaire mais encore dans le subjectif, l'irrationnel et le ressenti. On a quitté une organisation de pensée en « base trois » sur le modèle thèse antithèse et synthèse, pour essayer de voir en « base cinq » des mises en perspectives qui nous font entrer de plein pied dans l'univers des paradoxes.

## La genèse des situations de danger

Les situations dangereuses et de risques vitaux s'initialisent d'une façon que l'on peut maintenant repérer. Elles se développent ensuite selon plusieurs chemins, en fonction des ressources que le système en danger peut mobiliser. La condition essentielle reste qu'il ait sa propre conscience du danger et qu'il choisisse la survie clairement...

Cependant, nous savons, par notre expérience clinique que certains patients, ou certaines familles, dépassées par l'ampleur des drames ou par leurs propres angoisses, sont incapables de faire appel et de tirer les sonnettes. D'autres, à l'inverse, les tirent pour tout et rien, mais en tout cas jamais pour ce qui nous, observateurs extérieurs, nous semblerait vital !. Au pire, des situations défaitistes s'installent tandis que les probables agresseurs et les probables victimes continuent de cohabiter en silence.

Donc, il nous faut revenir sur le concept de dissonance qui s'installe entre les différents axes de l'Hyperespace du Danger. Cette dissonance est de nature paradoxale car les niveaux logiques où se situent les déficits ne sont pas au même niveau logique mais cependant sont carrément contradictoires et antinomiques : ils sont même interactifs simultanément entre eux. Le problème est donc qu'on ne peut pas les opposer dans une dialectique rationnelle mais qu'il faut les résoudre en imaginant une issue au conflit qui elle aussi est obligée de changer de niveau logique. Elle doit se choisir au niveau « méta » comme on dit et elle nécessite la mise en synergie de plusieurs acteurs.

Alors, il est important de comprendre comment les effets de dissonance - on pourrait même utiliser le mot de discordance - entre les différents paramètres créent des situations paradoxales ingérables. L'idée de dissonance vient du concept de dissonance cognitive créé par Festinger (6). Le résultat est la création d'ambiguïté. L'ambiguïté se situe pour lui au niveau cognitif et l'issue se situe pour l'appareil psychique dans des créations de rationalisation, après coup. C'est pour nous une autre façon de décrire des situations paradoxales et leurs effets pervers sur le fonctionnement mental. Nous voyons comment les conflits entre perception et représentation amènent des attitudes mentales très réductionnistes et réductrices par une hyper rationalisation des perçus : c'est sur ces bases que se développent ensuite les aveuglements devant le danger... Avec le temps s'installe une vraie dynamique de déni du réel qui empiète tout le champ de la conscience et inhibe les doutes ainsi que les possibles élaborations. Comme dans les situations paradoxales décrites par Racamier, c'est le déni des perceptions qui fait exploser les processus de mentalisation (4). Car, on sait maintenant, depuis Freud, que le refoulement touche les représentations mais non les perceptions....

### La chronicisation des situations à risques

Nous arrivons alors à l'analyse des facteurs qui entretiennent le danger. Au delà de l'attaque des processus de pensée individuels, il arrive que les situations à risques génèrent des fonctionnements collectifs pathologiques qui amplifient le danger. Certains systèmes en crise, en difficulté, développent des stratégies de survie parfaitement adaptées et sont capables d'entretenir et de protéger des contextes délirants existentiels. Il faut autant d'intelligence et d'énergie pour entretenir le chaos que pour entretenir l'harmonie.

C'est ainsi qu'on peut lire dans les journaux les faits divers tra-

giques et, en même temps que le journaliste, on va s'apercevoir que la famille X ou Y, qui s'est fait décimer par l'un de ses membres atteint brutalement de folie, vivait en fait dans un contexte d'isolement social, scolaire, familial, etc... ayant découragé depuis longtemps toutes les assistances sociales possibles et survivant dans un repli orgueilleux, avec même des antécédents de violence connus, et en étant totalement désinsérée de la dynamique interactive locale. Dans une autre histoire où l'adolescent de la famille a assassiné tous ses parents, on s'apercevra qu'il vivait, à seize ans, dans un studio en ville, sans soutien affectif ni moral, considéré comme une pièce en trop dans une famille reconstituée etc...

A l'inverse, on découvrira des familles totalement prises en charges, assistées par toutes les tutelles imaginables, du RMI à la tutelle aux allocations familiales, pour qui toutes les assistantes sociales du secteur donnent une petite subvention et qui, parallèlement, vivent et font vivre à leurs enfants des situations de danger impensables.

Les réseaux de proximité et de professionnels mandatés pour leur travail existent mais restent impuissants. Il s'agit là d'un cas de figure où on ne peut plus nier la dynamique active de la famille dans la construction des dissonances et même qui les exportent dans les réseaux de professionnels. C'est toute une « pathologie des réseaux » qui se dessine ici avec ses effets de « contamination ».

Donc nous voyons se dessiner plusieurs sortes de procédures qui organisent dans un second temps la chronicisation des situations chaotiques, génératrices de risques et de danger. Je renvoie sur ce sujet le lecteur à mes autres ouvrages pour plus amples études (2).

Arrivés à ce niveau de raisonnement, on peut se demander si la dynamique de la catastrophe n'est pas une solution, une « ultra solution » comme dit Watzlawick, c'est à dire que l'irruption de la catastrophe, telle qu'on l'a laissée inconsciemment venir n'est pas une solution en elle-même, aux problématiques préexistantes .... Certes, en tant « qu'ultra solution », elle détruit le problème tel qu'il se pose, les acteurs qui le portent et le contexte même dans lequel il existe ! Ce qui fait qu'on ne peut plus revenir en arrière et essayer de le résoudre : on est condamné à repartir de zéro, quel que soit le prix qu'il faille payer... Mais, peut être, on sait mieux faire ça que résoudre des problèmes psychologiques et des subtilités sentimentales...

Ainsi, la catastrophe deviendrait la solution souhaitée passivement comme réponse à une crise relationnelle humaine : le drame fait autorité dans tous les domaines et balaye les remises en causes ponctuelles. On ferait l'économie d'une analyse des fonctions d'autorité et de leurs erreurs - d'autant qu'elles sont portées par nous mêmes - et on enchaînerait dans une situation explosée et dans l'urgence qui bouleverserait toutes les données.

La catastrophe viendrait là également à la place du scandale social que personne n'aurait su organiser pour prévenir le drame : c'est une réponse très systémique en elle-même qui touche tous les axes de l'Hyperespace du danger et dégage, de par l'énergie dispersée, tout un processus de ses déterminismes. Comme on dit également, « il y a toujours un côté positif » : d'accord, mais à quel prix ?

La thérapie familiale systémique  
comme nouveau moyen de  
modélisation pour déconstruire les  
situations à risques

C'est ainsi que les prises en charges familiales deviennent des outils pertinents pour déconstruire les situations à risques autour notamment des adolescents.

L'enjeu des réunions familiales en présence d'un thérapeute est de créer des nouveaux réseaux d'échanges -des nouveaux lieux de pensée et de mémoire, en quelque sorte- qui vont permettre d'analyser et de modéliser les difficultés rencontrées par le ou la patiente en crise. Ces réunions seront le lieu pour recueillir « l'impensable détresse » comme dit Winnicott et pour mettre en scène des émotions non accessibles par le discours rationnel. Il n'est pas rare de s'apercevoir de façon simultanée, c'est à dire thérapeute et famille ensemble, que les enjeux de la souffrance individuelle du patient concernent bel et bien tout le fonctionnement familial institutionnel et les dérives pour les autres membres... D'un point de vue cindynique, les explicitations et les échanges entre les membres de la famille induisent le dévoilement des différents déficits systémiques cindynogènes « et l'analyse de leur genèse ». Il est clair qu'un système capable de se représenter et de se situer sur les cinq axes (valeurs de la famille, mythes -déontologies, permissions, savoir-faire transmis ou supportables -retours d'expériences, transmissions intergénérationnelles, levée des secrets ou des non dits, -modèles possibles, recherches des issues plausibles et valables pour tous, -finalités, priorités, urgences définies en commun, perception et accord collectif sur ce qui est le mieux pour chacun et pour tous), donc, il est clair qu'un système familial capable de dialoguer sur ces cinq niveaux logiques sera capable de sortir de l'impasse mentale et psychique générée par la « paradoxalité » des ambiguïtés et dissonances environnantes : il sera capable aussi d'élaborer des représentations communes de lui même et de son fonctionnement ainsi que d'imaginer les issues créatives à la crise familiale. Il trouvera les moyens et les énergies pour maîtriser le risque et faire face au danger. L'enjeu final est donc que chacun des membres de la famille puisse participer aux prises de décision (et les bonnes ) dans le souci qu'il existe une représentation commune et partagée de ce qui est bon pour tous.

Comme exemple clinique nous renvoyons le lecteur à un article déjà paru in THS - volume 1 - Numéro Spécial Jeunes - Décembre 99, Hors série.

En conclusion nous allons laisser parler le Docteur Coeur Joly qui a pu faire une application de ces concepts au domaine de la toxicomanie. Son exemple clinique sera suivi de mes commentaires « cindyniques » !



**Dr Daniel COEUR-JOLY**  
Généraliste, Médecin de santé publique  
Coordinateur de Mission Toxicomanies  
Sida du Conseil général  
du Val-de-Marne  
CMS Malakoff - Hauts de Seine

Y-a-t-il une science du risque en  
toxicomanie ?

La lecture de l'article de Catherine Guitton sur les sciences du risque m'a amené à me poser cette question : « Y a t-il une science du risque en toxicomanie? » et à le décliner sous forme de cinq tableaux.

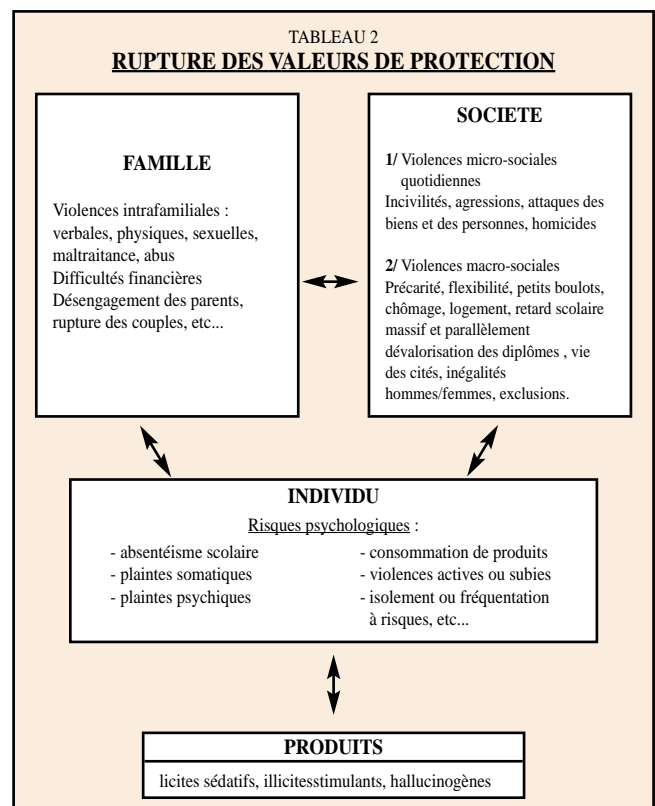
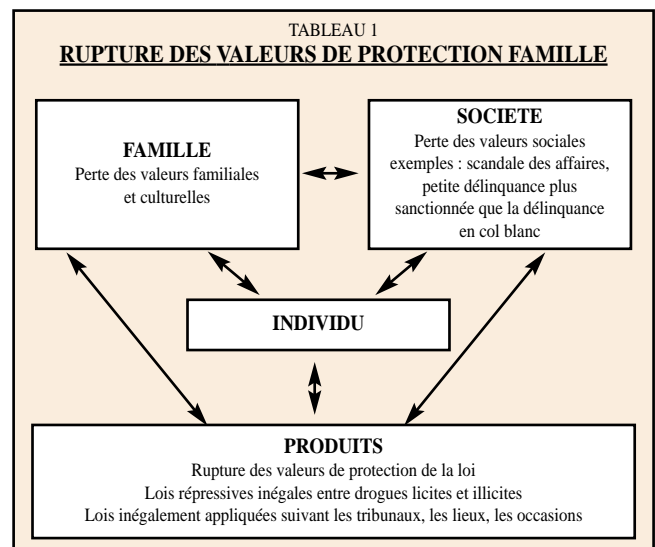


TABLEAU 3  
**RISQUES PSYCHOLOGIQUES**

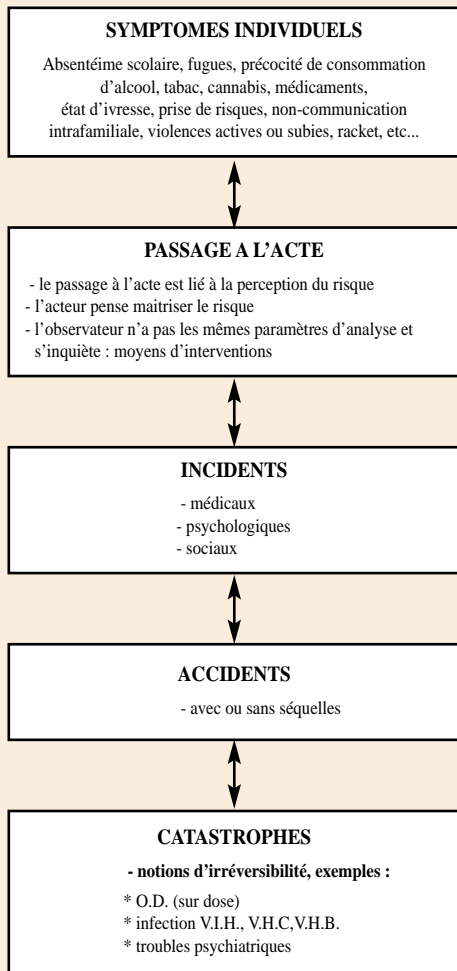
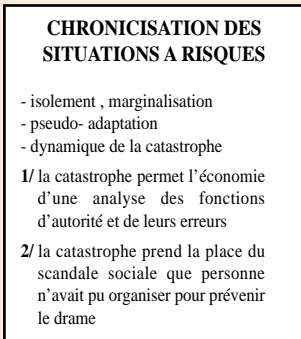


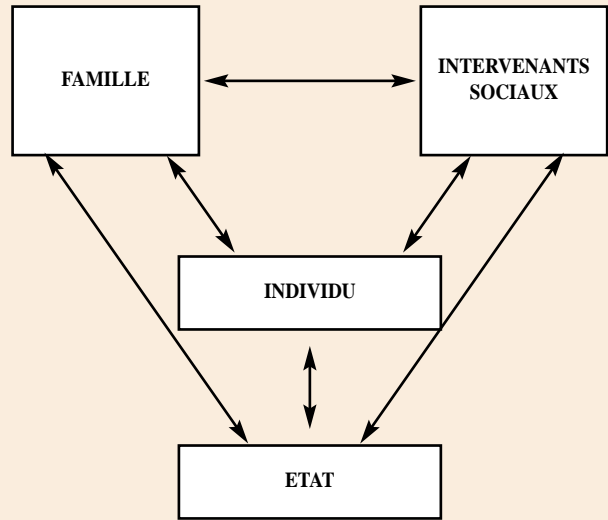
TABLEAU 4  
**DANGER**  
Situation la plus fréquente



**LA CHRONICISATION D'UNE SITUATION A RISQUES PEUT SE SITUER :**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- au niveau individuel</li> <li>- au niveau familial</li> <li>- au niveau des intervenants sociaux</li> <li>- au niveau de l'Etat</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imbrication des différents niveaux : un seul des quatre systèmes en crise peut rendre l'intervention des autres impuissante.</li> </ul> |
|---|--|

TABLEAU 5



- Un système en crise peut rendre les autres systèmes impuissants à agir
- Nécessité de mettre en réseau le système en crise chronique avec les intervenants ou partenaires (sécurité, police, justice, contrôle social, régulation locale, soins, etc...) et l'engagement individuel citoyen dans le but d'oeuvrer pour le partage et la défense des représentations du bien commun.

Prise de risque, conduite à risque, comportement à risque, facteurs de risque, risque génétique, risque familial, risque social... la notion du risque se développe dans toutes les directions, surtout dans le domaine de la toxicomanie. Même si elle se manifeste sous des formes culturelles différentes, la mondialisation de modèles de vie se base sur l'individualisme et l'angoisse augmente. Il faut exister, se situer, et donc prendre des risques, les vivre et les oublier. La prise de risque, volontaire et répétée, semble une attitude de plus en plus fréquente, comme conçue pour combler un vide : le vide des valeurs traditionnelles rassurantes, sécurisantes qu'imposait le respect des habitudes sociales et familiales. Les individus s'en trouvent fragilisés et les risques psychologiques s'accroissent. Les conduites d'addiction sont en progression constante. Peut-on intervenir sur ce comportement, sur la notion de risque? Il faut observer la dynamique de la prise de risque, cela est nécessaire mais pas toujours suffisant pour éviter l'accident, la catastrophe. Je vais essayer d'en faire l'illustration par la description d'un cas clinique. Et comme l'on apprend plus par nos échecs que par nos succès, je vais prendre un cas qui est un échec thérapeutique.

Deux fois j'ai reçu en consultation des jeunes filles pour une demande de dépistage VIH après rapports sexuels non désirés, alors qu'elles étaient sous l'emprise de l'absorption de mélange alcool-benzodiazépine. Pascale est l'une d'elles. En été 1997, elle consulte pour la première fois. Elle demande un dépistage VIH car elle vit dans l'angoisse depuis trois mois après un rap-

port sexuel non protégé. Elle a une bonne connaissance de l'infection à VIH. Face à mes rappels d'informations en matière de prévention, elle me déclare alors que ces rapports sexuels étaient « non consentis ». Un samedi soir, en boîte de nuit, alors qu'elle commençait à être fatigué, elle accepte de prendre des comprimés proposés par le barman afin de retrouver « la pêche ». Mais c'est le trou noir jusqu'au réveil, le lendemain chez elle, bien au chaud dans son lit. Que s'est-il passé? Qu'avait-elle fait? Comment avait-elle pu rentrer en voiture? Aucun souvenir, puis le doute en observant sa culotte, les tâches n'étaient pas celles de pertes vaginales normales : « vous voyez ce que je veux dire? ». Cela lui était déjà arrivé de boire un peu, mais jamais elle n'avait eu de « trou noir » et fait des « bêtises ». Elle a l'habitude de prendre des précautions. Elle est sûre que le barman l'a droguée et qu'il y a eu tromperie volontaire sur le produit, les comprimés. Je lui pose la question de la plainte en justice. Refus catégorique de sa part. Non pas par peur de devoir « tout raconter » à la famille, à la police, ou par peur d'éventuelles représailles mais « parce que j'y retourne tous les samedis ». Et Pascale de m'expliquer qu'en fait cela lui était arrivé il y a plus d'un an, qu'elle a déjà effectué plusieurs tests (négatifs).

Pendant 18 mois, je vais recevoir Pascale régulièrement en consultation, pour des tests ou pour dialoguer. Elle est certaine d'avoir eu des rapports sexuels non consentis, non prémédités, non désirés mais elle est retournée dans cette boîte, non pour protester, se plaindre mais pour, de nouveau, accepter la consommation alcool-Rohypnol. Car le barman lui a dit qu'il s'agit de Rohypnol. Il lui vend « au black » les comprimés (mais toujours avec consommations gratuites). Et Pascale de se réveiller de plus en plus souvent dans la boîte, la voiture ou dans une chambre avec un inconnu. Evidemment, mes discours ne portaient plus sur la prévention, le préservatif mais sur son comportement, sa prise de risque, sa soif d'obtenir son « trou noir ». Pascale est fille unique. Ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait huit ans. Elle n'a jamais revu sa mère (partie à l'étranger et sans donner de nouvelles). La vie avec son père est décrite comme idéale, elle admire son père, il s'occupe bien d'elle, l'emmène partout, même le week-end, les vacances, il l'aide au niveau scolaire. Il existe une complicité entre les deux et un moment privilégié : le soir, quand elle vient « faire un câlin » puis « discuter » avec son père, sur le lit parental, en regardant la télévision. Et quand elle s'endort ou « fait semblant », son père la porte dans ses bras jusqu'à son lit et lui fait un « bisou ». Et cela, de 8 à 18 ans.

A 18 ans, rupture brutale. Hasard des rencontres ou le père à t-il voulu attendre la majorité de sa fille pour recommencer une nouvelle vie, le fait est qu'il a amené une jeune compagne au domicile. Celle-ci a six ans de plus que Pascale. Fini les sorties du week-end, fini l'aide à la scolarité, fini les « mini-disputes » à propos des courses ou des tâches ménagères, fini la discussion du soir, fini le bisou dans les bras de papa. Pourtant, le père est toujours « sympa », « cool », « permissif ». Trop, comme pour faire comprendre à Pascale qu'elle est bien majeure, et donc que sa jeune compagne est bien majeure et responsable également. C'est à ce moment là qu'elle a commencé à sortir en boîte.

La consultation en médecine générale dans un centre de santé et le rythme est d'un rendez-vous toutes les 15 minutes. Si l'on

consacre une heure à un patient, les consultants d'après en souffrent D'où des consultations courtes mais répétées au rythme de Pascale. Je n'arrive pas à la convaincre d'accepter une aide psychologique. Pourtant son histoire se déroule presque sous mes yeux. Elle ne se considère pas comme une « toxicomane » même si elle est consciente de son « besoin de trou noir ». Maintenant, c'est VSD : Vendredi, Samedi, Dimanche. Elle n'achète plus le Rohypnol au marché noir, mais se fait prescrire de l'ivadal par son médecin traitant. Tiens, je finissais par croire que j'étais devenu son médecin traitant. A la troisième et quatrième consommation d'alcool, elle avale ses comprimés et s'endort dans la boîte. Mais avec ce « médicament », au lieu de se réveiller « après », elle se réveille « pendant » les rapports sexuels; « avec ça au moins, je m'en souviens un peu ». Paradoxalement, la semaine se passe bien. Sa conduite est normale. Par deux fois, je lui parle de mes réflexions qui m'amènent à évoquer l'inceste. « Vous n'y êtes pas du tout » et je la crois. Par contre, elle déclare volontiers sa grande jalousie envers la jeune compagne de son père, de son désir d'être à sa place.

Psychanalyse de médecin généraliste, je lui dis que ses « trous noirs » sont des fantasmes de relations sexuelles. Elle fait avec des inconnus ce que l'inconnue fait avec son père. Je lui explique encore et encore qu'elle est en train de se détruire, de miner son estime d'elle-même, qu'il est urgent pour elle de voir un psychologue, qu'elle reparle à son père. Mars 1999, en fin de consultation, elle déclare « j'aurais aimé avoir un père comme vous ». Depuis, elle n'a jamais reconsulté ni même vu un autre médecin du centre.

En reprenant le thème de l'article de Catherine Guitton, l'histoire de Pascale est édifiante. Tant dans sa conduite de prise de risques, que par le vécu qu'elle a des ruptures de valeurs de protection.

#### **Au plan familial :**

Divorce des parents, puis, pendant 10 ans, foyer monoparental avec hyperprotection compensatrice du père. Enfin, foyer recomposé avec une très jeune belle-mère. C'est une femme-enfant qui prend la place de l'enfant-femme. D'où jalousie, désillusion, auto-destruction par vengeance. Rupture de dialogue avec le père idéalisé et aveuglement (volontaire ou pas?) de celui-ci aux changements de comportement de sa fille.

#### **Au plan social :**

Un lieu festif détourné de sa fonction, en lieu de deal, d'initiation et de quasi prostitution. Même si elle refuse de reconnaître le viol, la violence que représentent les rapports sous influence, son passage à l'acte est devenu réfléchi, volontaire. Cela est manifeste lorsque qu'elle rompt avec le marché noir de Rohypnol pour consulter et acheter l'ivadal à la pharmacie et programme ainsi son « trou noir ».

L'incapacité du système de soins à l'accrocher, à répondre à sa détresse. Elle avait déjà consulté pour dépistage, elle a une gynécologue pour sa contraception orale et un médecin prescripteur de ses somnifères.

La chronisation de la situation est manifeste. Elle vit toujours chez son père malgré le non-dialogue et la jalousie vis à vis de celle qui a pris sa place. La multiplication des consultations n'aboutit pas à un changement de comportement, à l'orienta-

tion souhaitée vers une aide psychologique, une aide spécialisée, la ritualisation du week-end : boîte de nuit, alcool, médicaments, homme. La « maîtrise » de la situation.

En 18 mois, elle n'a pas eu de problèmes, ni avec ses partenaires, ni d'infections gynécologiques (une chlamydia dépistée par le gynécologue, à qui elle ne demande jamais de test HIV) et poursuit une scolarité correcte en deuxième année de faculté. Pourtant, des incidents apparaissent : son angoisse est grandissante notamment vis à vis du VIH, mais aussi sa fixation sur les relations sexuelles et d'essayer de « s'en rappeler un peu ». Il s'agit déjà de troubles psychologiques importants. Alors, « l'on » attend l'accident ?

### Commentaires Cindyniques par Catherine Guitton et perspectives cliniques

On voit bien comment la patiente ici recherche et entretient son « aveuglement » devant le danger. On en saisit les déterminismes psychologiques, conscients et inconscients : déni de sa relation incestueuse, renforcement des représentations mentales, amnésies post-traumatiques et névrotiques, confusion mentale et moments de conscience crépusculaire... Bref tout y est pour entretenir les effets de l'aveuglement, du non-dit et des clivages du Moi secondaires. Tout y est aussi pour laisser la place aux Risques Majeurs.

De plus, on comprend comment les déficits cindynogènes systémiques (les plus voyants!) se répartissent sur les 5 axes de l'Hyper Espace du Danger : lacunes sur l'axe Mémoire - Retour d'expérience (elle n'arrive pas à élaborer une histoire personnelle cohérente) sur l'axe déontologique (défauts et dissonances dans les comportements père - fille en référence aux droits usuels) sur l'axe épistémique des modèles (famille reconstituée avec confusion des générations) sur l'axe des finalités et celui des valeurs Ethiques (rupture avec la mère et disparition définitive de celle-ci dans la vie de la jeune fille...)

Ces dissonances président à une construction du monde pathologique pour la patiente et favorisent l'irruption d'une catastrophe prévisible. On peut aussi noter qu'il existe une sorte de déterminisme familial et une répétition de la disparition des femmes de cette famille. La maternité semble y avoir un statut impossible pour elles comme avenir...

Plane l'inquiétude d'un « destin néfaste auquel il faut se soumettre. Au fil des entretiens il apparaît une timide tentative de maîtrise de cette folie chez la patiente : elle change de produit pour essayer de se souvenir de quelque chose...

Notre projet thérapeutique ici serait d'effectuer d'emblée des entretiens collectifs avec le père et la maîtresse, si nécessaire avec les amis de la patiente et d'autres alliés (travailleurs sociaux, médecins, etc...) en présence de la jeune fille pour reconstituer autour d'elle un réseau social et familial et prendre ensemble, avec son consentement, des décisions bonnes pour elle. Il s'agit de soutenir son envie de vivre mais aussi de proposer un cadre de partage émotionnel et réflexion pour l'aider à exprimer ses difficultés, les élaborer et les traiter.

La thérapie familiale systémique peut-être aussi une thérapie de réseau et une médiation. Elle peut en quelques séances faire émerger une nouvelle conscience et estime de soi chez le patient désigné et le mettre sur la route d'une demande individuelle et d'une prise en charge soignante.

### BIBLIOGRAPHIE

- \* Guitton C., Padeloup C. Thérapies familiales et méthadones. In Actes du 2ème Colloque Européen, Toxicomanie, Hépatites, Sida, Cannes, septembre 1995, Editions Synthelabo, Les empêcheurs de penser en rond.
- \* Guitton C. Risque Danger et Catastrophe : La dynamique de la catastrophe dans les situations à risques. In Forensic n°18, 1er trimestre 1998.
- \* Guitton C. Fonctions d'autorité, appartenance institutionnelle et création de nouveaux sous-systèmes thérapeutiques auto-référencés en institution. In « Institution et Thérapie familiale », Plymakers J., Paris ESF, 1990.
- \* Guitton C. Instant et processus. ESF, Paris, 1988.
- \* Guitton C., Fournier A., Kervern G.Y., Monroy M. Le Risque Psychologique Majeur. Editions ESKA, Paris, 1996.
- \* Kervern G.Y. La Culture réseau. Editions ESKA, Paris, 1993.
- \* Kervern G.Y. et Rubise P. L'archipel du danger. Editions Economica, Paris, 1991.
- \* Lagadec P. Apprentissage pour une communication publique en situation de crise. Communication au Colloque « Risque et opinion publique », organisé par l'Institut Européen des Cindyniques, Lyon, 27 et 28 janvier 1994.

### Bibliographie de Catherine Guitton sur la question

- \* « Crise et Catastrophe : le Concept d'Hyper Espace du Danger » selon G.Y. Kervern Thérapie Familiale- Genève 1996 - volume 17 n°2.
- \* « Risque Danger Catastrophe » in Forensic - revue de Psychiatrie légale 1998 - n°18.
- \* « Le Risque Psychologique Majeur » - en collaboration avec A. Fournier, M. Monroy, G.Y. Kervern, ESKA Paris 1997.

## Diplôme d'Études Supérieures d'Université

# ADDICTIONS

## Formation diplômante de niveau Bac + 4

Cette formation s'adresse à tous les intervenants confrontés à des sujets dépendants :  
médecins, psychologues, éducateurs, assistants sociaux, infirmiers, policiers, juristes, etc.

Son objectif sera l'acquisition du savoir théorique et des compétences pratiques pour appréhender la problématique des addictions sous ses différents aspects :  
clinique, législation, soins, prévention.

Les principales conduites addictives seront étudiées :  
l'anorexie mentale et la boulimie, l'alcoolisme, les toxicomanies, le jeu pathologique...

**Responsable : Pierre ANGEL**, psychiatre, professeur de psychologie clinique et pathologique.

de janvier à décembre 2001 (3 jours par mois + stage)  
durée : 500 heures



### Renseignements et inscriptions

UNIVERSITÉ PARIS VIII – Formation permanente  
02, rue de la Liberté – 93526 Saint-Denis Cedex  
Tél. : 01 49 40 65 59 – Fax : 01 49 40 65 57  
<http://www.fp.univ-paris8.fr>  
E-Mail : [info-sfp@univ-paris8.fr](mailto:info-sfp@univ-paris8.fr)