

## Hélène Davtian-Valcke

Fratricide et schizophrénie :

Problématique de la coexistence sous le toit familial

Thèse présentée et soutenue publiquement le 2 mai 2016  
en vue de l'obtention du doctorat de Psychologie  
de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense

sous la direction de Mme Régine SCHELLES

Jury :

Rapporteur :	Marie-Carmen CASTILLO	MDR-HDR Université Paris VIII
Rapporteur:	Florian HOUSSIER	Professeur Université Paris XIII
Examineur:	Martine BUNGENER	Directrice de recherche INSERM CERMES
Examineur:	Isabelle DURET	Professeur Université Libre de Bruxelles
Examineur	Philippe ROBERT	Professeur Université Paris Descartes

## **Remerciements**

En premier lieu, j'adresse mes remerciements au Professeur Régine Scelles, ma Directrice de Thèse qui m'a incitée à entreprendre cette recherche et à approfondir la réflexion que j'avais entreprise dans le cadre de l'UNAFAM. Je la remercie profondément pour son accompagnement rigoureux, stimulant et respectueux. Sans son incitation, je n'aurais pu découvrir toute la richesse de la question du fraternel, ni les perspectives thérapeutiques qu'elle décèle.

J'associe à ce travail les doctorants des Laboratoires TIF de l'Université de Rouen et A2P de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense avec lesquels le compagnonnage sur le chemin de la recherche a été porteur et en particulier Anne-Laure Pujol, Sabine Chatroussat, Sophie Pivry et Marie-Anne Ecotière.

La recherche est un travail solitaire qui nécessite de belles affiliations, la relecture attentive et exigeante d'Eliane Collombet avec qui je travaille depuis longtemps sur ce sujet a été essentielle. Je remercie par ailleurs la délégation UNAFAM du Val de Marne pour la mise à disposition d'un local.

Je remercie chaque personne appartenant aux trois fratries qui ont participé à cette recherche pour le temps consacré et la confiance donnée.

J'ai une pensée pour chacun de mes proches, et en particulier pour mes filles, qui m'ont aidée de leur patience, de leurs encouragements et sur bien des aspects pratiques auxquels je n'aurais pu faire face sans eux. Ils savent à quel point ils ont été importants pour tenir sur le long cours.

Je dédie ce travail à mes cinq frères et sœurs.

## **Table des matières**

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Préambule</b> .....	<b>12</b>
<b>Introduction : Présentation de la recherche</b> .....	<b>14</b>
A-1 Thématique de la thèse .....	15
A-2 Objectif principal .....	16
A-3 Prise en compte de la complexité de l'objet d'étude dans la méthodologie .....	17
La fratrie : un objet souple en constante transformation .....	18
La schizophrénie : au-delà du diagnostic, une expérience de vie singulière .....	18
A-4 Principes éthiques généraux .....	20
A-5 Présentation du protocole .....	20
Particularités de la recherche .....	21
A-6 Plan de la thèse.....	22
A-7 Attendus .....	23
<b>Chapitre 1 : La fratrie dans un environnement en mutation</b> .....	<b>24</b>
<b>Partie 1 : Psychiatrie contemporaine et transformation des places</b> .....	<b>24</b>
A/ Evolution de la place accordée à la famille.....	24
A-1 Séparer le malade de sa famille.....	26
A-2 Soigner la famille .....	26
A-3 Soutenir la famille .....	27
A-4 Impliquer la famille .....	27
B/ Changement de paradigme et effets sur les relations intrafamiliales .....	29
B-1 Injonction à cohabiter .....	29
B-2 Emergence du concept d'aidant familial en psychiatrie.....	31
B-3 Dilution de la question de la relation dans le modèle aidant familial/malade .....	33
B-4 Faible prise en compte de l'entourage jeune des patients .....	34
<b>Partie 2 : Principales recherches sur les familles de patients schizophrènes</b> .....	<b>35</b>

A/ Les émotions exprimées dans la famille.....	35
B/ La vulnérabilité des frères et sœurs des patients.....	36
C/ Les effets sur les parcours de vie des frères et sœurs .....	38
C/ Applications de ces recherches.....	41
C-1 Les frères et sœurs du patient : de potentiels malades ?.....	42
C-2 Les frères et sœurs du patient : de potentiels aidants ?.....	44
<b>Orientation de la thèse .....</b>	<b>46</b>
<b>Chapitre 2 : Schizophrénie : représentations et tentatives de compréhension</b>	<b>48</b>
<b>Partie 1 : Approches descriptives de la schizophrénie : .....</b>	<b>48</b>
A/ Premières observations de la schizophrénie .....	49
B/ Particularités de la schizophrénie.....	50
B-1/ La difficulté à se reconnaître malade.....	50
B-2/ Les décalages dans la vie quotidienne .....	51
B-3/ La dangerosité .....	51
C/ Conceptions modernes et pragmatiques de la schizophrénie.....	52
D/ Le modèle vulnérabilité-stress pour penser le rapport du patient à son entourage.....	53
<b>Partie 2 : Contributions à la compréhension du processus schizophrénique .....</b>	<b>55</b>
A/ Modèle psychanalytique.....	56
A-1 Federn et La question des frontières du moi .....	57
A-2 Searles et les processus transférentiels.....	58
A-3 Racamier et le déni d'altérité .....	59
B/ Modèle systémique .....	61
B-1 Le double lien.....	61
B-2 Le patient désigné .....	62
C/ Modèle phénoménologique.....	65
C-1 Binswanger et l'altération de l'humain .....	65
C-2 Pankow, « L'être-là du schizophrène ».....	67
C-3 Une lecture phénoménologique de la psychiatrie contemporaine .....	68

**Chapitre 3 : Du frère imposé à la construction de la relation fraternelle ..... 71**

Les fratries d'aujourd'hui, données sociologiques ..... 71

**Partie 1 : Etre frère : caractéristiques du lien fraternel ..... 73**

A / L'individu dans la fratrie et la construction de l'identité ..... 73

B / La conscience de l'autre dans la fratrie et la question de l'altérité ..... 74

C / La fratrie et tant que groupe et la question de l'appartenance ..... 76

D / La fratrie en tant que génération et la question de la temporalité ..... 78

**Partie 2 : Devenir frère : construction de la relation fraternelle ..... 80**

A/ De la fratitudo à la fraternité ..... 80

B/ Le paradigme fraternel (une lecture systémique de la construction de la relation fraternelle) ..... 83

B-1 Tension dynamique entre similitude et différence ..... 83

B-2 Schisme complémentaire et schisme symétrique ..... 84

C/ Le complexe fraternel (une lecture psychanalytique de la construction de la relation fraternelle) ..... 86

**Partie 3 : Rester frère : La fratrie face à la fragilité de l'un des siens ..... 91**

Synthèse ..... 92

**Chapitre 4 : Fratrie, handicap et maladie ..... 93**

**Partie 1 : Fratrie et handicap ..... 94**

A/ Retentissements sur les frères et sœurs et sur les liens fraternels ..... 94

B/ Influence de l'entourage sur ce que vit la fratrie ..... 95

C/ Questionnement intime : honte et culpabilité ..... 96

D/Processus de séparation – individuation : avancer sans l'autre ..... 98

E/ Processus de subjectivation du handicap ..... 99

F/ Ressource du fraternel ..... 100

**Chapitre 5 : Emergence de la schizophrénie : questions posées dans la fratrie**

..... 101

<b>Partie 1 : L'émergence de la schizophrénie et cycle de vie familial :</b>	<b>101</b>
A/ Le désarroi des parents et la solitude des frères et sœurs	103
B/ Le silence de la fratrie, silence sur la fratrie	105
B-1 La nature du silence	106
B-1-1 Silence de la fratrie	106
B-1-2 Silence dans la fratrie	106
B-1-3 Silence sur la fratrie	107
B-2 Le degré et l'intensité du silence	107
B-2-1 Se taire pour soutenir	107
B-2-2 La « silenciation », en réponse au sentiment d'insignifiance	108
B-2-3 Le déni, en réponse au désaveu de ce qui est vécu	108
C/ Schizophrénie et adolescence : une inquiétante ressemblance	109
<b>Partie 2 : Cohabitation : analyse des effets de proximité</b>	<b>111</b>
A/ Les fratries délirantes, premières interrogations sur le fraternel en psychiatrie	112
B/ Partager le même toit, les enjeux du vivre ensemble	115
B-1 Etre ensemble dans un espace perçu différemment	116
Effet de l'occupation de l'espace sur les relations	117
B-2 Etre ensemble sans partager la même temporalité	119
C/ L'expérience de centralité et mise en tension des places	120
<b>Synthèse de la revue de littérature</b>	<b>122</b>
A/ Résonance entre processus fraternel et processus schizophrénique	122
B/ Une tension spéculaire qui peut être menaçante	124
C/ De l'injonction à cohabiter à la capacité à coexister	125
<b>Chapitre 6 : Entre expérience clinique et recherche : processus de construction de la connaissance</b>	<b>126</b>
<b>Partie 1 : Questions de départ et positionnement éthique</b>	<b>126</b>
A/ L'accompagnement des familles de patients schizophrènes à l'Unafam	128

A-1 L'écoute individuelle de l'entourage du patient.....	129
A-2 L'accompagnement collectif de l'entourage du patient.....	130
B/ Apprentissages issus de l'expérience clinique auprès des familles.....	132
B-1 L'expérience de dé-centralité de l'entourage.....	133
B-2 La non-demande.....	134
B-3 L'atteinte narcissique et le besoin de reconnaissance.....	135
B-4 Le fraternel : une thématique subsidiaire.....	136
<b>Partie 2 : Le travail avec les fratries de patients schizophrènes.....</b>	<b>137</b>
A Recherche-action « frères et sœurs face aux troubles psychotiques ».....	137
A-1 Principes généraux.....	138
A-2 Population.....	139
A-3 Mise en évidence des retentissements sur les frères et sœurs du patient.....	141
A-5 Ce que les frères et sœurs disent de leur implication dans la situation.....	145
<b>Partie 3 : applications dans la pratique clinique auprès des fratries de patients ..</b>	<b>147</b>
<b>Partie 4 : Bilan de ce processus de construction de la connaissance.....</b>	<b>149</b>
A/ Mise en évidence de nouveaux objets de recherche.....	149
B/ Définir un nouveau positionnement.....	151
<b>Chapitre 7 : Méthodologie de la recherche.....</b>	<b>153</b>
<b>Partie 1 : Problématique et objectif.....</b>	<b>153</b>
A/ Objectif principal.....	154
B/ Axes d'investigation.....	156
C / Deux corpus, différentes modalités de construction.....	158
D/ Ethique et déontologie.....	159
<b>Chapitre 8 : Premier corpus : analyse des récits de patients.....</b>	<b>161</b>
<b>Partie 1 : Recherche des « traces du fraternel » dans deux récits autobiographiques</b>	
<b>de patients.....</b>	<b>161</b>
A-1 Méthodologie : analyse du témoignage.....	161
A-2 La parole du patient schizophrène comme axe de connaissance.....	163

A-2.1 Vivre et dire sa psychose.....	164
Methodologie.....	165
Extraits des résultats en lien avec l'objet d'étude de la thèse.....	166
A-2.2 Patricia E. Deegan et le parcours de rétablissement.....	167
Regard de l'autre sur soi.....	168
Regard sur soi-même à travers le regard de l'autre.....	170
A-3 Objets d'analyse : récits de John Perceval et Polo Tonka.....	171
A-5 Grille d'analyse des récits autobiographiques des patients.....	172
<b>Partie 2 : Analyse des récits autobiographiques .....</b>	<b>173</b>
A/ John Perceval.....	174
A-1 Spencer, le frère aîné pilier du groupe familial.....	176
A-2 Place des frères et sœurs dans les hallucinations de John.....	177
A-3/ La nécessité du sentiment fraternel.....	180
A-4 La déception.....	181
B/ Polo Tonka.....	183
B-1 L'entrée dans la maladie décrite par une personne malade.....	183
B-2 Regard d'un malade sur les transformations de sa fratrie.....	185
B-3 Faire équipe : un pas vers la rémission.....	187
B-4 Création d'un autre : « moi-même ».....	188
C/ Synthèse des récits autobiographiques.....	188
<b>Chapitre 9 : Deuxième corpus : analyse de trois fratries.....</b>	<b>190</b>
<b>Partie 1 : Mises-en œuvre des principes éthiques dans la recherche .....</b>	<b>190</b>
A/ Recueil du consentement.....	190
B/ Précautions.....	192
C/ Choix du lieu de rencontre.....	194
C-1 Méthodologie : l'entretien clinique de recherche.....	195
Le premier entretien.....	197
Le deuxième entretien.....	197
C-2 Contact avec le milieu et diffusion de l'information.....	198

C-3 Population.....	199
C-4 Modalités d'analyse .....	200
D/ Difficultés et limites de la méthode.....	201
E/ Présentation générale des trois fratries.....	203
F : La scène de la rencontre .....	207
F-1 La mobilisation de tous les membres d'une même fratrie.....	207
F-2/ Le déplacement de la question hors du lieu de soin du patient.....	208
<b>Partie 2 : Analyse des trois fratries.....</b>	<b>208</b>
A/ Fratrie 1 .....	209
A-1 Compréhension de la maladie par Alain .....	211
A-2 Compréhension de la maladie par les frères et sœurs .....	214
A-3 Vécu de cohabitation.....	218
Proximité physique et sensorialité.....	218
Silence dans la fratrie .....	219
Honte et culpabilité .....	220
Besoin d'éloignement .....	222
La question du temps.....	223
A-5 Jeux des alliances dans la fratrie.....	224
A-6 Perception d'autrui, les Imagos fraternels .....	229
A-7 Synthèse de la fratrie 1 .....	231
B/ Fratrie 2 .....	232
B-1 Compréhension de la maladie par Franck.....	234
B-2 Compréhension de la maladie de Franck par les sœurs.....	236
Constat des effets de la maladie sur leur propre vie.....	237
B-3 Vécu de Cohabitation.....	238
B-4 Processus d'adaptation .....	241
B-5 Perception d'autrui : les imagos fraternels .....	245
B-6 Synthèse de la fratrie 2 .....	248
C/ Fratrie 3 .....	248

C-1 Compréhension de la maladie par Luc .....	250
Ce que Luc dit de ses troubles.....	250
C-2 Compréhension de la maladie de Luc par ses sœurs .....	251
De l'ordinaire à l'étrangeté.....	252
Description rétrospective des troubles et tentative de compréhension.....	254
C-3 Vécu de cohabitation .....	255
C-4 Perception d'autrui, les imagos fraternels.....	259
C-5 Processus d'adaptation .....	260
C-6 Synthèse de la fratrie 3.....	262
<b>Synthèse des trois fratries .....</b>	<b>263</b>
La place des parents.....	263
La fratrie dans un rôle d'interface.....	264
La faible recherche d'information sur la maladie.....	265
L'importance de la question de la consubstantialité.....	265
La difficulté liée à la situation de cohabitation.....	266
La diversité des processus d'adaptation .....	266
<b>Synthèse des trois frères atteints .....</b>	<b>267</b>
<b>Chapitre 10 : Discussion .....</b>	<b>270</b>
A/ Nature des retentissements sur les frères et sœurs du patient .....	271
A-1 Spécificité de ces retentissements dans les fratries de patients schizophrènes.....	273
Du côté des frères et sœurs des patients schizophrènes :.....	273
Du côté des frères malades .....	275
A-2 Consubstantialité et vulnérabilité à la schizophrénie .....	275
A-3 Les frères et sœurs : curseurs entre le normal et le pathologique .....	276
B/ La consubstantialité : raison de la fragilité de la fratrie .....	277
B-1 Spécificité de la tension spéculaire dans les fratries de patient schizophrènes .....	277
Tension spéculaire du côté du frère malade.....	278
Regarder et se voir regardé .....	279
B-2 Collés ou séparés : deux destins extrêmes des fratries de patients schizophrènes .....	280

B-3 Quand la tension spéculaire n'est pas supportable .....	281
C/ La consubstantialité : raison des ressources de la fratrie .....	282
C-1 Partage d'une mémoire commune : soutien à la continuité d'existence .....	283
C-2 Reconnaissance réciproque de l'étrangeté en soi-même : soutien à la capacité réflexive .....	283
C-3 Contestation de la position d'omnipotence : retour vers une conflictualité ordinaire .....	286
C-4 Passerelles entre réalité interne et réalité extérieure .....	288
C-5 Dépasser ensemble le sentiment de honte .....	289
D/ Quand la tension spéculaire est supportable .....	290
<b>Chapitre 11 : Préconisations .....</b>	<b>292</b>
1/ Soutenir le lien fraternel.....	292
2/ Connaître les personnes concernées par la situation de cohabitation avec la personne malade .....	292
3/ Favoriser l'accès à la réciprocité.....	293
4/ Soutenir globalement le processus d'individuation de l'ensemble de la fratrie .....	294
5/ Assouplir les situations de cohabitation.....	295
6/ Réguler les conflits sans en empêcher l'expression .....	296
7/ Adapter l'information destinée aux frères et sœurs .....	297
8/ Prévenir sans désigner .....	298
9/ Accompagner le processus de subjectivation.....	299
<b>Conclusion .....</b>	<b>301</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>302</b>
Annexes 3 : Index des figures et tableaux .....	309
<u>Annexe 4</u> : Les extraits des traces du fraternel dans le récit autobiographique de John Perceval .....	311
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>321</b>

## Préambule

Le texte publié sous le titre « *Our raison d'être* » comme objet de la revue américaine Scientific Review of Mental Health Practice correspond au constat qui nous a conduits à engager ce travail de recherche. Les observations issues de notre pratique nécessitaient un approfondissement scientifique, et réciproquement l'analyse scientifique a fait évoluer la pratique clinique. Il y a donc un va-et-vient entre la perception subjective du clinicien et la position plus distanciée du chercheur, mais aussi entre ce que la démarche scientifique peut valider et la manière dont elle peut réorienter le travail clinique. Aux Etats-Unis, le contexte de la psychiatrie s'est transformé plus rapidement et plus radicalement qu'en France, creusant l'écart entre la clinique et la recherche. Ce constat dressé par Scott O. Lilienfeld, rédacteur en chef de The Scientific Review of mental Health Practice, situe le contexte dans lequel s'est déroulé cette recherche et explique les fondements de notre approche.

*« Au long des dernières décennies, le champ de la psychologie clinique, de la psychiatrie, et du travail social a été témoin de l'élargissement profondément troublant du fossé entre la science et la pratique (...) entre le laboratoire académique et le divan. Ceci conduit à une divergence préoccupante entre, d'une part, ce que nous avons appris de la psychologie de la mémoire, l'hypnose, l'influencabilité, le jugement clinique et l'évaluation (estimation) ; et les causes, les diagnostics, et les traitements des troubles mentaux ; et d'autre part, les pratiques cliniques de routine. »* (Lilienfeld, 2002, p. 1).

En 2009, un état des lieux sur le handicap psychique dressé par 22 experts, a conduit au même constat et a redéfini les axes prioritaires de recherche en sciences humaines dans le domaine de la maladie mentale. Les auteurs mettent l'accent sur la nécessité d'orienter les recherches sur :

- L'expérience quotidienne des personnes handicapées psychiques. *« Ici c'est moins de données statistiques que nous manquons que d'enquêtes ethnographiques attentives au point de vue des personnes concernées, qu'elles soient ou non soignées ou reconnues. »* (Delbecq & Weber, 2009, pp. 5-14)
- L'entourage du patient. *« La place de l'entourage, pourtant cruciale, reste une grande inconnue ».* (Delbecq & Weber, 2009, pp. 5-14)

La recherche présentée ici s'inscrit dans la lignée de ces constats et préconisations puisqu'elle porte à la fois sur le quotidien « coexistence sous le toit familial » et sur l'entourage du patient « sa fratrie », mais aussi sur la propre expérience des personnes malades en tant que frères ou sœurs : le frère (ou sœur) malade étant intégré dans la recherche au même titre que les autres membres de la fratrie.

## **Introduction : Présentation de la recherche**

Cette recherche est le prolongement d'un travail clinique consacré à l'accompagnement de l'entourage familial des patients schizophrènes au sein de l'association Unafam<sup>1</sup>. Le terme « famille de patient » était alors évoqué comme une entité générique, monolithique, tant dans les textes qui régissent la psychiatrie que dans certaines pratiques cliniques. Au sein même de l'association Unafam, la différenciation des liens étaient très peu abordée et les liens du malade à sa famille étaient appréhendés à travers les le rapport parents/malades, la question des frères et sœurs apparaissant essentiellement au moment où ils devaient assumer, auprès de leur proche, le rôle jusque là tenu par leurs parents dans l'accompagnement du proche malade.

Ce constat m'avait alors conduit à porter une attention particulière aux frères et sœurs de patients à travers la conduite d'une recherche-action portant sur 600 frères et sœurs de personnes souffrant de troubles psychotiques. Les participants de cette enquête étaient âgés de 10 ans à 79 ans, et les résultats nous ont incité à porter notre analyse actuelle sur le groupe des plus jeunes, c'est-à-dire sur ceux qui vivent dans une situation de cohabitation sous le toit familial avec leur proche malade.<sup>2</sup>

L'objectif principal est de mieux comprendre ce qui se passe au sein d'une fratrie quand l'une des personnes souffre de schizophrénie. En observant les liens fraternels, nous cherchons à approcher l'expérience subjective vécue par tous les membres de la fratrie, tous concernés par cette recherche, le patient au même titre que ses frères et sœurs.

Dans cette recherche, la maladie schizophrénie n'est pas au centre de l'observation, ce qui nous intéresse est la situation liée à la schizophrénie. Nous n'aborderons pas les aspects de diagnostics, ni de choix thérapeutiques relatifs à la maladie, mais nous nous centrons sur la vie de la fratrie dans ses dimensions existentielles. C'est donc l'approche phénoménologique qui prévaut dans cette thèse.

---

<sup>1</sup> Union nationale de familles et amis de personnes malades et /ou handicapées psychiques

<sup>2</sup> Les résultats de cette enquête sont présentés au Chapitre 6 Partie 2

## **A-1 Thématique de la thèse**

La recherche est motivée par le fait que, dans le mouvement de désinstitutionalisation des soins en psychiatrie, les retentissements sur l'entourage jeune des patients ont été très peu pris en compte. Pourtant, la maison familiale représente aujourd'hui le recours le plus commun à la sortie d'une hospitalisation et constitue, selon Carpentier (2001), le lieu le plus fréquent de « *relocalisation du patient psychiatrique* ». Ceci entraîne des situations de cohabitation fréquentes et durables du patient avec ses frères et sœurs en particulier au moment où ceux-ci sont enfants, adolescents ou jeunes adultes.

L'enjeu pour les membres de la fratrie est donc de vivre ensemble, c'est-à-dire de maintenir, développer et réinventer des modes de relation et d'échange qui tiennent compte de chacun malgré l'émergence de l'étrangeté chez l'un des membres du groupe. Bien que ce contexte de basculement des soins d'une institution soignante vers la maison famille ait renforcé la place des frères et sœurs dans l'environnement direct du patient, les effets des interactions fraternelles ont peu été étudiés (Davtian, Scelles, 2013). Il existe pourtant un consensus sur le fait que le lieu de vie du patient schizophrène est une donnée essentielle de sa prise en charge et de l'amélioration de son état. Ainsi de nombreuses études ont mis en corrélation la qualité de l'environnement, et plus précisément du climat familial, sur le nombre de rechutes et de ré-hospitalisations (Seywert, 1994). Ces recherches, initiées par Vaughn et Leff (1976) sur le niveau d'émotionnalité dans les familles (« *expressed emotion* »), ont mis en évidence que le risque de rechute était d'autant plus important que le patient schizophrène était en contact étroit avec un milieu familial à EE élevé.

La question du fraternel n'est donc pas à voir uniquement sous l'angle des retentissements possibles sur les frères et sœurs du patient schizophrène (la revue de littérature fera mention de ces recherches au Chapitre 1 Partie 3) mais aussi sur la façon dont les interactions dans la fratrie peuvent agir de façon positive ou négative. Nous faisons l'hypothèse que ce qui se passe dans la fratrie, notamment au moment de l'apparition des troubles, peut être déterminant dans le parcours du malade et la capacité de sa famille à rester à ses côtés.

Au-delà de la situation des frères et sœurs du patient, l'exploration de la relation fraternelle offre un angle d'étude particulièrement intéressant car elle représente, au cours de la vie humaine, la première expérience de rencontre qui impose d'accepter l'autre dans ce

qu'il a de semblable et dans ce qu'il a de différent (Scelles, 2004). A ce titre, le travail avec les frères et sœurs, membres d'une même famille, peut représenter l'archétype pour penser l'accueil de celui qui est fou comme « *membre de la famille humaine* », selon la définition de Rey du mot fraternité (2005).

Dans ce sens, le psychiatre Maisondieu (2003, p 171) montre comment l'émergence de la folie peut mettre en tension la question de la fraternité :

*« C'est le pressentiment d'être hors de lui-même et hors de l'humanité qui fait sa folie (...). En écho, celui qui paraît fou est celui qui n'est pas perçu par les autres comme leur semblable en humanité. Infréquentable, parce que non reconnu comme un pair, il est imaginativement chassé de la famille humaine et cesse par conséquent d'être un frère ».*

L'objet de la recherche est donc d'explorer les ressources et les difficultés des membres de la fratrie dans le processus de socialisation, c'est-à-dire le processus qui permet le maintien de la relation et la capacité d'être en présence sans se sentir menacé et sans représenter une menace.

## **A-2 Objectif principal**

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre ce qui se passe au sein d'une fratrie quand l'une des personnes souffre de schizophrénie. Il s'agit d'une recherche exploratoire rétrospective où les frères et sœurs sont invités à revisiter leur histoire. Nous nous intéressons aux liens fraternels tels que chacun se les rappelle et à ce que la maladie a introduit comme changement.

Nous visons à approcher l'expérience subjective vécue par chacun des membres de la fratrie, sur un plan intrapsychique, interpersonnel et social.

Tous les membres de la fratrie sont concernés par cette recherche : le patient au même titre que ses frères et sœurs. L'objet de la recherche n'est donc pas la fratrie du patient schizophrène mais les processus d'adaptation de chacun des individus ainsi que les processus d'adaptation de la fratrie en tant que groupe.

Parmi les résultats de la recherche-action menée pour l'Unafam en 2003, la situation des frères et sœurs les plus jeunes a attiré notre attention et oriente la recherche actuelle. En effet, les réponses du groupe des frères et sœurs âgés de 10 à 21 ans avaient donné des indicateurs alarmants sur leur vulnérabilité et leur isolement lors de l'apparition des premiers troubles (Davtian H. , 2005). A cet âge les membres de la fratrie vivent encore souvent sous le toit familial ou avec des retours fréquents à la maison, ils sont donc témoins impliqués de l'émergence des troubles. Le silence sur ce sujet a été repéré aux USA par Marsh (1997).<sup>3</sup>

La recherche porte plus précisément sur la question de la cohabitation et de la vie en commun sous le toit familial quand un membre de la fratrie est atteint de schizophrénie.

### ***A-3 Prise en compte de la complexité de l'objet d'étude dans la méthodologie***

L'option la plus souvent préconisée pour une recherche est de réduire le nombre de variables pour isoler un objet d'étude. Nous verrons que cette option a déjà été utilisée pour l'analyse des fratries de patients schizophrènes. Ces approches, en majorité centrées sur un modèle médical et que l'on pourrait définir comme patho-centrées, ont mis en évidence la vulnérabilité des frères et sœurs de patients schizophrènes mais elles ne permettent pas d'intégrer les niveaux de complexité liés à l'objet et d'observer la dimension processuelle qui nous intéresse ici. Si la spécialisation, le choix des critères, le mode de recueil des données sont autant d'éléments qui influencent la perception de la chose observée, une analyse prenant en compte la complexité de l'objet ouvre un autre angle d'observation et permet de développer de nouvelles connaissances.

Pour aborder la revue de littérature et construire un cadre de recueil de données approprié à cette complexité, nous nous référons à l'analyse de Pédinielli (2012) définissant les nouveaux objets de la Psychologie Clinique qui ouvre le champ sur l'étude « *des rapports que le patient entretient avec sa condition de malade* » (Fernandez et Pédinielli, 2006, p 44). Il montre la pertinence de ne pas définir la chose observée par rapport à une approche théorique mais au contraire de trouver les appuis théoriques adéquats qui permettent d'observer sans déformer l'objet observé. C'est dans cette disposition éthique que se situe cette thèse. La revue de littérature a ainsi conduit à explorer différentes sources épistémologiques.

---

<sup>3</sup> Le mouvement de désinstitutionnalisation a été plus précoce et plus radical aux Etats-Unis qu'en France où la politique de secteur a permis une organisation des soins dans la cité.

### ***La fratrie : un objet souple en constante transformation***

La fratrie en tant qu'objet d'étude implique un grand nombre de variables. La complexité de cet objet d'étude est liée d'une part au fait que le sous-système fraternel est pris dans des enjeux complexes dépendant des sous-systèmes parentaux et conjugaux, tout en constituant un groupe en lui-même (Minuchin, 1974). Au sein de la famille, le frère/sœur est aux prises avec une variété de relations verticales et horizontales. Le groupe fratrie lui-même n'est pas un objet homogène, il y a une variété structurelle de ce groupe liée aux caractéristiques et aux histoires de chaque famille.

Par ailleurs, la question de la fratrie est à situer dans l'époque contemporaine où l'on assiste aux transformations rapides de la famille. Certains auteurs évoquent une usure des modèles de référence (Neuburger, 2010). Gaillard (2011, p.180) met en avant « *l'actuelle radicalisation des processus émergents d'individualisation et d'autonomisation des individus, la fin de l'identité appartenantielle, de la soumission à l'autorité de mode paternel et du hiérarchique vertical* ». Ces auteurs repèrent une perte de vitesse de la notion d'appartenance (lignée) pour celle de connexions (horizontalité), mouvement renforcé par l'utilisation des nouvelles technologies dans la sphère privée. La désinstitutionalisation du couple et de la famille induit une transformation du rapport à l'autre, la dimension émotionnelle devenant prépondérante dans le maintien des liens familiaux.

### ***La schizophrénie : au-delà du diagnostic, une expérience de vie singulière***

Concernant la schizophrénie, la multiplicité des approches pour tenter de définir ce trouble suffit à convaincre de sa complexité. Au delà de la spécificité propre à la schizophrénie, la polysémie du mot *maladie* dans la langue anglaise permet de mieux préciser la complexité que comporte toute situation de maladie qui combine au moins ces trois niveaux :

- ***disease*** : maladie objectivée par le médecin, c'est-à-dire maladie en tant que savoir médical,
- ***illness*** : maladie ressentie, éprouvée par le patient,
- ***sickness*** : qui englobe les deux notions dans un « *processus de socialisation de la maladie* ».

Dans le cadre de cette recherche, l'analyse porte sur la situation de vie impliquant une personne schizophrène et non sur la maladie en tant que diagnostic. Si l'on se réfère à une approche médicale, le mot « maladie » désigne « *un ensemble d'altérations qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme* » (définition issue du site santé médecine.net), la phénoménologie en revanche s'intéresse à l'expérience, ici l'expérience vécue par l'ensemble des membres qui composent la fratrie dont un membre est atteint de schizophrénie. La maladie schizophrénie en tant que telle n'est pas au centre de l'analyse, ce qui nous intéresse c'est la situation engendrée par la schizophrénie.

Dans l'expression **trouble schizophrénique** à laquelle nous aurons recours, le mot trouble ne fait pas référence à la traduction du mot anglais *disorder* tel qu'il figure dans les classifications internationales (DSM V, CIM X) mais son usage permet de mieux évoquer la situation vécue dans la famille. Il permet d'illustrer l'expérience « troublante » vécue par la fratrie devant l'émergence de la schizophrénie. Les synonymes du mot trouble permettent de comprendre la pertinence de ce mot dans cette situation :

- Qualificatifs : vaseux, altéré, obscur, confus, nébuleux, menaçant, inquiétant, ...
- Noms : émotion, confusion, nervosité, dérangement, désordre. (Boussinot, 1992)

Par ailleurs, pour relater l'expérience vécue par le malade et ses frères et sœurs nous serons amenés à utiliser à dessein le mot **folie**<sup>4</sup>, car il permet de s'attacher à la dimension existentielle, dimension souvent masquée par la tendance à la médicalisation de la psychose mais à laquelle se trouve pourtant confrontée toute personne qui l'approche. En effet, quelles que soient les approches théoriques auxquelles on se réfère, il s'agit malgré tout, pour la personne atteinte et pour celle qui la côtoie, d'une rencontre avec l'étrange, l'imprévisible et l'irrationnel.

---

<sup>4</sup> Nous entendons le mot « folie » comme le psychiatre et romancier anglais Willocks (2012, p 34) « *je trouve le terme « folie » moins cruel que « aliénation » et plus humain que « psychotique ». La présence- l'éventualité de la folie en chacun de nous est ce qui nous rend si profondément humain. »*

#### **A-4 Principes éthiques généraux**

La recherche a reçu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes, elle est enregistrée sous le N° 2013-A01173-42.

L'éthique n'est pas une abstraction, elle n'est pas non plus l'application d'une règle, elle doit être en phase avec l'objet de la recherche. Ici l'objet n'est représentable ni par un type d'individu ni par un type de diagnostic, l'objet de la recherche est une situation de vie partagée par le groupe fratrie et l'analyse porte sur la façon dont les individus qui composent ce groupe s'organisent dans cette situation donnée.

Cet objet de recherche nous a placés en tant que chercheur devant une « *aporie épistémologique* » (Waintrater, 2004, p. 4) car les questions du fraternel et de l'étrangeté psychotique renvoient à des thématiques différentes et à des niveaux sociaux, interrelationnels et intrapsychiques qui s'intriquent et s'articulent. Il y a à la fois de l'historicité, de la complexité, du factuel, de la représentation sociale, des mythes familiaux, de la subjectivité individuelle. Il n'existe pas de modèle théorique qui intègre l'ensemble de ces composantes. Le modèle de « *recherche-action existentielle* » développé par Barbier (2015, p 1-13) indique la nécessité de développer sur certains sujets « *une approche multiréférentielle* » et de développer une « *langue scientifique dotée d'un certain polyglottisme* ». Dans le cas de cette recherche, il a donc fallu se référer à différentes conceptions pour appréhender le sujet dans toutes ses composantes puis pour problématiser un axe de recherche et enfin construire un cadre de recueil des données approprié et spécifique à l'objet d'étude.

#### **A-5 Présentation du protocole**

Devant cet objet de recherche, notre position scientifique a été de développer une approche qualitative qui permette d'accéder à d'autres connaissances que celles obtenues par le biais de la recherche-action menée en 2003. Cependant les données issues du travail

antérieur de clinique et de recherche ont été reprises dans cette thèse qui s'inscrit dans un continuum et une construction dynamique.

- a) Comme le préambule le présente, cette thèse a pris naissance et s'est appuyée tout au long de sa réalisation sur une expertise et des connaissances issues d'une pratique clinique de dix ans auprès de l'entourage familial des patients schizophrènes. Elle s'inscrit également dans le prolongement d'une recherche-action qui sur la base d'un questionnaire avait concerné 600 frères et sœurs de patients. Les éléments recueillis par la pratique sont présentés au **Chapitre 6**.
- b) Le deuxième axe de connaissance porte sur l'analyse de deux récits autobiographiques de patient. Dans ces récits, toutes les évocations ayant trait au fraternel ont été répertoriées, (évocation d'un frère ou d'une sœur en particulier, du groupe, de souvenirs, ...) puis analysées selon une approche thématique au **Chapitre 8**.
- c) Le troisième axe porte sur l'étude de trois fratries dont un membre est atteint de schizophrénie. Chacun des membres de la fratrie est reçu individuellement à deux entretiens d'une heure environ. **Chapitre 9**.

### ***Particularités de la recherche***

En centrant la recherche sur l'expérience vécue par la personne malade et par ses frères et sœurs, nous développons une approche innovante qui pourra apporter des connaissances afin de mieux accompagner le patient et sa famille.

La particularité dans cette recherche est d'inclure le patient au même titre que les autres membres de la fratrie et de s'intéresser à lui en tant que frère c'est-à-dire dans un positionnement réciproque d'une personne ayant des frères/sœurs et étant perçus par eux comme un frère/sœur.

Une autre particularité est de recueillir autour d'un même sujet tous les membres d'une même fratrie permettant une analyse croisée d'une même situation.

## **A-6 Plan de la thèse**

L'objet de la recherche n'est pas un objet fixe car d'une part le mot fratrie reste difficile à définir, d'autre part la schizophrénie demeure un trouble difficile à diagnostiquer dont l'étiologie fait encore débat, enfin, le contexte dans lequel évoluent les fratries dont un membre est atteint de schizophrénie subit lui aussi des transformations importantes. Pour approcher le sujet de recherche il paraît nécessaire d'explorer chacune de ces trois dimensions. La revue de littérature visera à explorer ces trois champs d'investigation et leurs intrications.

Afin d'appréhender le contexte dans lequel se situe cette recherche, le **Chapitre 1** visera à repérer, dans une perspective historique, les évolutions des prises en charge des patients et les effets qu'elles ont eu sur la place accordée aux familles. Ceci permettra de mieux comprendre les impacts de la psychiatrie contemporaine sur les relations intrafamiliales et l'émergence de la question de la fratrie.

Le **Chapitre 2** reprendra les différents modèles de compréhension de la schizophrénie.

Au **Chapitre 3**, il s'agira de s'intéresser à la construction de la relation fraternelle, relation non élective au départ mais qui crée un processus d'identification et de séparation actif amenant les partenaires de cette relation à se reconnaître mutuellement frères.

Dans la **Synthèse de la littérature**, nous verrons comment le processus schizophrénique et le processus fraternel peuvent rentrer en résonance.

La thèse s'inscrivant dans une démarche au long cours basée sur un travail clinique et une recherche-action, le **Chapitre 6** a pour but de repérer les connaissances acquises dans les travaux antérieurs ceci ayant permis de dégager de nouveaux axes de recherche.

Le **Chapitre 7** présentera la méthodologie, les résultats seront présentés en deux parties : le **Chapitre 8** pour le premier corpus concernant les récits autobiographiques de patients, le **Chapitre 9** pour le deuxième corpus portant sur l'analyse des trois fratries.

## **A-7 Attendus**

Dans un contexte de désinstitutionalisation des soins et de développement des prises en charge en ambulatoire, les frères et sœurs vont être de plus en plus impliqués dans les situations de vie avec leur proche malade, et le malade va être de plus en plus en contact avec son entourage familial.

Compte tenu que l'environnement est une donnée essentielle dans la prise en charge des patients schizophrènes et dans l'évolution de leur situation, il devient nécessaire d'explorer les relations interpersonnelles au sein de la fratrie.

En cherchant à considérer de manière plus fine la dimension du fraternel dans les troubles schizophréniques, cette recherche permettra de repérer les effets positifs ou négatifs des situations de cohabitation sur l'ensemble des membres de la fratrie. Ce travail vise, dans une perspective préventive, à poser les bases d'une meilleure prise en compte de la situation des frères et sœurs qui peuvent à la fois souffrir mais aussi être une ressource pour la personne malade. Il vise aussi, dans une perspective curative, à repérer ce que représente pour une personne atteinte de schizophrénie la présence de ses frères et sœurs dans son environnement de vie.

## **Chapitre 1 : La fratrie dans un environnement en mutation**

Dans un premier temps, en situant notre objet d'étude dans une perspective historique, nous visons à mettre en évidence son actualité et à comprendre comment, aujourd'hui, le contexte des soins peut influencer une certaine représentation de la famille (Partie 1). Dans un second temps il s'agira de repérer les principales recherches portant sur la famille et la fratrie du patient schizophrène dans le contexte de la psychiatrie actuelle.

### ***Partie 1 : Psychiatrie contemporaine et transformation des places***

Le fait de ne pas intégrer suffisamment la dimension contextuelle et la complexité des intrications du social et de l'intime a souvent conduit en psychiatrie à des oppositions théoriques et cliniques. Ceci a pu conduire à « *un réductionnisme binaire (qui) repose sur une série de simplifications abusives et de malentendus entretenus par des positionnements idéologiques à forte charge émotionnelle.* » (Jeammet, 2014, pp. 78-84). La revue de littérature permettra de comprendre comment les relations du patient à son entourage familial ont été influencées par les changements de conception dans l'étiologie et par l'évolution des modes de prise en charge. L'analyse de effets de la psychiatrie contemporaine est essentielle pour aborder ce qui se noue dans les relations interfamiliales.

#### ***A/ Evolution de la place accordée à la famille***

L'histoire de la psychiatrie a été marquée par une perpétuelle remise en question du rapport malade et société et l'on peut constater que la place accordée à la famille a changé en fonction de l'évolution de l'étiologie mais aussi des contextes économiques et sociétaux.

Les différentes manières d'aborder la schizophrénie ne peuvent être indépendantes des façons de penser l'être humain tout à la fois sujet de son histoire, être de relations, individu doté d'un corps et de fonctions. La conception de la maladie a une incidence très importante sur les soins et sur la façon dont le patient est pris en charge, mais elle a aussi un effet

considérable sur la façon dont va être considérée la famille, non seulement en ce qui concerne la place qui lui sera accordée dans les soins, mais aussi sur la façon de penser le rapport patient/famille.

Retracer les différentes étapes de cette évolution permet de mieux appréhender les questions du rapport du patient à ses proches et en particulier à ses frères et sœurs dans le contexte de la psychiatrie contemporaine.

Nous situerons le début de cette histoire après la seconde guerre, c'est-à-dire après le siècle des aliénistes et le boum des institutions qui a été qualifié de Grand enfermement. Certains préfets dénonçaient alors la tendance des maires, mais aussi des familles à avoir recours abusivement à ces institutions. Ils repéraient que ce n'est pas la folie qui progressait mais la facilité et l'empressement à interner et dénonçaient « *l'égoïsme des familles qui s'affranchissent des devoirs que leur impose la nature* ». (Quétel, 2012, p. 316).

La période à laquelle nous faisons référence, de l'après-guerre à nos jours est celle du mouvement de la désinstitutionalisation. Ce mouvement fait suite à une augmentation constante des lits d'hôpitaux en psychiatrie jusqu'au point culminant de 1969 (70500 hospitalisés en 1916, 98 000 en 1954, 112000 en 1962, 119000 en 1969) (Quétel, 2012, p. 540). Dans la période de l'après-guerre se pose rapidement la question du coût de la santé mentale et démarre alors l'amorce du glissement des soins de l'hôpital vers la cité avec le développement de la politique de secteur<sup>5</sup> dont l'objectif est triple : traiter à un stade précoce, séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu, assurer une posture évitant les hospitalisations.

C'est aussi l'arrivée des neuroleptiques dans les années 50 qui, en modifiant les modes de traitement en psychiatrie, a permis ce grand mouvement de désinstitutionalisation des patients psychiatriques. On peut y repérer quatre principales étapes en ce qui concerne l'évolution de la représentation des familles de patients psychiatriques. Celles-ci s'inscrivent dans une évolution chronologique mais continuent cependant à se chevaucher, ce qui fait qu'une même famille peut, au cours du parcours psychiatrique de son proche, être perçue de façon différente par les soignants.

---

<sup>5</sup> Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. France.

## **A-1 Séparer le malade de sa famille**

Après guerre, la famille est considérée comme un milieu pathogène dont il faut extraire le malade, le thérapeute viendrait réparer les torts d'autrefois. L'idée dominante est que pour soigner le malade il faut le séparer de sa famille. Fromm-Reichmann (1948) avance le concept de « *mère schizophrénogène* ». Dans cette lignée, Lidz (1967) conçoit que la schizophrénie serait un comportement acquis d'un individu évoluant dans un environnement anormal où le malade devient le bouc émissaire de conflits entre ses parents.

Cependant, Searles (1959) lui-même associé à ces idées dans son article « L'effort pour rendre l'autre fou » avait aussi observé une réciprocité repérant que « *le fait qu'un patient qui lutte lui-même contre une psychose naissante projetera vraisemblablement la « folie » qui le menace sur l'un ou l'autre parent. Cela arrive souvent et même, à mon avis, presque toujours* » (Searles, 1959, p. 274).

## **A-2 Soigner la famille**

La représentation évolue dans le contexte d'une époque contestataire où la famille, comme la plupart des institutions, est perçue comme un lieu enfermant.

Don Jackson (1968) pensait que la maladie d'un individu pouvait contenir la pathologie du système et protéger la santé mentale de ses membres. En rejoignant l'équipe de Palo Alto qui s'intéresse à la communication dans les familles dont un membre est schizophrène, il expérimente l'hospitalisation de familles entières les week-end pour observer leur mode de communication.

Il repère que l'institution psychiatrique se défend elle-même « *contre la folie qu'elle est supposée contenir* » qu'il qualifie « *d'irrationalité institutionnelle* » (Cooper, 1967 p 57). Il crée en 1962 le Pavillon 21 où il tente une expérience d'anti-psychiatrie faisant le choix de ne plus utiliser les attributs du médical, comme la blouse blanche, pour se protéger. Il constate alors des effets de brouillage progressif des rôles, les chutes des frontières et notamment de la ligne de séparation soignants/patients, les montées d'angoisse chez le personnel jusqu'à la

verbalisation que cette angoisse est intolérable. Il constate que c'est sur cette base que peut se mettre en place un processus de changement.

Il considère que la schizophrénie est la résultante d'un « *mode d'invalidation sociale* » c'est-à-dire d'un « *processus systématique en vertu duquel presque tous les actes, toutes les déclarations et l'expérience de celui qui a été étiqueté schizophrène sont décrétés invalides, selon certaines règles du jeu établies d'abord par la famille, plus tard par les autres, dans l'effort de tous pour produire ce patient invalide dont on a un besoin vital* ». (Cooper, 1967 p 3).

C'est dans l'analogie entre dysfonctionnement institutionnel et dysfonctionnement familial que naissent les premières approches de thérapies familiales (Cooper, 1967).

### **A-3 Soutenir la famille**

Un consensus s'est progressivement installé sur la nécessité d'associer à la prise en charge du patient le soutien à sa famille. Ausloos (1995) a contribué à faire évoluer le regard sur les familles en introduisant une approche plus complexe, la famille pouvant être à la fois fragilisée et aidante. Dans sa conception, « Il faut « aider » la famille du psychotique, non pas parce que son dysfonctionnement est source de symptôme psychotique, mais parce que la crise du patient psychotique est aussi une crise familiale. Il faut donc soutenir la famille en tenant compte de ses fragilités, de ses limites et de ses compétences. La notion de « thérapie avec la famille » plutôt que « thérapie de la famille » a permis de sortir d'une vision essentiellement pathologique des liens familiaux et d'être attentifs aux ressources de ces liens pour la personne malade.

### **A-4 Impliquer la famille**

De nos jours, notamment sous l'impulsion de (Mc Farlane, 1983), les familles de patients schizophrènes sont considérées comme « *des familles « normales » confrontées à une maladie ou un ensemble de maladie dont l'origine est cérébrale* ». Mac Farlane (1983, cité par Miermont, 2004, p.3). A l'instar de toute autre pathologie chronique, l'éducation thérapeutique envers le patient se développe dans le but de lui apprendre des comportements

utiles qui lui font défaut, tandis que du côté des familles la formation est développée dans le but d'adapter l'environnement pour qu'il provoque moins de stress chez le patient. Cette conception est retenue aussi car elle permet, économiquement parlant, d'analyser les problèmes de santé mentale sur la même base que les pathologies somatiques : lits d'hospitalisation, rechute, éducation thérapeutique.

Le tableau suivant permet de synthétiser ces quatre principales étapes. Il s'agira ensuite de repérer plus précisément les questions posées à la famille dans l'étape actuelle.

Tableau 1 : Evolution de la place accordée à la famille du patient

	<b>CONCEPTIONS DE LA FAMILLE</b> par rapport à l'étiologie	<b>PLACE ACCORDEE A LA FAMILLE</b> dans la prise en charge du patient
<i>Etape 1</i>	<b>La famille rend l'un de ses membres malades</b> <i>Références : Lidz (1967), Searles (1959)</i>	<b>Séparer la famille</b> Pour soigner le malade, il faut l'isoler de sa famille.
<i>Etape 2</i>	<b>Le groupe-famille dans son ensemble est malade</b> <i>Références : Cooper (1967), Jackson D.D (1968)</i>	<b>Soigner la famille</b> Pour soigner le malade, il faut soigner sa famille. <i>Début des thérapies familiales.</i>
<i>Etape 3</i>	<b>La famille a une certaine compétence et <u>peut</u> contribuer à la prise en charge.</b> <i>Références : Ausloss (1995), Miermont (1997)</i>	<b>Soutenir la famille</b> Pour soigner le malade, on a besoin de sa famille. <i>Notion de thérapie <u>avec</u> la famille. Notion d'alliance thérapeutique : Patient-Soignant-Famille</i>
<i>Etape 4</i>	<b>La famille <u>doit</u> participer à la prise en charge.</b> <i>Références : Mac Farlane (1983) Approches descriptives DSM-5, CIM-10</i>	<b>Impliquer la famille</b> Pour soigner le malade, les familles doivent prendre le relais des soignants <i>Emergence de la notion <u>d'aidant familial</u> ; Développement des formations des familles.</i>

## **B/ Changement de paradigme et effets sur les relations intrafamiliales**

A l'étape actuelle le retour vers maison familiale à la sortie d'une hospitalisation est devenue l'orientation la plus courante. Carpentier (2001) constate qu'elle est ainsi devenue le premier « lieu de relocalisation du patient psychiatrique ». Le mouvement de désinstitutionnalisation qui cherchait à rompre avec un ancien modèle ségrégatif a conduit à un changement radical de paradigme dont il convient de repérer les effets sociétaux mais aussi, pour ce qui concerne notre recherche, intrafamiliaux, interpersonnels et intrapsychiques<sup>6</sup>. Le sociologue Carpentier (2001) remarque que, depuis le début de ce mouvement, la famille de schizophrène est passée d'un « modèle pathologique » (étape 1 et 2) à un « modèle de compétence » (étape 3 puis 4), c'est-à-dire d'un modèle où le cadre familial était jugé nocif à un modèle où il serait forcément aidant. « Historiquement, la famille est d'abord considérée comme la « cause » des problèmes de santé avant de devenir, dans un contexte de désinstitutionnalisation de la psychiatrie une « solution » pour maintenir la personne dans son milieu. Un changement majeur de paradigme s'effectue dans ce passage d'un modèle pathologique de la famille à un modèle de compétence ». (Carpentier, 2001, p. 79)

### **B-1 Injonction à cohabiter**

Une étude menée par Bungener (1995) a cherché à avoir une représentation plus précise des effets sociologiques de la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques. Cette étude porte sur l'analyse de 1844 questionnaires dont les répondants sont majoritairement des parents de malades adhérant à l'Unafam, elle a permis de distinguer quatre situations concernant le lieu de vie des patients :

- « Le malade dans sa famille : la maladie imposée (groupe 1 = 716)  
« Ce groupe est constitué de malades qui ne possèdent pas de logement personnels et vivent chez et avec leurs parents ».
- Le malade hébergé : la maladie à part (groupe 2 = 438)

---

<sup>6</sup> Carpentier (2001, p 90) distingue « la désinstitutionnalisation des patients de longue durée, pour lesquels le retour dans la communauté s'effectue avec un moins grand recours à la famille (...) et la politique de maintien des patients dans la communauté, pratique qui implique directement les familles ».

« *Personnes qui vivent en institution* »

- *Le malade en couple : la maladie compensée (groupe 3 = 59)*

Personnes qui vivent « *en couple, dans un domicile personnel* ».

- *Le malade chez lui : la maladie apprivoisée (groupe 4 = 598) »*

« *Personnes vivant de façon plus autonome, souvent seules, dans un logement personnel* ».

(Bungener, 1995, page 55)

Si l'âge moyen des patients dont il est question dans cette étude est de 40 ans, le groupe 1 (« le malade dans sa famille : la maladie imposée ») est celui qui concerne les patients les plus jeunes. Dans ce groupe, la situation de cohabitation concerne donc aussi les frères et sœurs du patient qui sont alors enfants, adolescents ou jeunes adultes. C'est l'observation de ces situations dont il sera question dans cette thèse qui porte sur la problématique de coexistence de la fratrie sous le toit familial.

Le constat dressé par les sociologues Carpentier (2001) et Bungener (1995) permet dans un premier temps de repérer une transformation du rapport du patient à sa famille : la proximité autrefois jugée néfaste est aujourd'hui banalisée au point que l'on pourrait penser qu'elle irait de soi.

Si l'on reprend le tableau précédent (Tableau 1), on constate que l'évolution s'est faite d'une préconisation à se tenir à distance vers une injonction à vivre ensemble, ce qui prévaut aujourd'hui et qui nécessite une analyse plus précise<sup>7</sup>. En France, ceci est acté dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015<sup>8</sup> qui qualifie la famille de « *veilleur au quotidien* ». Il précise que « *l'entourage est une ressource essentielle dans l'évaluation de la situation de la personne et un relais potentiel dans l'accompagnement et le rétablissement* »,

L'enjeu actuel posé au malade et à son entourage est de vivre ensemble, de partager le même toit tout en étant confrontés à l'émergence de l'étrangeté.

Par ailleurs dans le contexte français il est important de prendre en compte la nouvelle disposition introduite par la loi du 5/07/2011 qui introduit la possibilité de soin sans

---

<sup>7</sup> Près de 60% des personnes vivent dans leur famille. Pour 45% des familles, cette situation est non souhaitée et ressentie comme une contrainte forte (Bungener, 1995).

<sup>8</sup> [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr) / Santé mentale / Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

consentement à domicile<sup>9</sup>. Si cette disposition reposait sur l'idée d'assurer la continuité des soins et de donner un cadre juridique à la pratique courante des sorties à l'essai prolongées, elle place aussi les membres de la famille dans un rapport de proximité subi et qui peut être menaçant pour le patient comme ses proches. Concernant les jeunes frères et sœurs des patients, on peut se demander si leurs difficultés pourront être perçues et s'ils pourront être entendus dans le cas où cette proximité représenterait une menace pour leur propre équilibre psychique.

Au regard de ce constat, Bungener (1995) invite à « *s'interroger sur le caractère particulier de la cohabitation* ». Elle note d'une part « *les qualités d'un milieu familial qu'une telle cohabitation requiert (...) milieu familial cohérent, tolérant, non pathogène, propice à une démarche curative, (...) alors même qu'on ne peut simultanément méconnaître le trouble et le traumatisme de longue durée introduits dans ce même milieu familial par l'intrusion de la maladie mentale touchant l'un de ses membres.* » (Bungener, 1995, p 2)

## **B-2 Emergence du concept d'aidant familial en psychiatrie**

Les pays de l'OCDE confrontés à l'augmentation des soins de longue durée des personnes vivant à domicile s'intéressent de plus en plus à la question de l'aide informelle qui se distingue de l'aide professionnelle. Il n'y a pas de définition précise de ce que veut dire aider ou s'occuper de quelqu'un, mais on pourrait dire que « *le travail d'aide et de soins (caring) renvoie à l'effort mental, émotionnel et physique requis pour s'occuper de, répondre aux besoins de ou soutenir et soigner une personne ayant des incapacités, des pertes ou des maladies* ». (Lavoie & Guberman, 2010) cités par (Forest, 2014, pp. 11-13). L'étude *Trajectoires brisées, familles captives* menée par Bungener (1995) permet de se représenter plus concrètement la nature de l'aide apportée par les familles. Celle-ci se décline dans une multitude de domaines : aide à la vie quotidienne, c'est-à-dire aux fonctions de base que sont l'alimentation, l'hygiène individuelle et du lieu de vie, les achats et les déplacements, mais aussi l'aide à la gestion des actes administratifs, la surveillance du suivi médical et médicamenteux et bien souvent une aide financière en complément des allocations perçues.

---

<sup>9</sup> Loi N°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

En psychiatrie, le recours à l'aidant familial s'est imposé progressivement dans les pratiques, le retour vers la maison familiale étant l'orientation la plus fréquente et, de ce fait, la plus banalisée à la sortie d'une hospitalisation. Ainsi le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015<sup>10</sup> considère que le rôle de l'aidant familial va « *bien au-delà d'un soutien moral, il est présent pour aider la personne à soigner et gérer sa maladie notamment pour anticiper et traverser les moments de crise.* »

L'étude Caring for carers survey<sup>11</sup> (2015) montre qu'en France, l'aidant-type en psychiatrie est une femme de 61 ans dont l'enfant souffre de schizophrénie. Elle l'accompagne depuis 15 ans, en moyenne 14 heures par semaine. La plupart des aidants vivent à temps plein ou une partie du temps avec leur proche. Selon cette étude, 7 % des aidants sont des frères et sœurs.

Bien que ceci constitue un changement de paradigme radical, il n'y a pas eu de réelles analyses des effets intrapsychiques et interrelationnels concernant le changement de conception entre « la famille à soigner » (approche pathologique de la famille du schizophrène) et « la famille aidante » supposant la compétence de la famille. Si le mouvement de désinstitutionalisation des soins en psychiatrie a été porté au départ par des arguments thérapeutiques visant notamment à lutter contre la chronicisation en institution, le glissement de la sphère publique vers la sphère privée est aussi fortement sous-tendu par des arguments économiques et les études précédemment citées montrent l'importance du transfert de la charge vers les aidants familiaux.

Forest insiste sur les effets relationnels dans le rapport aidant/aidé : « *quand on définit l'aide par ce qu'elle est, l'invisible, le non-mesurable, on fait apparaître qu'au-delà des gestes, il y a le lien, un don de soi, un grand dévouement, une forme d'accompagnement qui ne fait pas appel qu'au faire, qu'aux actes, qu'au comment. (...) Un don non générateur de dette, une conception du don où il est impossible de l'inscrire dans une éthique de la réciprocité* » (Forest, 2014, pp. 11-13). Cette observation qui toutes les pathologies où des aidants sont impliqués invite à mieux repérer la part du non-invisible, non-mesurable quand il s'agit d'aider une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

---

<sup>10</sup> [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr) / Santé mentale / Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

<sup>11</sup> Volet français de l'étude « caring for carers » menée auprès de 1111 répondants de 22 pays par l'Eufami et l'Université de Louvain (Belgique). [www.caringformentalhealth.org](http://www.caringformentalhealth.org)

### **B-3 Dilution de la question de la relation dans le modèle aidant familial/malade**

Dans le glissement de la prise en charge d'un lieu public (l'hôpital comme « *établissement public de santé* ») vers un lieu privé (la maison familiale comme « *établissement privé de santé* »), il s'agit, dans cette recherche, de considérer ce mouvement sur le plan des relations et d'entendre le mot *privé* au sens d'*intime*.

La maison familiale est donc investie comme lieu de vie, lieu de soin, lieu de convalescence, et le glissement de la prise en charge se marque d'une perte d'une dimension institutionnelle, groupale et d'un renvoi vers l'intime. Abandonné par le social, renvoyé à l'intime, on pourrait dire, en s'inspirant des travaux de Arènes (2013) que « *le « nous » fait défaut* ». Le mouvement de basculement des soins de l'hôpital vers la cité ne s'est pas accompagné d'une ouverture de la cité à une capacité d'accueil de la folie.

La stigmatisation, le rejet, la peur sont les réactions les plus courantes dans le corps social, c'est pourquoi c'est au cœur des relations familiales que se joue la capacité d'accueil de la folie et de l'étrangeté. La réflexion de Arènes sur les effets du « *défaut de portance culturelle* » permet de mieux comprendre l'enjeu de la politique actuelle sur les familles. Cette faiblesse de l'étaillage social renvoie l'entourage du patient à se trouver dans une position « *d'autoportance* » difficile et épuisante. Les membres de la famille puisent dans leurs propres ressources pour pouvoir vivre au quotidien avec leur proche en développant leurs capacités d'accueil de l'étrangeté et de l'imprévisibilité liées à la maladie. Michel Houle, président de la Fappamm de 2008 à 2011, appelait les familles de sa fédération à être vigilantes à ce que nous appellerons ici les limites de l'autoportance, estimant que si les familles n'étaient pas aidées elles pouvaient devenir nuisibles pour leur proche<sup>12</sup>.

Une autre dimension à prendre en compte est la transformation du rapport du patient à ses proches. La question de la relation, le processus de séparation /individuation mis à mal par la psychose, la recherche de l'autonomie peuvent être figés dans un rapport de co-dépendance que peut renforcer, voire instituer le modèle aidant familial/malade. La charge de l'aidant vient parfois empêcher l'expression de la dimension affective et figer la relation dans un

---

<sup>12</sup> Plusieurs associations alertent sur l'excès de ce basculement comme le montre le titre d'un éditorial de la FFAPAMM « *Et si les familles faisaient grève !* » ou les propos introductifs du congrès de l'EUFAMI en 2011 à Bâle « *Du point de vue des familles et des aidants, le « prise en charge dans la cité » a tourné en réalité à la « prise en charge familiale » (...) aussi on peut se poser la question : du point de vue des familles, les soins dans la cité sont-ils une bénédiction ou une malédiction ?* »

partage de rôles bien établis. Dans cette revue de littérature nous n'avons pas identifié de travaux portant sur le point de vue des malades psychiatriques sur le glissement de la prise en charge d'une équipe soignante professionnelle vers l'entourage familial.

#### ***B-4 Faible prise en compte de l'entourage jeune des patients***

En 1992, dans un article écrit pour la National Alliance on Mental Illness (NAMI, USA) Marsh alertait sur la situation des frères et sœurs de patient qu'elle considérait comme étant « *les oubliés de la psychiatrie* »<sup>13</sup>.

Dans la plupart des textes qui régissent la psychiatrie, la famille du patient est nommée comme un tout indifférencié où la question des places, des générations et des âges est occultée du moment que l'un des membres de l'entourage assume un rôle actif d'aidant. Les frères et sœurs ont parfois l'impression d'être considérés dans la situation seulement au moment où ils sont perçus comme utiles pour la prise en charge, en particulier lorsque, du fait du vieillissement de ses parents, ils peuvent être incités à assumer le rôle de l'aidant familial.

Or, bien que peu abordée, l'implication de l'entourage jeune est une conséquence majeure et évidente de la désinstitutionalisation et du basculement de la prise en charge vers la maison familiale. Une étude québécoise portant sur le vécu et les besoins des familles conclut que « *ces changements ont affecté l'environnement familial des patients sans que personne n'ait prévu les problèmes que cela poserait aux parents, aux frères et sœurs, aux conjoints ou aux enfants de malades.* » (Sabetta, 1984)

Les frères et sœurs autrefois peu impliqués sont présents, témoins silencieux de l'expression de la psychose, témoins parfois délaissés par des parents happés par un rôle de plus en plus lourd, témoins non reconnus car pas encore capables de tenir un rôle. Les effets de ce changement sur la fratrie ont à ce jour été peu étudiés (Davtian & Scelles, 2013) et c'est donc sur la période du début des troubles que nous centrons la recherche.

---

<sup>13</sup> *Siblings : Forgotten family members* by Diane T. Marsh, Ph D. University of Pittsburg at Greensburg.

## ***Partie 2 : Principales recherches sur les familles de patients schizophrènes***

Les principales recherches ont porté sur la nécessité de repérer les effets de la désinstitutionalisation. Le glissement de la prise en charge n'est plus interrogé en tant que tel, les chercheurs ont pris acte de ce glissement et s'attachent à l'analyser à la manière d'une réalité à décrire. La famille est étudiée en tant qu'environnement d'accueil pour le patient et il s'agit de repérer les conditions du transfert de la charge de l'institution soignante vers la famille. C'est une des raisons pour lesquelles l'axe principal des recherches a porté sur le rôle que peuvent jouer les familles plutôt que sur la nature et la spécificité des liens.

Dans un premier temps, nous citerons les recherches sur la famille qui ont une importance sur les politiques de santé actuelles, puis nous recenserons les recherches qui ont porté plus spécifiquement sur la fratrie des patients schizophrènes enfin, dans un troisième temps, il s'agira de repérer les principales applications de ces recherches.

D'ores et déjà, il est important de constater que les études portant sur les familles de patient schizophrènes n'incluent pas le point de vue du patient en tant que membre lui-même de sa famille.

### ***A/ Les émotions exprimées dans la famille***

Au début des années 60, Brown a observé l'existence d'un lien entre les émotions<sup>14</sup> qui imprégnaient l'environnement familial et le risque de rechute chez les patients (Brown, Monck, Carstairs, & Wink, 1962). Lorsque les patients quittaient l'hôpital pour retourner dans une ambiance familiale très chargée émotionnellement, il a constaté une détérioration du comportement significativement plus importante que lorsque les patients retournaient dans un environnement où l'émotivité était plus tempérée. Brown et son équipe ont mis en corrélation le climat familial évalué sous forme d'indice des émotions exprimées et le taux de rechutes des patients.

---

<sup>14</sup> Emotion évoque ici les questions de forme et de quantité des affects mais non les aspects subjectifs et qualitatifs.

On entend par émotions exprimées le nombre de remarques critiques et le degré de sollicitude anxieuse de l'entourage familial à l'égard du patient. L'indice des émotions a trois composantes :

1. Le nombre de commentaires critiques de la famille vis-à-vis du patient et de sa maladie,
2. L'hostilité de la famille envers le patient,
3. Le trop grand engagement émotionnel du patient.

Ainsi les auteurs distinguent les familles à forte expression émotive (EE) des familles à faible expression émotive (ee). Le taux de rechute des patients est quatre fois plus grand dans le premier groupe. Les chercheurs constatent aussi que la diminution des rencontres « face à face » entre le patient et les membres de sa famille protègent le patient et préconisent un seuil de « 35 heures en face à face chaque semaine » (Boucher & Lalonde, 1982).

Vaughn et Leff (1976) mettent l'accent sur la nécessité d'une distance sociale et physique entre le schizophrènes et sa famille afin de diminuer les communications face à face entre la personne atteinte de schizophrénie et les membres de sa famille et lui permettre d'être moins souvent la cible de l'expression de sentiment hostile. Ceci rejoint la question de la cohabitation sous le toit familial que nous explorons dans cette recherche.

Cependant, avant de repérer les effets de ce modèle sur les relations du malade avec son entourage familial, il convient de recenser les recherches portant spécifiquement sur les fratries. Elles portent essentiellement sur deux points : des recherches basées sur un modèle médical ont mis en avant la vulnérabilité des frères et sœurs de patients, un autre groupe de recherches a conduit à repérer les effets sur le cours de la vie des frères et sœurs de patients. A notre connaissance il n'existe pas de recherche qui vise à comprendre les processus relationnels et les dimensions intra et intersubjectives.

## ***B/ La vulnérabilité des frères et sœurs des patients***

Des chercheurs ont étudié l'incidence de la schizophrénie chez les jumeaux monozygotes et dizygotes. Gottesman et Shields (1972) ont découvert une concordance de 58% chez les

jumeaux monozygotes de patients schizophrènes et une concordance de 12% chez les jumeaux dizygotes de patients schizophrènes (sosies génétiques). Ces taux d'incidence supposent l'influence de facteurs génétiques dans l'apparition de la schizophrénie mais, dans le même temps, cette discordance de près de 50% suppose l'influence de facteurs non génétiques. Des facteurs environnementaux ou psychologiques exercent donc une forte influence sans que l'on puisse aujourd'hui déterminer précisément lesquels (Boucher & Lalonde, 1982).

Deal *et al.* (1995) ont réalisé une étude sur 15 frères et sœurs d'adolescents hospitalisés en psychiatrie pour troubles des conduites et troubles de l'humeur. Un seul frère ou sœur par fratrie était interrogé, le plus proche en âge de celui qui présentait des troubles. Comparé à un groupe témoin, les auteurs retrouvaient significativement plus de **troubles anxieux** dans la fratrie des adolescents présentant un trouble mental et plus de **difficultés dans les relations sociales**. De plus ils rapportaient que leurs parents favorisaient davantage leur frère ou sœur malade et ceci de façon significative par rapport au groupe témoin.

Une étude portant sur 756 frères et sœurs issus en majorité de familles adhérentes de la NAMI (Friedrich, Lively, & Rubenstein, 2008) a été menée<sup>15</sup> pour étudier les effets des troubles des patients schizophrènes sur leurs frères et sœurs. La méthode se base sur un questionnaire à questions fermées (FLIISS Friedrich-Lively *Instrument to Assess the Impact of Schizophrenia on Siblings*). Ils ont trouvé que les frères et sœurs développaient un nombre significatif de **troubles comportementaux associés aux hallucinations et aux délires du malade**, parmi lesquels ils notent des abus verbaux, des changements d'humeur, des perturbations dans les routines domestiques.

Certaines études ont mis en évidence des atteintes cognitives chez les frères et sœurs de patients schizophrènes qui se manifestent par un **déficit des fonctions exécutives et attentionnelles**. Sur une étude portant sur 18 patients schizophrènes stabilisés et 18 de leurs frères et sœurs comparés à un groupe témoin, les auteurs cherchent à définir les marqueurs de la vulnérabilité génétique de la schizophrénie. Ils remarquent que les germains non schizophrènes des patients présentent des altérations aux tâches de performances attentionnelles et des fonctions exécutives évaluées par le teste d'appariement des cartes de Wisconsin (WCSR) (D'Amato *et al.*, 1998).

---

<sup>15</sup> National Alliance on Mental Illness [www.nami.org](http://www.nami.org) (USA)

El Hamaoui (El Hamaoui, et al., 2006) reprend cette hypothèse sur 90 sujets, répartis en 3 groupes de 30 : un groupe de patients souffrant de schizophrénie, un groupe formé de leurs frères et sœurs, et un groupe témoin. Chaque participant a passé le test Wisconsin WCST, test neuropsychologique qui permet l'évaluation du fonctionnement exécutif chez l'homme. L'analyse statistique montre que le groupe des patients présentait un déficit des performances au WCST significativement plus important que les deux autres groupes, et que le groupe des frères et sœurs présentait également des performances significativement plus faibles que celles des témoins.

Les résultats de l'étude menée par El Hamaoui semblent indiquer que les frères et sœurs de sujets atteints de schizophrénie qui ne sont pas eux-mêmes malades présentent des déficits des fonctions exécutives lorsqu'on les compare à un groupe témoin, leurs performances étant intermédiaires entre celles des patients et celles des témoins. Ceci suggère que les déficits pourraient être sous la dépendance d'une vulnérabilité génétique à la schizophrénie.

Brunelin (2007) a mis en évidence une vulnérabilité des frères et sœurs de patients schizophrènes qui apparaît dans une **hyperréactivité au stress**. Il déduit de ses recherches que la boucle de régularisation du stress serait défaillante chez les frères et sœurs.

### ***C/ Les effets sur les parcours de vie des frères et sœurs***

Un autre axe de recherche a été de repérer les modes d'adaptation des frères et sœurs de patients et les effets sur leur vie d'adulte.

Au-delà des situations précises de schizophrénie, les études concernant les fratries de patients atteints d'une maladie chronique mettent en avant la difficulté des frères et sœurs à exprimer autrement que par des **mouvements auto agressifs ou auto inhibiteurs** leurs propres difficultés. Sharpe et Rossiter (2002) ont réalisé une méta-analyse portant sur 50 études (de 1976 à 2000) impliquant au total 2500 frères et sœurs de patients atteints de maladies chroniques (maladie d'une durée supérieure ou égale à 6 mois, âge moyen des frères et sœurs égale à 10 ans). Cette méta-analyse trouve, de façon significative, davantage de

problèmes psychologiques chez les frères et sœurs d'enfant avec une pathologie chronique. Elle retrouve significativement plus de **problèmes psychologiques internes** (anxiété, dépression) que de problèmes externes (troubles du comportement, agressivité). L'étude montre que quand la maladie affecte le quotidien, ces problèmes sont plus importants, l'attention parentale étant davantage sollicitée.

Claudon (2001) décrit 4 types de particularités retrouvées au niveau des liens des enfants autistes ou psychotiques par rapport aux autres membres de la fratrie :

1. La protection de l'enfant malade par la fratrie amenant cette dernière à se défendre contre les relations de rivalité-compétition-agressivité naturelles. Les rapports fraternels se transforment pour une part en rapports parentaux éducatifs.
2. La protection des images parentales. Les frères et sœurs sont « gratifiant, soutenant, magiques » pour les parents qui les comparent à l'enfant malade.
3. Un déséquilibre de la relation parents-fratrie. L'implication importante des parents vers l'enfant malade peut activer ou induire chez la fratrie une angoisse dépressive.
4. Les difficultés de l'individuation fraternelle avec une distorsion des processus d'identification face à un frère ou une sœur psychotique.

Marsh (1997) a décrit plusieurs thèmes vécus par les frères et sœurs des patients schizophrènes :

- Le sentiment d'être un membre oublié de la famille

A l'intérieur de la famille (parents captés par leur charge), mais aussi à l'extérieur de la famille où ils peuvent se sentir aliénés au monde de leurs pairs et ignorés par le système de santé mentale qui ne semble pas réceptif à leur détresse et à leur inquiétude. Elle les décrit comme doublement blessé à la fois par leurs expériences familiales mais aussi par le manque de compréhension d'eux-mêmes et des autres.

- L'expérience de la culpabilité du survivant

Etre considéré en bonne santé pendant que son frère/sœur endure une maladie mentale peut être perçu comme une injustice tragique qui induit un sentiment irrationnel de culpabilité. D'une certaine manière la santé d'un frère/sœur a été atteinte aux dépens de l'autre. De ce fait elle repère que les frères et sœurs non atteints peuvent être réfractaires à accepter les succès de leur propre vie : aventures, opportunités, relations, réussites qui

proviennent d'une vie pleinement vécue. Sensibles aux inégalités entre les deux existences, ils peuvent avoir des difficultés à apprécier les plaisirs refusés à l'autre.

- L'expérience du syndrome de remplacement de l'enfant.

Marsh considère qu'il peut y avoir une réaction similaire à celle qui existe parfois dans les cas de mort d'enfant. Le frère/sœur non atteint fait tout son possible pour être l'enfant idéal et se modeler par rapport à un frère/sœur idéalisé. Ils peuvent chercher à combler leurs parents qui cherchent un substitut pour leur enfant touché, ils peuvent s'interdire des possibilités de rébellion saine. Marsh et Dickens (1997) ont montré qu'ils peuvent alors créer un personnage public sans défaut qui contraste avec le vide de l'intérieur.

Marsh (1998) décrit les frères et sœurs de patients comme des « *âmes gelées* » faisant face à des traumas répétitifs, des pertes et des peines en séparant ou en compartimentant les sentiments douloureux dans leur effort de survie. Elle repère que cette coupure des émotions a des implications dans le développement de leurs relations et de leur vie future. Ainsi à l'âge adulte, cet héritage se caractérise par des problèmes de confiance avec une peur du rejet ou de l'abandon et une réticence à prendre des engagements à long terme.

Dans une pratique clinique auprès de patients toxicomanes, (Hachet, 2000, p. 94) observe souvent la « *présence d'un aîné fou dans la fratrie des toxicomanes* », c'est à ce titre qu'il parle de « *toxicomanies psychosédatives qui peuvent être réactionnelles à la folie qui débute ou postérieures à l'apparition de cette folie* ».

Le premier cas concerne des adolescents ou jeunes adultes lorsque celui qui entre dans la psychose est lui-même adolescent ou jeune adulte. « *Le toxicomane débutant ressent le besoin vital de se protéger de la menace exercée par la catastrophe psychique qui atteint l'aîné. Constatant que les émotions et les pensées de ce dernier subissent une désorganisation massive, il s'intoxique sur un mode abrutissant. Ainsi anesthésiées, voire niées, ses propres émotions et pensées ne risquent plus de devenir destructivement contradictoires.* »

Dans le second cas, l'intoxication traduit plutôt une « *fuite sensorielle vis-à-vis des parents et de l'aîné psychotique* ». « *Le toxicomane [jeune adulte] ne peut pas compter sur eux pour être guidé dans son envol naissant. Il recourt alors à une autostimulation artificielle qui vise à éviter une crise de panique* ».

Les recherches basées sur un modèle médical convergent vers l'existence d'une base physiopathologique commune entre les patients et leurs apparentés du premier degré (Mechri, et al., 2008). Elles mettent en évidence une certaine vulnérabilité des frères et sœurs de patients schizophrènes.

- Problèmes psychologiques et troubles anxieux (Sharpe et Rossiter, 2002, Deal et al, 1995)
- Vulnérabilité au stress (Brunelin, 2007)
- Atteintes cognitives (El Hamaoui et al, 2006)

Les recherches portant sur les parcours de vie des frères et sœurs de patients schizophrènes ont montré l'impact de la situation sur les frères et sœurs en ce qui concerne :

- Leur insertion dans la vie active à travers des difficultés d'adaptation sociale (Sharpe et Rossiter, 2002, Claudon, 2001)
- Leur relation affective (Marsh, 1998)

### ***C/ Applications de ces recherches***

Les recherches centrées sur le modèle médical ont conduit à développer des réponses visant à prévenir ou réduire les retentissements des troubles sur les frères et sœurs du patient. Dans ce cadre ceux-ci sont considérés comme sujets potentiellement à risque. D'un autre côté, le courant portant sur la nécessité d'adapter l'environnement à l'accueil du patient s'est saisi assez récemment de la question des frères et sœurs à travers l'angle des « young carers ».

Ces deux approches placent les frères et sœurs des patients schizophrènes dans deux positions peu conciliables puisqu'il s'agit dans le premier modèle de les considérer comme malades potentiels, c'est-à-dire leur reconnaître une fragilité ou une vulnérabilité, et dans le deuxième modèle de les considérer comme aidants potentiels ou d'aidants pour l'avenir, c'est-à-dire à travers une compétence. Il n'y a donc pas, à ce jour, de consensus sur la place à accorder aux frères et sœurs de malades dans le système de santé ni sur les modes d'accompagnements à développer.

### ***C-1 Les frères et sœurs du patient : de potentiels malades ?***

Les recherches portant sur les fratries de patients schizophrènes portent quasi essentiellement sur la question de leur vulnérabilité. Longtemps oubliés et ignorés dans les prises de décision, les frères et sœurs pourraient, au regard des résultats des recherches citées, être considérés comme une population vulnérable voir comme une population à risque. C'est ce qui a conduit l'Australie à prendre pendant une période une option résolument médicamenteuse en prescrivant aux frères et sœurs des patients schizophrènes des neuroleptiques à titre préventif (cité par Brunelin, 2007).

Les découvertes des neurosciences ont permis de comprendre que l'apparition d'une schizophrénie pouvait être définie comme la résultante entre un degré de vulnérabilité et des facteurs stressants (modèle vulnérabilité-stress présenté p. 52), elles ouvrent ainsi un champ d'actions préventives qui restent à définir, car s'il n'existe pas à ce jour de moyen d'agir directement sur la vulnérabilité, il est possible en revanche d'agir sur les sources de stress et sur les façons d'y faire face.

C'est cette option que préconise Brunelin (2007) dans sa thèse de doctorat en neurosciences consacrée à la vulnérabilité à la schizophrénie qui consiste à prendre en compte la question de la vulnérabilité des frères et sœurs dans les choix thérapeutiques qui concerne le malade, en particulier en ce qui concerne la prise en charge au domicile familial. Il considère qu'au niveau des connaissances acquises les conséquences péjoratives sur la fratrie ne peuvent plus être éludées.

Actuellement il ne s'agit plus de s'intéresser à la situation de cohabitation comme facteur de stress et de définir les limites à cette proximité mais plutôt d'aménager une situation devenue incontournable en développant des programmes d'information pour les frères et sœurs. Pourtant, si l'on considère les travaux qui ont mis en évidence une plus grande vulnérabilité au stress des frères et sœurs de patients schizophrènes ainsi qu'une augmentation des troubles anxieux, il apparaît que dans le modèle vulnérabilité-stress qui prévaut actuellement, les frères et sœurs viennent, de par cette vulnérabilité, activer la boucle augmentation de la vulnérabilité- augmentation du stress, augmentation du stress- augmentation de la vulnérabilité.

Bien que dans les études précédemment citées, il y ait une convergence sur le fait que l'augmentation de la fréquence des rencontres entre le malade et son entourage étaient

préjudiciables à l'amélioration des soins (Boucher & Lalonde, 1982), (Vaughn & Leff, 1976), cette question n'est pratiquement plus abordées dans les orientations thérapeutiques actuelles. Pour autant, la situation de cohabitation a une incidence forte sur les frères et sœurs du patient. Dans l'étude américaine « Siblings' Coping Strategies and Mental Health Services : A National Study of Siblings of persons with schizophrenia » (Friedrich, Lively, & Rubenstein, 2008), les auteurs constatent que le nombre d'années vécues avec la personne malade augmentait le stress chez les frères et sœurs.

C'est dans ce sens que les associations de familles ont cherché à développer des réponses pour faire face à l'inquiétude des frères et sœurs concernant leur propre vulnérabilité. A titre d'exemple, nous citerons le manuel « *a sibling's introduction to mental illness* » proposé par l'association Rethink<sup>16</sup> en Angleterre<sup>17</sup>.

*Question :* « *Vais-je avoir une psychose ? Il y a une prépondérance aux maladies mentales dans nos familles et je suis dans cet âge clef. Je me suis retrouvé à m'analyser beaucoup. Je suis devenue plus consciente de comment je gérais le stress. »*

*Réponse :* « *Beaucoup de gens ont peur que, parce que quelqu'un a vécu une maladie mentale, ils puissent être les prochains, mais être un proche d'une personne souffrant de psychose ne veut pas nécessairement dire que l'on va soi-même développer la maladie.*

*Comme beaucoup d'autres problèmes de santé, une histoire familiale de maladie mentale augmentera le risque pour les autres membres de la famille, mais le degré auquel le risque a augmenté dépend de la proximité des liens du sang avec la personne affectée.*

- *S'il n'y a pas d'histoire familiale connue, le risque est de 1%*
- *Si un grand parent, un oncle ou une tante est atteint, le risque est de 3%*
- *Si un parent, un frère ou une sœur est atteint, le risque est de 10%*
- *Si un vrai jumeau est atteint de psychose, le risque est de 50%.*

*Cependant il est important de noter que si avoir un membre de sa famille qui est atteint d'une maladie mentale est un facteur de risque, une combinaison avec d'autres facteurs de risque est nécessaire pour développer une psychose. »*

C'est dans un souci d'objectivité et de pragmatisme que se sont développés des modèles d'information à destination des frères et sœurs de patient. Il s'agit de leur donner une

---

<sup>16</sup> Rethink Mental Illness [www. Rethink.org](http://www.Rethink.org)

<sup>17</sup> Si ce modèle est cité ici d'un point de vue critique, il est important de souligner qu'il représente aussi une prise de conscience importante de la situation des frères et sœurs et d'une volonté de l'améliorer.

information claire s'appuyant sur des données chiffrées. A priori ce type d'information pourrait avoir comme effet d'objectiver la situation et donc de rassurer. Nous pensons qu'elle peut avoir d'autres effets, car ce qui est juste statistiquement pour le grand nombre ne donne aucune indication sur ce qu'il en est précisément pour chacun. Viser l'objectivité ne permet pas d'apporter une réponse à une question intime et subjective sur son propre rapport à la psychose de son frère ou de sa sœur. La question de l'information à donner aux frères et sœurs de patients, et surtout la façon dont elle peut être transmise, reste complexe et nécessite de développer une meilleure connaissance des processus en œuvre dans la relation fraternelle.

### ***C-2 Les frères et sœurs du patient : de potentiels aidants ?***

Les modèles classiques de psychoéducation des familles se sont trouvés en difficulté pour intégrer cette question car dans l'approche basée sur le rapport émotion/état du patient que nous avons évoquée, les frères et sœurs sont plutôt considérés comme potentiels facteurs de stress.

Ceci est notable dans le programme Profamille, programme de psychoéducation des familles le plus développés en France (Cormier, 1991)<sup>18</sup>. Celui-ci s'inscrit directement dans le prolongement des études sur le niveau « d'émotivité ».

*« Un niveau d'émotions exprimées par l'entourage du malade favorise les rechutes du malade. L'épuisement, le stress, la frustration, la colère, la tristesse et la culpabilité de ne pas réagir comme il faut, entraîne une augmentation du niveau d'émotions exprimées quoiqu'on fasse. Cela ne se contrôle pas car on ne peut pas s'interdire d'être épuisé et on ne peut pas supprimer ses émotions ».*

(Extrait de Profamille V.3.1 manuel du participant séance 06).

Dans la version actuelle du programme Profamille (V.3.1), la question de la fratrie est abordée lors de la 6<sup>ème</sup> séance dans l'objectif de favoriser un climat familial propice à la prise en charge du malade. Il est noté que les frères et sœurs peuvent se montrer agressifs envers la malade, ce qui « va entraîner une augmentation du niveau d'émotions exprimées et peut

---

<sup>18</sup> Le programme Profamille a été développé au Québec en 1993 par H. Cormier, [www.espace-socrate.com](http://www.espace-socrate.com), cependant il a été fortement remanié jusqu'à sa version actuelle V.3.1

*entraîner des rechutes* ». C'est donc en tant que facteur de stress que la question de la fratrie est abordée.

Sur un plan économique, on peut voir dans ces jeunes les futurs aidants de demain, ce point de vue existe, en particulier dans les pays anglo-saxons à travers le terme « *young carer* », mais cette approche paraît éthiquement contestable. Tout en estimant que le fait de pouvoir apporter de l'aide à son proche peut être valorisant pour un jeune, il paraît excessif de pousser des jeunes, parfois mineurs, eux-mêmes affectés par les retentissements des troubles, à être incités à assumer un rôle d'aidant.

Les pays anglo-saxons ont commencé à développer une réflexion plus spécifique pour les frères et sœurs de patient. Des initiatives s'y développent en particulier pour accompagner et informer les frères et sœurs de patients schizophrènes. Ceci montre l'importance du sujet, cependant il n'existe pas encore une telle prise de conscience dans les pays francophones.

- Le Canada a développé des programmes cliniques d'intervention durant les premiers stades de la psychose dans le cadre desquels a été développé un « Guide sur la psychose à l'intention des frères et sœurs ». <sup>19</sup>
- ESibling Project rattaché au King's college de Londres qui se veut à la fois un site dédié où les frères et soeurs peuvent trouver de l'information, des conseils pour faire face (coping), mais aussi un centre pour promouvoir les recherches sur ce sujet.

<http://siblingpsychosis.org/>

Sibling Support Project, créé en 1990 au Seattle Children's Hospital

[www.siblingsupport.org](http://www.siblingsupport.org)

La prise de conscience de la présence des frères et sœurs dans l'environnement des patients est amorcée. Cependant, il semble nécessaire de développer une approche plus globale qui intègre les connaissances acquises pour développer un accompagnement approprié sans séparer vulnérabilité et capacité à aider.

Cette revue de littérature démontre qu'il existe à ce jour un écart important entre la recherche et la clinique, comme évoqué dans le préambule de cette thèse.

<sup>19</sup> Guide sur la psychose à l'intention des frères et sœurs, Information, idées et ressources, Mudler S, Lines E, Association canadienne pour la santé mentale.

En psychiatrie, les recherches se concentrent essentiellement sur la façon de favoriser l'accueil du malade dans un milieu propice. En revanche, il existe peu de travaux visant à analyser l'ampleur de cette mutation et ses effets sur les plans intrapsychiques, interpersonnels et sur la dimension affective. La question du soin à apporter aux familles, elles-mêmes affectées, s'estompe derrière la nécessité de les aider à faire face et à prendre en charge leur proche malade.

Dans les travaux recensés les frères et sœurs apparaissent soit comme facteurs stressants, soit comme vulnérables. Cependant, les recherches sur les frères et sœurs ont peu influencé les politiques de prise en charge du patient au domicile familial.

Enfin, nous n'avons pas trouvé de travaux de recherche portant sur ce que les personnes schizophrènes auraient à dire elles-mêmes en tant que membres de la famille ayant à cohabiter avec ses proches et en particulier avec ses frères et sœurs.

### ***Orientation de la thèse***

Nous cherchons à ouvrir un autre angle de recherche que celui développé par les approches classiques de coping et de développement des habiletés pour faire face pour explorer question de la cohabitation de la fratrie sous le toit familial.

En reprenant les mots de Bourguignon (2008, p 23), on peut énoncer que, dans le contexte de la psychiatrie contemporaine, les frères et sœurs, contraints à la vie en commun, sont de fait « *confrontés au problème de la coexistence et de son élaboration psychique* ». Le terme de **coexistence** proposé par Bourguignon permet de considérer les effets intrapsychiques et interrelationnels de la situation de cohabitation.

Il s'agit de porter une attention aux liens fraternels en particulier à la période où ils ne sont pas positionnés ou considérés eux-mêmes comme des aidants familiaux. La relation fraternelle peut être le lieu d'émotions intenses positives ou hostiles et destructurantes et il semble important, au regard de ces travaux, d'observer la spécificité de ce lien dans une

situation de schizophrénie.

La question du partage de l'espace, de la distance et de la proximité est, au regard de l'analyse du contexte, un élément à retenir dans l'observation des relations fraternelles.

De surcroît, à une époque où les situations de vie avec une personne en situation de dépendance, que ce soit du fait d'une maladie, d'un handicap ou du fait de l'âge, sont pensées à travers le même modèle<sup>20</sup>, le terme de coexistence permet de mieux prendre en compte ce que représente spécifiquement, pour le malade schizophrène et son entourage, la situation de cohabitation.

---

<sup>20</sup> La cohabitation est pensée en termes d'adaptation, d'aménagement de l'espace familial et de soutien à l'aidant familial, en particulier en France depuis la loi de 2005 qui pose le principe du droit à compensation.

## **Chapitre 2 : Schizophrénie : représentations et tentatives de compréhension**

Après avoir exploré le contexte de la psychiatrie contemporaine, la revue de littérature portera sur les différents modèles de compréhension du processus schizophrénique (Chapitre 2), puis sur le lien fraternel (Chapitre 3).

Cette revue de littérature n'est pas un relevé exhaustif des différentes conceptions de la schizophrénie ; il s'agit de mettre en évidence la corrélation entre l'étiologie et la place accordée aux familles des patients, ceci afin de mieux comprendre la façon dont les relations du patient avec sa famille sont conçues à l'époque actuelle et de repérer l'influence de ces conceptions sur les liens fraternels.

On peut distinguer les approches descriptives, celles des premiers observateurs des troubles schizophréniques au début du siècle dernier jusqu'aux approches descriptives actuelles qui se conçoivent comme a-théoriques, et les approches qui cherchent à comprendre la schizophrénie en tant que processus.

### ***Partie 1 : Approches descriptives de la schizophrénie :***

Depuis l'apparition du mot schizophrénie, différentes théories visant à comprendre l'apparition des troubles se sont développées. La difficulté pour les profanes, le patient et sa famille, est de rencontrer, au cours d'un parcours de soin en psychiatrie, des soignants se référant à telle ou telle approche de façon parfois catégorique disqualifiant parfois ceux qui ne partagent pas leur grille de lecture. Le patient et sa famille peuvent alors être pris dans une multiplicité de regards et recevoir des explications qui peuvent entrer en contradiction. Ceci peut renforcer le sentiment de perplexité des familles. A ceci s'ajoute le fait que le diagnostic de schizophrénie ne repose pas sur des examens biologiques ou neurologiques mais sur l'observation clinique. Concernant la fratrie, l'absence d'examen médicaux permettant d'attester qu'un tel est atteint et que l'autre ne l'est pas renforce les questionnements identitaires et la quête d'autres marqueurs limitant le champ du normal et le champ du

pathologique.

Il existe cependant un consensus sur le fait que le mot évoque des réalités variées ce qui nécessite de parler de schizophrénies au pluriel et peut en partie expliquer la multiplicité des lectures.

### ***A/ Premières observations de la schizophrénie***

Quand le trouble schizophrénique émerge chez un des membres de la fratrie, c'est toute la fratrie qui est aux prises avec l'émergence de l'étrangeté. Cette rencontre avec la psychose a été décrite par les premiers psychiatres au début du XXème siècle. Leurs doutes, leurs réflexions, leurs cheminements dans l'étiologie et la compréhension des troubles permettent de se représenter la perplexité d'une famille et particulièrement d'une fratrie dans cette situation.

Minkowski (1927, p 103) a rassemblé les expressions métaphoriques imaginées par les premiers médecins qui ont tenté de s'approcher de l'expérience psychotique ; ces expressions peuvent donner une illustration de la perplexité éprouvée au sein d'une famille devant l'émergence des troubles : « *un orchestre sans chef* » (Kraepelin), « *une machine sans combustible* » (Chaslin) ou encore « *un livre privé de reliure ; les pages se sont trouvées mélangées ; le volume est devenu illisible et pourtant toutes les pages sont là, aucune ne manque.* » (Anglade). Ces premières observations faisaient apparaître que l'atteinte est portée non pas à telle ou telle fonction, mais bien davantage à leur cohésion, à leur jeu harmonieux dans son ensemble : « *discordance* » (Chaslin), « *ataxie intrapsychique* » (Stansky), « *désharmonie intrapsychique* » (Urstein), « *perte de l'unité intérieure* » (Kraepelin).

En introduisant le terme de schizophrénie en 1911, Bleuler entend marquer la distinction entre le groupe des schizophrénies et les autres formes de psychose. « *Ce groupe est caractérisé par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur d'un type spécifique et qu'on ne rencontre nulle part ailleurs.* » (Bleuler 1911, p. 45, cité par Gortais, 2009, p. 11). La Spaltung (*dissociation*) est le symptôme fondamental qui marque cette distinction, elle peut être définie comme « *un trouble des associations qui régissent le cours de la pensée* ».

Bleuler (1911) distingue dans la schizophrénie :

- Les symptômes « primaires » expression directe du processus morbide qu'il considère comme organique,
- Les symptômes « secondaires », réaction de l'âme malade au processus pathogène.

On peut donc considérer que dès la première définition du mot schizophrénie, la dimension dynamique est présente : les symptômes secondaires représentant une tentative d'adaptation pour enrayer la souffrance (Laplanche & Pontalis, 1992, pp. 433-436).

## ***B/ Particularités de la schizophrénie***

La recherche portant sur la situation de vie quotidienne sous le toit familial, il convient de préciser les spécificités de la schizophrénie qui vont infléchir les relations de la personne malade avec son entourage familial.

### ***B-1/ La difficulté à se reconnaître malade***

La schizophrénie se distingue par le phénomène d'anosognosie qui fait que la personne qui souffre n'a pas conscience de son état, du moins pendant les périodes aiguës. Cette particularité rend difficile l'acceptation du diagnostic et la compliance au traitement. La mise en place d'une prise en charge adéquate est donc précédée d'une phase prodromique qui peut être assez longue et qui met les liens familiaux à l'épreuve.

Selon l'étude allemande ABC (Age, Begin and Course) menée par l'Institut Central de Santé Mentale de Mannheim auprès de 267 patients présentant leur premier épisode de schizophrénie, les patients et leur entourage avaient déjà remarqué des premières modifications psychiques 4 à 5 ans en moyenne avant que le diagnostic de schizophrénie ne soit retenu pour la première fois (Häfner et al, 1991). Dans les accueils de l'Unafam, les parents arrivent souvent 6 à 7 ans après le début des troubles le plus souvent sur le motif du « *refus de soin* » du patient, la famille ayant pris conscience de la gravité des troubles alors que le malade ne se considère toujours pas comme tel et refuse tout

traitement. On découvre parfois qu'il y a eu plusieurs années auparavant une première hospitalisation vécue sur un mode si traumatisant et culpabilisant que des années se sont écoulées avant une nouvelle démarche de soin.

Pescosolido (1992) remarque que ce n'est pas la personne touchée qui réalise qu'elle a un problème mais c'est la famille qui prend conscience en premier que l'un de ses membres ne va pas bien. Une étude plus récente confirme que l'attitude de l'entourage a un effet important sur la conscientisation des troubles de la personne schizophrène confirme (van den Hove-Ambiel, et al., 2014).

### ***B-2/ Les décalages dans la vie quotidienne***

Dans ces approches descriptives, la schizophrénie se présente sous forme d'une altération du fonctionnement cognitif et social qui peut entraîner un retrait social profond. Dans le quotidien, le rythme de vie de la personne atteinte peut être en décalage avec celui du reste de sa famille : inversion diurne/nocturne. Le désintérêt pour l'hygiène et l'apparence corporelle est un autre aspect de la maladie qui peut mettre en tension le groupe familial dans un contexte de proximité quotidienne. Sur le plan cognitif, on note aussi la perte de la capacité d'entreprendre ou de planifier des actions : le chemin qui va de l'intention de faire à la réalisation concrète se perd, ce qui explique que dans beaucoup de familles la première lecture du trouble puisse être un excès de paresse. Apparaissent ensuite des conduites étranges, bizarreries, rituels qui prennent une place plus ou moins importante suivant les individus.

### ***B-3/ La dangerosité***

La schizophrénie est associée dans le grand public à la question de la dangerosité. Cette association commune rassemble des aspects disparates voire contradictoires.

La dangerosité associée à la schizophrénie place le malade avant tout comme victime et non comme auteur. Ainsi au moins 40% des patients schizophrènes ont fait une tentative de

suicide et 10% se suicident. (Lachaux, 2004). Par ailleurs Martensen (cité par Lachaux) repère une augmentation du nombre de suicide chez les patients schizophrènes qui serait lié au raccourcissement des durées d'hospitalisation.

Pour autant, la dangerosité pour autrui des patients schizophrènes nécessite d'être abordée dans le contexte de cette recherche portant sur la thématique de la coexistence sous le toit familial. Dans une approche épidémiologique, Swanson (1990) démontre que la présence de diagnostic de schizophrénie multiplie par quatre le risque de comportement violent et par dix en cas de comorbidité. L'entourage proche du patient est le plus souvent visé par ces passages à l'acte violent. (Gotlieb, Gabrielseng, & Kram , 1987). Dans une étude québécoise menée sur 573 familles, Bonin (2011) repère que 30% des familles estiment avoir subi de l'agressivité de la part de leur proche atteint. Dans l'analyse des discours des proches aidant, l'auteur repère une oscillation entre une affirmation de soi et une retenue qui amènerait à tolérer la situation et à éviter de contredire la personne malade pour éviter la crise.

Au-delà de ces données chiffrées, les effets de la dangerosité avérée ou implicite sur l'entourage sont à prendre en compte. Pour le malade il s'agit de vivre avec parfois la conscience de représenter une menace pour autrui et sentir autrui comme une menace. Pour l'entourage il s'agit de composer avec ce ressenti dans son rapport avec la personne malade.

Sur la question de la dangerosité du patient schizophrène, on assiste d'ailleurs à une véritable dichotomie entre la sphère publique et la sphère intime : dramatisation et surmédiatisation des troubles lorsqu'ils s'expriment dans la sphère publique, banalisation et silence quand ils s'expriment dans la sphère privée. Il semblerait qu'à l'extérieur les expressions de la souffrance psychotique soient d'emblée connotés comme graves alors que, dans la maison familiale, il conviendrait de les considérer comme banales et inoffensives.

### ***C/ Conceptions modernes et pragmatiques de la schizophrénie***

Actuellement domine une approche organiciste de la schizophrénie. Selon l'hypothèse neuro-développementale, certaines personnes seraient marquées par une vulnérabilité psychophysiologicals qui les prédisposeraient à développer une psychose schizophrénique à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Cette approche fait entrer les troubles

psychiatriques sévères dans le champ de la médecine générale. Définie comme une maladie du cerveau, elle devient une maladie organique comme une autre. Le souhait de développer des outils diagnostics universels a conduit à décrire les maladies mentales à travers une classification de symptômes. Les modèles de l'American Psychiatric Association DSM-V-TR et celui de l'Organisation Mondiale de la Santé CIM-10 distinguent trois types de symptômes permettant de poser un diagnostic de schizophrénie :

- Des symptômes productifs (délire, hallucination, ...)
- Des symptômes négatifs (retrait social, désinvestissement, émoussement des émotions, incurie, ...)
- Des symptômes signes de dissociation mentale ou troubles cognitifs (ambivalence, bizarrerie et discordance des émotions, du discours et du comportement)

Dans ces classifications statistiques, le symptôme ne fait plus sens. La notion de maladie est remplacée par celle de trouble (*disorder*). Il n'y est plus fait référence à la notion de structure ou d'organisation interne.

Cette approche purement descriptive se veut a-conceptuelle et a-théorique<sup>21</sup> et ambitionne de couper court aux querelles étiologiques. Cependant, on constate que, comme pour les lectures précédentes de la schizophrénie, elle a une grande influence sur la façon dont est pensé le soin et sur le rôle demandé aux familles. Cette énumération de symptômes n'évoque rien des effets ressentis par l'entourage analysés dans les approches psychanalytiques et systémiques. La définition est réduite à l'équation symptômes/traitement.

#### ***D/ Le modèle vulnérabilité-stress pour penser le rapport du patient à son entourage***

Le modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie développé par Lalonde (2004) se situe dans le prolongement des recherches sur les émotionnalités élevées (Seywert, 1984). Dans cette approche, la schizophrénie est considérée comme la résultante d'une vulnérabilité physiologique et de stressseurs socio-environnementaux parmi lesquels Lalonde situe le stress

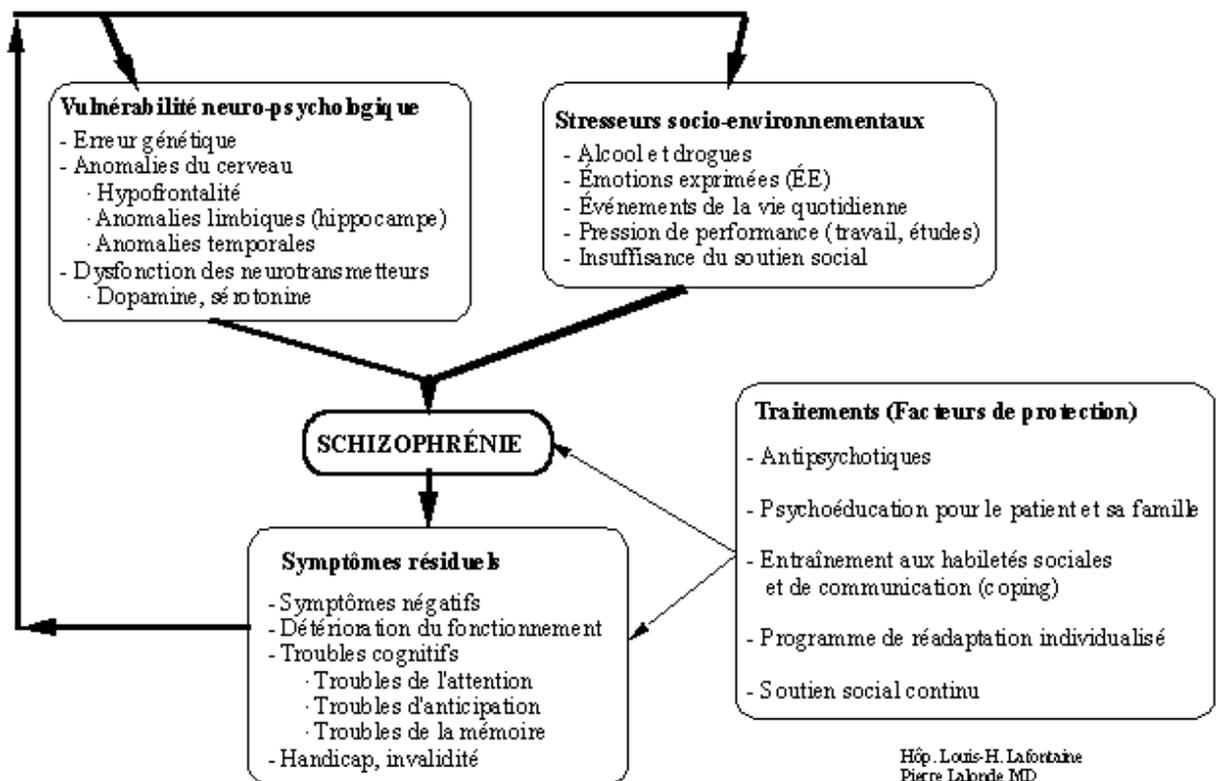
---

<sup>21</sup>Des auteurs (Corcos & Loas, 2006) mettent en doute le postulat athéorique du DSM IV, considérant que « l'athéorisme est une croyance, le mythe d'une science pure qui instituerait un sujet pur »

social provenant de l'expression hostiles ou d'attitudes envahissantes de la part de l'entourage. Une fois la schizophrénie manifestée, il y a un phénomène de causalité circulaire : l'expression des symptômes amplifiant les facteurs qui les provoquent et l'amplification des facteurs stressants augmentant l'expression des symptômes.

Figure 1

**Modèle vulnérabilité - stress de la schizophrénie**



L'application clinique de cette approche consiste donc à agir simultanément sur les différentes sources en combinant trois facteurs thérapeutiques : la médication antipsychotique, la psychoéducation du patient et de sa famille, l'entraînement aux habiletés sociales.

Le modèle vulnérabilité-stress est actuellement un modèle de référence pour le développement des programmes de psychoéducation des familles qui visent à former les familles afin que la maison puisse représenter un environnement suffisamment propice pour les soins. (Davtian & Scelles, 2014).

Sans rentrer dans une analyse précise de ces programmes, il s'agit ici de repérer leurs incidences sur les thématiques liées notre recherche et en particulier la question de la cohabitation sous le toit familial.

Si les chercheurs Boucher et Lalonde (1982), Vaughn et Leff (1976) ont montré qu'une proximité trop importante pouvait être préjudiciable au patient et à sa famille, on peut noter que dans l'évolution des programmes de psychoéducation, cette question est devenue progressivement moins centrale. La question de la cohabitation du patient et de sa famille sous le toit familial est considérée comme un fait qui ne mérite plus d'être questionné.

La limite aux capacités de cohabitation est posée comme un échec de la formation et du traitement et non comme une donnée faisant partie intégrante du problème posé par la psychose. Par exemple dans le programme de formation pour l'entourage des patients « *Coping with schizophrenia* » conçu au centre de recherche en psychiatrie du New Hampshire (Kidman, Mueser, & Gingerich, 1998) la question est abordée dans le dernier module qui s'intitule « *cohabiter ou ne pas cohabiter* ».

La question de la distance entre le patient et ses proches, qui n'est plus portée socialement par la séparation physique d'une institution, est posée aujourd'hui comme une capacité interne des membres de l'entourage du patient qui doivent « *assurer leur propre réalisation personnelle malgré la présence du patient schizophrène et la responsabilité de soins et de soutien qui y sont inhérentes* » (Cormier H, 1993), elle fait donc appel aux ressources internes des sujets concernés par la situation de cohabitation. La plupart des programmes de psychoéducation cherchent à développer les habiletés des proches à poser leurs propres limites. Les limites psychiques des sujets qui composent la famille et qui cohabitent sont pensées en terme d'habiletés ou de capacités à faire face qu'il conviendrait d'entraîner et de soutenir.

## **Partie 2 : Contributions à la compréhension du processus schizophrénique**

La revue de littérature a conduit à explorer différentes sources épistémologiques qui rendent compte de la difficulté à appréhender le processus schizophrénique.

## **A/ Modèle psychanalytique**

Dans la théorie psychanalytique, la genèse des psychoses est considérée comme un avatar de la construction du Moi. Elle pose comme point fondamental le lien entre la pathologie mentale de l'adulte et la construction du sujet. C'est sur cette ligne qu'elle distingue Psychose et Névrose comme structures pathologiques qui prennent leur origine dans l'histoire du sujet suivant qu'il ait pu ou non résoudre le conflit œdipien. Freud (1924, p.283) spécifie que dans la psychose, le conflit n'est pas entre le moi et le ça, donc interne, mais entre moi et réalité externe. Il est, selon le terme de Racamier (1980, p 61) « désintériorisé ».

*« Après l'introduction de la seconde topique freudienne, se trouvent différenciées plus radicalement névrose et psychose. La première se présente comme le résultat d'un conflit entre le moi et le ça, tandis que dans la seconde, le moi s'allie au ça pour réprimer une partie (intolérable) de la réalité. Névrose et psychose se présentent ainsi comme deux solutions pathologiques différentes pour remplacer l'intolérable réalité par une réalité plus conforme au désir et à ce que le moi peut supporter. Chacune cherche, à sa façon, un substitut à la réalité extérieure. La névrose se tourne vers le monde fantasmatique. La psychose dénie la réalité et en construit une nouvelle. » Pommier (2010, p 27).*

C'est dans une perturbation primaire de la relation libidinale à la réalité que s'originent les psychoses. Le contact avec la réalité externe est perturbé, le déni se met en place pour tenter d'écarter le surgissement de souvenirs, fragments de réalité qui pourrait être insupportables. *« Le clivage permet au moi de rejeter une représentation intolérable et par là-même le fragment de réalité qui lui est lié »* (Pommier, 2010, p. 28). Il entraîne un rejet de la réalité et une évacuation du conflit, le retour du refoulé se présente sous forme de délire ou d'hallucination. La plupart des symptômes, et notamment les constructions délirantes, sont des tentatives secondaires de réparation ou de restauration du lien objectal.

La psychopathologie psychanalytique s'appuie sur la notion de structure qui désigne un système de parties articulées dans une totalité et survivant à ses transformations, totalité et constance désignant les attributs fondamentaux de la structure. Cette conception a souvent lié la schizophrénie à un pronostic morbide et sans espoir maintenant une forme de pessimisme sur les perspectives thérapeutiques. Cependant le travail des cliniciens se référant à la pensée psychanalytique a permis de dégager des orientations de travail et de repérer que la structure

psychotique n'est pas forcément à considérer dans une fixité rigide.

De nombreux auteurs ont continué à enrichir la conception psychanalytique de la schizophrénie. Le conflit étant désintériorisé, c'est par l'analyse du contre-transfert dans les cures de patients schizophrènes que les psychanalystes ont pu mieux comprendre le processus psychotique. Les connaissances acquises par cette approche, en particulier par Searles et Racamier, peuvent permettre d'appréhender ce qui se passe au niveau de la relation fraternelle. Nous retiendrons, dans notre réflexion sur les liens fraternels, uniquement les approches qui permettent d'appréhender plus particulièrement ce qui est en jeu dans la question du vivre ensemble et de coexistence, axe de cette recherche.

### **A-1 Federn et La question des frontières du moi**

Federn (1952, p 197) considère la schizophrénie comme une pathologie narcissique liée à une « *perte d'investissement de la frontière mentale et corporelle du moi* ». Pour lui, le moi n'est pas une entité séparée ou en opposition au ça ou au surmoi, dans la psychose, le moi ne peut plus assurer une fonction de vigile entre le monde interne et le monde extérieur. Dans la phase d'apparition de la schizophrénie, Federn constate que le sujet connaît des phénomènes de dépersonnalisation et un sentiment d'étrangeté qui envahit son espace psychique. (Federn, 1952, p. 197). Il introduit l'expression « *sentiment du Moi* » pour décrire « *le sentiment global de la personne vivante qui permet à l'individu de s'éprouver comme sujet face au monde extérieur et comme objet parmi toutes les autres représentations d'objet* » (Gortais J. , 2002, pp. 32-33).

Federn pose la question des espaces, des frontières, des limites. Le terme « frontières du moi » définit à la fois ce qui sépare le Moi du monde extérieur (limite extérieure) mais aussi ce qui sépare le conscient de l'inconscient (limite interne). La psychose affecte à la fois l'unité et les frontières du Moi, faisant perdre à celui-ci son homogénéité et sa délimitation dans l'espace.

Les analyses cliniques de Federn sont particulièrement intéressantes à revisiter dans le contexte du développement d'une psychiatrie à domicile, la question des frontières du Moi étant réactivée par la situation du partage de l'espace vital

## **A-2 Searles et les processus transférentiels**

L'apport de Searles concerne en particulier les processus transférentiels. C'est en 1963 qu'il introduit le concept d'identification projective dans le cadre de la schizophrénie. Il remarque que le délire et la confusion rendent particulièrement difficile l'analyse du contre-transfert car les contenus idéiques, les affects et la réalité sont peu différenciés. Dans son œuvre, Searles s'appuie sur sa propre expérience d'analyste pour comprendre la puissance projective de cette souffrance et penser ce qui est en jeu dans les relations familiales. Parlant de ses patients il analyse ses propres ressentis : il repère d'une part la tendance des patients schizophrènes à le « *rendre fou* » et d'autre part l'effort important qu'il doit produire pour conserver sa propre santé mentale : « *je fus assailli par des sentiments de confusion et de déréalité* ,» « *j'avais l'impression (...) de perdre la raison* » (Searles, 1959, p259).

Se basant sur l'analyse du contre-transfert, Searles (1959) constate que le patient est pris dans un contexte relationnel familial qui active sa folie, ce qu'il synthétise dans la formule titre de son article « *l'effort pour rendre l'autre fou* » (1959).

Il repère, dans l'économie familiale de la folie, la focalisation projective des différents membres d'une famille sur l'un d'entre eux, si bien qu'il considère que le malade psychotique a pu être « *le dépositaire de toute la folie des autres membres du groupe familial* » Dans cette approche, la famille joue un rôle important dans la fixation du symptôme : la première expression psychotique est amplifiée par la famille et ceci contribue à le fixer sur le patient.

Pour illustrer ce phénomène, il évoque le cas de deux sœurs (Searles, 1959, p. 264). Depuis l'enfance les deux sœurs ont été élevées par leur père dans l'idée que leur raison d'être était la conquête d'un riche mari. La fratrie s'était petit à petit organisée sur le thème de la jalousie et de la haine exacerbée par l'injonction paternelle et la soumission de la mère. Searles montre comment dans cette situation les « *souhaits de mort* » se sont transformés en « *souhaits de psychose* ». Durant la thérapie la patiente relève que sa sœur a cru devenir folle après avoir été éconduite par son fiancé, mais dans cette lutte c'est finalement elle qui a cédé. « *Elle avait la conviction que les membres de sa famille, remplis de haine et d'envie à son égard, s'étaient concertés pour la rendre folle et se débarrasser ainsi de sa présence.* » (Searles, 1959, p. 270).

Searles repère une certaine porosité à la folie de l'entourage vers le patient « *Le patient vit chronologiquement sur la menace : celle des figures persécutrices vécues comme faisant partie du monde extérieur, mais aussi celles d'introjects, qui lui sont dans une large mesure, inconnus, qu'il promène et porte en lui.* » (Searles, 1961, p. 413). Mais il repère aussi cette porosité du patient vers son entourage. Dans sa conception, tout le monde participe à l'effort pour rendre l'autre fou, Il insiste sur la réciprocité qui s'installe entre le patient et ses proches. La menace de devenir fou est perçue par tous et peut donc conduire, dans cet état de tension émotionnelle, à des « *souhais de psychose* » semblables aux « *souhais de morts* » (Searles, 1959, p. 269). Ces souhaits sont sources de grande culpabilité comme chez les personnes ayant perdu un parent haï. Dans ce cas il s'agit de maintenir la folie chez l'autre par peur de devenir soi-même fou.

La dimension projective de la souffrance psychotique mise en évidence par Searles est à prendre en compte dans les contextes de prise en charge actuels.

### **A-3 Racamier et le déni d'altérité**

Racamier (1980) a analysé la nature du déni dans la schizophrénie. Il s'agit d'éviter la perte du réel en modelant les relations d'objet et les relations à soi-même. Dans cette tentative, il repère quatre étapes qui font glisser la psychose de l'état natif à l'état d'organisation :

- Déni d'existence
- Déni de sens
- Déni de signifiante
- Déni d'altérité.

« *Tous ont pour propriété essentielle d'éviter la perte du réel en modelant des relations d'objets et relations à soi-même, qui, si singulières qu'elles soient, sont préservées* » (Racamier, 1980, p 54).

C'est dans sa pratique d'analyste auprès de patients schizophrènes que Racamier repère la puissance du déni d'altérité chez ses patients : Au début, « *je souffrais avec eux, j'aurais souffert pour eux et à leur place, ne sachant pas encore que j'aurais ainsi réussi leur psychose* ». L'aboutissement de ce processus c'est l'identification fusionnelle : « *le sujet ne fait alors plus qu'un avec son objet, toutes les différences sont abolies ; l'ambivalence est abolie par l'abolition de la différence des êtres* » (Racamier, 1980, p 62). Il repère chez le patient l'angoisse « *de se diffuser, de se répandre, de se perdre* », et du côté du psychanalyste, objet réceptacle, « *un sentiment d'insignifiance* ». Le « *vécu d'intrusion* » est éprouvé des deux côtés de la relation car le sujet ne fait plus qu'un avec son objet, ce qu'il nomme *oneness* ou « *mêmeté* » mais aussi *sameness* ou similitude car le sujet et l'objet partagent un destin commun.

Cette analyse s'appuie sur le concept d'identification projective développé par Mélanie Klein, Racamier a montré comment cette projection dans l'objet pouvait être « *confusante* » pour l'objet lui-même et entraîner une impossibilité à être en conflit et à distinguer les sentiments, ainsi il nomme « *l'anticonflictualité* » des schizophrènes en référence à l'intraconflictualité des névroses.

Concernant l'objet « frère », l'analyse de Racamier permet de percevoir l'intensité des enjeux identitaires quand l'un des membres de la fratrie développe une schizophrénie, Cet apport de Racamier peut être mis en lien avec l'analyse que fait Bourguignon (Bourguignon, Le Fraternel, 1999) de l'objet frère. « *Dans le développement de l'individu, les frères et sœurs deviennent très précocement des objets spécifiques. L'attachement se développant parallèlement à celui des parents* » (Bourguignon, 1999, p 54) « *Si bien que le frère ou la sœur n'est pas seulement un objet réel mais aussi un objet interne significatif associé à des fantasmes inconscients* ». (Bourguignon, 1999, p 60). Concernant l'objet frère, le déni d'altérité représente non seulement une attaque du lien au frère/sœur objet externe mais aussi une attaque du lien à l'objet interne, c'est-à-dire à soi-même, l'identification projective fonctionnant « *comme un laser qui viderait la substance de l'objet, ne laissant de lui qu'une dépouille* » (Racamier, 1980, p 90).

## **B/ Modèle systémique**

Le modèle éco-systémique, issu des théories de la communication, invite à une autre compréhension du trouble schizophrénique qui est défini avant tout comme un trouble de la communication. Dans cette approche, l'individu est considéré comme appartenant à différents groupes, systèmes ou sous-systèmes, dans lequel il évolue suivant les règles de communications et d'interactions propres à ces différents groupes. D'une lecture linéaire où les symptômes étaient liés à un conflit venant du passé du patient et relégué dans l'inconscient, l'approche systémique propose une lecture circulaire montrant l'inter-influence de la communication et du comportement de chacun sur chaque membre du système. Concernant la schizophrénie, les notions de double lien et de patient désigné constituent deux apports importants des approches systémiques.

### **B-1 Le double lien**

Selon Bateson (1956) l'inhibition des conduites relationnelles de base du sujet schizophrène serait une forme d'adaptation à un contexte relationnel reposant sur le double lien ou la double contrainte. C'est d'abord en repérant « *la confusion douloureuse de l'hôpital psychiatrique* » en 1956 puis, à travers un programme national de recherche sur les relations familiales, que Bateson met en lien le contexte relationnel et le développement de la schizophrénie. Comme le précise Elkaïm (1995, p. 161), « *Bateson ne s'est pas demandé pourquoi cette personne-ci se comporte de manière folle. Il s'est demandé dans quel système humain, dans quel contexte humain, ce comportement peut faire sens* ».

Le courant systémique a exploré l'individu dans son milieu, repérant des troubles de la communication impliquant tous les membres de la famille (double lien, confusion). Selon Haley (1980) du Mental Research Institute à Washington, le patient schizophrène exerce une emprise sur son entourage, en même temps qu'il participe à la protection du groupe et au maintien de l'homéostasie du système. On parle de familles à transactions schizophréniques

pour décrire des familles où les changements prennent toujours l'allure d'une crise grave tant leur système est hyper homéostatique<sup>22</sup>.

La théorie du double-lien a été élaborée par l'équipe de l'Hôpital psychiatrique de Palo Alto menée par Bateson. Ces chercheurs, inspirés par les théories de la communication, se sont attachés à étudier la pensée paradoxale et les propos ou conduites aberrantes des patients schizophrènes. En étudiant les interactions intrafamiliales, ils ont mis en évidence « *la concordance entre un des symptômes du patient et un fragment d'interaction familiale qui concerne ce symptôme.* »

Cette interaction prend la forme d'un double lien qui se caractérise premièrement par le fait que, dans ce modèle relationnel, quoique fasse la personne elle ne peut gagner, et, deuxièmement, que, cherchant une issue, ses tentatives de communiquer sont perçues comme de plus en plus étranges et inappropriées (métaphores, langage non conventionnel, trop personnel, ...). Aussi appelé double contrainte, il s'agit d'une expérience répétée où la personne se retrouve dans une position de victime sans pouvoir échapper à la situation, au point qu'elle finit par percevoir son univers tout entier sous forme de double contrainte. (Elkaïm, Panorama des thérapies familiales, ss la direction de Elkaïm M, 1995, p. 268).

Cette étrangeté relationnelle, cette incertitude communicationnelle sous-tend les relations du patient avec son entourage mais aussi réciproquement les relations de son entourage avec lui. C'est pourquoi « *le double lien est une condition nécessaire mais pas suffisante à l'explication étiologique et, vice versa, est un sous-produit inévitable de la communication schizophrénique.* » (Benoit J.-C. , 2000)

## **B-2 Le patient désigné**

On peut situer ce concept dans le prolongement des travaux de Searles qui a mis en évidence l'importance des jeux familiaux.

---

<sup>22</sup> Il est difficile d'évaluer si la crainte du changement dans le système familial est consécutive aux troubles ou si elle en est un des facteurs. Néanmoins la surmorbidity par suicide des patients schizophrènes est à prendre en compte dans l'analyse de ce fonctionnement familial. 9 à 13% des schizophrènes se suicident contre 1% de la population générale (Brousse & Llorca, 2004) (Ginsberg-Carré, 1998)

Ausloss (1995) s'intéresse aux processus qui contribuent à cette désignation :

- Le processus de sélection-amplification : par le jeu des interactions intrafamiliales, un comportement aléatoire va être sélectionné puis amplifié par le système par un mécanisme de rétroaction positive. Il peut s'agir par exemple d'un adolescent qui reste souvent dans sa chambre ; ce constat peut être amplifié sous la forme il est toujours isolé dans sa chambre.
- Le processus de cristallisation-pathologisation apparaît au moment où le comportement symptomatique se met à remplir une fonction dans les modalités organisationnelles du système.

Comme illustration de ce processus de désignation, Ausloss présente un texte lu par une patiente anorexique de 19 ans à sa famille lors d'une séance de thérapie familiale.

Jacqueline 19 ans est l'aînée de 5 enfants : Pierre 17 ans, Simone 15 ans, Marie 11 ans, Martin 7 ans. Les parents ingénieurs tous les deux sont revenus travailler en Europe, après 16 années passées en Asie comme coopérants, quand Jacqueline avait 15 ans afin qu'elle puisse poursuivre ses études. (Ausloss 1995, p 37-47)

*« Ce que j'ai à lire ici, je l'ai fait lire à mon frère Pierre et à ma sœur Simone. Ils m'approuvent et sont d'accord que je le dise. Ici c'est Gwenaëlle qui parle, alors elle parle comme elle veut. Gwenaëlle, c'est un nom que je me suis choisi. J'ai beaucoup la trouille, et tout ce que je demande pour m'aider à continuer jusqu'au bout, c'est qu'il n'y ait pas de hurlements qui m'interrompent. Je le demande très sincèrement.*

*Moi, je m'appelle G. Bâtir du vrai sur du faux, je refuse. Quand cela arrive à un moment où ça marche ça ne marche plus, ça recule : je refuse (...) Jusqu'à présent j'ai voulu faire de peine à personne ; toute ma vie, j'ai eu l'impression de marcher sur des œufs, alors je ne bougeais pas. G, elle, elle file dans tous les sens ; Pierrot il se barre ; Simone, elle remet à sa place ; les deux petits, j'expliquerai. J'ai mal de faire mal, mais je dois...*

*J'ai joué la déprivation, la boulimique, j'ai fait..., je me suis obligée..., la droguée, la malade mentale, la « envie de crever ». Mon art, c'est de dramatiser, lorsque j'ai dramatisé l'Hôpital psychiatrique pour empêcher cela à mes frères et soeurs, pour qu'ils ne fuient pas, premièrement ce qu'ils ressentent, deuxièmement ce qui pourrait*

*leur arriver si ça éclate ; pour aussi attirer l'attention sur moi ; ils ne pensent pas à autre chose. (...) Tout ce que j'ai fait était lucide, tout. J'ai mis mon art au service de la famille. J'en peux plus. J'ai dramatisé l'Hôpital psychiatrique pour papa et Simone : ils ont la même constitution, j'avais peur qu'ils s'y réfugient. J'ai pris la morphine sur moi pour Pierrot, parce que j'avais peur qu'il s'y réfugie. J'ai dramatisé la solitude pour Martin, j'avais peur qu'il s'y réfugie. J'ai surbouffé pour Marie, j'avais peur qu'elle s'y réfugie. J'ai sur imitation déprimé pour Elisabeth, j'avais peur qu'elle s'y réfugie. **Mes problèmes, je n'en ai pas. J'en ai un : je sens au nom de tous.** »*

Dans leur travail clinique, Chaltiel et Romano (2005) repèrent un sentiment d' « absence de place » pour les frères et sœurs du patient désigné et des mouvements ambivalents envers « un être si faible et pourtant si dangereusement fort ». Si le patient a des bénéfices en même temps qu'un sentiment de sacrifice à occuper cette place centrale, les frères et sœurs ont eux-mêmes intérêt à ce qu'il en soit ainsi, malgré les contreparties importantes.

Même si la dimension centripète du malade dans la fratrie a été repérée quels que soient la pathologie ou le handicap, dans le cas de la schizophrénie, la question de la place est, pour ces auteurs, sous-tendue par la thématique de la contagion ou par l'idée d'une contamination possible des individus proches sur un mode imprévisible et mystérieux. Le malade est instauré dans une place centrale par un processus de désignation qui a pour but de le fixer à cette place et d'éviter que le patient ne la quitte car un autre membre de la fratrie pourrait alors y être convié.

Ils repèrent que la place du patient est comme « une chaise qui ne peut rester vide » et constatent qu'en cas d'amélioration de l'état du patient, il peut se produire, dans la fantasmagorie fraternelle, une substitution de patient. C'est-à-dire qu'un autre membre de cette fratrie serait amené à occuper cette place laissée vacante par le malade. « Cette place lorsqu'elle menace d'être vide, met la fratrie dans l'incertitude et l'insécurité. Le patient désigné va, dès lors, très vite se ré-installer dans son délire. On revient ainsi à la situation connue par tous (...), Il y a une place désignée, mais le danger fantasmagorique est que cette place puisse devenir celle d'un autre. » Paradoxalement l'amélioration souhaitée par tous fait émerger une angoisse liée à la question de qui, désormais, va occuper cette place.

Cette conception permet de comprendre que les frères et sœurs ont la possibilité d'entraver le processus thérapeutique quand les améliorations du patient mettent en jeu leur

propre équilibre, mais ils peuvent aussi le soutenir si ce qui les concerne est suffisamment compris et pris en compte. C'est pour déjouer cette « *proscription* » que ces thérapeutes proposent un « *espace fraternel* » spécifique dans certaines thérapies familiales (Chaltiel & Romano, L'espace fraternel dans la thérapie familiale (II), 2004, p. 53).

Nous verrons comment ces contributions à la compréhension de la schizophrénie permettent d'éclairer ce qui est en jeu dans les rapports entre frères et sœurs lorsque le trouble schizophrénique émerge au sein d'une fratrie.

- Absence de frontières mentales et corporelles du moi (Federn)
- Dimension projective et souhait de psychose (Searles)
- Déni d'altérité et anticonflucualité (Racamier)
- Double lien, incertitude communicationnelle, étrangeté relationnelle (Bateson)
- Patient désigné et consubstantiatlité

### **C/ Modèle phénoménologique**

Dans les années 50, la phénoménologie s'est intéressée à rendre compte du rapport du sujet schizophrène au monde et à lui-même. Husserl s'est attaché à décrire notamment « *les troubles de la conscience du corps, du temps et d'autrui en tant qu'expériences vécues* » (Gortais, 2009, p.34). Dans le contexte de la psychiatrie moderne où l'on privilégie les approches descriptives, il apparaît pertinent de reprendre ces travaux pour réfléchir à l'expérience vécue au sein des familles et en particulier à la question de la coexistence.

#### **C-1 Binswanger et l'altération de l'humain**

Lors du premier congrès international de psychiatrie en 1950, Binswanger appréhende la psychopathologie sous l'angle du phénomène et non pas du symptôme et présente une

nouvelle méthode de recherche en psychiatrie la *Daseinanalyse*<sup>23</sup>. Il est intéressant de repérer que lorsque Binswanger (Binswanger, 1971)(1971) s'est inspiré des concepts de la phénoménologie pour penser la psychiatrie de son époque, il repérait le même écart entre les approches biologiques et les approches prenant en compte les processus psychiques que ceux qui traversent la psychiatrie contemporaine et dont il est question dans le préambule. Il pensait en effet qu'il fallait dépasser la dualité entre le niveau biophysique (niveau de la thérapie médicamenteuse) et le niveau psychique (niveau de la psychothérapie) en abordant les maladies mentales comme des altérations de l'humain en l'homme.

De Gandt (2006, p 110) dans un travail sur Binswanger rappelle sa métaphore de l'alpiniste bloqué sur une paroi rocheuse pour illustrer l'expérience de schizophrénie : « *l'alpiniste verstiegen est bloqué, il ne peut plus ni monter ni descendre et il est si haut, dans une passe si dangereuse, que personne ne peut le rejoindre. (...) En somme, le malade est allé trop haut, il est devenu trop solitaire, il a perdu la fraternité commune, il a perdu la juste proportion entre la base et la verticalité.* » Cette métaphore articule les deux thématiques centrales de notre recherche la dimension spatiale (situation de cohabitation) et le fraternel.

Binswanger conçoit les maladies mentales comme des altérations de l'humain en l'homme. Il met l'accent sur la question de « *l'être malade* ». Il différencie le *Körper*, le corps perçu ou corps anatomique et le *Leib*, le corps vécu, le corps éprouvé dans l'expérience de l'être au monde : « *Cette double dimension, celle de l'appréhension objective du corps et celle du corps vécu, se trouve engagée dans le rapport à soi-même mais aussi à l'autre* » (Gortais J. , 2009, p. 34). Binswanger met en avant la qualité de la présence, « l'être-là » non seulement du malade mais aussi celle du psychiatre qui a à se mettre à l'écoute du malade et de son mode d'existence au monde, ce qu'il qualifie d'« *expérience de la co-présence* » (Gortais J. , 2009, p. 34).

Ce thème de la co-présence semble particulièrement pertinent à reprendre dans la situation qui nous intéresse, car il permet de penser les enjeux de cohabitation du malade et de son entourage familial. Les travaux des phénoménologues permettent de dépasser le terme de cohabitation (habiter côte à côte) pour celui de coexister (être en présence).

---

<sup>23</sup> Binswanger présente la Daseinanalyse au Premier Congrès International de Psychiatrie à Paris le 22/05/1950, ce terme peut être traduit en français par « analyse existentielle ».

## **C-2 Pankow, « L'être-là du schizophrène »**

Dans ce prolongement, le modèle de Pankow est intéressant pour tenter de définir comment se pose dans une famille la question de la coexistence, car elle s'est attachée à tenter de comprendre « *le dedans de la psychose* » (Pankow G. , 1981, p. 13)

L'originalité de son modèle est de définir la dissociation psychotique comme un phénomène lié à la destruction de l'image du corps. Le malade vit dans un corps sans limite, le « *corps-vécu* » n'est pas ressenti comme une entité, soit parce que la totalité de l'image du corps se trouve remplacée par l'une des parties, soit en raison d'une confusion provenant de la non-différenciation de l'intérieur et de l'extérieur.

« *Par le terme de dissociation, je définis donc une déstructuration de l'image du corps telle que ses parties perdent le lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur.* » (Pankow G. , 1981, p. 35).

A partir de cette analyse, elle conçoit le travail thérapeutique comme le développement d'une dialectique dans un monde en fragmentation. Il s'agit d'opérer une « *fusion* » des fragments du corps vécu, fusion qu'elle qualifie, dans son approche thérapeutique, de « *structuration dynamique* ». C'est lorsque la dissociation dans le monde de l'espace est réparée que le malade peut alors entrer dans son histoire, car « *la dissociation de l'image du corps s'accompagne simultanément d'une perte de la dimension historique dans la vie d'un schizophrène* ». (Pankow G. , 1981, p. 144).

Sur la base de cette analyse, on peut définir que l'un des enjeux de la coexistence est donc de partager un espace/temps commun sans partager la même notion de l'espace et du temps. Ceci permet de mieux comprendre le niveau d'incompréhension et donc de tension qui peut régner dans la cellule familiale.

Pankow présente la pièce de Kafka, *La métamorphose*, comme une illustration de l'entrée et du glissement dans la psychose. Le personnage Grégoire Samsa est un représentant en commerce vivant encore chez ses parents, toute sa difficulté est que l'échange à l'extérieur de la famille est réduit aux objets-choses (les articles qu'il vend) et fermé à l'objet libidinal. Il ne peut à la fois exister comme une partie du corps maternel et exister en même temps comme un être indépendant, entier. Un matin, il se réveille transformé en vermine et Pankow reprend les

différentes phases du combat que mène « Grégoire-insecte » pour exister dans sa famille, non seulement comme représentant des objets-choses mais comme un être qui pourrait avoir accès au désir. Plus il cherche à communiquer, plus il s'exclut et est exclu de sa famille et de toute communication humaine. Ce texte illustre bien l'incompréhension croissante entre le patient et son entourage. Nous y reviendrons plus loin pour repérer plus précisément la relation de Grégoire avec sa sœur.

### ***C-3 Une lecture phénoménologique de la psychiatrie contemporaine***

Dans la même ligne queBinswanger, Pankow distingue le « *corps objet* » du « *corps vécu du schizophrène* » qu'elle qualifie aussi de « *l'être-là du schizophrène* ». Sa distinction permet de se représenter comment le partage s'est dessiné entre la prise en charge médicale et la prise en charge familiale. On peut considérer « corps objet » ce qui correspond aux troubles décrits par les classifications internationales DSM et qui nécessitent une intervention médicale, et « corps vécu » ce qui reste, c'est-à-dire la « *schizophrénie du dedans* » ou ce que nous nommerons ici la schizophrénie au quotidien et dont la charge est aujourd'hui assumée le plus souvent par l'entourage familial.

Dans le tableau suivant, on peut constater que, dans la conception médicale de la schizophrénie qui prévaut aujourd'hui, la dimension du « corps vécu » est déplacée hors du contexte médical, celui-ci se concentre de plus en plus exclusivement sur la dimension symptomatologique, c'est-à-dire le « corps objet », l'aspect visible de la schizophrénie. Le reste, ce qui est peu quantifiable, peu objectivable mais qui représente en réalité la part prépondérante dans la clinique de la schizophrénie, est laissé du côté de la prise en charge familiale. La médecine s'occupe du corps et à la famille est confiée de façon non formelle une tâche indéfinie et sans limite de « *veilleur au quotidien* » telle que le stipule en France le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011/20

Tableau 2 : Représentation du partage de la prise en charge à partir de l'approche  
phénoménologique

*Passage sans obligation de concertation avec la famille*



Où	Prise en charge dans le lieu de soin	Prise en charge dans la maison familiale
Quoi	<b>Körper</b> Le « corps objet » Les symptômes	<b>Leib</b> Le « corps vécu » « L'être-là du schizophrène »
Qui	Par des professionnels du soin Equipe pluridisciplinaire	Par l'entourage familial Un aidant familial souvent seul
Quand	Intervention lors des crises Limitées dans le temps	Présence quotidienne Durée indéfinie



*Passage difficile - Nécessité d'une crise pour  
accéder au soin (crise du patient et du système familial)*

Une conséquence de ce partage des rôles est que la crise devient progressivement la seule porte d'entrée vers les soins médicaux. Elle est parfois nécessaire pour renégocier ce qui est de ressort du soignant et ce qui est de ressort de la famille considérée à partir du rôle de l'aidant familial.

Dans cette conception le patient est vu comme un malade partout (lieu de soin et maison familiale), tout le temps, et par tous (ses soignants mais aussi sa famille qui a une fonction de veille et d'alerte). Par ailleurs les frères et sœurs de patient sont impliqués de fait, sans que leur présence ne soit prise en considération. Il s'agit donc dans ce travail de recherche de

penser la coexistence et dans un premier temps de tenter de se représenter cette coexistence, c'est-à-dire la rencontre quotidienne avec le corps vécu du schizophrène.

## **Chapitre 3 : Du frère imposé à la construction de la relation fraternelle**

Après avoir exposé ce que la schizophrénie mobilise dans un contexte de cohabitation familiale, il s'agit de comprendre le processus qui permet de passer du lien fraternel, situation de vie imposée, à la relation fraternelle qui implique émotionnellement les personnes. En effet comme le souligne Scelles (2006, p236), « *si, selon l'état civil les frères sont ceux qui ont été mis au monde par un ou deux adultes communs, c'est bien de manière singulière que chaque enfant en vient à se sentir reconnu comme étant « frère pour l'autre » ou à reconnaître l'autre comme étant « son frère »* » (Aubert-Godard & Scelles, 2006, pp. 235-254).

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons à la transformation de ce lien non choisi en relation où chacun se positionne. Puis nous verrons quelles questions se posent dans une fratrie confrontée au handicap de l'un des siens. Ainsi nous passerons de la question *d'être frère* (le statut ou l'état de frère – Partie 1) à celle du *devenir frère* (la construction de la relation fraternelle – Partie 2) puis à la question du *rester frère* devant la différence d'un membre du groupe (Partie 3). Ceci nous permettra d'aborder plus précisément au chapitre suivant la question du rester frère devant l'émergence de la schizophrénie.

### ***Les fratries d'aujourd'hui, données sociologiques***

Au cours des deux dernières générations, la famille et plus particulièrement la fratrie se sont considérablement transformées sur un plan sociologique. D'une part parce que compte tenu du recul de la natalité elle est en moyenne sensiblement plus réduite qu'avant : « *conséquence démographique directe de l'allongement de l'espérance de vie, on compte de plus en plus de parents, de grands parents, d'oncles et de tantes autour des berceaux. Les familles comptent de plus en plus d'ascendants et de moins en moins de collatéraux : elles se verticalisent.* » (Hachet, 2000, p 91). Pour autant Cherlin (1978) estime que les familles sont davantage unies par un esprit consensuel et des sentiments affectueux, que par des contrôles formels et institutionnels. Il note que l'autorité du chef, père ou mère de famille, déclinerait au profit de la création d'une vie de groupe ou de clan et donc de frères et sœurs.

Les familles contemporaines se fondant sur des alliances plus transitoires imposent des recompositions fréquentes aux fratries, ce qui rend leurs contours plus flous (inclusion ou non des demi-frères/sœurs, ou des enfants des beaux-parents). De ce fait le mot fratrie peut évoquer des situations très différentes. On constate que les membres de la fratrie sont moins nombreux qu'auparavant mais qu'ils restent plus longtemps ensemble (Castellan, 1982). Le nombre des divorces et les recompositions familiales qui en découlent déplacent le centre de gravité des fratries qui n'est plus nécessairement le couple parental (Théry, 1996). Dans ces fratries recomposées, les frères germains n'ont pas forcément la priorité sur le choix des liens électifs par rapport aux demi-frères (Ginsberg-Carré, 1998)

Favart (2007) constate que la fratrie est inscrite dans le temps long et que la permanence du lien fraternel s'organise autour de la permanence des contacts dans la durée et non forcément de leur fréquence. Elle définit l'espace fraternel comme « *territoire en état de veille* ».

Même si des travaux auxquels nous ferons référence se développent sur le sujet, il n'en demeure pas moins vrai que, dans l'approche psychanalytique où prédomine la dimension de l'historicité du sujet, la question du fraternel n'a jamais été centrale. La dynamique relationnelle au sein de la fratrie a été sous-estimée car pendant longtemps les analystes ont considéré les relations fraternelles comme étant le résultat d'un déplacement des sentiments passionnels et ambivalents des enfants pour leurs parents et sans voir leur spécificité.

Du côté des approches systémiques, bien que centré sur les liens familiaux, le lien fraternel a longtemps été marginalisé au profit des liens de filiation et des liens d'alliance. De ce fait, la fratrie a longtemps été considérée comme un sous-produit du couple parental, « *réduite aux rapports parents-enfants, la fratrie reste alors enfermée dans une dimension verticale qui donne à voir les relations frères/sœurs principalement en terme de rivalité et de compétition pour l'amour des parents* » (Bourhaba, 2004, p. 24).

Aujourd'hui, au-delà du cadre familial, la transmission d'information par réseau transforme profondément l'organisation des rapports humains. La transmission latérale, du fait de sa rapidité et de sa simplicité, prend le dessus sur une transmission ascendante hiérarchique. Cette transformation de la société contemporaine que certains estiment comparable à celle provoquée par l'apparition de l'écriture, puis de l'imprimerie rend d'autant

plus nécessaire une réflexion sur les liens collatéraux et en particulier les liens fraternels.

## ***Partie 1 : Etre frère : caractéristiques du lien fraternel***

Les frères et sœurs partagent, de fait, un même statut d'enfant par rapport aux parents. Ce lien inévitable qui les unit s'impose à eux et les confronte à définir ce que signifie pour eux-mêmes être frère/sœur, avoir un/des frères/sœurs, appartenir à une fratrie, appartenir à une génération. Nous définissons l'identité (moi), l'altérité (l'autre), l'appartenance (la fratrie), le temps (la génération) comme les quatre fondamentaux du lien fraternel.

### ***A / L'individu dans la fratrie et la construction de l'identité***

Explorant le développement de l'enfant par rapport à son corps, Wallon repère que « *la construction de la personnalité est conçue comme une différenciation progressive du « moi » et de l'autre* ». (Wallon, 1949, cité par Kaës, 2008, p18)

En s'inspirant des travaux de Wallon, Lacan souligne l'expérience structurante du stade du miroir où l'enfant encore « *dans un état d'impuissance et d'incoordination motrice, anticipe imaginativement l'appréhension et la maîtrise de son unité corporelle* ». Avant le stade du miroir, il se perçoit à travers l'autre car il n'est pas encore capable de discerner les limites entre lui et l'autre, il reste « fusionné », physiquement et psychiquement aux personnes qui l'entourent. Il va alors intérioriser ce qu'il perçoit de lui dans le visage de sa mère (le miroir maternel), puis l'oublier.

C'est par « *l'identification à l'image du semblable comme forme totale* » que l'enfant, percevant sa propre image dans le miroir, ressent ce plaisir lié au « *contrôle de l'identification spéculaire* » (Lacan, 1949). La « jubilation » que lui procure cette découverte éveille la curiosité du petit enfant qui commence à percevoir son identité propre. Très vite il ne se complait pas dans la contemplation de lui-même mais va éprouver le besoin de comprendre et

il va se mettre à explorer et à cumuler toutes sortes d'expériences qui vont l'amener à regarder l'autre, à regarder comment l'autre le regarde et à passer par le regard de l'autre pour se connaître. Si comme l'a montré Winnicott, le précurseur du miroir c'est le visage de la mère qui renvoie à l'enfant une impression de continuité et une impression cohérente de lui-même, l'enfant va découvrir dans ceux de son âge, et en particulier dans ses frères et sœurs, d'autres qui lui ressemblent davantage. Si bien que selon Rabain (1985) le frère prend la suite du miroir (Rabain, 1985). Scelles insiste sur la fonction de l'autre comme miroir, un double auquel le sujet s'identifie et s'éprouve (Scelles, 2004).

Cette première ébauche de la construction du sujet qui s'effectue par identification à une image fonde le caractère imaginaire du moi c'est-à-dire que le sujet n'est pas réductible au moi puisqu'il n'en est qu'une image partielle. De ce fait, au plaisir de cette découverte succède, pour l'enfant qui prend conscience de la vulnérabilité du moi, l'angoisse du morcellement (fantasme du corps morcelé) et la nécessité de s'appuyer sur le regard d'autrui pour confirmer cette représentation, la contenir, et ne pas craindre le morcellement.

La relation au frère/sœur en miroir favorise l'introjection réciproque en faisant passer autrui ou des qualités d'autrui en soi-même. (Bourguignon, 2008, p 28). La construction de l'identité par identification au frère/sœur tisse un nœud relationnel fort où le frère/sœur est à la fois une réalité externe perceptible et une réalité interne du sujet. L'image intériorisée du frère/sœur auquel on s'est identifié devient une part constitutive de soi-même. De ce fait ce qui arrive à notre frère/sœur, nous arrive d'une certaine façon à nous-mêmes ou nous concerne d'une façon singulière.

De ces travaux, on peut donc retenir que les frères et sœurs représentent des supports mutuels dans la construction de l'identité.

### ***B / La conscience de l'autre dans la fratrie et la question de l'altérité***

L'approche psychanalytique a montré combien les frères et sœurs nous initient à l'apprentissage de l'altérité de par leur rôle de séparateur et de différenciateur (triangle œdipien).

La fratrie est le lieu de la prise de conscience de l'existence de l'autre dont le destin est d'abord d'être perçu comme rival avant d'être reconnu comme un même que soi. Si Lacan parle à ce sujet de complexe fraternel c'est pour marquer le rôle d'organisateur de cette étape nécessaire au développement de la psyché. Lacan définit le complexe fraternel par « *l'expérience que réalise le sujet primitif [...] lorsqu'il se reconnaît des frères* ».

Si dans le triangle œdipien [triangle Père-Mère-Ego], le rival c'est le père, dans le triangle préœdipien [triangle Mère-Enfant-Phallus], notion introduite par Lacan (1956), le rival est l'objet partiel concurrent de l'enfant. Dans le triangle préœdipien, le Phallus représente pour l'enfant, sur le plan imaginaire, l'objet fantasmatique du désir de la mère. L'enfant se situe par rapport à cet objet auquel il s'identifie. L'arrivée du puîné entraîne l'aîné dans une confusion : il s'identifie d'abord au bébé, en le voyant comme une partie de lui-même, un objet qui le fascine, l'attire et le repousse. Puis il se rend compte peu à peu, que ce double attirant et détesté à la fois n'est pas lui-même, mais quelqu'un d'autre.

Avant d'être reconnu comme un semblable, le frère est donc d'abord un intrus, un usurpateur, et cette réorganisation va s'articuler autour de trois mouvements :

- Un premier mouvement d'identification ambivalente à son semblable, faite de jalousie, de concurrence et de sympathie. Le sujet s'identifie partiellement au frère et le constitue comme imago du double ou imago du semblable,
- Un second mouvement d'agressivité qui naît de l'identification narcissique à l'image spéculaire du frère. Cette identification est aliénante parce que l'autre me ressemble mais en même temps l'autre n'est pas moi, autrement dit « *moi est autre* ». L'identification à cet « *autre* » le désigne comme agent et objet de l'agressivité avec sa double valence d'idéal et de persécuteur. C'est pourquoi la jalousie représente l'archétype des sentiments sociaux (Kaës, 2008).
- Le Moi se constitue et se différencie dans le même temps et dans le même mouvement que l'autrui. C'est en cela que le frère introduit la problématique de l'altérité, « *Il s'agit de reconnaître l'existence d'un autre en tant que tel et non seulement en tant qu'objet permettant de satisfaire ses désirs* ». (Bourguignon 2008 p 20). Le frère peut alors avoir pour fonction de favoriser le dégagement du lien à l'objet primaire, les parents, ce qui les ouvre sur les relations sociales (Mollo-Bouvier, 1991)

Pour Langlais (1991), « *On associe presque inmanquablement l'idée d'autrui et de l'altérité à la notion de différence* ». Or « *Autrui n'est pas le trop différent mais le trop proche, il ne se signale pas à moi par sa différence, mais par le fait qu'entre lui et moi il y a empiètement* », « *frôlement* ». C'est toute la complexité de la relation fraternelle où l'autre n'est jamais radicalement autre ni radicalement semblable. « *On pourrait remplacer le mot différence par ceci : la non-possibilité de l'indifférence. La non-indifférence.* ». Dans cette conception de l'altérité, ce n'est donc pas du côté de la différence qu'il faut chercher mais du côté de la proximité, de « l'empiètement », du « frôlement » ou de l'impossibilité de distance. Nous verrons plus loin en quoi les options thérapeutiques de la psychiatrie moderne renforcent cette proximité sans en considérer les effets sur la fratrie (Davitian & Scelles, 2013).

Cette dualité Identité/altérité au sein de la fratrie en fait le lieu d'un apprentissage essentiel : celui de l'ambivalence, car les conflits avec nos frères et sœurs nous apprennent à reconnaître et à accepter **la coexistence** en nous de l'amour et de la haine pour la même personne (Von Benedek, 2013, p. 7).

La mère est la première personne pour laquelle le petit enfant ressent ces sentiments. Sa vie dépend alors totalement d'elle et il les ressentira selon que ses besoins vitaux sont satisfaits ou non. Quand il commence à se séparer progressivement d'une relation fusionnelle avec elle, il va acquérir le sentiment de son identité propre et reconnaître l'autre en tant qu'être distinct, les bases de son identité et de l'altérité sont mises en place. C'est à ce moment que les affects ambivalents envers les parents commencent à s'atténuer. « *En revanche les sentiments qui circulent entre frères et sœurs sont marqués par une forte ambivalence, allant de la rivalité haineuse jusqu'à l'attirance incestuelle, éventuellement incestueuse, en passant par la solidarité et l'amour. Puis au cours de l'enfance, les frères et sœurs apprennent peu à peu à apprivoiser la coexistence de l'amour et de la haine envers la même personne.* » (Von Benedek, 2013, p. 90).

### ***C / La fratrie et tant que groupe et la question de l'appartenance***

Une des principales contributions de Freud à la question du fraternel porte sur la mise en

évidence du rôle joué par les liens fraternels dans la formation des liens sociaux. Dans Totem et Tabou (Freud, 1912), il articule l'organisation des liens fraternels et des relations du groupe des frères avec l'organisation des rapports sociaux. En inventant le « mythe scientifique » de la Horde, Freud fait l'hypothèse que le meurtre répétitif du Père originaire, à la fois haï et aimé, lie dans un pacte les Frères associés dans ce meurtre sans issue (...). Pour vivre ensemble et sortir de la répétition, les frères doivent inventer le passage d'un rapport de puissance à une relation d'autorité. Le premier pacte des frères pour tuer le père est de type offensif, alors que le second qui établit la loi est structurant.

*« Toutefois, la prohibition du meurtre et l'interdit de l'inceste ne suffit pas à maintenir le lien social et la culture. Il est nécessaire que les pulsions trouvent une autre issue que la réalisation directe de leurs buts, le travail de la culture et la sublimation venant ainsi permettre de dépasser le seul niveau élémentaire de l'interdit. » « L'alliance symbolique des Frères » « institue une société où prévaut la loi des échanges ». « Ce n'est pas seulement sous l'effet de la rivalité et de l'envie à l'égard du Père que les Frères inventent leur « second pacte civilisateur ». C'est aussi contre le retour de la confusion qu'installent le meurtre et l'inceste dans la différence des générations et dans la différence des sexes. » (Kaës, 2008, p. 90)*

Pour Freud, la haine, l'hostilité vis-à-vis du frère et le désir fratricide sont premiers. Ils conduisent au meurtre, puis au repentir, puis à la mutation vers l'alliance fraternelle symbolique. Ce que Freud nomme la communauté des Frères est fondé sur l'alliance fraternelle dans une triple articulation qui comprend le renoncement de posséder toutes les femmes (comme le Père), l'interdit du meurtre et de l'inceste et la construction d'un Surmoi et d'idéaux communs partagés. L'issue de la rivalité par retournement de la haine en alliance des frères contre le père qualifie la force de l'être-ensemble qui sera recherchée dans tout groupe, sur le modèle de la fraternité.

La fratrie est donc contrainte de s'organiser pour ne pas se détruire. Elle invente la culture et la société : *« Microsociété de pairs en effervescence, où chacun est affecté par les autres, où les frères et sœurs s'aiment et se haïssent, mais témoignent aussi d'un immense intérêt les uns pour les autres ».* (Bourguignon, 2008, p.26).

Cependant le fait d'être frère ou sœur ne suffit pas à éprouver un sentiment d'appartenance au groupe fratrie, se sentir membre à part entière de la fratrie implique un jeu d'identifications croisées (Kaës, 2008, pp. 146-147).

- S'identifier comme frère/sœur implique d'être identifié comme tel par les membres du groupe
- L'appartenance au groupe fratrie implique aussi l'identification des parents par les frères et sœurs, c'est-à-dire se reconnaître fruits du désir parental. En ce sens Kaës évoque le pouvoir de la fratrie de constituer les parents et de les reconnaître comme tel.
- Enfin être membre du groupe fratrie implique de reconnaître en ses frères et sœurs des semblables.

*« S'identifier comme membre de la constellation fraternelle est le triple effet du dépit œdipien éprouvé par les enfants vis-à-vis des parents qui forment un couple sexuel dont les frères et sœurs sont exclus, de la reconnaissance qu'ils engendrent les frères et sœurs et qu'ils les précèdent, du triomphe de l'association fraternelle éprouvée comme une force de défi à eux opposable. » (Kaës, 2008, p.147)*

Le rôle des pairs dans la socialisation est donc une donnée qui fait consensus : *« avec ses frères et sœurs, l'enfant fait l'expérience de la nécessité de composer avec l'autre, de contrôler ses pulsions et ses affects, et des bénéfices qu'il y a lorsqu'il y parvient. Ainsi l'enfant apprend qu'il n'est rien sans l'autre, que le moi n'existe que parce qu'à un moment il a pu avoir l'illusion de participer à un « nous » qu'il a construit et qui le construit ».* (Scelles, 2010, p.67)

S'il paraît important de porter une attention à la fratrie en tant que système ou groupe ayant sa réalité, son fonctionnement, ses règles internes, celle-ci reste fortement influencé par les liens aux parents et par ce qu'ils projettent de leur propre vécu fraternel sur leurs enfants (Kaës, 2008) et ce quel que soit l'âge des enfants.

Pour Favart (2003, p.164), l'appartenance fraternelle constitue un *« réservoir potentiel de ressources identitaires nécessaires à l'accomplissement de soi ».*

## ***D / La fratrie en tant que génération et la question de la temporalité***

La fratrie constitue une nouvelle génération, les membres qui la composent ont vocation à

devenir autonomes et indépendants de la génération qui les précède. Cette dimension générationnelle sur laquelle insistent les systémiciens renvoie au cycle de vie, à la confrontation au temps qui passe et met en tension l'homéostasie du système familial.

La fratrie est le lieu de la construction générationnelle dans le sens qu'elle va créer et développer une culture et des valeurs qui ne sont pas celle de la génération précédente. Elle va dynamiser le développement autonome d'une génération qui pour croître va devoir pousser la génération précédente et lui faire entrevoir sa prochaine disparition, et en cela la fratrie porte en elle-même une dimension transgressive, (Chaltiel & Romano, 2004). Ce qui explique probablement le regard « *adultocentriste* » sur la question du fraternel, regard qui réfère tout ce qui arrive dans une famille aux parents et qui ne permet pas d'imaginer une vie psychique propre à l'intérieur du groupe fratrie qui ne passerait pas par la tutelle des parents. (Bourguignon, 2008, p18).

Le lien fraternel est à l'origine de la frontière générationnelle couple de parents/ groupe des enfants, il vient casser le système triadique père/mère/enfant.

Reprenant son modèle de « *l'appareil psychique groupal* », Kaës (2008, p 140) pose l'hypothèse de la réalité psychique du groupe fraternel. Le groupe fraternel s'organise au croisement de deux axes. L'axe vertical est constitué par le rapport au couple parental dont chacun et, ensemble, les frères et sœurs procèdent. L'axe vertical renvoie à la lignée car les souhaits et les espoirs que parents mettent sur le groupe fratrie de leurs enfants sont riches de leurs propres liens fraternels. L'axe horizontal est formé par la génération paritaire. Le premier axe s'ordonne aux modalités du complexe d'Œdipe (celui des parents et celui des enfants), le second axe est celui des modalités du complexe fraternel. Ainsi « *le groupe des frères et sœurs est le lieu d'une réalité psychique propre* » mais relative au couple parental (Kaës, 2008, p139)

Par rapport à l'axe vertical, Sulloway (1966) postule que chacun des enfants tente de bénéficier des ressources familiales et, plus particulièrement de l'investissement parental. Ainsi, la fratrie est un espace de compétitions entre enfants à l'intérieur duquel chacun cherche à se faire une place, contre ou en collaboration, avec les autres.

Concernant l'axe horizontal, Scelles (2010) a montré qu'il y a un intérêt dans la fratrie à partager des secrets et à contrevenir aux lois pour alimenter la complicité fraternelle. Elle fait référence à Piaget (1932) qui observe que « *après 8 ans, la majorité des enfants pense qu'il*

*faut préférer le mensonge au père à la trahison d'un frère* ». C'est-à-dire à un âge où l'enfant a pris conscience que ses parents sont faillibles et qu'il existe en dehors d'eux. « *La complicité fraternelle prend toute sa force et son efficacité lorsque le pouvoir des parents est terni.* » (Scelles, 2004 p 107). Ainsi se montrent et s'échangent au sein d'une fratrie des choses qui échappent aux adultes. « *La proximité entre frères et sœurs est infiniment plus grande que celle existant avec leurs parents, l'écart générationnel creusant une différence insurmontable* ». (Bourguignon, 2008, p 26). L'espace-temps des relations fraternelles est caractérisé par la proximité, la continuité et l'irréversibilité (Bourhaba, 2004, p 26).

## **Partie 2 : Devenir frère : construction de la relation fraternelle**

*Etre frère* est donc un état non choisi qui ne définit pas forcément la qualité du lien, être frère est un statut que l'on ne peut transformer, on ne divorce pas d'un frère. En revanche, se sentir frère n'est pas un état mais une construction que l'on nommera *devenir frère*. Nous verrons comment le lien fraternel imposé et non choisi peut évoluer vers une relation intersubjective.

Ce *devenir frère* est évolutif, le sentiment fraternel se transforme dans le temps, les relations peuvent se distendre, se rapprocher, et par ailleurs le destin du devenir frère n'est pas le même pour tous les membres de la fratrie, il est donc aussi sélectif. Le passage de l'être frère au devenir frère peut être vu comme la transformation d'une contrainte en une certaine liberté. Sur ce point il est intéressant de combiner les lectures systémiques et psychanalytiques qui se complètent et s'enrichissent.

### **A/ De la fratitudo à la fraternité**

Caillé (2004, p 11-22) insiste sur le caractère contraint des relations fraternelles. Le lien à un frère ou une sœur est d'abord un lien imposé. Il nomme « *fratitudo* » cette expérience « *d'une condition existentielle imposée* », comme on pourrait parler d'état de servitude ou de négritude. Reprenant la thèse de Girard (1972), il décrit la fratrie comme un « *lieu de turbulence* » assujéti à un « *double-lien fondamental* » où il faudrait à la fois se ressembler et

se différencier, autrement dit un lieu où le mimétisme est à la fois prescrit et proscrit. De la tension liée à cette double injonction ressemblance/différence peut naître ou non un sentiment de fraternité. Caillé remarque qu'il existe des « *fratries sans fraternité* », fratries où le jeu de la concurrence mimétique se répète à l'intérieur d'un modèle rigide et sans issue, formant un imbroglio familial d'où pourrait surgir une psychose.

Il existerait donc des fratries qui resteraient bloquées sur cet état de fratitudo et d'autres qui évolueraient vers la fraternité et le développement de liens interpersonnels entre les frères et sœurs. Ce qui les distingue c'est le fait que dans le premier cas la contrainte de vivre ensemble n'a pas pu être dépassée alors que, dans le second cas, il y a une articulation au facteur temps. Caillé considère que, si le temps n'existe pas, le jeu de mimétisme entre frères et sœurs ne peut que se répéter identique à lui-même, mais si la notion du temps qui passe est perçue par tous alors le jeu deviendra évolutif, il permettra une transformation du mimétisme en identification réciproque, un possible passage de la fratitudo à la fraternité.

Les travaux menés par Bank et Kahn (1982) permettent de décrire la large palette de ces liens. Dans un premier temps ils repèrent trois degrés « *d'identification fraternelle* » :

- L'identification proche où chaque individu se perçoit comme étant très semblable à son frère/sœur,
- L'identification partielle où chaque individu perçoit des similitudes et des différences plus ou moins importantes avec son frère/sœur,
- L'identification distante où chaque individu perçoit de grandes différences entre lui-même et son frère/sœur.

Ces degrés reposent sur deux pôles :

- Le rapprochement et la distance affective entre frères et sœurs
- La perception de la ressemblance ou de la différence entre frères et sœurs.

De cette combinaison ils dégagent huit types de relations fraternelles sur un continuum allant de la fusion au désavouement et que l'on peut synthétiser dans le tableau suivant. A l'extrême de ce continuum, les auteurs évoquent la « *désidentification fraternelle* »<sup>24</sup> où les individus refusent d'admettre des similitudes avec leur frère ou leur sœur et peuvent même

---

<sup>24</sup> Thèse de Pamela Olson, 1988, « La désidentification fraternelle chez l'adolescent et le jeune adulte universitaire », Université Trois Rivières, Québec.

aller jusqu'à le désavouer.

Ce tableau synthétise les travaux sur l'identification fraternelle de Bank et Kahn (1982)

Tableau 3 : Les degrés d'identification fraternelle selon Bank et Kahn (1982)

<b>Identification proche</b>	
<p><b>1. Assimilation</b> <b>2. Alliance</b> <b>3. Idéalisation</b></p>	<p>Ces trois modes correspondent à un niveau important d'identification. Le manque de frontière peut mener à une confusion entre moi et non-moi. Ces relations sont souvent très statiques et rigides avec le maintien du statu quo dans la relation parfois au détriment du bien-être de chacun.</p>
<b>Identification partielle</b>	
<p><b>4. Acceptation loyale</b> <b>5. Dialectique créative</b> <b>6. Dialectique destructrice</b></p>	<p>Ces trois modes reflètent une plus grande souplesse dans les perceptions réciproques de similitudes et différences. Ainsi l'équilibre entre l'individuation et l'identification est plus facilement maintenu. La négociation fraternelle accorde une place à chaque individu sans que l'autre ne se sente menacé.</p>
<b>Identification totale</b>	
<p><b>7. Rejet polarisé</b> <b>8. Désidentification</b></p>	<p>Ces deux modes regroupent des frères et sœurs qui se disent très différents et qui vivent une relation assez conflictualisée. Ce type de relation est assez fréquent durant l'adolescence, période importante d'individuation et de différenciation. Ici cette différenciation peut aller jusqu'à une identification négative ou au moins un des individus cherche à être le contraire de son frère ou de sa sœur.</p>

## ***B/ Le paradigme fraternel (une lecture systémique de la construction de la relation fraternelle)***

L'approche systémique repose sur le postulat que le système familial joue un rôle essentiel dans l'évolution de l'individu, car l'identité procède à la fois d'un sentiment d'appartenance et d'un sentiment de séparation. D'une part, l'ensemble du groupe est impliqué dans la production du symptôme et dans son évolution et, par ailleurs, l'ensemble du groupe participe au mouvement d'individuation des membres qui composent la famille, ceci pouvant aller vers un soutien au changement ou vers une entrave au changement pour maintenir de l'homéostasie du système.

### ***B-1 Tension dynamique entre similitude et différence***

A partir de leur pratique clinique auprès de groupe d'adolescents à l'APRTF (Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les Familles), les thérapeutes familiaux P.Chaltiel et E.Romano ont pris conscience de l'importance des relations fraternelles. C'est en isolant la génération (groupe de pairs) que la spécificité du fraternel est apparu, alors qu'elle n'était pas aussi perceptible dans le contexte des thérapies familiales classiques. De ce constat, ils ont proposé dans le cadre de certaines thérapies familiales un travail spécifique avec le sous-système fratrie.

Ces auteurs s'appuient sur le fondement biologique de la relation frère/sœur pour définir le paradigme fraternel :

*« Si nous savons avec certitude que nous partageons avec chacun de nos géniteurs exactement 50% de patrimoine génétique (soit 50% de ressemblance), par contre nous ne pouvons savoir ce que nous partageons avec notre frère ou notre sœur. Théoriquement tout est possible entre 0 et 100%. L'explication technique de cette particularité réside dans la propension des chromosomes à s'entrecroiser (crossing-over) et à échanger entre eux des séquences génétiques. (...) Autrement dit entre frères et sœurs, nous pouvons être complètement identiques (c'est le cas des jumeaux monozygotes) ou au contraire*

*complètement différents génétiquement.* » Le paradigme fraternel est constitué par la « *tension dynamique entre deux tendances opposées des êtres vivant d'une même espèce : la ressemblance et la différence* » (Chaltiel & Romano, 2004, p. 51).

Le paradigme fraternel repose sur la tension dynamique entre le pôle « ressemblance » et le pôle « différence » ; la relation fraternelle va se construire « *dans le jeu dynamique de l'émulation/coopération, hiérarchisation/compétition, spécialisation/universalité* » et dans la combinaison entre la contrainte et l'élection. Ainsi la qualité de la relation fraternelle, et en particulier les rapports de rivalité ou de solidarité, dépendront de la dispersion et de la possibilité ou non de se mouvoir sur l'échelle similitude/différence.

### **B-2 Schisme complémentaire et schisme symétrique**

La réflexion des systémiciens réflexion sur la relation fraternelle s'appuie sur le concept de schismogénèse développé par Bateson (1971). C'est en menant un travail d'anthropologue pour décrire la cérémonie du *Naven* chez les *Iatmuls* que Bateson repère que la situation de statu quo dans le groupe résulte d'un équilibre dynamique où les changements se produisent continuellement pour maintenir ce qui sera appelé plus tard l'homéostasie. D'un côté il y a les processus de différenciation qui accentuent l'écart et de l'autre des processus qui contrarient cette tendance à la différenciation.

Par l'introduction du terme de schismogénèse, Bateson veut développer l'idée que la compréhension d'un comportement humain nécessite de tenir compte des liens et des relations dans lesquels est impliquée cette personne. La conduite d'un être humain est déterminée par la réponse de l'autre. Dans cette optique, l'unité d'analyse n'est pas le sujet mais l'interaction.

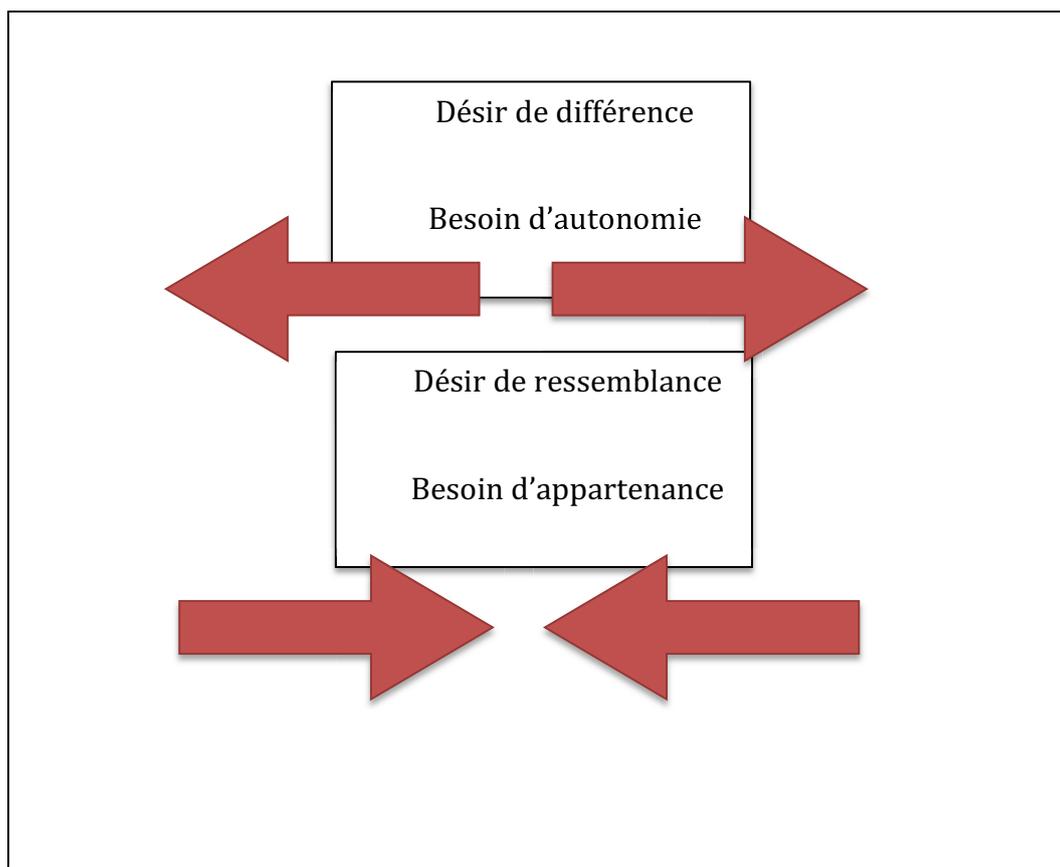
Bateson distingue deux types de schismogénèse :

- Le schisme complémentaire : dans ce type d'interaction, le comportement d'un individu est le complément de l'autre,
- Le schisme symétrique, le comportement d'un individu est le reflet en miroir de l'autre.

Les thérapeutes familiaux ont majoritairement adapté ce concept aux relations conjugales. Sur une étude portant sur quatorze familles dont un des enfants est schizophrène, Lidz (1966) pose l'hypothèse d'un *schisme conjugal* « avec récurrence de menaces de séparation jamais surmontées par des efforts de rééquilibrage » et dont le processus inverse serait une *distorsion conjugale* qui amènerait une atmosphère de « folie à deux », voire même de folie familiale. (Lidz cité par Elkaïm M, 2003, p 34).

Les deux formes de schismes permettent de repérer les enjeux de la relation fraternelle à travers la figure suivante :

Figure 2 : Représentation de la tension dynamique entre les deux pôles de la relation fraternelle



On repère dans ce schéma adapté à la situation fraternelle la double contrainte : ne m'imité pas (rival), imite-moi (modèle). Le besoin d'appartenance voire de cohésion à sa génération et à ses semblables entre en tension avec le besoin de se différencier de ce groupe

pour exister en tant que sujet. La construction de la relation fraternelle passe par l'intégration dynamique des contraires, c'est-à-dire la capacité à « *intégrer appartenance et autonomie comme deux descriptions d'un même objet mental* », la possibilité de passer de « *la rivalité mimétique* » à la « *coopération complémentaire* » (Chaltiel & Romano, 2004, p 51).

Les deux pôles Similitude et Différence vont dynamiser le développement autonome d'une génération par rapport aux générations précédentes. Mais si la tension est trop forte entre les deux pôles, ceci peut conduire soit à des ruptures radicales avec le départ d'un frère soit à un immobilisme de l'ensemble du groupe fratrie. C'est donc bien la notion de génération et donc de progrès qui est en jeu et qui distingue le paradigme fraternel « *garant de l'avancée humaine* » du paradigme paternel « *garant de l'historicisation du sujet humain* ».

Le groupe fratrie peut ainsi être pensé comme un sous-système familial avec ses propres fonctionnements internes. Ainsi le rôle des pairs, membres de la fratrie, dans la socialisation est une donnée qui fait consensus. Petit à petit, l'enfant apprend qu'il n'est rien sans l'autre. L'enfant découvre qu'il est important pour lui de composer avec l'autre, c'est alors que le frère/sœur devient un appui, et le groupe fratrie un lieu de construction.

Selon ce modèle, devenir frère serait la capacité à se mouvoir sur la ligne similitude/différence sans crainte d'être projeté vers les extrêmes : l'inceste ou le meurtre. Dans une perspective thérapeutique, il s'agit de « *déjouer les formes extrêmes de « captations schismogénétiques » qui pourraient prendre la forme soit de rivalité fratricide, soit dans la complémentarité aliénante* » (2004, p. 49)

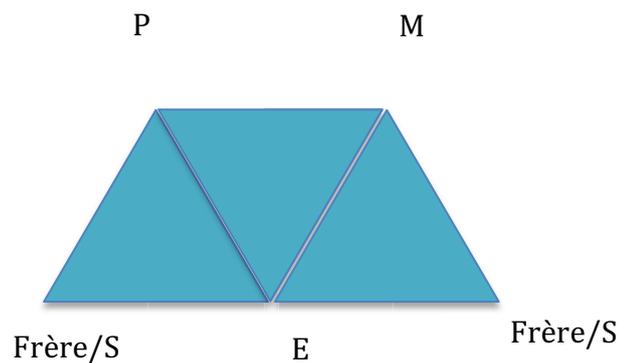
### ***C/ Le complexe fraternel (une lecture psychanalytique de la construction de la relation fraternelle)***

Freud avait repéré, à travers sa propre analyse et l'impact de la mort de son frère Julius, les effets des relations entre frères et sœurs sur leur organisation psychique ultérieure. Il insiste sur les sentiments de jalousie et d'hostilité vis-à-vis du frère/sœur perçu comme un intrus qui vient menacer la suprématie de l'aîné dans son rapport aux parents.

La situation fraterne porte donc en elle-même le germe d'un conflit qu'il va falloir résoudre. Ce conflit s'articule autour du désir de monopoliser l'amour des parents et de défendre son espace. La notion de complexe fraternel est ébauchée par Freud comme un élargissement du complexe d'œdipe du fait de l'arrivée d'autres enfants<sup>25</sup>. Evoquée plus communément sous le terme de complexe familial, il s'agit d'adapter la conception œdipienne sans la transformer, c'est-à-dire élargir le triangle œdipien constitué par l'arrivée de l'aîné aux autres enfants (Freud, 1932). Dans cette conception le rival est le parent de même sexe, le complexe familial peut être représenté par ce schéma qui latéralise le complexe fraternel par rapport aux conflits du complexe d'œdipe :

Figure 3 : (Kaës, 2008, p. 25)

« L'accolement classique du complexe fraternel au complexe d'Œdipe »



Pour Lacan (1938), le complexe fraternel représente une étape structurante et essentielle dans le développement de la personne, il prend place entre le complexe de sevrage et le complexe d'œdipe. Défini comme le complexe de l'intrus, il est pensé en référence aux parents : le drame de la jalousie et ses conséquences est central dans la conception lacanienne. « Dans le triangle préœdipien, le rival est l'objet partiel concurrent de l'enfant, il est un autre « petite chose » comme un petit frère ou une petite sœur ou tout autre objet ayant valeur de transposition dans les équations des pulsions partielles. Le père (partiel) peut donc être le rival, et l'enfant l'identifie comme pouvant appartenir à la même catégorie que le frère. Le

<sup>25</sup> Kaës (2008, p16) note que « le terme de « complexe fraternel » n'apparaît qu'une seule fois sous la plume de Freud, en 1922, dans le passage où il analyse la jalousie « normale ». »

*frère ou la sœur peuvent prendre sa place, sans que nous ayons affaire à un véritable déplacement du complexe d'œdipe. » (Kaës, 2008, p. 20)*

Chez ces auteurs il y a un consensus sur le fait que la situation fraternelle, *l'être frère*, impose une élaboration incontournable qualifiée en psychanalyse de « complexe ». Complexe familial, complexe de l'intrus, complexe rivalitaire, le mot « complexe » pose la nécessité de sortir de l'état imposé d'être frère pour évoluer vers l'établissement de relation de sujet à sujet et permettre le développement de la personne et de ce que nous nommons *devenir frère*.

Cependant, Kaës remet en cause le schéma classique du complexe fraternel perçu comme un dérivé du complexe d'œdipe. Le complexe fraternel n'est pas un substrat du complexe d'œdipe, mais un complexe à part entière ayant une structure, une dynamique et une économie spécifique. Il est référencé au « *semblable contemporain : un autre, un intrus qui deviendra même, familier et différent, avec lequel les relations entre contemporains rendent possibles des expériences distinctes de celles que génèrent les rapports avec les parents. »* (Kaës, 2008, p. 27).

Kaës défend l'idée que, dans la structuration de la psyché humaine, la combinaison de l'axe vertical constitué par le complexe d'œdipe et de l'axe horizontal constitué par le complexe fraternel est fondamentale. « *Ces deux axes se croisent, ils se combattent, s'attirent l'un l'autre, quelquefois se rabattent l'un sur l'autre, mais aucun ne peut exister dans sa plénitude sans l'autre (...). Je soutiens l'idée que l'avenir du complexe d'œdipe est le complexe fraternel, et réciproquement, que le complexe fraternel aboutit à une impasse s'il ne se restructure pas avec l'œdipe. »* (p. 27)

Pour comprendre ce processus, Kaës s'appuie sur le mythe de Gaïa qui contient en son sein toute la fratrie. Gaïa représente l'imgo archaïque de la mère-aux-frères-et-sœurs et provoque une oscillation entre deux ressentis : la nostalgie d'un « *sein maternel parfait, nourricier et source de jouissance* » et l'introjection d'un « *objet maternel insatisfaisant, un sein trop plein d'enfants* ».

« *Le complexe fraternel archaïque est un recours contre la puissance de l'imgo préœdipienne. Il maintient la mère comme un objet partiel : sein oral, sein matrice, enjeu de rivalité envieuse et des identifications archaïques. Inclus dans cette imgo maternelle toute-puissante, dangereuse, intrusive prédatrice, frères et sœurs sont une invention du sein parfait. Ils forment une fratrie magique, toute-puissante et inséparable, soudée par le narcissisme*

*primaire, à moins que ces objets partiels se livrent à une guerre totale. La mère-aux-frères-et-sœurs, objets partiels a pour corrélat des frères et sœurs qui sont aussi des objets partiels. » (Kaës, 2008, p. 108).*

Le frère/sœur peut devenir objet partiel, intrus incorporé qui ne peut être détaché ni de la mère, ni de soi. Kaës montre dans sa pratique clinique *« des anomalies physiques ou des traits de caractères haïs ou chéris « appartenant » au sujet sont traités par lui comme des frères ou des sœurs imaginaires, perdus ou à perdre, avortés, morts ou à maintenir en vie. »* Dans cette grande confusion préœdipienne, il existe un phénomène de vase communicant entre frères et sœurs où ce qui arrive à l'un arrive aussi à l'autre, et où il est ardu de distinguer ce qui appartient à l'autre de ce qui est propre à soi-même, ce que Kaës (2008, p.111) qualifie d'*« attributs de l'autre en soi-même », de « doubles partiels de soi ».*

Dans le mythe de Gaïa, c'est l'introduction de la temporalité qui va permettre un dégagement. C'est en armant Cronos le plus jeune des titans contre son père Ouranos que se produit la séparation des générations. Cronos va émasculer son père qui de douleur se dégage de Gaïa et va se fixer en haut du monde.

C'est par ce dégagement que le complexe fraternel mute de l'archaïque vers le symbolique (Kaës, 2008, p. 116). L'introduction de la temporalité ouvre un passage conduisant à une possible modification du lien fraternel en relation fraternelle, elle va permettre de transformer la conflictualité qui régnait au sein de la mère-aux-frères-et-sœurs sous une forme radicale et sans issue car tissée d'exigences antagonistes et inconciliables vers une conflictualité de projet et d'émulation, elle va permettre que des liens de filiation évoluent vers des liens d'affiliation.

Le complexe fraternel est donc la résolution d'un rapport enclavé à l'image de la mère archaïque et à l'objet partiel frère ou sœur vers une organisation des liens intersubjectifs entre frères et sœurs. Il repose sur un **contrat narcissique** de départ car *« il n'y a pas de fratrie sans l'investissement narcissique des parents sur leurs enfants considérés un à un et comme formant le groupe de leurs descendants. Cet investissement peut être positif ou négatif, il est souvent inégalement réparti sur les frères et sœurs. (...) Mais aucun ne peut se constituer comme Je sans cet investissement. Cela signifie que le groupe fraternel et les liens entre frères et sœurs sont infléchis par le contrat narcissique dans lequel ils sont tenus par les parents et dans le groupe familial. »* (Kaës, 2008, pp. 148-149).

Sur cette base peut se déployer le **pacte fraternel** sous forme d'alliances inconscientes que construisent les frères/sœurs pour faire lien entre eux. « *Plus précisément pour renforcer en chacun d'eux certains processus, certaines fonctions ou certaines structures dont ils tirent un bénéfice tel que le lien qui les conjoint prend pour leur vie psychique une valeur décisive* » (147-149)

Le caractère inconscient des alliances implique qu'elles sont ancrées dans « *un double déterminisme générateur de l'inconscient : le premier est celui du sujet, (...), le second celui de la chaîne intersubjective dont chaque sujet est membre et, simultanément et indissociablement, maillon, serviteur, bénéficiaire et héritier.* » (147-149)

Kaës distingue plusieurs types d'alliances

- Les alliances structurantes
- Des alliances à caractère défensif et structurant comme le pacte dénégatif
- Des alliances à caractère offensif en vue de la réalisation d'un désir commun.
- Des alliances dont l'effet pathogène est prévalent : alliances fondées sur la communauté de déni, contrat pervers, alliances dégénératrices.

Kaës (2008) a mis en évidence l'importance de la relation fraternelle dans le développement de la personne à travers « *le complexe fraternel* ». Il insiste sur le fait que la fratrie se co-construit, chaque enfant reconnaissant en l'autre un frère et étant reconnu comme tel par lui. C'est pourquoi le frère est à la fois une réalité externe perceptible et une réalité interne du sujet.

Les thérapeutes familiaux mettent l'accent sur la fratrie en tant que lieu de « *la construction générationnelle* », lieu de tension entre le besoin d'appartenance à sa génération et à ses semblables et le besoin de se différencier de ce groupe, et d'exister en tant que sujet.

Dans les deux conceptions de la relation fraternelle présentées ici, nous constatons que la question du temps est essentielle. Le temps est ce qui permet de sortir de la confusion identitaire et de construire une génération. Dans cette recherche, nous verrons comment la dimension temporelle de la relation fraternelle (que l'on retrouve dans l'expression « *processus fraternel* » utilisé par Kaës) va se heurter au temps arrêté de la psychose.

### **Partie 3 : Rester frère : La fratrie face à la fragilité de l'un des siens**

A ce niveau de recueil de connaissance, on peut affirmer que les relations fraternelles sont marquées par la dialectique de soi et de l'autre. Il est évident que la confrontation à la différence d'un membre du groupe fratrie conduit les frères et sœurs à s'interroger sur leur propre rapport à la différence. La question ne se pose pas uniquement en termes d'acceptation de l'autre mais impose un travail d'identification à cet autre si différent en soi-même. Cette dimension se retrouve au niveau sémantique puisque le même mot frère/sœur définit les deux partenaires de la relation : je suis *ton* frère, tu es *mon* frère, ou encore *j'ai* un frère, *je suis* le frère, cette réciprocité ne se retrouve pas dans les autres relations familiales : parents/enfants, mari/femme, ... Dans cette rencontre avec l'étrangeté d'un frère est de rester frère, l'enjeu relationnel est spécifique car il consiste, malgré l'étrangeté, à supporter la réciprocité et à continuer à se percevoir mutuellement semblables.

Cet enjeu est marqué par le désir des parents qui rêvent d'une fratrie unie et solidaire, mais aussi par leur inquiétude quant à l'avenir de leur enfant malade, il peut alors prendre la forme d'une injonction à s'entendre et à rester proche qui viendrait court-circuiter les questionnements et les aménagements psychiques nécessaires.

Comme évoqué plus haut, toutes les fratries ne pourront évoluer vers cette fraternité rêvée par les parents, et, dans le cas des maladies mentales, la clinique nous enseigne que l'éclatement du groupe est possible. La rupture des liens laisse alors au frère malade toute latitude pour recomposer le triangle initial (*père, mère, enfant*) ou la dyade (*mère, enfant*), à moins que ce soit le frère malade qui soit chassé de sa famille comme le montre le nombre important de personnes schizophrènes parmi les sans)abris ou en milieu pénitentiaire<sup>26</sup>. Ces deux positions extrêmes montrent bien la réciprocité de la relation fraternelle où l'enjeu de rester frère est valable autant pour celui qui est malade que pour ses frères/sœurs.

On trouve une belle illustration de cet enjeu relationnel dans la correspondance de Vincent et Théo Van Gogh. S'il n'est pas pertinent de présenter dans cette thèse ce que nous apprend cette riche correspondance de la relation fraternelle face à l'étrangeté, car l'abondante

---

<sup>26</sup> En France, on estime que 2/3 des détenus souffrent de désordres psychiatriques. Le taux des personnes incarcérées augmente considérablement, faisant plus que doubler entre 1050 et 2000, tandis que le taux des personnes internées dans des services de psychiatrie est divisé par trois sur la même période. (Robillard C. « La prison rend-elle fou ? », Sciences humaines, mis à jour 10/06/2015).

littérature sur l'état de santé de Van Gogh ne permet pas de préciser qu'il souffrait de schizophrénie. (Arnold, 2004, pp. 22-43) Cependant l'expression « *ton frère quand même* » employée par Vincent pour signer certaines de ses lettres à Théo montre combien est mis à mal le lien fraternel des deux côtés du lien. « Frère quand même » ou frère malgré tout évoque l'attaque de la relation par l'irruption de l'étrangeté et de la différence.

### **Synthèse**

Ce tableau synthétise la revue de littérature sur la relation fraternelle. Les quatre composantes de la relation fraternelle seront mises en relation avec les éléments qui seront recueillis dans la suite de cette revue de littérature dans le but de comprendre la situation de cohabitation avec une personne schizophrène dans la maison familiale.

<b>Tableau 4 : Les 4 composantes de la relation fraternelle</b>	
<b>1/ Moi</b>	<p><b>Les frères et sœurs, soutiens à la construction identitaire du sujet</b></p> <p>Fonction du frère/sœur comme miroir (Lacan, 1949, 1958)</p> <p>Composer avec l'autre en soi-même : le frère comme objet intériorisé constitutif de son identité.</p> <p>Dans le cas de handicap ou maladie, la question de l'alter en soi (Scelles, 2010)</p>
<b>2/ L'autre</b>	<p><b>Les frères et sœurs premières confrontations à la différence</b></p> <p>Le frère/sœur en tant qu'intrus, usurpateur</p> <p>Apprentissage de l'altérité</p> <p>Confrontation à la question de l'ambivalence</p>
<b>3/ Le groupe</b>	<p><b>La fratrie, premier groupe d'appartenance</b></p> <p>Espace de socialisation : de la horde des frères à la nécessité d'organiser les liens sociaux (Freud, 1913)</p> <p>Appareil psychique groupal spécifique à la fratrie, organisé avec ses règles de loyautés internes. (Kaës, 2008). Silence de la fratrie</p>
<b>4/ Le temps</b>	<p><b>La fratrie, partage d'une même temporalité</b></p> <p>Espace-temps partagé, expériences vécues collectivement et partage d'une mémoire commune</p> <p>Construction d'une génération : Adolescence et réveil du processus identification /séparation</p>

## **Chapitre 4 : Fratrie, handicap et maladie**

Si en sciences humaines, les travaux sur le thème « fratrie et schizophrénie » sont peu nombreux, en revanche, un certain nombre de travaux ont été développés ces 30 dernières années sur le thème « fratrie et handicap ». Ces travaux portent majoritairement sur des situations de handicap de naissance et sur l'analyse de jeunes fratries. Cependant un certain nombre de données mises en évidence dans ces recherches peuvent permettre de mieux comprendre la situation des fratries touchées par la schizophrénie.

En France, la loi du 11/02/2005<sup>27</sup> a eu un rôle important pour faire reconnaître la réalité sociale des personnes atteintes de schizophrénie. Avant la loi, le terme de « *handicap mental* » rassemblait des situations d'une grande variété allant d'une déficience mentale de naissance (trisomie, IMC...) à des pathologies psychiatriques apparaissant à la fin de l'adolescence ou dans la vie d'adulte. Le terme de « *handicap psychique* », introduit par la loi, s'appuie sur trois principaux aspects qui le distinguent du handicap mental.

Tableau 5 : Différenciation Handicap mental et Handicap psychique

<b>Handicap mental</b>	<b>Handicap psychique</b>
Stabilité	Forte variabilité
Dimension médicale limitée	Maintien continu du suivi médical Permanence du rapport handicap/maladie
Capacité intellectuelle altérée	Capacité intellectuelle préservée en général

Les études présentées dans la première partie de ce chapitre concernent des situations de handicap mental.

<sup>27</sup> Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

## ***Partie 1 : Fratrie et handicap***

Le travail auprès des fratries concernées par la maladie ou le handicap d'un de ses membres se développe sur le plan clinique et sur le plan de la recherche. L'axe principal des recherches porte sur les retentissements de la maladie/handicap du frère/sœur atteint vers ses frères/sœurs non affectés. Les travaux ont porté en priorité sur des fratries de jeunes enfants confrontées à l'annonce d'un handicap à la naissance ou dans les premières années de vie (IMC, déficience, traumatisme périnatal, grande prématurité). Dans ces fratries, la confrontation à la différence a pratiquement correspondu à la rencontre avec le frère/sœur, il a fallu composer d'emblée avec la radicalité d'une différence dans le groupe. Dans notre thèse portant sur l'émergence de la schizophrénie, l'étrangeté fait effraction plus tard dans une relation déjà établie, perçue comme familière et relativement prévisible. Cependant les recherches portant sur les situations de handicap mental sont riches d'enseignement sur les formes d'adaptation au sein des fratries.

La plupart des travaux portant sur la fratrie adoptent le point de vue des seuls frères et sœurs non handicapés, comme si ce que l'enfant handicapé pouvait vivre en tant que frère ou sœur était de l'ordre de l'impensable. Ainsi dans une recherche concernant l'annonce du handicap (Aubert, Scelles, Gargiulo, & Gortais, 2008) l'enfant handicapé n'est quasiment jamais évoqué comme acteur (il dit, il fait), il n'est pas évoqué non plus comme interlocuteur (je lui dis, je lui explique) mais uniquement comme complément d'une phrase (il a fallu dire à la mère que son enfant...). A cette étape de la revue de littérature, on s'attachera à relever les travaux portant sur la situation des frères et sœurs de personnes porteuses de handicap puis sur celle des frères et sœurs de personnes souffrant de schizophrénie.

### ***A/ Retentissements sur les frères et sœurs et sur les liens fraternels***

De nombreux travaux se sont attachés à évaluer la santé psychique des frères et sœurs. La plupart font état de l'existence d'anxiété, de dépression, de sentiments de culpabilité et de honte (Williams, et al., 2003; Gortais J. , 2002) Les difficultés à jouer de manière structurante des mouvements de jalousie et d'agressivité sont soulignées (Scelles & Houssier, 2002).

Cunningham, Betsa et Gross (1981) constatent que les sœurs, en particulier, ont tendance à adopter un rôle de mère à l'égard de l'enfant malade, ce qui les rend anxieuses et stressées. Williams et al. (2003) repèrent le fait que les frères et sœurs auraient davantage de comportements antisociaux. Les résultats des études sur ce sujet varient d'un auteur à un autre, ce qui montre la difficulté de faire des généralisations en raison de la complexité et de l'intrication des variables intervenant dans ce que vivent les enfants de la fratrie. En effet, selon l'outil utilisé, les caractéristiques de la population investiguée, la pathologie concernée, les résultats peuvent varier. Cela rend très aléatoire la portée de généralisation de ses travaux.

### ***B/ Influence de l'entourage sur ce que vit la fratrie***

La façon dont la maladie/handicap est perçue, mais surtout la manière dont chacun des membres de la fratrie la perçoit dans le regard de leurs parents, des professionnels, des camarades de classe et des personnes extérieures à la famille est déterminante sur la façon dont ils vont appréhender, subjectivement, la situation.

Scelles (2008) évoque, en particulier, les effets de souffrance générés par le fait que médecins et parents ne parlent pas suffisamment aux enfants de cette réalité énigmatique remarquant que si l'adulte n'évoque pas avec eux la maladie, ils s'interdisent eux-mêmes d'en parler à leurs pairs et, en particulier à leurs frères et sœurs. La pathologie d'un pair est énigmatique et inquiétante pour l'enfant et suscite chez lui des questions concernant ses origines, sa filiation, sa sexualité, ses liens aux parents. Le positionnement des adultes, en particulier des parents et l'accompagnement d'une information adaptée pour les frères et sœurs constituent deux angles de travail pour les cliniciens qui accompagnent ces fratries.

La pathologie de l'un des enfants atteint plus ou moins temporairement les capacités contenantes et de par-excitation parentales. En effet, l'annonce d'un handicap constitue un traumatisme pour les parents, qui entraîne une sidération de leur pensée, de manière plus ou moins prolongée ; ils sont alors dans l'incapacité d'assurer la fonction contenante et de symbolisation décrite par Bion (1983) auprès de leurs enfants. Autrement dit, ils ne peuvent à ce moment-là, aider leurs enfants à trouver un sens, une manière de penser et de se représenter ce qui arrive (Gargiulo & Salvador, 2009). Ceci affecte chacun de leurs enfants de manière

spécifique mais affecte également les liens qu'ils entretiennent entre eux. La fonction de par-excitation ne consiste pas uniquement à filtrer les tensions venant de l'extérieur mais aussi à réguler les tensions à l'intérieur de la fratrie.

La distribution inégale entre les enfants des ressources matérielles et émotionnelles de la famille, l'inégalité entre les frères et sœurs peut être une source de tensions pouvant conduire à des maltraitances fraternelles (Kiselica & Morrill-Richards, 2007).

Le handicap peut jouer un rôle perturbateur dans la construction de la différence des générations car dans l'économie de la famille les rôles et les places sont parfois définis sans grande possibilité de transformation : d'une part des frères et sœurs parentifiés et d'autre part des enfants handicapés maintenus dans une position limbo d'éternels enfants de leurs parents. Vaginay (2004) constate que ces situations peuvent rendre difficile le positionnement générationnel et sexuel des frères et sœurs de personnes handicapées. Sur le plan relationnel, l'enjeu est de continuer à *rester frères* dans une fratrie scindée de l'intérieur.

Il est difficile de se représenter le système mental d'une personne handicapée déficiente ou atteinte d'une maladie mentale et le fait d'être frères ne rend pas cette tâche plus aisée. Ainsi Scelles (2006, p107) montre l'impossibilité pour certains de saisir quelque chose de la vie intrapsychique de leur pair et également de comprendre dans quelle mesure ils peuvent ou non l'influencer. Par ailleurs, le sujet en situation de handicap peut souffrir du fait que sa pathologie soit considérée comme étant à l'origine de toutes les difficultés rencontrées par le couple de ses parents et par ses frères et sœurs.

### **C/ Questionnement intime : honte et culpabilité**

Golse (2006) repère, du point de vue de l'enfant handicapé, trois problématiques dans les relations qui l'unissent à sa fratrie.

- La culpabilité : en étant actif dans l'origine de la peine, celle que du fait de son état on inflige aux autres, on évite la souffrance de la position passive. « *Se sentir coupable correspond à l'idée de décevoir les images parentales intériorisées* » (Golse, 2006, p 112) et relève donc d'une problématique œdipienne. Ce sentiment peut s'exprimer par

de la rivalité à l'égard d'un des parents, et protéger ainsi la fratrie de l'agressivité ressentie. Lié au Surmoi, il ouvre une possibilité de réparation via les punitions.

- La honte : elle renvoie à une image de soi « imparfaite, incomplète, entravée », « se sentir honteux revient à se décevoir soi-même au niveau de ses espoirs ou de ses idéaux personnels ». Ce sentiment est lié à l'Idéal du moi, il affecte l'image que le sujet se fait de lui-même mais aussi de ceux qui l'aiment.
- L'envie et la jalousie, être jaloux de quelqu'un c'est être jaloux de l'amour qu'un autre lui porte et souffrir d'être ou de se croire moins aimé que lui par cet autre. La jalousie implique une troisième personne, elle ouvre aux liens sociaux, l'agressivité peut se dialectiser.

Ces problématiques ont été repérées aussi du côté de la fratrie de la personne handicapée. Scelles (2010) repère la fréquence de sentiments de culpabilité et de honte vécus dans une grande solitude du fait que l'attention des parents est happée par le frère/sœur porteur du handicap. Ces sentiments génèrent une certaine confusion entre réalité et fantasme qui prend la forme d'un questionnement intense : s'il est handicapé, n'est-ce pas parce que j'ai rêvé, désiré sa mort, suis-je, moi aussi, atteint, qui a commis une faute, qui pourra protéger mes enfants de cela... Du côté de l'enfant handicapé, on repère souvent une conscience très culpabilisante que ses déficiences font souffrir ses proches, il peut nourrir aussi une douloureuse jalousie concernant la normalité de ses frères et sœurs. Le fait que la rivalité, l'envie, la jalousie puissent être éprouvées par celui qui est porteur du handicap et par ses frères et sœurs est le signe que la fratrie n'est pas empêchée par une agressivité destructrice, au contraire dans ce cas l'agressivité peut avoir un rôle structurant et de croissance entre pairs.

Le plus souvent l'expression de l'agressivité est difficile dans les fratries dont un membre est porteur de handicap. Poujol et Scelles (2014) repèrent la prédominance d'affects positifs comme le bonheur et la mise en avant de la complicité fraternelle. Cette complicité affichée pourrait avoir valeur de réparation pour les parents valorisés par le fait que leurs enfants s'entendent bien. Elle pourrait aussi se comprendre comme une forme d'injonction intrafamiliale d'interdit de l'expression de l'agressivité vis-à-vis de la personne handicapée mais aussi comme une conscience acquise par les enfants porteurs de handicap des désirs de mort qui planent sur eux (Korff Sausse, 2006). L'agressivité est donc entravée à tous les niveaux.

## ***D/Processus de séparation – individuation : avancer sans l'autre***

Les auteurs Scelles (2010) et Korff Sausse (1996) notent l'existence de difficultés rencontrées dans le processus de séparation et de différenciation qui conduisent soit à des phénomènes de collage entre enfants soit à des phénomènes de séparation où l'autre fait figure d'étranger en soi ou de présence en creux, sorte de béance impossible à combler. Scelles a montré combien la conquête identitaire était rendue plus difficile pour les frères et sœurs d'enfants autiste qui est marquée par une difficulté d'accéder au sentiment stable d'être soi-même qui peut aller jusqu'à la confusion identitaire.

Les deux mouvements maturatifs d'identification et de différenciation ne peuvent pas se déployer dans les jeux en interactions que l'on rencontre habituellement dans les fratries : l'expression de la jalousie, de la rivalité et de l'agressivité se trouve ici entravée. Ceci peut s'expliquer par la difficulté à se représenter le système mental de la personne handicapée et donc de saisir « *ce qu'il en est de cet alter en soi* » (Scelles, 2000, pp. 77-88) repère que devant le désarroi de ses parents, l'enfant a besoin de s'approprier le sens, pour « *décoder l'implicite* ». Il va créer des scénarios irrationnels et subjectifs qui le protègent de l'impact douloureux de la rencontre avec le handicap. Prenant l'exemple d'un enfant qui imite son frère handicapé en se mettant à quatre pattes, elle montre la nécessité pour l'enfant de s'approcher pour comprendre en allant expérimenter le symptôme de son frère/sœur. Mais à vouloir comprendre cet autre qui est à la fois autre et partie de soi-même il peut y avoir « *enkystement de l'autre en soi* », risque, quand l'enfant ne peut se représenter ce que vit son frère/sœur, de relation fusionnelle de « *gémellité psychique* ».

Le processus de différenciation est alors bloqué et se peut se traduire par l'inhibition de l'agressivité mais aussi par des mouvements plus paradoxaux comme la transformation de l'agressivité en son contraire ou le retournement de l'agressivité en soi, ou encore pas des déplacements de l'agressivité à l'extérieur, façon de pouvoir tenir l'attente parentale de bonne entente entre frères et sœurs et de soutien au plus fragile.

Au moment de l'adolescence qui nous intéresse dans cette recherche, le processus de séparation est naturellement réactivé, chacun cherchant à affirmer une identité différente des autres. Cependant à cette période le processus prend une forme différente que dans la phase de séparation/individuation de l'enfance car l'adolescence est marquée par une liberté

croissante dans la fratrie avec, dorénavant, la possibilité de choisir quand et comment les frères et sœurs entrent en relation. Cela fait suite à l'influence et au contrôle exercé par les parents sur la relation fraternelle durant la période de la jeune enfance. La séparation croissante par rapport aux parents laisse un rôle parfois considérable à la fratrie, dans la recherche de la définition de soi. Cette liberté évolue en parallèle avec leur conscience grandissante de leur propre sens d'identité. (Abramovitch, Corter, & Lando, 1979)

Dans les fratries concernées par le handicap, la pression implicite des parents pour maintenir la cohésion du groupe fratrie reste souvent importante, et le sentiment de liberté est relatif. Bien souvent, les tensions naturelles provoquées par ce mouvement de séparation individuation ne peuvent s'exprimer et sont maintenues à un niveau intrapsychique.

### ***E/ Processus de subjectivation du handicap***

Quand la fratrie est confrontée au handicap ou à la maladie d'un de ses membres elle a besoin de « *transformer la réalité traumatisante en une réalité pensable* » (Scelles, 2010, pp. 15-17)

Scelles (2008, p. 485) distingue le processus de subjectivation du handicap de l'information objective sur le handicap. Si l'information objective peut à un moment donné s'avérer utile, elle préconise plutôt de soutenir les enfants qui ont un frère/sœur atteint d'un handicap dans leur compétence à penser la situation, à se représenter la pathologie et à leur permettre d'exprimer leurs émotions, c'est-à-dire à « *soutenir le processus de subjectivation du handicap* » au sein de la fratrie. Elle estime qu'aucun savoir rationnel et objectif ne suffira à répondre à la réflexion existentielle intense qu'induit la rencontre avec le handicap d'un frère. « *En dépit de toutes les informations rationnelles que possèdent les frères et sœurs, perdurent dans leur imaginaire des scénarios qui leur permettent de mettre en scène et en forme leur rapport au handicap.* », « *il s'agit moins de parler du handicap et de son étiologie que de faire en sorte que cette expérience fasse l'objet d'un échange verbal et émotionnel dans la famille* » (Scelles, 2004, pp. 109-111).

Lorsque le processus de subjectivation du handicap ne peut se déployer, alors les enfants ne peuvent plus jouer seulement entre eux des processus d'identification/différenciation et ils

restent alors dans une position où frères et sœurs partageraient confusément la « normalité » et le « handicap », non identifiés comme tel » (Scelles, 2004)

### ***F/ Ressource du fraternel***

Le frère/sœur non handicapé peut jouer le rôle de « passeur » vers le social permettant un lien avec les objets « non famille » (Scelles, 2010, p 180). Les liens fraternels permettent en particulier le développement de compétences sociales, lesquelles, par la suite, l'aideront à nouer des liens sociaux avec des personnes extérieures à la famille de l'enfance à l'âge adulte.

Le frère figure identificatoire : Korff-Sausse (1996) repère que les personnes déficientes intellectuelles acquièrent des modèles de normalité en s'identifiant à leurs frères et sœurs. Cette identification aux frères et sœurs peut aider la personne déficiente intellectuelle à lutter contre le sentiment d'étrangeté qui lui est renvoyé dans les regards posés sur elle. Les frères et sœurs représentent alors des repères de normalité pour les personnes déficientes intellectuelles. Le mouvement d'identification/différenciation central dans le complexe fraternel se retrouve ici de manière claire, mais toujours dans un mouvement d'identification de la personne handicapée à ses frères et sœurs et non l'inverse. Autrement dit, la personne handicapée ne paraît être le « modèle » de personne.

## **Chapitre 5 : Emergence de la schizophrénie : questions posées dans la fratrie**

Après avoir exploré la littérature sur la schizophrénie et la littérature sur la relation fraternelle, il est possible de s'approcher plus précisément du thème central de la recherche qui s'articule autour de la question de l'émergence de la schizophrénie (Partie 1) et de la question du vivre ensemble de la fratrie qui se pose aujourd'hui dans les situations de cohabitation avec la personne malade.

### **Partie 1 : L'émergence de la schizophrénie et cycle de vie familial :**

Le concept de « cycle de vie familiale » développé par les systémiciens permet de repérer cinq principales périodes qui rendent compte des transformations de la famille à travers le temps :

- Le couple sans enfant,
- La famille avec de jeunes enfants,
- La famille avec des adolescents,
- Le départ des enfants,
- Le couple parental à la retraite.

*« Certaines familles ne sont pas suffisamment souples pour réussir la transition entre une étape et la suivante. C'est dans ce contexte que la pathologie peut émerger chez un membre de la famille. »* (Schauder, 2014, p. 332).

L'adolescent confronte ses parents au temps qui passe venant leur rappeler qu'il sera un adulte appelé à prendre dans la société une place équivalente à la leur. Il se confronte aussi lui-même à cette question du temps et aux renoncements de l'enfance et de même pour l'ensemble de sa fratrie.

Dans une étude comparative de la crise d'adolescence et de la psychose organisée, Racamier (1980) distingue comme différence significative la position par rapport au changement *« survivre au changement, tel est le drame de l'adolescence. Mais survivre sans*

*changer, c'est-à-dire sans vivre, tel est le programme paradoxal de la psychose organisée. »* (1986, p 141). *« Tous les sujets schizophrènes vivent cette souffrance dès le début de leur psychose : l'arrêt de leur temps subjectif, familial et social. Leur cheminement dans l'exploration du monde s'arrête »* et *« la vie familiale et sociale du schizophrène montre une stagnation dramatique, temporelle autant que spatiale. »* (Benoit J. C., 2000, p. 101).

De nombreuses familles décrivent l'émergence de la psychose comme une rupture venant interrompre un cycle de vie sans accroc voire idyllique. Dans l'enquête déjà citée portant sur des parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie, les auteurs rassemblent les expressions recueillies *« le ciel nous tombe sur la tête », « c'est l'enfer », « un raz de marée », « une tempête », « un tsunami », « un coup de tonnerre », « une fissure », « un cauchemar », « un tremblement de terre »,...* (Ernoul & Le Grand Seville, 2010, p. 25). Racamier pointe la construction de légende familiale sur les origines de la psychose. *« Enoncée dans l'après-coup de la rupture psychotique initiale, elle a pour fonction d'occulter cette rupture, d'en occulter la genèse et par là de préserver la fiction d'un passé personnel et familial parfaitement harmonieux ; une omnipotence dans la non-conflictualité. Il semble qu'en vertu de subtiles transactions, le patient et sa famille soient tacitement tombés d'accord sur cette légende. »* (Racamier, 1980, p145)

Haley, un des membres fondateurs de l'école de Palo Alto, se situe dans le prolongement des premières approches des théories de la communication. En travaillant sur des familles entières, il remarque que *« le jeune qui se comportait de façon anormale réagissait de façon appropriée à un mode de communication particulier au sein de la famille. »* Il rassemble les résultats de 3 programmes de suivi de jeunes patients schizophrènes sur 2 à 4 ans :

- Celui du Projet Schizophrénie dont il est directement en charge et qui rassemble 14 patients et leurs familles,
- Celui du Département de Psychiatrie de l'Université du Maryland rassemblant 9 patients et leurs familles
- Celui de l'Institut de Thérapie Familiale de Washington rassemblant 19 patients et leurs familles.

De ces observations il conçoit la schizophrénie comme un échec à se désengager de la famille. Le Moi éclate sous l'effet de l'écartèlement maximal entre les enjeux psychique d'autonomie et ceux d'assistance/dépendance à l'égard des parents. Ces forces contraignantes

empêchent la coévolution des différents membres de la famille. La schizophrénie émerge d'une conjonction entre le dysfonctionnement individuel et cette étape du cycle de vie, moment particulier où le jeune adulte doit quitter sa famille. C'est pourquoi il pense que la thérapie doit viser la structure organisationnelle fondamentale c'est-à-dire la famille et soutenir « un processus de désengagement parents et enfants » (Haley, 1991, p14). Cette conception permet d'entrevoir un rôle possible de la fratrie dans le dépassement ou non de ce cycle de vie.

### ***A/ Le désarroi des parents et la solitude des frères et sœurs***

Avant que le diagnostic ne soit posé, une longue période a pu s'écouler depuis l'apparition des premiers signes, période pendant laquelle le patient et ses proches ont avancé à des rythmes différents dans leur compréhension de la situation. Les soignants entrent en scène à un temps T de l'histoire alors que le patient et sa famille sont pris dans un long continuum de vie en commun. Sur cette période l'étude menée par Le Grand Sébille montre « *l'extrême solitude et l'isolement psychologique et social des parents pendant les années qui précèdent l'hospitalisation de leur grand enfant.* » (Ernoul & Le Grand Sébille, 2010, p. 16).

On distingue schématiquement deux modes d'entrée dans la schizophrénie : le plus souvent le début dans la maladie est insidieux, à bas bruit, marqué surtout par des symptômes négatifs peu spécifiques et difficiles à décoder dans le contexte de l'adolescence, mais l'entrée peut aussi prendre la forme d'un épisode aigu et inopiné. Dans les deux cas, les premiers signes s'accompagnent souvent d'une cassure dans le parcours de vie (abandon des études, chute dans l'investissement scolaire, artistique ou sportif, rupture sentimentale, ...).

Les psychanalystes sont coutumiers de la perplexité éprouvée devant les premiers signes psychotiques. Pour eux, c'est précisément le malaise ressenti devant cette souffrance qui peut permettre de l'objectiver. Pour Racamier (1980), le contre-transfert est le premier moyen de connaissance du transfert des schizophrènes. Le fait que la première rencontre entre les soignants et les familles ait encore lieu si longtemps après l'apparition des premiers troubles a faussé probablement le regard des premiers théoriciens sur la famille de schizophrène, regard souvent postérieur à cette phase d'adaptation à la perplexité.

Ce témoignage d'un père illustre le désarroi des parents devant l'irruption du premier épisode chez leur fille :

*« Pat [la mère] et moi sommes sidérés. Une pensée n'a pas fini de galoper dans sa bouche qu'une autre la remplace, provoquant un empilement de mots sans séquence, chaque phrase effaçant celle qui l'a précédée, avant même qu'elle ait eu la chance d'émerger. Notre pouls bat à toute vitesse. Nous faisons des efforts pour absorber la quantité d'énergie qui surgit de son corps minuscule... Son besoin de communiquer est si puissant qu'il la tourmente. Chaque mot fait l'effet d'une toxine qu'elle doit expulser de son corps. » (Greenberg , 2010, p. 27)*

Dans une étude précédemment citée (Ernoul & Le Grand Seville, 2010) concernant le vécu et les besoins des parents de jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie auprès de 50 parents et de 30 professionnels, les auteurs font référence à la philosophe C. Malabou qui montre à travers le concept d'ontologie de l'accident, *« combien l'histoire de la personne en crise subite, et l'histoire de ses proches, bifurquent. L'idée d'un personnage nouveau, sans précédent, méconnaissable, mais qui pourtant cohabite avec l'ancien. »* Les auteurs reprennent ce concept pour décrire l'éprouvé parental. Comme le décrit cette philosophe, on a – pour certaines situations rencontrées dans cette enquête – le sentiment que le présent ne provient d'aucun passé. A la cassure dans le parcours de vie qui marque l'entrée dans la maladie mentale correspond aussi une cassure dans la conception que la famille avait d'elle-même, lieu de sécurité et de permanence devenu lieu de l'étrangeté et de l'imprévisibilité.

Une étude (van den Hove-Ambiel, et al., 2014) a mis en évidence le rapport entre l'accès aux soins du patient schizophrène et la conscience des troubles chez ses parents. Cette étude repère qu'il s'agit d'un processus complexe avec des avancées et des reculs et souvent de fortes divergences au sein du couple parental, elle conclut sur la nécessité de soutenir le processus de conscientisation des troubles chez les parents pour favoriser un meilleur pronostic.

Les frères et sœurs du patient sont souvent seuls dans cette période, sans qu'une parole claire sur ce qui se passe ne leur soit adressée spécifiquement. L'absence de mots pour comprendre et le désarroi des parents renforcent leur sentiment de solitude et rend la découverte de cette nouvelle réalité très chaotique, intuitive, basée sur le ressenti plus que sur la raison. Chacun est renvoyé à sa propre subjectivité et à ses questionnements personnels

pour tenter de donner sens à ce qui se passe.

Cette période peut être source d'une grande confusion pour la fratrie. Contrairement aux adultes qui, avec la barrière générationnelle, peuvent avoir la conviction d'être des individus suffisamment constitués psychiquement pour se protéger des assauts invasifs de la psychose, les frères et sœurs sont extrêmement démunis. Les plus jeunes en particulier, enfants, adolescents ou jeunes adultes, ont peu de moyen de faire face à cette forme de souffrance caractérisée par sa dimension projective alors qu'ils sont eux-mêmes en pleine construction identitaire.

Nous faisons l'hypothèse que si ce temps perdure sans soutien extérieur et sans parole pour attester que la situation est bien réelle, il peut provoquer des crispations sur le plan intrapsychique, dans les relations intrafamiliales et dans la façon dont la famille est en interaction avec son environnement. Minuchin (1974) a ainsi repéré, chez les familles dont un membre est schizophrène, les familles à transactions rigides ou au contraire les familles à transactions floues. Dans le premier groupe, les relations sont régulées par des barrières imperméables et totalement étanches alors que dans le second, elles sont au contraire trop poreuses.

### ***B/ Le silence de la fratrie, silence sur la fratrie***

Les premiers travaux consacrés spécifiquement à la fratrie des patients schizophrènes ont mis en évidence le décalage entre leur situation et l'absence d'analyse et de prise en compte de celle-ci., ce qui a amené Marsh (1997) à qualifier cette population d'« *oubliés de la psychiatrie* ». C'est donc par une interrogation sur cette présence en creux, présence insignifiante, non reconnue ou encore présence silencieuse que la question des frères et sœurs a été posée. Pour comprendre la signification de ce silence, nous le considérerons à travers deux vecteurs : la nature du silence et le degré du silence.

## **B-1 La nature du silence**

Le silence provient de trois sources différentes qui se combinent et s'amplifient. Ainsi on peut distinguer le silence provenant de la fratrie (silence de l'intérieur vers l'extérieur), le silence dans la fratrie c'est-à-dire entre les membres qui la composent et le silence sur la fratrie, (silence de l'extérieur sur ce qui se passe à l'intérieur).

### **B-1-1 Silence de la fratrie**

L'appartenance au groupe constitue une des quatre composantes du lien fraternel. Cette appartenance impose des règles, ou une régulation implicite qui définit ce qui appartient au groupe et doit rester à l'intérieur et ce qui peut être dit à l'extérieur et en particulier aux parents. Celui qui ne sera pas loyal pourra être considéré comme un faux-frère et se retrouver exclu du groupe sans appartenance.

C'est dans ce contexte que se mettent en place les « *pactes dénégatifs* » décrits par Kaës sous forme de repli sur des modalités relationnelles indifférenciées, groupales, pour faire face aux risques de blessure narcissique individuelle et groupale. Ce repli permet, sans se questionner dans un premier temps, d'avoir recours à l'utilisation d'une sorte de « prêt-à-penser groupal » qui donne sens à ce que, individuellement, le sujet ne peut penser et donc subjectiver. Ce repli sur le groupe permet de mettre en place un système de défense commun pour parer aux failles des appareils psychiques individuels.

Mais le pacte pourrait aussi s'imposer au frère/sœur contrevenant qui voudrait briser le silence, parler de ce qu'il vit. Le pacte représente donc un contrôle du groupe sur l'individu.

### **B-1-2 Silence dans la fratrie**

Si la question des frères et sœurs confrontés au handicap a mis tant de temps à s'imposer, c'est aussi du fait de leur propre silence à l'intérieur même du groupe fratrie. « *Il est rare que les membres de la fratrie entre eux échangent sur la manière dont chacun a vécu et vit subjectivement la pathologie. Il est possible d'évoquer le diagnostic, parfois les symptômes, mais non de parler des affects qui accompagnent la confrontation à cette « différence* ». (Scelles, 2008)

### **B-1-3 Silence sur la fratrie**

Le silence de la fratrie est aussi une réponse au silence sur la fratrie, c'est-à-dire au silence provenant de l'extérieur. Les parents, happés par l'inquiétude que suscite l'enfant malade et par la lourdeur de leur tâche et craignant de ne pas pouvoir faire face à d'autres difficultés, font ressentir à leurs autres enfants cette limite qu'ils repèrent en eux-mêmes. Les soignants ne considèrent en général pas la fratrie de leur patient comme une composante importante dans les décisions thérapeutiques (retour à la maison après une hospitalisation, soin à domicile, ...)

## **B-2 Le degré et l'intensité du silence**

### **B-2-1 Se taire pour soutenir**

Le silence de la fratrie peut traduire une forme d'adaptation à la vulnérabilité ressentie chez leurs parents. Dans son travail portant sur l'observation de l'arrivée d'un enfant né avec un handicap dans une fratrie dont les membres sont encore dans le temps de l'enfance, Korff Sausse (2006, p 129-148) remarque que la perception du handicap se fait par le « *truchement des parents* » et par le repérage de l'effet que la situation a sur eux : « *ce qui est premier ce n'est pas le handicap de l'enfant mais le bouleversement des parents* ». Dans la plupart des situations de handicap, les frères et sœurs ne sont pas attentifs eux-mêmes à ce qu'ils vivent, leur attention est portée en premier lieu sur la vulnérabilité repérée chez leurs parents et c'est une raison qui explique le passage sous silence de ce qu'ils vivent. Du jour au lendemain les frères et sœurs se trouvent devant une « *mère transformée* ». La découverte que ce frère/sœur a le pouvoir de faire souffrir les parents et de les rendre fragiles peut faire émerger des pulsions agressives dans la fratrie. (Korff Sausse S. , 2006)

Dans ce silence il s'agit de s'accorder sur la nécessité de taire tout type de difficulté pour soutenir le groupe famille et en particulier les parents. Dans ce cas, le silence n'est pas forcément subi mais peut représenter une façon active de collaborer à la situation.

### **B-2-2 La « silenciation », en réponse au sentiment d'insignifiance**

Cependant, l'absence de parole sur la situation des frères et sœurs peut induire une autre forme de silence, silence imposé, silence passif que l'on pourrait qualifier, en reprenant le terme de Moscovitz (2007) de « silenciation ». C'est-à-dire que quelque chose qui devrait être dit ne peut se dire et se trouve passer sous silence. Ce silence répond à une règle non énoncée clairement mais qui stipule que le sujet ce n'est pas eux, le sujet c'est leur frère/sœur qui souffre, que ce qu'ils vivent ne méritent pas d'être dit, que cela n'en vaut pas la peine.

Dans la clinique nous pouvons mettre en relation ce silence et le sentiment d'insignifiance décrit par Racamier (1980, p 89) face à une personne schizophrène, il décrit en effet que l'on peut se sentir « effleuré, gagné puis envahi par un sentiment d'insignifiance. (...) Il vous semblera que non seulement vos paroles mais votre pensée, et enfin toute votre personne sont non seulement dénuées de sens, mais vidées de signification. Il ne reste de vous qu'une coquille vide. ». Dans ce cas, le silence ne correspond ni à une démarche active, ni à un déni de ce qui est vécu mais à une difficulté à trouver une valeur à ce que l'on vit soi-même.

### **B-2-3 Le déni, en réponse au désaveu de ce qui est vécu**

Un autre niveau est le silence imposé par le désaveu de ce qui est vécu. Comme l'a montré Ferenczi (1931, p 98-113), plus que la situation traumatique elle-même, « c'est le désaveu du traumatisme qui rend le traumatisme encore plus pathogène ». Cet empêchement à accorder de la valeur à ce que l'on vit produit un clivage entre ressenti et savoir : une partie du moi sait mais ne sent rien, une partie du moi sent mais ne sait rien. (Ferenczi, 1931)

Aujourd'hui, pour rendre possible le développement des soins à domicile des patients schizophrènes, il convient de banaliser ce qui se passe pour les membres de l'entourage qui vivent sous le même toit que le patient. La cohabitation est aujourd'hui présentée comme une évidence alors qu'autrefois la proximité du malade et de sa famille était jugée néfaste. On peut considérer que ceci représente une forme de désaveu qui renvoie la fratrie à dénier ce qui se passe pour elle-même, et pas uniquement à passer sous silence. Puisque c'est banal, c'est donc qu'il ne se passe rien, et le frère ou la sœur du patient peut considérer que ce qu'il éprouve est non avvenu, n'existe pas. S'installe alors un doute sur la réalité de cette expérience : cette expérience est-elle bien réelle et mérite-t-elle d'être dite ? Cette forme de

censure sur ce qui est ressenti, cet interdit d'éprouver, de dire et de reconnaître porte en lui-même une forte dimension pathogène.

Le silence des frères et sœurs peut avoir différentes significations, et dans cette thèse où la parole est donnée à chacun des membres de la fratrie pour parler précisément de ce qui se passe à l'intérieur de ce groupe, comprendre de quoi est fait ce silence permettra aussi de comprendre pourquoi certaines fratries acceptent de participer à cette recherche.

### ***C/ Schizophrénie et adolescence : une inquiétante ressemblance***

L'apparition de la schizophrénie à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte correspond à un moment particulier de la vie de la fratrie, car en tant que groupe générationnel, chacun des membres de la fratrie traverse, à des étapes et des rythmes divers la phase d'instabilité de l'adolescence. Cette métamorphose rend l'adolescent méconnaissable à lui-même et étranger aux autres (Jeammet, "Adolescences" Syros, 1997, p. 11). C'est pourquoi dans ce passage de l'enfance à l'âge adulte, chacun va éprouver, temporairement ou durablement, un sentiment d'étrangeté envers soi-même mais aussi envers ses frères et sœurs. Ce n'est pas uniquement la personne malade qui est perplexe devant l'entrée dans l'âge adulte, et devant les contraintes et les renoncements qu'elle impose, c'est avec elle l'ensemble de ses frères et sœurs qui se regardent mutuellement se transformer. A cette période où l'image de soi, l'image de l'autre et l'image de l'autre sur soi sont si importantes, la dimension spéculaire de la relation fraternelle va être fortement réactivée.

Ce qui est en cause dans l'adolescence c'est d'abord la pression corporelle, un changement que l'on ne peut ni contrôler ni nier, un inévitable et incontournable changement de soi-même mais aussi de ses pairs. Ce qui fait que même si un membre de la fratrie s'attachait à ne pas changer, ses frères et sœurs en tant qu'individus et sa fratrie en tant que groupe se transformeraient quand même, et de ce fait il n'y a aucun moyen d'éviter le changement hormis la folie. « *A partir de son propre corps le monde va changer et si l'on n'est pas d'accord avec son corps, on n'est pas non plus d'accord avec le monde* »,

Kestenberg (1986, p 96-102). Son hypothèse que la pulsion génitale favorise l'émergence de la schizophrénie à cette période est confirmée par de nombreux auteurs :

*« l'adolescence est propice à des émergences psychotiques en raison de l'importance des remaniements internes susceptibles de déséquilibrer tout ou partie du fonctionnement psychique »* (Azoulay, 2009, p. 67).

*« Pour l'adolescent comme pour le psychotique, le problème central est la représentation et l'organisation symbolique d'un monde interne étrange, chaotique et surtout dangereux, mis en permanence en danger d'intrusion : il est, par exemple, bien difficile de donner leur pleine valeur économique aux divers déplacements de certaines expressions symptomatiques à type d'érytrophobie, ou de dysmorphophobie, si intimement liées à l'irruption corporelle de la sexualité, qu'il s'agisse de l'éjaculation ou de l'effraction imprévisible des premières règles. Ce corps devenu étranger qui échappe à la « volonté », relève aussi bien de l'adolescence la plus banale que des épisodes psychotiques avérés. »*-(Baranes, 1991, p. 8).

Les traces du processus de l'adolescence ressemblent donc étrangement aux premières expressions des troubles schizophréniques, ce qui laisse perplexe les témoins de ces changements et en premier lieu les parents. Dans ce doute, beaucoup d'entre eux s'accrochent à l'idée que cette étrangeté qu'ils commencent à percevoir est bien liée à l'adolescence. Mais de ce doute et de cette perplexité au sein même de la fratrie, nous n'en savons rien.

Parmi les nombreux aspects qui peuvent prêter à confusion, Kestenberg (1986, pp. 96-102) en repère deux :

- **La dépossession du corps** : *« combien d'adolescents sont dépossédés de leur corps, ne s'y reconnaissent pas, c'est-à-dire qu'en tout cas ils ne voient pas ce que nous voyons, ou ce que la majorité des gens voient »*. Cette dépossession du corps est à l'origine d'un sentiment d'étrangeté à soi-même si proche parfois de l'éprouvé d'une personne schizophrène.
- **L'hallucination** : La crise psychotique surgit quand les limites entre imagination et réalité s'effacent, mais nombre d'adolescents recherchent des expériences permettant d'atteindre cette sensation d'être hors temps, hors réalité jusqu'à atteindre des expériences hallucinatoires. Des expériences de ce type, prise de cannabis par exemple, ont pu être vécu au sein d'une fratrie, sans que l'issue soit la même pour

chacun des frères et sœurs. Kestenberg remarque que « *le sujet substitue une sorte de réalité externe à une réalité interne qui lui est intolérable. Ce sont des choses que nous voyons très souvent aussi, avec ou sans hallucination, chez les adolescents* ».

Lors d'un colloque sur le thème des rapports entre adolescence et psychose (11, 12 et 13 mai 1984 au Ministère de la Recherche à Paris), (Cahn, 1986, pp. 279-287) Cahn a évoqué une étude de Strauss montrant que plus de la moitié d'un groupe d'adolescents « normaux » avait vécu une expérience de dépersonnalisation ou de psychose transitoire. L'adolescent devient alors un « *inquiétant étranger* »<sup>28</sup> à lui-même et aux autres.

C'est pourquoi en reprenant l'expression de Freud, il paraît justifier d'utiliser ici le terme *d'inquiétante ressemblance* plutôt que celui *d'inquiétante étrangeté*, car l'ensemble des frères et sœurs engagés dans le processus de l'adolescence s'interrogent sur son issue, et le regard inquiet de l'entourage accentue ce questionnement que l'on pourrait appeler questionnement sur la consubstantialité. Sur cette question l'âge et la place des frères et sœurs sont déterminants.

## ***Partie 2 : Cohabitation : analyse des effets de proximité***

Comme il a été mentionné dans le premier chapitre, la psychiatrie contemporaine augmente les périodes de cohabitation entre le frère/sœur malade et les frères/sœurs non atteints en particulier au début de la maladie, au moment où l'expression symptomatique des troubles est souvent la plus troublante. Il s'agit de rassembler ici des données cliniques qui permettent de poser les contours de cette situation de proximité. Les premières analyses sur la fratrie qui datent de la fin du XIX siècle peuvent donner un éclairage sur la situation actuelle.

---

<sup>28</sup> Titre donné à l'article de Cahn

## ***A/ Les fratries délirantes, premières interrogations sur le fraternel en psychiatrie***

A l'époque des aliénistes, plusieurs auteurs ont été intrigués par un phénomène de délire à plusieurs dans différentes fratries. La vision organiciste dominait alors et leur question face à ce phénomène troublant pouvait se résumer en ces termes : comment expliquer la transmission d'une idée délirante d'un membre de la famille à un autre ?

Moreau de Tours traite deux frères jumeaux internés dans deux établissements différents, ils ne communiquent jamais entre eux ni par lettres, ni par l'intermédiaire de tierce personne et pourtant « *sans cause appréciable et par un effort tout spontané de la maladie* » revendiquent leur libération sur la même forme et simultanément. Ce cas ouvre la porte à la littérature des délires télépathiques fortement influencés par les mutations de la fin du XIX et l'apparition du télégraphe et de l'électricité véritables « *machines à influencer* ». Rausky (1999) montre qu'à cette époque Moreau de Tours n'envisage le délire fraternel que comme un trouble cérébral, la communication, l'influence, la suggestion, le langage, les liens relationnels ne jouant selon lui aucun rôle.

Après Pinel, l'interrogation théorique persiste mais se transforme et c'est la nature du lien fraternel qui commence à être interrogée : pourquoi le délire se communique à l'intérieur de la fratrie ? Quel est le fondement psychique du mythe fraternel délirant ?

Lasègue et Falret proposent en 1877 une théorie de la « folie à deux » et distinguent trois lois principales qui permettraient d'expliquer la transmission du délire (Rausky, 1999, pp. 213-215).

- La loi d'Induction : le délire est imposé par le délirant principal au délirant secondaire, un frère plus passif et docile. « *Celui-ci résiste d'abord puis lentement subit la pression du premier et finalement entre dans le délire par un processus analogue à la suggestion hypnotique* » (p 213). Le couple suggestionneur/suggestionné ou persécuteur actif/persécuté passif constitue alors la clef du délire fraternel.
- La loi du Milieu Clos : « *pour que le délire traverse la fratrie (ou tout autre groupe social ou familial), il faut que les sujets vivent ensemble pendant longtemps, en dehors de toute influence extérieure, dans une coquille sociétale close.* » (p 213). La Loi du

*Milieu clos était fondée sur le renfermement spatial, les frères délirants vivant dans un taudis, une cave, une misérable chambre meublée ou, dans les classes aisées, barricadés dans leur résidence, à l'abri de tout regard étranger. (p 215)*

- La Loi de Vraisemblance : « *Le délire doit être vraisemblable, reposant sur des faits survenus dans le passé ou sur des craintes ou des espérances pour l'avenir. Un désir excessif, grandiose, serait difficilement communicable. » (p 213)*

Rausky (1999) revisite les trois lois de Lasègue et Falret, il en propose une lecture « *plus systémique qu'étiologique* » (p 215).

- Le principe d'influence-interaction : la loi d'induction repose sur une vision très linéaire établissant un lien de cause à effet entre l'influence d'un « frère intelligent » sur un frère plus docile. Dans une logique de circularité sans causalité stricte, « *la fratrie délirante serait alors observée comme un champ de forces en interactions. » (p 215)*
- La loi du milieu clos était fondée sur le renfermement spatial. Rausky s'appuyant sur les théories de la communication situe cette question dans une dimension relationnelle et communicationnelle, la question de l'isolation étant d'abord « *affective et informationnelle, favorisant l'exacerbation du discours délirant, marqué par la dichotomie manichéenne « nous-eux », le monde extérieur étant perçu comme hostile et dangereux. » (p 215)<sup>29</sup>*
- La loi de la Vraisemblance est basée sur le fait que les thèmes des délires évoluent avec les thèmes de l'époque, autrement dit ce qui est vraisemblable à une époque ne le sera pas plus tard. Rausky propose « le principe de consonance cognitive », c'est-à-dire que pour qu'un délire puisse être transmis, il faut qu'il « épouse les croyances, les sentiments et les désirs » de celui à qui il va être transmis, il faut qu'il entre « *en consonance cognitive avec le sujet qui y adhère. » (p 215)*

Si l'on en revient à une lecture plus psychanalytique, on peut considérer qu'il s'agit des effets de l'identification projective. Racamier a parlé de « *phénomène d'angoisse transmise par lequel le patient se délivre de son angoisse dont son moi ne peut se servir comme signal d'alarme, dans l'objet le plus proche qui l'éprouve à sa place* ». Et il ajoute « *il est vrai que*

---

<sup>29</sup> Cette observation clinique fait échos à notre réflexion sur la cohabitation induite par les transformations des soins dans la psychiatrie contemporaine. Cette cohabitation banalisée et peu discutable peut induire des contextes d'isolation. L'injonction à cohabiter étant implicite, toute parole sur cette cohabitation paraît transgressive ce qui renforce l'isolement.

*l'identification projective ne laisse jamais d'affecter l'objet réceptacle* » (1980, p 68). C'est ce phénomène qui semble être à l'œuvre dans les fratries délirantes.

En dehors de ces auteurs, il est étonnant que peu de travaux s'intéressent aux dimensions intrapsychiques et interpersonnelles dans la fratrie des patients schizophrènes. En effet, l'augmentation des situations de cohabitation avec un frère ou une sœur schizophrène favorise les situations d'enfermement spatial dont parle Rausky qui augmentent la vulnérabilité de la fratrie.

Ce manque de référence sur la question nous a amené à étudier certains travaux sur les liens de filiation entre un parent atteint de schizophrénie et son enfant. Il ne s'agit pas de faire une analogie entre liens filiaux et liens fraternels mais de repérer ce que ses travaux nous enseignent sur la façon dont le trouble psychotique peut retentir sur autrui.

Les travaux de Enriquez (1993) portant sur les effets de la psychose des parents sur leurs enfants peuvent donner des orientations sur la question de la transmission du délire dans la fratrie. La rencontre avec la psychose parentale pendant l'enfance peut, dans une certaine mesure, permettre de se représenter la rencontre avec la psychose d'un frère ou d'une sœur pendant la construction identitaire de l'adolescence (période du réveil du processus individuation/séparation). La confrontation avec l'univers psychotique représente toujours une « *expérience de non-sens* » (p 90), ceci est d'autant plus vrai pour un enfant en situation de vulnérabilité et de dépendance par rapport à un adulte délirant, mais aussi pour un adolescent ou un pré adolescent traversant une crise identitaire qui commence sur une forme similaire à ce qui a conduit le frère ou la sœur vers le délire.

« *Témoin, allié, le complice voire le destinataire de leur activité délirante* », l'enfant est « *englobé dans la projection parentale où il occupe une place privilégiée à la fois en tant que support de projection et destinataire réel ou imaginaire du discours délirant, ce qui l'oblige à partager et à subir la souffrance du non-sens* ». (Enriquez, 1993, p 82). La place de l'enfant décrite par Enriquez semble s'approcher de celle du frère suggestionné.

Cependant Enriquez observe que la projection n'opère pas par hasard, ce n'est pas n'importe lequel des enfants qui va être le réceptacle du délire d'un parent. « *On ne projette pratiquement pas sur quelqu'un dans lequel il n'y aurait rien de semblable à ce qu'on y projette. On ne projette pas n'importe quoi sur n'importe qui. Il y a du même en l'autre, support de la projection* » (p 95). Pour le parent malade, l'enfant pris dans cette dimension

projective représenterait « un double salvateur et un garde-fou contre l'hostilité générale des autres » (p 88).

Ainsi Rausky (1999, p 216) pense que « *la fratrie délirante se comporte à la façon d'une coalition, selon les termes de la théorie systémique : les frères se liguent contre plusieurs personnages malfaisants et persécutoires, souvent leurs propres parents. (...) le mythe familial unit tous les membres de la cellule familiale, parents et enfants, autour d'une théorie acceptée par tous, alors que le récit ou le roman selon lequel se fonde le mythe fraternel semble être, le plus souvent, une théorie conspirationniste, opposant les frères persécutés aux parents persécuteurs ou à d'autres personnages maléfiques, investis, réellement ou fantasmatiquement, de pouvoir. Cette coalition générationnelle pourrait être au cœur de la psychopathologie du lien fraternel : les frères et sœurs unis dans le délire, pour résister aux figures terrifiantes de la persécution.* »

Il faudrait distinguer dans la folie collective la psychose de délire du délire lui-même. « *Le délire est l'ensemble des thèmes idéiques et des sentiments adéquats ou inadéquats, mais connexes, ainsi que du tonus morbide qui les supporte. La psychose est ce même délire, plus le fonds matériel (histologique, physiologique), nécessaire pour le produire et le développer* ». Sur cette distinction Gaétan de Clérambault pense que « *le plus souvent, un seul des codélirants est affecté d'une psychose* ».

Un autre angle de recherche a été d'évaluer les retentissements des troubles sur le reste de la fratrie. Elargir cette recherche hors du champ strict de la schizophrénie permet de prendre en compte des effets qui peuvent se retrouver dans toute situation de maladie chronique impliquant la transformation au long cours du quotidien familial, mais aussi de bénéficier de l'apport de connaissances de recherches portant sur des pathologies comportant des symptômes communs à la schizophrénie.

### ***B/ Partager le même toit, les enjeux du vivre ensemble***

A la période où surgissent les premières expressions des troubles, les frères et sœurs, membres d'une même génération, vivent souvent sous le même toit familial et partagent le même espace/temps.

La question des espaces est au cœur de la réflexion sur le travail institutionnel, les travaux des cliniciens sur la façon dont le patient schizophrène occupe l'espace peuvent permettre de se représenter cette situation de cohabitation quand elle a lieu dans la maison.

### ***B-1 Etre ensemble dans un espace perçu différemment***

L'occupation de l'espace est objet de tension dans toute communauté humaine. Dans toute famille, les négociations sur l'espace marquent les espaces de vie (arrivée d'un nouvel enfant, deuil, ...), elles sont naturelles, nécessaires et inévitables.

Mais ici, l'expression de la souffrance de la personne schizophrène au cœur de la maison familiale confronte ceux qui partagent le même domicile à un désarroi important sur la question de l'espace, introduisant des modifications de leur propre territoire, leur propre façon d'habiter la maison. Le psychiatre allemand Kuhn (1973) fait d'ailleurs remarquer que ce vocabulaire de l'habitat est utilisé dans le langage courant pour désigner ces personnes : *c'est un demeuré, il déménage*. Ces deux mots demeuré/déménagé décrivent en fait très bien la façon dont les personnes schizophrènes occupent l'espace : entre vie sédentaire et nomadisme. Certains schizophrènes sont dans l'incapacité de tenir en place, d'autres au contraire tendent vers une forme de vie dominée par la fixité, l'immutabilité. *« C'est pourquoi « habiter » ne veut pas simplement dire se trouver au même endroit et y demeurer, mais désigne une structure complexe de la présence. Comme telle, elle renvoie à la relation de l'homme au monde. (...) Pour le schizophrène, il peut y avoir une totale incapacité d'intérioriser ces structures de la présence, c'est ce qui le conduit à imposer au monde ses principes d'ordre strictement personnel » « Il s'efforce de transformer le monde extérieur conformément à l'ordre qui règne en lui. »* (Kuhn, 1973, p. 10)

Pour Minkowski, le point central de la schizophrénie, c'est la perte du contact avec la réalité, ce qui fait que *« tout en sachant où il est, il ne se sent pas à la place qu'il occupe, il ne se sent pas dans son corps, le « j'existe » n'a pas de sens précis pour lui »*. *« Il sait où il est, mais le « moi-ici » n'a plus sa tonalité habituelle et défaille »*. (Minkowski, 1927, pp. 116-117) Pour la personne atteinte de schizophrénie, c'est la perception même de l'espace qui est en jeu, à tel point que *« le psychotique ne parle que d'espace mais ce n'est pas le notre. »*

C'est ce que remarque Jeangirard en travaillant sur les dessins de patients schizophrènes, il y repère l'absence d'ébauche de perspective et tire l'hypothèse d'un espace limité à deux dimensions : l'axe vertical, axe de la gravitation, et axe horizontal, axe du champ visuel. « *Il manque la dimension sagittale c'est-à-dire celle qui figure l'horizon et situe le corps dans l'espace (...) et qui permet au regard de choisir son objet dans ce que lui offre le champ de la vue* ». C'est pourquoi « *la suppression de l'espace, l'atopie, va de pair avec la suppression de l'Autre, matérialisé ou topologisé par l'horizon. La psychose délirante c'est cette perte du repère spatial* » (Jeangirard, 2006, p. 33).

Aussi, pourrait-on dire que pour le malade et ses proches, vivre ensemble consiste à partager le même lieu mais pas le même espace. C'est pourquoi dans la vie quotidienne avec une personne schizophrène, la question des territoires, des limites et des frontières se pose constamment.

#### ***Effet de l'occupation de l'espace sur les relations***

Eiguer a décrit à l'occasion de visites de ses patients à domicile ce qu'il voyait de son point de vue de psychiatre du patient. « *J'ai observé que le territoire du patient considéré comme malade psychotique avait souffert de modifications opérées pendant l'épisode de décompensation ou après. A cette occasion, il avait perdu son espace personnel ; son lit était passé de sa chambre à un lieu de passage, comme le couloir. Il perdait de la sorte son lieu autonome de repère.* » (Eiguer, 2004, p. 16)

Du côté des familles, les questions liées à la géographie des espaces familiaux, à la topographie de la maison sont des thèmes récurrents dans ma pratique des groupes de parole dédié à l'entourage des patients schizophrènes et sont révélateurs de ce qui est en jeu au niveau des espaces psychiques, comme peuvent l'illustrer ces vignettes cliniques extraites de notre pratique (Davitian H, Scelles R, 2013).

- Une petite fille de 7 ans s'inquiète car elle vient d'apprendre le retour à la maison de son grand frère suite à une hospitalisation d'office. Elle se demande comment elle fera pour descendre de sa chambre au salon alors qu'elle doit passer devant la chambre de son frère dont la porte est toujours entrouverte.
- Alors que l'accès à la maison familiale est conditionné à la reprise de son traitement, un jeune patient défonce la porte d'entrée à coups de hache.

Sur son lieu de travail, une jeune femme reçoit une dizaine d'appels téléphoniques par jour de sa sœur, ce qui lui vaut des remarques de sa hiérarchie.

Dans la phase préparatoire de cette étude, nous avons mené des entretiens pour construire la grille d'écoute. Dans ces entretiens, la question du partage de l'espace est apparue spontanément et permet de comprendre comment, du point de vue des frères et sœurs du patient, la question de l'espace peut se poser. Il s'agit de deux femmes très demandeuses de participer à la recherche mais qui n'ont pas pu être incluses dans le corpus car leurs sœurs malades n'ont pas voulu participer ; elles n'ont donc pu participer qu'à un seul entretien où chacune évoque la problématique de l'espace.

La première situation est l'évocation d'un souvenir d'enfance qui se déroule dans la maison familiale, les deux sœurs partageant depuis toujours la même chambre.

*« - Au bout d'un moment, elle s'enfermait, elle ne voyait plus personne, elle vivait la nuit et pas le jour. C'est-à-dire le jour elle s'enfermait dans sa chambre, c'était super pratique parce que moi je ... (silence)*

- *Vous étiez dans la même chambre ?*
- *Oui, on était dans la même chambre et moi j'avais du mal à dormir. Et c'est marrant parce que je ne me souviens plus très bien, mais il y a un moment où je ne pouvais plus entrer dans ma chambre. Si j'essayais, elle sortait en furie et elle était violente physiquement à ce moment-là. Et alors je crois que j'allais dormir chez Mamie (...) je n'avais plus de chambre.*

La deuxième situation évoque une situation de cohabitation en appartement durant une période d'études universitaires. La malade est alors venue vivre chez sa sœur étudiante après une hospitalisation.

*« Je me trouvais, comment dire, emprisonnée dans mon appartement en fait avec elle (...), je ne me sentais plus chez moi, elle dormait plus tôt, moi j'étais encore dans ma vie festive et c'était difficile. On n'avait pas vraiment le même rythme. Mais elle était comme si elle était chez elle et moi je ne me sentais plus chez moi. »*

L'enjeu pour ces deux jeunes femmes est de parvenir à partager le même espace/temps réel sans partager les mêmes repères temporeux spatiaux que leurs sœurs malades. De fait elles expriment le sentiment que l'espace est investi par leurs sœurs malades comme un

prolongement de leurs espaces propres, les conduisant à se sentir intrusés, niées dans leur altérité, expulsées de leur « chez elles » devenu le « chez moi » de leur sœur.

## **B-2 Etre ensemble sans partager la même temporalité**

On retrouve dans le rapport au temps cette même dissonance. L'entourage peut ressentir cette énigme comme une sorte de défi, de négation des besoins des autres, d'hostilité vis-à-vis du fonctionnement du groupe familial. Hygiène personnelle parfois minimale, comportement alimentaire frustré, rythme de vie décalé voir totalement inversé (diurne/nocturne), absence inquiétante autant que présence inquiétante, la question du temps comme celle de l'espace met en tension le rapport à l'autre.

« Privé de la faculté d'assimiler tout ce qui est mouvement et durée », les personnes schizophrènes sont « engluées dans un statisme morbide » (Minkowski, 1927, pp. 123-127) et « sont organisées pour que rien ne change autour d'elles tant elles éprouvent d'angoisse devant quelque changement que ce soit. » (Racamier, 1986, p. 101)

Ey qualifiait la schizophrénie de « *pathologie de la conscience* », car pour le patient, le problème est moins la problématique du présent, celui du temps inscrit en heures ou en minutes, mais celui de la situation actuellement vécue « *l'événement qui est en train de se passer* ». Il s'agit de désorganisation de « *l'attention à la vie présente* » (Ey H. , 1954). Ces troubles générant « *une déstabilisation des repères concernant les attitudes et les trajectoires du patient dans l'espace-temps usuel. Familles, soignants et thérapeutes doivent faire face à des processus de déstructuration des liens, d'autant plus que les patients se révèlent très vite en danger vital lorsque les contextes interpersonnels dont ils dépendent se révèlent incapables de gérer les discordes et amplifient les ruptures.* » (Miermont J. , 2004, p. 16).

## ***C/ L'expérience de centralité et mise en tension des places***

Toute situation de maladie dans une famille entraîne une dimension centripète, la maladie concentre l'attention et la sollicitude du groupe. « *L'émergence d'une maladie chronique déclenche un processus familial centripète d'adaptation sociale à la maladie. Symptômes, perte de fonction, nécessité de transformation ou d'acquisition de nouveaux rôles associés à la maladie, et craintes de perte par la mort, exigent tout un recentrage de la famille sur elle-même.* » (Rolland, 1993).

Dans le cas de la schizophrénie, on assiste à un phénomène particulier qu'il ne faut pas confondre avec l'adaptation ordinaire et compassionnelle d'une famille à la souffrance de l'un des siens. De ses années de pratique de la psychiatrie à l'hôpital de l'Hôtel Dieu à Paris, Grivois s'attache à comprendre la séquence initiale de la psychose, période où il constate une souplesse et une non-fixation des troubles. Cette caractéristique de la psychose naissante est repérée notamment par Racamier qui affirme qu'il est important à ce stade de « *distinguer la psychose à l'état natif de la psychose à l'état d'organisation* » (Racamier, Les schizophrènes, 1980, p. 53).

Grivois repère que ces patients traversent ce qu'il nomme « *une expérience de la centralité* » c'est-à-dire l'expérience d'être au centre de la totalité des hommes. « *La centralité de la psychose naissante n'est pas le retour à l'illusion infantile d'être le centre du monde, elle n'est pas non plus la présomption a priori de l'universalité d'un jugement (...)* », elle décrit « *la perplexité ou l'exaltation d'un homme aux prises avec un concernement interpersonnel qui l'angoisse et le stimule* » (Grivois H. , 1995, p. 16). C'est comme s'il polarisait tout à coup « *tout le concernement du monde* » (p 22).

Dans notre clinique, nous avons pu constater combien cette expérience de centralité du patient est aussi une mise à l'épreuve de son entourage qui vit réciproquement ce que nous nommons « *une expérience de décentralité* ». Car si pour le patient le rapport à l'objet devient insécure (rapport de pouvoir sur l'objet mais aussi objet de l'objet, il oscille entre une sensation de puissance, d'omnipotence et celle de ne rien maîtriser et d'être résolument seul), le proche a la sensation d'être exclu, voire éjecté de la relation antérieure. Dans cette « *expérience de concernement et de connexion universelle* » (p191), l'autre devient tous les autres pris dans « *une masse* », « *une foule* », et le proche un membre anonyme de cette foule.

Membre de cette foule, décentré de leur place de proches, chacun dans la famille s'adapte, et le comportement des personnes devient pour le patient totalement incompréhensible. Proches devenus anonymes, anonymes devenant menaçants, la crise s'impose alors comme issue pour sortir de cet état de tension réciproque. « *La psychose émerge des interactions entre un homme et les gens autour de lui. Dans la tourmente, cet homme perçoit désormais l'existence de son être à travers la masse qui la lui renvoie.* » (Grivois H. , 1995, p. 59).

Si pour le malade il s'agit de sur-signifiante, de transparence angoissante au monde et de prise de conscience d'une solitude radicale, les frères/sœurs peuvent éprouver un « *sentiment d'insignifiante* », de ne pas compter et de ne plus avoir de valeur. Ce phénomène a été décrit par Racamier (1980) dans l'analyse du contre-transfert.

Nous observerons comment les frères/sœurs peuvent ou non se dégager de cette position centralité/décentralité. Il s'agit pour eux de sortir de l'anonymat à la fois en restaurant leur identité propre (en particulier en réinvestissant le cours de leur vie), mais aussi de ne pas rester un anonyme pour leur frère et de ré-habiter la relation fraternelle dont ils ont été pour un temps chassés.

## **Synthèse de la revue de littérature**

La revue de littérature permet de mettre en lien les travaux consacrés à la fratrie et les travaux consacrés à la schizophrénie et à repérer, de façon plus spécifique, la façon dont les membres de la fratrie peuvent être psychiquement affectés.

### ***A/ Résonance entre processus fraternel et processus schizophrénique***

A propos de la fratrie on retiendra que c'est un lien qui s'impose aux sujets, qui se construit et se transforme, et par là participe à la construction identitaire. C'est à ce titre que l'on peut parler de « processus fraternel ».

A propos de la schizophrénie, on retiendra non pas la visée diagnostique mais l'approche processuelle et phénoménologique. La clinique de la schizophrénie apporte une connaissance sur ce sujet que ne permettent pas les représentations descriptives de la schizophrénie.

La mise en relation de ces deux sources de données montre que chacune des quatre composantes de la relation fraternelle est affectée par l'expérience psychotique.

Le tableau ci-dessous permet de rendre compte de la résonance possible entre ces deux processus, le premier allant vers un renforcement de la construction identitaire, le second allant vers une attaque de la constitution du sujet par une destruction progressive de son rapport au monde. Les 4 composantes de la relation fraternelle (Moi, l'autre, le groupe, le temps) peuvent être mises en corrélation avec des caractéristiques spécifiques de la schizophrénie.

Nous faisons l'hypothèse que ceci met les liens fraternels à l'épreuve de façon particulière et qu'il est donc nécessaire lorsque l'on parle de la famille du schizophrène d'être attentif à la spécificité des liens. Cette tension est d'autant plus forte que les troubles apparaissent au moment de l'adolescence, phase de réveil et de résolution du processus d'individuation / séparation de la fratrie.

Tableau 6 : Mise en perspective des deux sources de littérature

Eléments en jeux dans le processus fraternel	Eléments en jeux dans le processus schizophrénique
<b>1/ Moi : Construction identitaire</b>	
<p>Fonction du frère/sœur comme miroir (Lacan, 1949, 1958)</p> <p>Composer avec l'autre en soi-même : le frère comme objet intériorisé constitutif de son identité.</p> <p>Dans le cas de handicap ou maladie, la question de l'alter en soi (Scelles, 2010)</p>	<p>Trouble des frontières du Moi et Trouble du sentiment de soi (Federn, 1952)</p> <p>Inquiétante ressemblance (Kerstenberg, 1986 )</p>
<b>2/ L'autre : Apprentissage de l'altérité</b>	
<p>Le frère/sœur en tant qu'intrus, usurpateur</p> <p>Apprentissage de l'altérité</p> <p>Confrontation à la question de l'ambivalence : le frère/sœur objet d'amour et de haine</p> <p>Relation au frère/sœur en tant qu'objet réel, imaginaire et fantasmatique</p>	<p>Déni de l'altérité (Racamier, 1980)</p> <p>Identification projective (Searles, 1959, 1961)</p> <p>Activation de la tension spéculaire</p>
<b>3/ Le groupe Appartenance à un groupe</b>	
<p>Espace de socialisation : de la horde des frères à la nécessité d'organiser les liens sociaux (Freud, 1913)</p> <p>Appareil psychique groupal spécifique à la fratrie, organisé avec ses règles de loyautés internes. (Kaës, 2008). Silence dans, sur et de la fratrie</p>	<p>Expérience de la centralité (Grivois, 1995), position d'omnipotence (Racamier, 1980)</p> <p>Mise en tension des places</p> <p>Occupation particulière de l'espace (Kuhn, 1973, Binswanger, )</p>
<b>4/ Le temps Construction d'une génération</b>	
<p>Partage d'une même temporalité</p> <p>Espace-temps partagé, expériences vécues collectivement et partage d'une mémoire commune</p> <p>Activation du processus du séparation/individuation pour tous les membres de la fratrie</p>	<p>Concordance entre l'adolescence et apparition de la schizophrénie</p> <p>Perte de mémoire dans l'expérience psychotique</p> <p>Autonomie et homéostasie (Haley, 1980), Temps arrêté du schizophrène (Racamier, 1986)</p>

La revue de littérature a permis de dégager deux thématiques sur lesquelles portera la recherche.

### ***B/ Une tension spéculaire qui peut être menaçante***

L'émergence de l'étrangeté dans la fratrie implique donc tous les membres de la fratrie : celui qui voit son semblable se transformer et celui qui se transforme, le frère « sain » pouvant représenter un repère, un curseur pour celui qui est malade. Le devenir étrange de l'un oblige chacun à faire face au reflet que cette étrangeté lui renvoie et active la tension spéculaire de part et d'autre. « *L'affrontement précoce à l'étrangeté d'un frère trouble les mouvements spéculaires et les identifications, mettant le lien fraternel à l'épreuve* » (Bourguignon, 2008, p 30).

Pankow (1981), en prenant comme exemple Grégoire Samsa, le héros de la *Métamorphose* de Kafka, propose de suivre les différentes étapes de ce personnage devenu insecte pour comprendre « *la descente aux enfers dans l'univers d'un schizophrène* ».

Grégoire-insecte s'isole de plus en plus dans sa petite chambre, évite de se monter à la fenêtre « *ne fut-ce que par égard pour ses parents* », jusqu'au jour où alors que sa petite sœur joue du violon pour les locataires, Grégoire essaye de l'aborder. « *C'est alors que tout craqua* » :

« *Qu'il aille au diable, cria la sœur, c'est la seule solution, papa. Tu n'as qu'à tâcher de te débarrasser de l'idée que c'est Grégoire. Nous avons cru cela trop longtemps et c'est là notre malheur. Comment cela pourrait-il être Grégoire ? Si c'était lui, il y aurait beau temps qu'il aurait reconnu **l'impossibilité de faire cohabiter des hommes avec une pareille vermine** et qu'il serait parti de lui-même.* »  
(Pankow G. , 1981, pp. 156-161)

Cet exemple où la sœur de Grégoire ne peut plus continuer à voir dans son frère-insecte un semblable permet de prendre la mesure de la tension spéculaire en jeu dans la fratrie

### ***C/ De l'injonction à cohabiter à la capacité à coexister***

La combinaison des travaux portant sur le processus schizophrénique et des travaux portant sur le processus fraternel montre que le contexte de cohabitation dans la maison familiale renforce la tension spéculaire. Ces travaux mettent en évidence le décalage entre les connaissances sur la vulnérabilité des frères et sœurs de patients schizophrènes et l'absence de prise en compte de leur situation dans la pratique, en particulier en ce qui concerne les retours d'hospitalisation et une certaine banalisation de la question des soins au domicile familial.

L'injonction à cohabiter avec la folie peut mettre précisément en tension le lien fraternel.

En reprenant les mots de Bourguignon (2008, p 23), on peut énoncer que les frères et sœurs, contraints à la vie en commun, sont de fait « *confrontés au problème de la coexistence et de son élaboration psychique* ». Le terme de coexistence proposé par Bourguignon paraît plus adapté à cette situation que celui de cohabitation car il évoque non seulement le fait d'habiter sous le même toit mais la capacité de pouvoir rester soi-même en présence de l'autre. Il s'agit de partager le même espace/temps sans partager les mêmes repères spatiaux et temporels, de pouvoir être ensemble sans représenter une menace pour l'autre et sans se sentir menacé par lui.

## **Chapitre 6 : Entre expérience clinique et recherche : processus de construction de la connaissance**

Les liens entre la clinique et la recherche sont à la fois complexes et riches et la thèse présentée ici se situe dans le prolongement d'une activité clinique auprès de l'entourage des patients schizophrènes. Il ne s'agit pas d'une recherche ex nihilo, le corpus de la recherche se fonde sur l'ensemble de ce travail. C'est pourquoi il est nécessaire de repérer les intrications entre les différentes sources de connaissance.

Les orientations, la méthodologie et la définition du sujet de la recherche sont donc le résultat d'une longue progression dont il est important de faire état ici. Cette construction progressive concerne non seulement le thème de la recherche, la façon de le définir et de l'aborder, mais aussi le positionnement du chercheur.

Dans une recherche clinique, « *le chercheur ne peut s'abstraire de la relation aux objets qu'il étudie* », car « *cette relation fait elle-même partie de la recherche* » (Blanchard-Laville, 1999). Il faut donc, pour établir et préserver une position éthique, que le chercheur clarifie les motivations qui le conduisent à s'engager dans une recherche et repère les enjeux inconscients de sa curiosité et de son intérêt pour l'objet.

Il existe en effet une condition fondamentale pour que la compréhension des autres soit possible : c'est que le chercheur ne soit pas, pour lui-même une « *pure transparence* ». « *Cette rencontre « affecte » le chercheur tout comme l'informateur, et ne saurait se réduire à une réduction à l'état d'objet de l'autre, d'autant plus insupportable sur le terrain où les sujets rencontrés ont déjà souffert de mises à distance génératrices de souffrance.* » (Ernoul & Le Grand Sebillé, 2010, p. 11).

### **Partie 1 : Questions de départ et positionnement éthique**

S'il faut de la prudence et une attention aux mouvements transférentiels, il faut aussi pour

s'engager dans une thèse une forte motivation. Or, il peut y avoir une forme de contradiction entre la nécessaire motivation pour tenir sur un travail solitaire au long cours, travail par ailleurs non rétribué cette recherche n'étant pas financée, et en même temps trouver une position de neutralité.

Par ailleurs, la pratique clinique dont il est question ici s'est déroulée dans un contexte bien particulier puisqu'il s'agissait d'une association à vocation militante, ceci d'autant plus qu'elle avait lieu au siège national, lieu où avait lieu les débats et les prises de position. Il s'agissait de l'Unafam qui cherchait à défendre les droits des patients et de leurs familles et à infléchir les orientations politiques. Je partageais moi-même ces préoccupations et une partie des orientations.

Il est donc nécessaire de trouver une articulation juste entre expérience clinique, militantisme et recherche. Le chercheur doit pouvoir prendre en compte et analyser la proximité qu'il entretient avec son sujet de recherche, cette proximité pouvant être source de connaissance mais aussi source de confusion épistémologique. Pour ce qui me concerne, il a fallu construire une identité de chercheuse en m'inspirant d'une expérience clinique tout en me décalant d'un discours militant. Psychologue clinicienne et militante engagée, j'ai dû transformer psychiquement mes investissements, dégager de l'espace pour déployer un autre type d'investissement et pouvoir me définir comme chercheuse. La reprise d'un travail de supervision a été nécessaire dans le cours de la thèse pour réfléchir à mon propre rapport au fraternel et à la folie.

Pour mener ce travail de désintringement entre clinique et recherche et poser les objectifs de la thèse, il fallait repérer le niveau de connaissances déjà acquises par la pratique et ouvrir de nouvelles questions. Le travail portait sur l'écoute, l'accompagnement et le soutien de l'entourage familial du patient psychiatrique dans le cadre d'une association de familles. La rédaction de deux articles pendant le parcours de recherche a soutenu cette élaboration.

- *La famille de patients serait-elle devenue une ressource inépuisable ?*

Davtian H, Scelles R, L'information psychiatrique, 2013, 89 : p 73-82.

- *Penser la formation des familles et de l'entourage d'une personne atteinte de schizophrénie*

Davtian H, Scelles R, Annales médico-psychologiques, Vol 172, Issue 9, nov 2014, p 734-740.

Le processus qui mène de la pratique clinique à la recherche en psychologie est à la fois intéressant et complexe.

Intéressant car la clinique se basant sur des rencontres régulières dans un climat de confiance, elle favorise l'émergence de la parole et l'approche de phénomènes méconnus, et permet ainsi d'ouvrir de nouveaux champs de recherche. Son objet étant « *l'être humain concret et complet aux prises avec une situation* » (Lagache, 1949), elle apporte à la science expérimentale un autre mode d'observation de l'humain. Complexe pour le clinicien qui s'engage dans la voie de la recherche car il doit se départir d'une forme d'engagement, lâcher ses convictions thérapeutiques pour s'en tenir à une observation bienveillante et exhaustive.

Comprendre la motivation qui m'a conduit à mener cette recherche et saisir l'articulation entre une implication professionnelle dans une association militante et la mise à l'épreuve du savoir empirique ont représenté deux interrogations auxquelles j'ai eu à me confronter. Prendre en compte ces interrogations est aussi ce qui différencie la recherche en psychologie clinique d'autre type de recherche comme la recherche en psychologie expérimentale. Aussi, avant de demander aux participants à la recherche de s'impliquer dans une démarche rétrospective, j'ai eu moi-même à faire fonctionner ma propre mémoire autobiographique et à situer ce travail de recherche dans mon parcours de vie. Pour certains participants de la recherche le fait de savoir que dans ma vie professionnelle, je m'étais engagée sur une longue période (10 ans) dans une association dont l'objectif principal est la défense des droits des patients et de leurs familles, était un accès à ma propre subjectivité et aussi un gage de confiance sur une possible compréhension de ce qu'ils auraient à dire. Le chercheur étant lui-même objet de projection, il était d'autant plus nécessaire de clarifier mon positionnement par rapport à l'objet de recherche.

### ***A/ L'accompagnement des familles de patients schizophrènes à l'Unafam***

Trois méthodes de travail différentes ont marqué le parcours qui m'a conduit d'une position de clinicienne à une position de chercheur en psychologie clinique : le travail d'écoute centré sur l'entourage des patients (A-1), le développement des groupes et des formes collectives d'accompagnement des familles (A-2), la recherche-action sur la fratrie des patients. Ces méthodes et les principales analyses cliniques qui en découlent vont être présentées ici, en insistant davantage sur le travail mené auprès des frères et sœurs de patients

schizophrènes.

### ***A-1 L'écoute individuelle de l'entourage du patient***

Le travail avec les familles a commencé comme psychologue du service écoute-famille du siège national de l'Unafam. Une équipe de psychologues se relayait au téléphone pour assurer une écoute téléphonique dédiée à l'entourage des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ce service était innovant dans ses modalités de travail, le travail de psychologues au téléphone était encore peu développé, mais il était surtout innovant en raison de son angle d'écoute car il s'agissait d'un service entièrement dédié à l'entourage des patients et sans lien direct avec un lieu de soin. Cette posture nouvelle a fait émerger une parole qui n'avait pu jusqu'ici être exprimée, entendue et recueillie avec une telle ampleur. Il s'agissait pour les psychologues de ce service de tenir un travail d'écoute intense, d'absorption brute, instantanée d'une parole directe, parfois anonyme et sans aucune possibilité d'action une fois le téléphone raccroché. Cette expérience a favorisé une prise de conscience de la singularité de la souffrance exprimée par les familles de patients schizophrènes. Au début du travail, la plupart des appelants étaient des parents de patients et majoritairement des mères, les frères et sœurs ne représentaient qu'une petite part (6% des appels).

L'entourage des patients schizophrènes évoquait tant dans la forme des échanges que sur le fond une souffrance peu relatée dans la littérature psychiatrique. Les évocations de la famille ayant été jusque-là principalement décrites par les soignants des patients, leur analyse portait sur la famille en tant que ressource ou obstacle au processus thérapeutique mais s'intéressait peu aux personnes en tant qu'elles étaient impliquées subjectivement, ni aux effets sur la vie affective et relationnelle. Le travail au service écoute-famille en ouvrant un espace centré sur la famille a fait émerger une parole jusqu'ici peu audible, car l'entourage familial y était écouté pour lui-même sans référence directe à la personne malade. Le patient avait une position moins centrale dans l'écoute des psychologues même si son évocation était omniprésente dans le discours des appelants.

C'est dans ce contexte d'écoute que la question de la fratrie a émergé, soit par quelques

appels directs de frères et sœurs adultes souvent déjà en position d'aidants, soit à travers la parole des parents. Ces évocations restaient cependant assez rares, deux vignettes cliniques illustrent ces appels au service écoute-famille, on constate que le thème de l'espace et des limites est souvent associé aux appels concernant la fratrie, thèmes dont il sera question dans la recherche :

*Une sœur d'un jeune malade appelle car son frère insiste pour venir s'installer chez elle, disant que sinon il sera à la rue. Elle-même est enceinte et extrêmement envahie d'idée sur la contagion et la transmission de la maladie ; la proximité avec son frère à ce moment-là l'angoisse terriblement.*

*Une mère qui élève seule ses deux fils adolescents et sa fille de 7 ans appelle car on lui demande de reprendre son fils aîné à la maison après une hospitalisation sans consentement. Elle passe le téléphone à sa fille qu'elle sent très angoissée par ce retour. Cette petite fille exprime son inquiétude à travers une question très concrète : « Comment je vais descendre de ma chambre pour aller au salon ? » car elle devra passer devant la chambre de son frère.*

Ce travail clinique a orienté la recherche sur la nécessité de mieux comprendre les situations induites par les prises en charge à domicile des patients schizophrènes.

## **A-2 L'accompagnement collectif de l'entourage du patient**

Le deuxième axe de cette clinique de la famille était le développement des formes collectives d'accompagnement des familles. Ce travail était mené sur deux niveaux : la pratique clinique de groupe et, en tant que psychologue au siège national, la réflexion et la mise en œuvre institutionnelle de ces nouvelles approches. Les deux principaux modes d'actions collectives qui ont été développées durant cette période étaient les groupes de parole et les ateliers d'entraide de pairs à pairs.

Ces deux formes de travail collectif avec les familles reposent principalement sur l'idée d'appartenance comme levier thérapeutique. Face à l'étrangeté de l'expérience psychotique, l'appartenance à un groupe représente pour de nombreuses familles une étape importante. Il

permet de passer par l'autre, reconnu comme un semblable, pour reconnaître ce que l'on vit soi-même. Il est une incitation soutenante à aller vers des questions que l'on serait tenté d'éviter et qui pourtant s'avèrent incontournable pour transformer positivement les relations réciproques entre les membres de l'entourage familial et le patient. Paradoxalement le groupe favorise un travail d'intériorité, et d'incitation à se centrer sur soi alors que tout, dans le processus psychotique, invite à se centrer sur l'autre, à être fasciné, capté par lui (Racamier, 1980).

Dans le cas de la schizophrénie, l'expérience est si étrange qu'elle semble intraduisible, impartageable. Il s'agit d'aider le proche de la personne schizophrène à mettre en mots et à confronter son récit subjectif à un collectif. La participation à un groupe de paroles, le partage d'expériences entre pairs peut avoir, suivant les situations, une dimension curative et apaisante. Neuburger (2000) insiste sur l'importance de la dimension groupale pour soutenir la reconnaissance de perceptions auxquelles le sujet lui-même ne croit plus.

La difficulté est de ne pas laisser le groupe se refermer sur lui-même et sur la seule expression d'une douleur partagée. Le travail du psychologue est essentiel pour favoriser, au-delà de la reconnaissance d'un vécu commun, un processus d'élaboration à la fois collectif et intime.

Les ateliers d'entraide Prospect ont représenté une autre forme de réflexion collective, animés par des bénévoles « pairs » ils représentaient une proposition moins inquiétante pour des personnes ayant un vécu assez persécutif des professionnels « psy ». Dans la pratique, ces deux propositions sont devenues assez complémentaires, comme peuvent l'être aussi, pour certaines familles des programmes de psychoéducatifs type Profamille. Ethiquement, il est important que les familles puissent disposer d'un choix et non d'un modèle unique qui leur serait imposé et de ce fait empêcherait leur propre élaboration. (Davtian, Scelles la formation des familles)

Plus spécifiquement, le programme Prospect, lancé en 2004, a été conçu par des familles et des patients provenant de différents pays européens et réunies par l'EUFAMI<sup>30</sup>. Le programme Prospect s'inspire des travaux de Ken Alexander<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness [www.eufami.org](http://www.eufami.org)

<sup>31</sup> « Les 14 principes pour faire face » de Ken Alexander, présenté en 1998 au Congrès Eufami de Dublin. À partir de son propre parcours, Ken Alexander, chercheur australien et père d'un enfant psychotique, a insisté sur la nécessité d'aider les proches de malades à être attentifs à ce qu'ils vivent eux-mêmes. Il pose ceci comme une

Les familles à l'origine de ce programme avaient conscience que, quel que soit le système de santé mis en place dans leur pays, elles avaient toutes à passer par des processus psychiques similaires. Il s'agissait donc de transmettre ce « *savoir profane* » à d'autres familles pour les soutenir dans le cadre d'ateliers basés sur une animation de pair à pair. Le message essentiel est que la psychose peut conduire à une forme de co-dépendance de l'entourage. Liberman dans l'introduction au programme Profamille (Cormier, Profamille, 1991) repère en effet « *une sur-implication émotionnelle, un sacrifice excessif, un comportement intrusif, une incapacité à séparer son monde intérieur de celui du malade.* ».

Cette question est abordée dans le guide de l'animateur des ateliers d'entraide Prospect en ces termes. « *Au sein d'une famille, on peut souvent identifier un membre comme étant « l'aidant naturel ». Ce proche au rôle fondamental en adopte parfois, malgré lui, le statut. Au lieu d'en rester à une inquiétude partagée par la famille, nous finissons dans un scénario de co-dépendance qui au lieu de réduire l'isolement de la personne malade conduit à l'isolement, malgré lui, du proche à ses côtés.* » (Introduction du Guide de l'animateur Prospect)<sup>32</sup>.

Si ces groupes étaient majoritairement constitués de pères et de mères de patients, quelques frères et sœurs ont commencé à y participer. Parmi eux beaucoup ont exprimé, après coup, leur difficulté à s'y faire entendre dans la singularité de leur place et de leur souffrance, certains ont revendiqué des groupes de parole et des ateliers Prospect spécifiques.

## ***B/ Apprentissages issus de l'expérience clinique auprès des familles***

A partir de ce travail, il est possible de faire un certain nombre d'observations cliniques qui constituent un premier niveau de connaissance. Le constat principal est que, même dans une association de familles, la question du fraternel n'est pas centrale, elle n'émerge que de façon périphérique et anecdotique. Aucune place n'est accordée de façon spécifique aux frères et sœurs des patients dans les instances de représentation de l'association, et par ailleurs il n'existait pas, au moment de ce travail, de dispositifs d'accueil ou d'accompagnement

---

condition nécessaire et incontournable pour l'amélioration de la santé de la personne malade et le bien-être de son entourage.

<sup>32</sup> Guide conçu par Eufami et consultable dans sa version française à l'Unafam.

spécifique pour les frères et sœurs qui pourraient leur signifier qu'ils ont une place dans cette association et que leur point de vue importe. Ceux qui trouvaient leur place dans l'association étaient pour la plupart des frères et sœurs adultes dans une position d'aidant.

Dans le travail clinique il faut se donner les moyens de questionner son institution et de faire évoluer le cadre de travail, la question du fraternel est un sujet qui a mis en tension une association familiale constituée de parents. De ceci découlent deux observations sur l'entourage familial du patient schizophrène : la problématique du centre et la problématique de la demande.

### **B-1 L'expérience de dé-centralité de l'entourage**

Toute maladie grave transforme les rapports du patient et de son entourage au monde qui les entoure. *« L'émergence d'une maladie chronique déclenche un processus familial centripète d'adaptation sociale à la maladie. Symptômes, perte de fonction, nécessité de transformation ou d'acquisition de nouveaux rôles associés à la maladie, et craintes de perte par la mort, exigent tout un recentrage de la famille sur elle-même. »* (Rolland, 1993).

Dans le cas de la schizophrénie ce mouvement centripète est amplifié par l'expérience de centralité vécue par le patient en particulier au moment de la psychose naissante (Grivois, 1991). Cette expérience très particulière d'être au centre et d'être unique se caractérise par un sentiment de solitude extrême. Un malade peut faire une expérience du type « j'étais dans le métro, tout le monde me souriait, ils m'ont reconnu » et cette expérience est tellement forte qu'elle s'accompagne d'un discours égocentré en référence constante à soi-même. Happé par ce qu'il vit, la personne perd la préoccupation pour ce que vit l'autre en ayant la conviction qu'il doit penser, ressentir ou réagir de la même façon que lui.

Du point de vue du patient, Grivois a défini ce phénomène comme « une expérience de centralité ». Par le travail clinique, il est possible de constater que l'entourage vit symétriquement une expérience que l'on pourrait appeler, en référence à l'expérience de la centralité vécue par le malade, « une expérience de dé-centralité » vécue par l'entourage. On repère, chez les membres de l'entourage des patients, une difficulté à parler de soi-même, un

désintérêt pour toute question les concernant et un récit totalement focalisé sur le malade. Le discours de ces familles happées et parfois fascinées par la souffrance de leur proche, évoquait une sur-vigilance pour leur proche et une sous-vigilance pour le reste des affaires familiales. « Il » était omniprésent et « Je » étrangement absent lors des premiers entretiens avec une famille.

Dans ce contexte, le reste de l'entourage et en particulier les frères et sœurs se mettent à douter de leurs propres perceptions, leurs propres pensées finissent par sembler sans valeur. Il semble y avoir un désintérêt envers soi-même. Le centre de gravité de la famille s'est déplacé, tout est focalisé par l'expérience psychotique, tout tourne autour de ce point.

## **B-2 La non-demande**

Le clinicien peut analyser les freins psychiques à l'émergence de certaines questions, car en clinique on sait que toutes les souffrances ne donnent pas forcément lieu à l'expression d'une demande, voire que la non-demande, la non possibilité à formuler une demande peut être l'effet d'une souffrance aiguë et profonde. Le clinicien, en raison de sa grille d'analyse spécifique, peut être force de proposition pour orienter les chercheurs vers des thématiques innovantes.

Le thème de la non-demande a émergé pour évoquer le fait que de nombreux patients psychiatriques n'étaient pas en mesure d'exprimer une demande de soin et qui plus est de faire valoir leurs droits sociaux. Il était admis que c'était la perturbation de leur rapport à autrui et au monde qui empêchait l'expression d'une demande. « *Il n'y a jamais de demande, il y aurait plutôt une non-demande manifeste ou alors qui prendrait des chemins tellement détournés que chacun s'y perdrait totalement.* » (Arveiller, 2006, p. 197) Cette attention à la non-demande des patients justifiait que la parole des personnes qui les entourent et en particulier celles de leurs parents-aidants soit davantage prise en compte car elle seule pouvait relayer et faire connaître la difficulté de leur proche malade. D'une certaine façon elle légitimait la place de l'entourage comme interlocuteur des soignants et des professionnels du médico-social, l'usager-famille (le plus souvent usager parent) pouvant suppléer à cette difficulté à dire sa souffrance et à faire connaître ses besoins.

### ***B-3 L'atteinte narcissique et le besoin de reconnaissance***

L'Unafam s'est beaucoup mobilisée sur la reconnaissance de la compétence des familles à aider et à coopérer. Ce besoin de reconnaissance a pu faire fonction de réparation d'une atteinte narcissique non reconnue. En revanche, l'Unafam a très peu porté la nécessité d'un accompagnement et d'un soutien à l'entourage en tant qu'il est lui-même en souffrance. L'association fait reconnaître les besoins des malades, revendique pour lui, mais elle est en difficulté pour faire reconnaître la vulnérabilité de l'entourage. Là où des associations portant sur d'autres pathologies (Alzheimer et Cancer notamment) ont obtenu des financements conséquents sur les aides à l'entourage (gratuité des groupes de parole et du soutien psychologique), l'Unafam s'est peu développée en termes de moyens professionnels dédiés à l'accompagnement de l'entourage.

De mon point de vue de psychologue du siège de l'Unafam, cette non-possibilité à évoquer la vulnérabilité des familles correspondait à un empêchement, empêchement à accéder à ce que l'on ressent quand on vit à côté d'une personne schizophrène, empêchement à accepter de se sentir soi-même fragile et vulnérable. Cet empêchement est lié pour une part à l'expérience de dé-centralité propre à la situation de vie avec un patient schizophrène que nous avons évoquée précédemment, mais il est aussi lié au regard diagnostic et évaluateur longtemps posé sur les familles de patients schizophrènes. Celui-ci constitue une blessure narcissique profonde et encore vive qui bloque toujours, pour certains parents, l'accès à une prise de conscience de ce qui se passe pour soi-même mais aussi pour ses propres enfants, les frères et sœurs de celui qui est malade. Les modèles actuels de psychoéducation des familles contournent la question de la vulnérabilité en insistant sur la compétence de l'entourage. Ils constituent une valeur refuge séduisante pour ceux qui sont atteints par cette blessure ; il est en effet plus rassurant de s'imaginer compétent que de se percevoir fragile (Davtian & Scelles, 2014).

Par ailleurs, dans le champ de la psychiatrie, le discours sur la maladie a été supplanté ces dernières années par un discours sur le handicap. Le vocabulaire a évolué du thème de la souffrance vers celui de la compensation : réhabilitation, techniques pour faire face, aidant familial, ... Le rapport du patient à son entourage n'est plus pensé en termes de liens mais en termes de rôles : la question qui se pose est de savoir qui va tenir la fonction d'aidant familial. Ainsi lors du vieillissement ou du décès des parents, un frère ou une sœur de patient peut se

retrouver projeté implicitement dans ce rôle sans se sentir prêt et sans le souhaiter. Il ne s'agit pas ici de reconnaître le bien-fondé de la reconnaissance du terme de « handicap psychique » (acté par la Loi du 11/02/2005), mais de comprendre que si l'Unafam a été très active dans cette revendication c'est aussi parce qu'elle est riche de sens au niveau symbolique. Le passage de la maladie au handicap amène, en glissant du médical au médico-social à un changement d'interlocuteurs et à une transformation du rapport psychiatrie/famille.

#### ***B-4 Le fraternel : une thématique subsidiaire***

C'est dans ce contexte qu'il est apparu important d'attirer l'attention sur la question des frères et sœurs dont la situation était alors peu évoquée alors même qu'il s'agissait d'une association de « familles ». Il y avait une réelle difficulté à faire une place, tant sur le plan symbolique que sur le plan de la réalité, à l'entourage jeune du patient, comme s'il n'existait pas, comme si le patient n'avait pas de pairs, le patient psychiatrique étant toujours pris et considéré dans un rapport vertical à autrui, à ses parents et à ses soignants. Cette conception des liens du patient dépasse largement le cadre de l'Unafam, comme le montre la difficulté d'ouvrir un espace frères et sœurs à la Maison des Usagers de l'Hôpital Sainte Anne. Elle a cependant commencé à évoluer à cette période avec la création des GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle), les pairs des patients étant d'autres malades.

Formé à l'analyse de la demande, le clinicien est à même de prendre en compte dans un cadre thérapeutique une demande difficilement perceptible, mais il a aussi à être attentif aux demandes non formulées et à attirer l'attention des décideurs sur ces aspects. C'est pourquoi, il est apparu qu'il fallait « *ne pas attendre la demande* » (Arveiller, 2006, p. 197) mais la considérer selon les paroles de Furtos (2000) « *comme un lien à construire* ». La demande est l'expression d'un besoin, mais tout besoin n'aboutit pas à l'expression d'une demande. Plus le besoin est complexe, enfoui, confus, intriqué dans un réseau de loyautés et de valeurs, plus il va être difficile à exprimer et difficile à entendre. L'échappée vers le fraternel a été plus facilement entendable pour le bureau national de l'Unafam, constitué essentiellement de parents, qui m'a chargée d'une réflexion sur la question des frères et sœurs en m'accordant une grande confiance quant à la méthode.

Le travail clinique et institutionnel dans une association de familles constituée en majorité de parents permet de comprendre les modes d'adaptation psychique développés par les familles ainsi que les résistances individuelles et collectives à une interrogation intrapsychique. Ceci est important pour comprendre les difficultés de transformation d'une fratrie dont un membre est atteint de schizophrénie et ce que représente pour chacun de ses membres le fait de maintenir du mouvement, du changement, de la rivalité.

## ***Partie 2 : Le travail avec les fratries de patients schizophrènes***

Comment aborder une étude de ce type dans le cadre d'une activité salariée dans une association de familles à vocation de défense des droits et de militance ? L'approche quantitative est très vite apparue comme la plus pertinente car il s'agissait de faire sortir de l'ombre une population, et de dépasser le travail du clinicien œuvrant dans un cadre individuel.

### ***A Recherche-action « frères et sœurs face aux troubles psychotiques »***

Il était important aussi de tenir compte du cadre de cette enquête (association Unafam) et du prescripteur (bureau national de l'association). Le terme de recherche-action s'applique à cette démarche. « *Il s'agit de recherches dans lesquelles il y a une action délibérée de transformation de la réalité ; recherches ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations* » (Hugon & Seibel, 1988, p. 13). Dans ce cas il s'agissait non seulement d'une recherche impliquée (en tant que salariée partageant un certain nombre de valeurs associatives), mais aussi d'une recherche à appliquer, puisque le bureau national attendait dans le même temps des propositions pour l'accompagnement des frères et sœurs. Clinique, militantisme et recherche étaient fortement intriquées, intrications qui étaient, à ce stade, porteuses d'innovation et de confiance.

Barbier (Barbier, 2015, pp. 1-2) parle à propos de la recherche-action « *d'une nouvelle posture et nouvelle inscription du chercheur dans la société (...) il s'agit de mettre en œuvre des facultés proches de la réalité qui se réfèrent aux domaines de l'intuition, de la création, de l'improvisation, au sens de l'ambivalence et de l'ambiguïté, au rapport à l'inconnu, à la sensibilité et à l'empathie.* ». En ceci ce travail se distingue du modèle médical qui suppose que le chercheur ait une connaissance sur l'autre que l'autre n'a pas sur lui-même (position d'expert).

### **A-1 Principes généraux**

Une autre caractéristique de cette recherche était d'associer un groupe de personnes concernées, frères et sœurs de patients, tout au long du travail dans une démarche participative. Dans ce sens il ne s'agit pas d'une recherche *sur*, mais d'une recherche *avec*. Le présupposé de départ est de considérer que celui qui vit la situation a des choses à en dire et qu'il détient un niveau de connaissance particulier et pertinent au regard de la recherche (empowerment). Pour recueillir cette connaissance, la posture du chercheur « *ne va pas immédiatement « donner » son savoir mais accueillir celui des autres avec qui il prétend vouloir travailler. Une recherche-action vise à l'émergence de capacités à la fois de solidarité et de responsabilité* » (Barbier, 2015, p. 10). Ce groupe, basé sur le principe de la libre adhésion, n'avait pas d'autre critère de sélection que celui de se considérer frère ou sœur d'une personne schizophrène. Une trentaine de personnes se sont impliquées, certaines sur l'ensemble du parcours, d'autres à certaines étapes. Constitué de personnes issues de familles adhérant à l'association, ce groupe rassemblait une variété d'identités et d'expériences : des hommes, des femmes d'origines sociales et de professions variées, jeunes adultes pour la majorité d'entre eux (30-35 ans). Concernant leurs « situations fraternelles », certains étaient en position d'ainés par rapport au malade, d'autre de cadets, il y avait aussi un jumeau monozygote et une personne issue d'une famille adoptée et n'ayant pas les mêmes parents biologiques que son frère.

« *Dans une recherche-action, la théorie découle de l'évaluation pertinente de l'action* » (Barbier, 2015, p. 10). La question de ce qui est dit de la recherche et la façon dont les résultats vont être diffusés sont des éléments intégrés dans la démarche de recherche. Il était

important pour l'ensemble des membres de ce groupe que la réflexion partagée dans cette recherche-action, soit « *productrice d'une connaissance ordinaire* » (Maffesoli cité par Barbier, 2015, p. 12). Ici le groupe était très investi sur la question de la participation au congrès annuel de l'Unafam et sur la rédaction d'un ouvrage collectif sur le sujet.

Dans l'ensemble du travail que nous avons mené sur ce sujet, la recherche-action constitue un pont entre la clinique et la recherche systématisée. Fernandez et Pedinielli définissent la recherche-action comme « *la science de la praxis exercée par des praticiens au sein de leur lieu d'investissement* » (Fernandez & Pedinielli, 2006) Cette définition permet de comprendre en quoi la recherche-action, une fois menée, appelle un autre niveau de connaissance, ce qui nous a menés au travail de recherche dans le cadre de cette thèse.

Dans un premier temps seront exposés les principaux résultats de la recherche-action, puis les applications cliniques qui en ont découlé.

L'analyse des résultats repose sur une combinaison des données brutes, chiffres produits par les réponses à l'enquête avec la lecture qu'en faisait le groupe impliqué dans la recherche-action et à la pratique clinique qui se développait simultanément à ce travail. Celle-ci avait différentes modalités : entretiens individuels, entretiens de fratries, entretiens avec des parents évoquant la situation de la fratrie, mais aussi de groupes d'échanges entre frères et sœurs de patients que nous présenterons plus loin.

## **A-2 Population**

600 frères et sœurs de patients schizophrènes ont répondu au questionnaire dans les délais de l'étude.

L'âge des participants à l'enquête s'étend de 10 ans à 79 ans, afin de faciliter l'analyse des résultats, ils ont été répartis en 4 groupes :

- 10 à 21 ans : 53 personnes dont 35 femmes et 18 hommes
- 22 à 35 ans : 225 personnes dont 152 femmes et 73 hommes
- 36 à 54 ans : 249 personnes dont 164 femmes et 85 hommes

- Et plus de 55 ans : 73 personnes dont 56 femmes et 17 hommes

La répartition moyenne entre hommes (32%) et femmes (68%) est approximativement identique sur l'ensemble des groupes.

La diffusion du questionnaire s'est faite à travers l'envoi de la revue nationale de l'Unafam aux adhérents. Comme nous l'avons précisé, les frères et sœurs étaient alors peu représentés dans l'association constituée en grande majorité de parents de patients. Les 26% de participants adhérents de l'association sont essentiellement issus du groupe le plus âgé (82% du groupe), 60% étaient des enfants d'adhérents et 14 % n'avaient aucun lien au préalable. Le premier résultat de l'enquête a donc été de faire apparaître une réalité peu connue et non prise en compte dans les politiques de santé.

<b>Tableau 7: Caractéristiques des personnes ayant répondu à l'enquête</b>				
<b>“Frères et sœurs de malades psychiques” (Davitian, 2003)</b>				
<b>N= 600</b>				
<b>Sexe</b>	Hommes 32%		Femmes 68%	
<b>Age</b>	De 10 à 21ans 8,9%	De 31 à 35 ans 37,6%	De 36 à 54 ans 40,9%	Plus de 55 ans 12,6%
<b>Lien avec l'Unafam</b>	26% sont membres		60% sont enfants de membres	14% n'ont pas de lien

Le titre choisi pour présenter l'enquête « Frères et sœurs face aux troubles psychiques » reflète le fait que 1/3 des personnes qui répondent ne savent pas dire de quoi souffre leur frère ou sœur et n'ont pas connaissance du diagnostic. Ceci est lié en partie au fait qu'en psychiatrie le temps d'élaboration du diagnostic est long, mais ceux qui nomment la maladie ont obtenu l'information par une suite de recoupements, de déductions souvent via des sites internet. Ils bénéficient encore rarement d'une information qui leur soit directement adressée et qu'ils pourraient de ce fait partager. Parmi leurs attentes, le besoin d'information est le plus important (60%).

### **A-3 Mise en évidence des retentissements sur les frères et sœurs du patient**

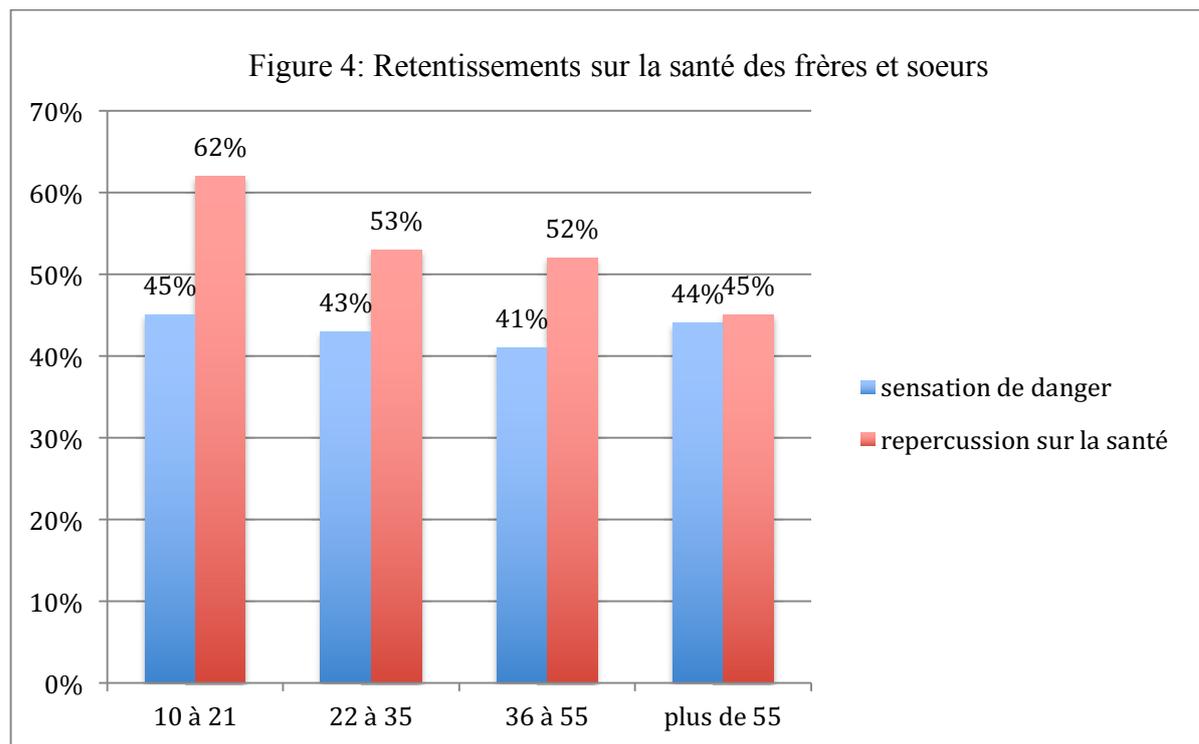
L'analyse des réponses permet de mettre en évidence trois périodes de plus grande vulnérabilité qui sont à mettre en relation avec le thème du cycle de vie développé au Chapitre 5 :

1. La période du début de la maladie : les frères et sœurs sont alors enfants, adolescents, ou jeunes adultes. Les parents sont préoccupés, centrés sur leur enfant malade. Le niveau de stress est élevé au moment où ces jeunes frères et sœurs ont à faire face à des questionnements et des décisions importantes concernant leur propre vie. C'est aussi la période où ils vivent en plus grande proximité avec le malade, souvent sans solution d'aide et d'accompagnement à la sortie de l'hôpital.
2. La période de vieillissement des parents : la famille s'inquiète quant à l'avenir de la prise en charge du frère/sœur malade. Certains frères et sœurs se trouvent alors propulsés dans un rôle jusque-là tenu par les parents. Leur relation avec l'équipe soignante du frère/sœur se transforme et ceci n'est pas proportionnel avec l'évaluation qu'ils font de leur implication. Ainsi, 34% des moins de 21 ans considèrent qu'ils ont été amenés à prendre des décisions dans les soins alors que seulement 19% d'entre eux ont rencontré l'équipe soignante. En revanche, chez les plus âgés, plus de 55 ans, les rencontres avec l'équipe soignante sont estimées plus importantes (68%) que leur implication dans les soins (63%). Certains évoquent le sentiment d'avoir existé aux yeux des soignants uniquement quand on a eu besoin d'eux. On peut se demander si les plus âgés sont reçus en tant que fratrie ou interpellés dans une position parentale.
3. La période où, devenus parents, leurs propres enfants atteignent l'âge du malade quand les troubles ont commencé : l'insistance sur la vulnérabilité génétique autour des pathologies psychiatriques a permis aux parents des patients d'être dégagés d'un certain sentiment de culpabilité, mais elle augmente l'inquiétude des frères et sœurs activant le doute sur une possible transmission à leurs enfants. Cette période coïncide parfois avec la période précédente (2) activant les tensions et la peur d'une réaction en chaîne dans la famille qu'ils ont construite.

Ces trois périodes sont à mettre en lien avec l'évolutivité de la relation fraternelle, ceci permet de poser l'hypothèse que la prise en compte et l'accompagnement de la fratrie du patient schizophrène ne peuvent être posés de façon systématique et identique pour tous mais qu'il est nécessaire de prendre en compte la souplesse du lien et son évolutivité.

### **Evaluation des retentissements sur la fratrie du patient schizophrène :**

Deux chiffres permettent d'évaluer l'impact de la schizophrénie sur les frères et sœurs du patient, il s'agit d'une estimation subjective des retentissements de la maladie par les personnes concernées elles-mêmes. Ils sont à mettre au regard des recherches portant sur la vulnérabilité des frères et sœurs de patients schizophrènes développées au chapitre 1. Cette auto-estimation correspond globalement aux résultats de ces recherches et permet de penser que les frères et sœurs ont une évaluation plutôt juste des retentissements de la maladie sur eux-mêmes.



- Quel que soit l'âge, le sentiment de danger ou d'insécurité reste présent. En moyenne **43% des frères et sœurs estiment s'être sentis en danger**. Cette notion de danger est

subjective mais c'est sa récurrence et sa permanence qui constituent un indicateur important. Elle va ici du danger réel au danger fantasmé, mais la fréquence et la permanence de cette sensation tout au long de la vie signifie qu'au delà d'un danger réel, la sensation de l'imminence et l'imprévisibilité du danger se maintient tout au long de la vie. Ceci témoigne des phénomènes d'angoisse transmise propre à ce trouble. (Searles, 1961) (Racamier, 1980) mais aussi de la dimension traumatique de ce vécu.

- **53% des personnes ayant répondu à l'enquête pensent que la maladie de leur frère ou sœur a des répercussions sur leur propre santé.** Il faut noter que ce chiffre est plus fort dans le groupe d'âge le plus jeune c'est-à-dire le groupe constitué de frères et sœurs qui vivent souvent en grande proximité avec le malade (**61%**).

Cependant, malgré l'importance des retentissements, si 58% disent avoir besoin d'aide pour eux-mêmes, seuls 43% en demandent réellement. L'écart entre l'évaluation des effets sur la santé et le fait de demander de l'aide est encore plus important chez le groupe des plus jeunes 38%.

Les éléments recueillis permettent de proposer une graduation des modes d'adaptation selon trois niveaux :

1. Ils éprouvent leur capacité à faire face. L'expérience d'avoir un frère/sœur malade, parfois délirant, qui de connu devient étrange, de sûr devient imprévisible provoque un bouleversement et des questionnements profonds. Ce bouleversement implique, de la part des frères et sœurs, un travail d'élaboration, de remaniement psychique important. Le niveau 1 correspond à ce travail d'élaboration.
2. Ils sont dans l'impasse. Ce travail d'élaboration est en voie d'échouer s'ils ne trouvent pas de soutien.
3. Ils sont en danger. Sans avoir pu se dégager certains sont « collés », pris dans une forme de fascination, au point de reproduire les symptômes de frère/sœur ou d'en développer d'autres.

On peut appliquer cette graduation aux trois principaux modes d'adaptation de la fratrie recensés à partir des résultats de l'enquête et de la clinique.

### 1. La prise de distance

C'est le mode d'adaptation le plus évident : s'il n'est pas toujours assumé, il se repère par le choix des études qui nécessitent de quitter rapidement la maison familiale, demande pour être scolarisé en internat, travail à l'étranger, ... Les motifs de départ sont variés et la façon dont ce départ va être compris par les adultes va influencer sur sa radicalisation ou non. Lorsqu'il y a la possibilité des va-et-vient, d'un mouvement permettant de s'éloigner et de se rapprocher, la prise de distance peut s'avérer être un mode d'adaptation tout à fait opérant. En revanche, lorsqu'elle est assimilée à un désintérêt ou un abandon du frère/sœur malade, elle peut se vivre sur un mode très culpabilisant qui aura un effet sur la possibilité du maintien du lien entre les frères, voir entre le frère non malade et sa famille. Plusieurs cas de retour impossible ont été évoqués, la famille est alors laissée au patient.

### 2. La mise au défi de sa santé mentale

Explorer des situations à risque, passer par des conduites ordaliques (voyages en situation extrême, fréquentation de groupes marginaux, prise de toxique, ...) sont des façons de mettre au défi sa propre santé mentale, de l'éprouver pour s'assurer de sa solidité. Ce mode d'adaptation n'est pas sans risque mais, si l'on en sort indemne psychiquement, il permet de s'approcher de son frère/sœur malade sans avoir peur de sa propre vulnérabilité et résister au fantasme de contagion.

### 3. Le repli sur soi

Ce mode d'adaptation concerne surtout les plus jeunes qui n'ont pas de possibilité de faire face sur des modes plus actifs. Contraints à subir un stress intense et prolongé, ils s'adaptent par une position de repli et d'hyper adaptation. Tant que les adultes autour d'eux (parents et soignants) ne reconnaîtront pas l'importance des pressions qu'ils subissent, il leur sera difficile de réagir autrement qu'en désavouant eux-mêmes ce qu'ils vivent. Ferenczi (1931) a montré que le désaveu du traumatisme pouvait être pathogène. On constate deux effets majeurs :

- Des plaintes somatiques récurrentes liées à la répression des affects (peur, colère) et qui peuvent conduire au déclenchement d'un certain nombre de maladies somatiques. (Parat, 1991) et (McDougall, 2003)
- Des symptômes schizophréniformes. Nous posons l'hypothèse qu'une exposition prolongée au délire, sans reconnaissance de ce qui est vécu, et de surcroît sans

soutien ni information, peut provoquer un niveau d'angoisse tel qu'il peut produire un délire par collage ou mimétisme, ce que nous appelons « *un délire par empathie fraternelle* » (Davitian H. , 2005, pp. 47-50).

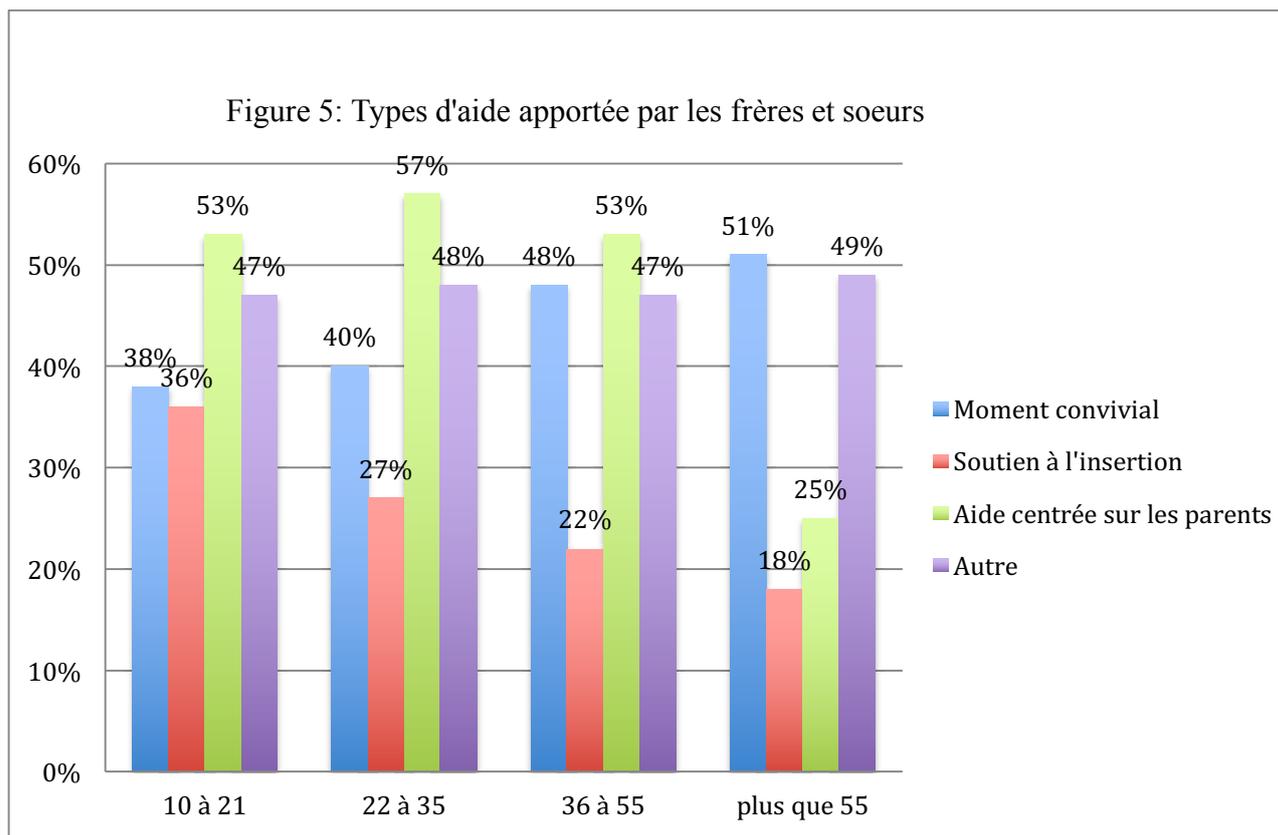
Le tableau suivant dresse une échelle récapitulative des modes d'adaptation de la fratrie du patient.

Tableau 8 : Modes d'adaptation des frères et sœurs du patient

	<b>Niveau 1</b> Fait face	<b>Niveau 2</b> Dans l'impasse	<b>Niveau 3</b> En danger
<b>Prise de distance</b>	Prise de distance temporaire et concertée avec les adultes	Prise de distance radicale et sans concertation	Isolement Impossibilité du retour
<b>Mise au défi de sa santé mentale</b>	Prise de risque maîtrisée	Prise de risque excessive	Dépendance au risque, Addiction
<b>Repli sur soi</b>	Questionnement sur sa santé mentale	Hyper adaptation, recherche de la normalité	Troubles psychosomatiques Symptômes schizophréniformes

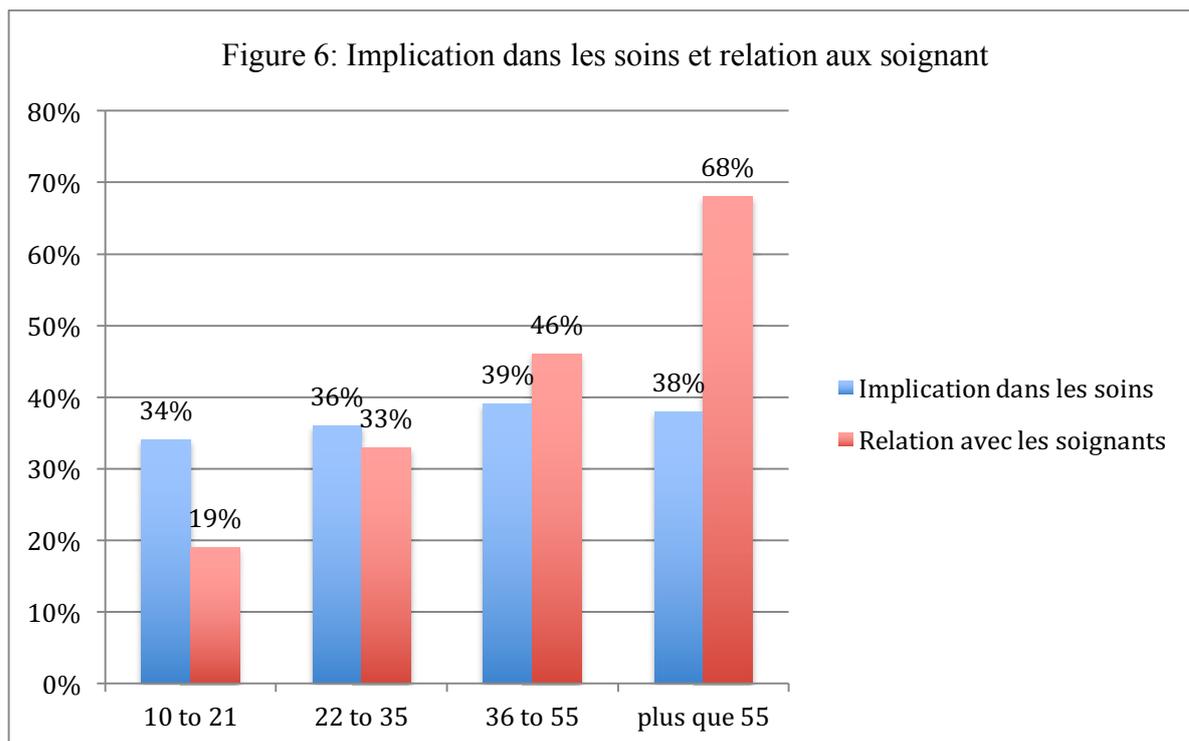
#### ***A-5 Ce que les frères et sœurs disent de leur implication dans la situation***

Les résultats de l'enquête ont permis de mettre en évidence que les frères et sœurs des patients sont particulièrement préoccupés par la situation de leurs parents. Ainsi, à la question « quelle type d'aide apportez-vous ? », c'est largement l'aide centrée sur les parents qui domine dans la répartition de l'aide fournie par les frères et sœurs.



Concernant leur implication plus directe dans les soins, on repère une disproportion entre ce qu'ils estiment faire par rapport aux soins et leur relation avec les soignants de leur frère ou sœur : plus ils sont jeunes, moins ils sont reçus (19% des moins de 21 ans) et plus ils sont en âge de prendre le relais des parents, plus ils sont reçus par les soignants (68% des plus de 55 ans). La relation avec les soignants n'est donc pas proportionnelle à leur implication dans les soins mais au fait que l'on a besoin d'eux pour assurer la continuité de la prise en charge.

Pour autant cette rencontre n'est pas toujours souhaitée ni par les jeunes frères et sœurs, ni par les soignants. La relation entre les frères et sœurs du patient et les soignants du patient est souvent marquée par un malaise : souvent méfiants du milieu psychiatrique, les jeunes frères et sœurs pourraient se sentir déloyaux vis-à-vis de leur proche malade. Il faut noter que 74% des personnes ayant répondu à l'enquête estiment avoir perçu, avant leurs parents, que quelque chose n'allait pas, pour autant ces premiers témoins des troubles gardent le silence. Du côté des soignants, solliciter les frères et sœurs, en particulier quand ils sont jeunes, restent une question peu débattue. Il y a donc, de part et d'autre un doute sur sa légitimité à solliciter ce contact.



### **Partie 3 : applications dans la pratique clinique auprès des fratries de patients**

A partir de l'envoi du questionnaire, les frères et sœurs de patient ont été plus nombreux à prendre contact avec l'Unafam, beaucoup ont été reçus en entretien individuel mais il est apparu assez vite qu'une proposition collective pouvait apporter ....

Le travail en direction des frères et sœurs d'enfant malade ou handicapé a été développé principalement sous la forme des groupes de parole (Dayan, *et al.*, 2006). Cependant, dans la situation de schizophrénie et en se référant aux travaux de Ausloss (1995), constituer des groupes de parole de frères et sœurs « valides » risquaient de renforcer la désignation du patient dans sa fratrie mais aussi de figer voire d'empêcher un questionnement des frères et sœurs supposés valides sur leur propre vulnérabilité. Alors que les résultats de l'enquête montraient l'inquiétude des frères et sœurs pour leur propre santé, il semblait important de construire un dispositif qui soutienne ce questionnement. Ceci rejoint l'analyse de Germain (cité par Dayan *et al.*, 2006) qui attire sur le risque, en systématisant les groupe de parole de frères et sœurs, de ne faire exister la fratrie que dans son rapport à l'enfant handicapé ou malade.

Par ailleurs, par rapport aux expériences menés sur les fratries concernées par des handicaps plus visibles, les résultats de l'enquête ont conduit à prendre en compte, dans la construction du cadre, la singularité de la souffrance schizophrénique. Les entretiens individuels avec des frères et sœurs de patient ont permis de repérer des effets de fascination, de sidération qui rendent difficiles les mouvements de rivalité et de différenciation à l'intérieur de la famille et figent les positions. Il fallait construire un cadre de travail qui aide les frères et sœurs de prendre conscience de ces effets et de s'en dégager. C'est dans ce sens qu'ont été créés des « Espaces ouverts frères et sœurs » (Davtian & Collombet, 2009).

Les « Espaces ouverts frères et sœurs » se distinguent des groupes de parole développés conjointement à l'Unafam mais qui correspondent davantage aux des adultes engagés dans l'accompagnement de la personne malade. Ce sont des espaces neutres, situés en dehors d'un lieu de soin car il est important que dans cet espace l'expression de la difficulté des frères et sœurs ne soit pas supplantée par la difficulté plus reconnue, plus évidente de leur proche malade. Il fallait aussi que cet espace accueille essentiellement des frères et sœurs de patient. En effet, l'expérience de débats impliquant un public mixte de parents et de membres de la fratrie avait montré que les frères et sœurs y prenaient très peu la parole et que les parents avaient tendance à répondre à ce qu'ils estimaient être les besoins des frères et sœurs. Ces espace-temps leurs sont clairement dédiés, ils favorisent le partage d'expérience entre pairs qui vont se reconnaître une réalité commune.

La notion de liberté est un axe essentiel dans le travail avec les fratries de patient schizophrène car il rejoint ce que vit leur proche atteint d'une « *maladie de la liberté* » (Ey H., 1954). La plupart des frères et sœurs ont perdu leur capacité à être dans une relation spontanée avec celui qui est malade, ils ont perdu la souplesse dans la relation. Le processus fraternel est en panne. C'est pourquoi il est apparu essentiel de dégager la participation aux Espaces ouvert Frères et Sœurs de toute contrainte et de les différencier clairement des groupes de paroles habituels de l'Unafam. Dans ces espaces il n'y a pas à s'inscrire, ni à s'engager, ni même à adhérer à l'association.

Pour retrouver une certaine capacité à être libre en présence du frère/sœur malade et pouvoir ainsi sortir de ces positionnements extrêmes et insatisfaisants, il faut déjà retrouver une sécurité de base. En plus de l'accompagnement individuel, le groupe de pairs représente un espace soutenant pour retrouver une certaine confiance. Au delà de ce qui s'y dit, le groupe fonctionne comme un espace d'expérimentation et d'observation, on a pu en effet repérer que

les participants s'observent mutuellement, et semblent chercher chez les personnes avec lesquelles ils partagent la même situation, des traces éventuelles d'étrangeté.

Un psychiatre participe toujours à ces débats, ceci a été pensé comme un point essentiel du cadre. La présence d'un professionnel habilité à donner un diagnostic de schizophrénie est extrêmement importante pour leur permettre d'oser lever le doute sur leurs inquiétudes concernant leur propre santé mentale. La question est rarement posée de façon directe, mais sur un plan analogique ils ont pu expérimenter le fait de se placer sous le regard d'un professionnel compétent pour diagnostiquer la maladie dont est atteint leur frère ou sœur. Pour beaucoup d'entre eux, il s'agit d'une première rencontre avec un psychiatre

Les débats sont organisés autour d'un thème ; une information y est apportée mais elle est toujours soumise à débat, à questionnement et à discussion. Parmi les thèmes abordés : la transmission, les fêtes de famille, la façon dont ils ont découvert de la maladie de son frère ou sa sœur, le rôle des frères et sœurs dans les soins ou l'accompagnement, ...

#### ***Partie 4 : Bilan de ce processus de construction de la connaissance***

Les observations provenant de la clinique peuvent conduire le chercheur vers de nouveaux territoires. Le clinicien qui est à l'écoute de la souffrance : de celle des autres et des échos que celle-ci provoque en lui-même, peut repérer des thèmes émergents et commencer à les problématiser.

Le passage de la clinique au développement d'une recherche-action a constitué une première étape. La recherche-action, une fois menée, appelle un autre niveau de recherche et conduit, dans le cadre de cette thèse, à privilégier une approche plus qualitative.

#### ***A/ Mise en évidence de nouveaux objets de recherche***

Le travail mené auprès des familles de patient schizophrène a permis de faire émerger de

nouveaux sujets de recherche mais aussi de préciser un certain nombre de précautions pour permettre un travail de recherche qui ne soit pas qu'une recherche de validation des observations cliniques.

L'expérience clinique a permis de faire émerger les besoins d'une population qui était jusqu'à présent totalement occultée, ceci rejoint l'analyse que Marsh (1997) avait faite auparavant aux USA. Si les travaux portant la fratrie de personnes handicapées ont commencé à émerger en France grâce notamment aux travaux de Scelles, Korp Sausse, Bourguignon et si par ailleurs la spécificité du lien fraternel commençait à être explorée de manière plus directe (Kaës, 2008), ces travaux n'avaient pas encore de réels retentissements dans le champ de la psychiatrie.

Ce processus de construction de la connaissance basé sur la pratique clinique et la recherche-action a permis de construire un premier corpus de connaissance :

- Repérer la fratrie des patients schizophrènes comme population en situation de vulnérabilité insuffisamment prise en compte.
- Evaluer les retentissements et les impacts de la situation sur cette population, en particulier chez les jeunes frères et sœurs, au moment où l'ensemble de la fratrie est concerné par les soins à domicile et le contexte de cohabitation.
- Analyser et faire émerger les besoins de cette population.
- Situer cette population dans le contexte de mutation de la psychiatrie contemporaine et repérer que l'approche actuelle de la famille de patient en psychiatrie et les modèles de formation et d'accompagnement qui en découlent sont peu adaptés à la fratrie, en particulier au moment de l'émergence des troubles.

Ce constat incite à explorer de nouveaux champs d'investigation :

- Analyser plus finement les effets des transformations de la prise en charge du patient schizophrène sur les relations interpersonnelles au sein de la maison familiale. Analyser des situations de cohabitation.
- Aller à contre-courant des approches visant à l'adaptation de l'entourage du patient. En considérant que l'approche de la famille à travers le prisme de l'aidant familial peut figer

les individus dans des rôles, aidant/aidé, et entraver les relations.

- Prendre en compte le patient impliqué et concerné par la situation de cohabitation avec ses frères et sœurs.

## ***B/ Définir un nouveau positionnement***

Les compétences acquises par la pratique clinique peuvent s'avérer très utiles pour aborder de nouveaux champs de recherche et problématiser des thématiques qui n'auraient pu l'être sans le regard du clinicien. Mais inscrire une recherche dans le prolongement d'une longue pratique clinique impose au chercheur un travail particulier de positionnement. Celui-ci diffère bien évidemment de celui que doit faire un jeune chercheur qui, dans le prolongement de ses études, approfondit dans sa thèse une réflexion amorcée en mastère recherche. Dans le cas présent il s'agissait de travailler au changement de position de psychologue clinicien à celui de chercheur en psychologie clinique et il était nécessaire d'être en mesure d'analyser ces transformations.

Ce changement amène aussi des modifications par rapport à l'objet. Dans le soin, l'objet c'est la souffrance de l'autre, le clinicien est au service du patient, c'est de lui que provient la demande. Dans le cadre de recherche, l'objet c'est la science, la recherche de connaissance, le chercheur se sert du patient et la demande vient du chercheur. Ce changement demande au clinicien de se départir de son appétence à vouloir prendre soin, soulager, répondre. « *La clinique est un travail avec un individu qui souffre et tient compte du plus grand nombre de variables, alors que la recherche réduit l'objet et le décompose en plans différents.* » (Pardinielli, 2012, p. 111).

Pour mener à bien cette recherche, j'ai eu à transformer radicalement mon positionnement par rapport à l'objet « frères et sœurs de patient schizophrène ». Aussi pendant toute la durée de la thèse, j'ai exercé professionnellement dans un cadre et sur des thématiques sans lien direct avec l'objet de la recherche. Ceci créait des tensions importantes en termes de charge de travail mais permettait de dégager un espace de réflexion favorisant la suspension du jugement (Bion, 1983), condition nécessaire à la recherche. Par ailleurs, si la clinique auprès des familles se déroulait dans un cadre salarié, cette recherche étant non financée, la position

du chercheur était définie uniquement par son appartenance au Laboratoire de recherche. Cette question est importante pour définir le lien à l'objet de recherche

Ceci était d'autant plus nécessaire que la pratique clinique avait eu lieu dans une association de familles, lieu où, par nature, la neutralité n'est pas de mise, voire même où le thème de l'engagement et des limites de l'engagement tant pour les professionnels que pour les bénévoles est peu abordable (Arveiller, 2006). Cette association, de par son histoire et les éléments que nous avons identifiés, était dans l'impossibilité, à cette étape de son développement, de supporter une recherche de type clinique. Paradoxalement, je n'ai pu m'engager dans ce travail de recherche qu'en m'éloignant du cadre qui l'a motivé au départ.

Cependant, ce passage de la clinique à la recherche ne peut se penser qu'en termes de ruptures et de transformations, il y a aussi de la continuité notamment en termes de compétences acquises. Cela permet d'avoir les outils nécessaires pour mener des entretiens avec des personnes vulnérables sans risquer de les mettre en difficulté et sans réactiver leur fragilité. C'est pourquoi, en recherche clinique, la question de l'identité de celui qui cherche et de quelle place il cherche, est déterminante pour assurer le cadre éthique de la recherche.

Ces transformations et questionnements du chercheur montre que l'objet « thèse » est le résultat d'une démarche dynamique, démarche à laquelle la question éthique est étroitement liée. Celle-ci est à l'œuvre à toutes les étapes de la recherche, y compris dans le travail qui l'a précédé.

## **Chapitre 7 : Méthodologie de la recherche**

### **Partie 1 : Problématique et objectif**

Le changement de paradigme sur la place accordée à la famille du patient a orienté les principaux travaux de recherche sur des questionnements pragmatiques de la situation des familles. Ceux-ci ont en effet davantage porté sur l'évaluation de leur capacité d'accueil et de soutien du patient davantage que sur la compréhension des processus psychiques en jeu dans les familles.

Comme ceci a été présenté dans le premier chapitre, les principales recherches ont été orientées sur deux axes principaux : l'évaluation de la charge des aidants (« *family burden* ») (Thompson & Doll, 1982) et le niveau d'émotionalité exprimé au sein de la famille (*EE* « *expressed emotion* ») (Vaughn & Leff, 1976). Indirectement, les applications de ces travaux ont contribué à entériner le fait que la famille a un rôle à jouer dans la prise en charge du patient.

Dans le prolongement de ces travaux, les méthodes de formation des familles axées sur l'aide aux aidants familiaux se sont imposées. Ces changements ont des effets importants sur la dynamique familiale car l'attention est portée davantage sur le rôle que peut jouer une famille plus que sur les liens et donc sur les adultes en capacité d'assumer ce rôle social. De ce fait les membres de la famille qui ne sont pas en mesure de jouer ce rôle ne sont évoqués que de façon périphérique et anecdotique (Davtian et Scelles, 2014).

Ayant constaté par la recherche-action l'importance des retentissements de cette situation sur les frères et sœurs des patients et prenant la mesure de l'augmentation des situations de cohabitation dans la maison familiale, il convient de comprendre comment se passe, pour l'ensemble des membres de la fratrie, ces situations de cohabitation sur un plan intrapsychique et interpersonnel.

L'observation du partage des espaces permet d'approcher les processus psychiques en jeu dans la fratrie et représente une forme de métaphore, de mise en scène de questions

intrapyschiques et souvent inconscientes. L'appropriation de l'espace par la sœur psychotique représente aussi une atteinte des enveloppes psychiques fraternelles (Brusset, Les vases communicants, 2003). Plus que d'une confusion des espaces, il s'agit d'une confusion identitaire où l'autre ne peut plus exister en tant que tel. Une telle confusion est spécifique à la relation fraternelle car elle est liée aux zones de frôlement et d'empiètement identitaire que nous avons décrites.

La désorganisation psychotique a une influence sur la tension spéculaire entre frères et sœurs. La force projective de ce trouble (Searles 1961), (Racamier, 1980) impose à chacun de repenser son rapport à l'autre, d'expérimenter qu'il peut continuer à lui ressembler tout en restant lui-même et qu'il est possible de continuer à voir en ce frère/sœur un semblable sans pour autant devenir malade comme lui. L'étrangeté du frère/sœur contraint à revisiter les liens qui unissent les membres de la fratrie mais aussi les relations aux parents.

Il s'agit donc de passer de l'analyse de l'objet « frères et sœurs de patients schizophrènes » à l'objet « liens fraternels impactés dans une situation de schizophrénie ». Ce changement concernant la définition de l'objet d'étude transforme fondamentalement la question centrale de la recherche : il ne s'agit pas de savoir comment faire face mais de comprendre, au niveau de la fratrie, les processus qui permettent de transformer suffisamment les liens pour les préserver sans les rompre. Par ailleurs il s'agit de comprendre si le frère/sœur peut constituer une ressource particulière pour la personne malade.

Cette recherche se situe donc à contre-courant de la tendance actuelle que nous avons évoquée et qui vise à développer des techniques pour faire face. La situation de cohabitation n'est pas considérée ici comme un état de fait qu'il faudrait aménager et rendre plus supportable mais comme une donnée incluse dans la question.

### ***A/ Objectif principal***

L'objectif principal de la recherche est de mieux comprendre ce qui se passe au sein d'une fratrie quand l'une des personnes souffre de schizophrénie.

Dans cette recherche, les aspects de diagnostic, d'anamnèse, de choix thérapeutiques et de types de prises en charge ne sont pas centraux, l'approche n'est pas médicale mais se centre sur ce que vivent et ont vécu chacun des membres de la fratrie, leurs ressentis, leurs représentations et leurs compréhensions de la schizophrénie.

Se rapportant à la formulation de Rey pour définir la fraternité, « *lien existant entre les hommes considérés comme membre de la famille humaine* » (2001). Le psychiatre Maisondieu (2003, p 171) montre comment l'émergence de la folie peut mettre en tension les liens fraternels :

*« Celui qui a l'impression de devenir fou éprouve le vertige angoissant de se sentir étranger à lui-même et radicalement étranger à tous. Il se perçoit comme incompréhensible et voué à une solitude sans appel. C'est le pressentiment d'être hors de lui-même et hors de l'humanité qui fait sa folie (...). En écho, celui qui paraît fou est celui qui n'est pas perçu par les autres comme leur semblable en humanité. Infréquentable, parce que non reconnu comme un pair, il est imaginativement chassé de la famille humaine et cesse par conséquent d'être un frère. ».*

Nous chercherons à explorer les mécanismes psychiques et les transformations relationnelles qui permettent à la fratrie de préserver les liens et de maintenir l'identité du groupe.

La revue de littérature a permis de situer cette question dans le contexte de la psychiatrie contemporaine en prenant en compte les effets des transformations de la prise en charge sur le rapport des patients avec leur entourage familial. Les résultats de la recherche-action ont montré que c'est lors de l'émergence des troubles et de la période de cohabitation que les indicateurs de vulnérabilité sont les plus importants. Dans ce contexte, l'enjeu pour les membres de la fratrie est aujourd'hui de vivre ensemble c'est-à-dire de maintenir et de réinventer des modes de relation et d'échange qui tiennent compte de chacun.

Notre question, basée sur la dimension spéculaire de la relation fraternelle sera de repérer la façon dont chacun dans la fratrie apprivoise l'émergence de l'étrangeté chez son frère (ou sœur) et ce que cela provoque en lui-même et, inversement, de repérer les effets engendrés par sa propre étrangeté sur ses frères et sœurs. Plus généralement, la thèse permettra de comprendre si le lien fraternel pourrait, dans cette situation, représenter une ressource pour le

sujet atteint de schizophrénie et également pour ses frères et sœurs eux aussi nécessairement affectés par la maladie.

### ***B/ Axes d'investigation***

Cette étude s'intéresse au groupe fratrie et à chacun des membres qui le composent, qu'ils soient diagnostiqués malades ou non. Il s'agit d'une recherche exploratoire qui vise à approcher l'expérience subjective vécue par les tous membres de la fratrie. La recherche s'appuie sur le recueil d'expérience pour comprendre comment ils découvrent, s'organisent et font face à l'émergence des troubles schizophréniques et comment cette pathologie transforme leurs liens. Il s'agit d'une recherche observationnelle non interventionniste.

Les travaux menés précédemment et la revue de littérature conduisent à poser deux interrogations :

1/ La situation de cohabitation, en particulier au moment de l'apparition des troubles peut être déterminante dans le parcours du malade et la capacité de sa famille à rester à ses côtés.

C'est pourquoi, nous mettrons plus particulièrement le focus sur le moment où les frères et sœurs sont témoins du changement sans forcément que ce changement n'ait encore été qualifié par un expert dans le cadre du diagnostic. Il s'agit de comprendre ce que l'on perçoit au moment de l'émergence des troubles, ce que l'on vit de cette place-là dans le groupe de pairs, et de voir comment chacun des membres de la fratrie parle des premiers signes, le sens qu'il leur donne et ce qu'il en fait sur le plan de la réalité, de l'imaginaire et du fantasme.

2/ La fratrie peut jouer un rôle essentiel, dans un sens positif mais aussi négatif sur le processus de socialisation du malade et de ses frères et sœurs. Ce qui se passe dans la fratrie peut entraver ou faciliter le travail thérapeutique.

La recherche vise à étudier les processus d'adaptation d'une fratrie aux prises avec la folie de l'un des siens, en approchant l'expérience subjective vécue par les membres de la fratrie sur un plan personnel mais aussi sur le plan relationnel qui concerne les liens entre eux. Cette recherche vise à repérer comment, malgré l'émergence de l'étrangeté, certaines fratries parviennent à maintenir la relation fraternelle.

Ces questions supposent d'articuler des dimensions intrapsychiques, intersubjectives et interpersonnelles :

- Sur le plan intrapsychique, il s'agit de voir de façon individuelle comment chacun subjective cet événement. Quelle place il prend dans sa propre vie, quelle résonance par rapport à son histoire personnelle et sa situation dans la famille et spécifiquement dans la fratrie.
- Sur le plan intersubjectif, il s'agit de repérer ce que cet événement, vécu individuellement a comme effet sur les liens. Transforme-t-il la relation et sous quelle forme ?
- Sur le plan interpersonnel, il s'agit de repérer les effets sur la fratrie en tant que groupe et de repérer si le groupe est atteint ou s'il a pu s'adapter.

Ce travail vise à poser les bases d'une meilleure prise en compte des frères et sœurs qui peuvent à la fois souffrir mais aussi être une ressource pour la personne malade.

La revue de littérature a permis de recueillir un certain nombre de connaissances concernant la fratrie du patient, en revanche, elle met en évidence qu'il existe peu d'éléments concernant les personnes malades dans leur position de frères/sœurs du reste du groupe.

C'est pourquoi, dans ce travail de recherche, il a fallu construire un double corpus qui permette d'explorer plus particulièrement la situation des malades dans leurs liens à leurs frères et sœurs. Celui-ci se compose :

- De l'analyse des traces du fraternel dans deux récits autobiographiques de patients schizophrènes.
- De l'analyse des interactions entre frères et sœurs dans trois fratries dont un membre est atteint de schizophrénie.

Ces deux corpus constituent aussi deux étapes du travail d'analyse : commencer par l'analyse des récits autobiographiques des patients a permis d'équilibrer les connaissances entre les frères et sœurs atteints et non-atteints avant d'aborder l'analyse des interrelations dans la fratrie qui a constitué la deuxième étape de cette recherche.

## **C / Deux corpus, différentes modalités de construction**

En psychologie clinique, il s'agit d'étudier « *l'homme en situation* » (Lagache 1949 cité par (Fernandez & Pedinielli, 2006, p. 42) : « *les principes de la psychologie clinique sont donc la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution des conflits.* ».

La manière dont on va observer et le cadre conçu pour observer ont un effet important sur la production du discours et sur son contenu. La littérature psychiatrique a montré à quel point la posture de l'observateur avait influencé la perception du rapport entre le patient et son entourage et réciproquement. L'observation a longtemps été cantonnée à une observation médicale et sur des périodes de crise. Cependant, la présence de psychologues cliniciens dans les équipes de soins psychiatriques a eu comme effet de complexifier progressivement le regard et de désenclaver : « *pour caricaturer, si le psychiatre pouvait dire que tel malade était atteint de schizophrénie, le psychologue tentait de savoir comment il était schizophrène, chaque malade possédant sa spécificité.* » (Fernandez & Pedinielli, 2006, p. 43).

Dans cette recherche, nous adopterons une approche compréhensive qui donne une place centrale à l'expérience et à l'analyse qualitative de cas. L'analyse qualitative est pertinente dans cette recherche car elle fait suite à une recherche-action c'est-à-dire à une recherche quantitative, ce qui permet de situer les études de cas dans une connaissance plus large du sujet.

Pour approcher l'objet « liens fraternels impactés dans une situation de schizophrénie », il a fallu construire un cadre intégrant deux éléments nouveaux et fondamentaux par rapport au travail précédent.

- Observer le patient en tant que membre de la fratrie étant frère lui-même et ayant des frères.
- Entendre ce que chacune des personnes qui constituent la fratrie disent des interactions à l'intérieur du groupe.
- Mettre en perspective les paroles de chacun des frères et sœurs sur la situation et prendre en compte la dimension subjective.

C'est pourquoi la recherche repose sur un double corpus :

- A/ Un premier corpus centré sur la parole de patients. Dans cette approche basée sur l'analyse de récit de vie autobiographique de patients schizophrènes, il s'agira de recueillir de façon systématique toutes les évocations des frères et sœurs dans le discours et d'analyser ce que ces évocations permettent de comprendre du ressenti du malade en tant que frère et du rôle des interactions avec ses frères et sœurs dans les différentes phases de sa maladie.
- B/ Le deuxième corpus porte sur l'analyse de trois fratries dont un membre souffre de schizophrénie. La parole du patient est recueillie et analysée de la même façon que celle des autres membres de sa fratrie, mais il s'agit ici d'une parole en interactions avec celles des autres membres de la fratrie, et en particulier de repérer comment ce que vit la personne malade dans ses liens fraternels est perçu par les autres membres de la fratrie et réciproquement. Chaque membre de la fratrie est reçu dans un même dispositif d'entretiens, l'analyse porte sur les interactions dans la fratrie vue par chacun des membres.

Dans le premier corpus, l'approche est longitudinale, c'est un récit basé sur le temps long qui décrit pour les deux patients l'entrée dans la psychose, l'expérience psychotique telle qu'ils l'ont vécu et le processus qui leur a permis d'en sortir. Dans le second corpus où l'ensemble des membres de la fratrie sont réunis, c'est la complexité des interrelations qui est explorée.

### ***D/ Ethique et déontologie***

La recherche se conforme strictement à la Loi N°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, elle est déclarée au Comité de Protection des Personnes CPP Nord-Ouest 1, recherche en soins courants. N°Enreg ANSM 2013-A01173-42. Il s'agit d'une recherche sans Bénéfice Individuel Direct. La recherche ne dépend d'aucun financement.

Concernant la première partie du corpus nous avons travaillé sur des textes qui ont, comme l'un comme pour l'autre, été publiés par les auteurs eux-mêmes. Les auteurs ont donc souhaité les rendre public. Sur le plan éthique il s'agit d'inclure la personne malade comme interlocuteur pertinent pouvant apporter des connaissances dans l'analyse des interactions dans la fratrie (Scelles, Korff-Sausse, Ciccone, Missonier, & Salbreux, 2009). L'approche phénoménologique est actuellement revisitée et retrouve sa place dans le champ de la psychiatrie contemporaine (Tatossian, et al., 1981). Elle s'attache à décrire l'expérience subjective vécue par le sujet et pour cela s'intéresse à la façon dont le sujet lui-même rend compte de son expérience. Il faut donc passer d'un niveau d'observation classique en troisième personne où le sujet est objet d'observation au point de vue en première personne, exprimé par le sujet lui-même. Cette orientation éthique conduit à considérer comme source de connaissance directe la parole du patient et de ses frères et sœurs.

La deuxième partie du corpus porte sur l'observation de trois fratries dont un des membres est atteint de schizophrénie.

Les deux corpus différant sur de nombreux points, nous présenterons successivement la méthodologie, la mise en œuvre des principes méthodologiques et les résultats pour chacun d'eux.

## **Chapitre 8 : Premier corpus : analyse des récits de patients**

Le premier corpus est constitué de l'analyse de deux récits de vie de patient, ceci a constitué une première étape dans la recherche de compréhension de ce que constitue, pour une personne atteinte de schizophrénie, le fait d'être frère et d'avoir des frères.

### ***Partie 1 : Recherche des « traces du fraternel » dans deux récits autobiographiques de patients***

Si le travail clinique et la recherche-action ont permis de développer un certain nombre de connaissances sur la situation des frères et sœurs de patients schizophrènes, en revanche, dans la littérature peu d'éléments concerne le patient dans sa position de frère ou de sœur, le patient en relation avec sa fratrie. C'est pourquoi, il a fallu réfléchir à la façon d'inclure cette donnée dans le corpus. Ce choix correspond aussi à un positionnement éthique, l'observateur ayant déjà une connaissance de la situation des frères et sœurs des patients, il était nécessaire de rééquilibrer son appréhension du nouveau sujet de recherche.

#### ***A-1 Méthodologie : analyse du témoignage***

La méthode utilisée pour approcher l'expérience éprouvée par le malade est l'analyse du témoignage. Le témoignage consiste à mettre en récit son histoire personnelle. Ce travail de narration a pu être utilisé à visée thérapeutique ou de recherche en particulier sur les situations de traumatisme où il a pu y avoir discontinuité, rupture dans le cours de la vie.

Waintrater (2004) et Altounian (2000) ont travaillé cette pratique sur les récits ayant trait à la Shoah ou au génocide arménien. Une équipe de cliniciens et de chercheurs de l'hôpital Cochin à Paris (Harf, et al., 2013) s'est basée sur cette pratique dans les situations d'adoptions internationales en menant un travail sur le récit des origines. Le récit narratif permet de retisser la continuité dans une histoire de discontinuité où un événement a fait rupture.

Ricoeur avance l'idée que l'identité de l'être humain est une « *identité narrative* » en ce sens que l'être humain ne devrait son humanité qu'à son aptitude au récit (cité par (Golse, 2006). Réciproquement, on peut donc apprendre de l'identité humaine à travers les recueils et lectures de récits autobiographiques ou de témoignages, ils représentent une source de connaissance pour la recherche, même si cette approche est encore peu utilisée dans le cadre de recherche en psychologie clinique.

En revanche cette approche s'est développée en anthropologie notamment par le recueil de récits de vie. En soi le récit de vie représente une forme de prise en considération du discours de base auquel on accorde la même valeur qu'un discours autorisé. Il s'agit de s'appuyer sur l'expérience vécue par le sujet et ce qu'il en dit et de considérer que sa vision du monde est une part valable d'une réalité multiple. Analyser le point de vue d'une personne nécessite pour le chercheur de passer d'un niveau d'observation classique en 3<sup>ème</sup> personne (où le sujet est objet d'observation) à une prise en compte du point de vue en première personne. C'est-à-dire, comme le précise le groupe de recherche GRED<sup>33</sup> de mener une « *étude rigoureuse de la pensée privée, parole incarnée* ».

C'est depuis les années 1970 que la parole du patient souffrant de maladie chronique est considérée comme importante. La maladie chronique entraînant une discontinuité dans le cours de la vie, elle a une dimension subjective au-delà d'une dimension strictement médicale et objectivable. Cependant, « *les réflexions en cours sur la notion de discours, de récit, et sur la maladie chronique n'ont été que marginalement exploitées dans le domaine de la maladie mentale* » (Velpry, 2003). C'est aux Etats-Unis que ce mouvement prend forme, « *Sue Estroff et John Strauss introduisent la notion d'expérience subjective de la maladie comme le préalable à toute recherche en psychiatrie : « Les expériences subjectives de la schizophrénie et de ses troubles associés fournissent le premier fondement pour comprendre à la fois ces troubles et les individus qui les ont. »* (Velpry, 2003, p. 46).

Concernant la schizophrénie, la discontinuité est si forte qu'elle peut faire douter de la continuité d'être. Il existe de plus en plus de récits autobiographiques de patient schizophrènes mais (Bateson, Introduction, Perceval le fou, autobiographie d'un schizophrène, 1961, pp. 17-18) repère une constante dans ces récits : « *Il semblerait qu'une fois plongé dans*

---

<sup>33</sup> GRED Groupe de Réflexion Ethique et Déontologique de la SSE Société Suisse d'Ethnologie  
[www.segsse.ch](http://www.segsse.ch)

*la psychose, le malade soit obligé de parcourir un certain chemin. Disons qu'il a pris le départ pour un voyage d'exploration qui ne se terminera qu'avec son retour au monde normal dans lequel il revient avec une optique totalement différente de celle des gens qui n'ont jamais fait ce voyage. L'épisode schizophrénique, une fois commencé, semble volontiers suivre une courbe définie (...) la rémission spontanée ne pose aucun problème. Elle est l'issue totalement naturelle de tout le processus. Ce qu'il nous faut expliquer, c'est l'échec de ceux qui partis pour ce voyage ne reviennent point. »*

## **A-2 La parole du patient schizophrène comme axe de connaissance**

Le récit de vie permet « *d'approcher un processus humain, un phénomène, au sens fort du terme, anthropologique, qui concerne en permanence la construction d'une personne dans son être en devenir* ». « *L'histoire de vie est définie ici comme recherche et construction de sens à partir de faits temporels personnels, elle engage un processus d'expression de l'expérience.* » (Pineau & Le Grand, 2007).

Il est reconnu qu'accorder de l'importance au discours du malade peut ouvrir le champ de la connaissance, cependant la validité du discours du patient schizophrène est toujours globalement mise en doute.

De plus en plus de patients relatent leur expérience de la maladie apportant à la connaissance un point de vue singulier et fondamental. Nous reprendrons dans cette recherche certains de ces travaux. Ce besoin d'exprimer l'expérience vécue est à situer dans le mouvement de l'*empowerment* et de l'organisation des associations de patients (Ninacs, 1995) (Le Bosse, 2003). Il s'agit de garder une certaine maîtrise sur son existence, de ne pas être victime de la maladie mais de devenir acteur engagé et influent.

Si le mouvement est récent, la revendication des malades à pouvoir s'exprimer et à être pris en considération correspond à un besoin fondamental de l'être humain, besoin qui n'est pas lié à une époque particulière. D'ailleurs, ce besoin a été plus ou moins bien considéré suivant les époques et suivant les lieux. Il faut noter par exemple que John Perceval, un des deux auteurs dont il sera question, avait témoigné en son temps (1859) devant « *la Commission pour la folie, au nom d'une organisation appelée « Société amicale des soi-*

*disants fous* » (*Alleged Lunatics Friends Society*) » et qu'il écrivit des lettres au Times « *au sujet des lois prévues pour la répression de la folie, dans le but de défendre les malheureux qui risquent de subir ce qu'il avait lui-même enduré.* » (Bateson, Introduction, Perceval le fou, autobiographie d'un schizophrène, 1961, p. 10).

Il s'agit d'accorder à l'écrit du patient une valeur qui repose sur la légitimité de l'expérience vécue. Ce qui a été défini sous le terme « *savoir profane* », savoir qui relie un discours sur la maladie et un discours sur soi. Dans une revue de littérature sur ce sujet, Velpry (Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave, 2003, p. 53) repère deux types de travaux basés que la parole du patient schizophrène, ceux basés sur « *le recueil d'un discours sur la maladie* » et ceux où l'écrit représente un « *processus de recomposition de l'expérience (et de représentation de soi)* ». Les travaux de Roe et Ben-Yishai (1999) cités par Velpry (2003, p55) montre que « *le récit peut être agissant. (...) Le récit est considéré comme un mécanisme organisateur et de contrôle de l'individu sur sa maladie* ». Les auteurs ont repéré cinq catégories dans ces récits allant de la première où il y a séparation d'un soi « sain » et d'un soi « malade », jusqu'à la cinquième, où le soi et la maladie sont intégrés dans un tout cohérent. Les deux récits de vie de patient retenus pour cette recherche s'inscrivent dans la dernière catégorie.

Deux études permettent d'illustrer ce type d'approche dans des travaux de recherche :

- L'étude « *Vivre et dire sa psychose* » menée à l'ASM 13 par l'équipe du Docteur Clément Bonnet à une étude menée en France dans le champ de la psychiatrie (Bonnet, et al, 2007).
- Les travaux de Patricia E. Deegan (1993) basés sur l'analyse de sa propre expérience de malade.

### **A-2.1 *Vivre et dire sa psychose***

L'étude « *vivre et dire sa psychose* » menée à l'ASM 13 représente probablement la seule étude française basée sur le recueil de la parole des patients (Bonnet, et al., 2007). Elle vise à explorer les différences de représentations de la maladie suivant le point de vue du soignant

ou du malade, et à « tenter d'objectiver et de décrire les représentations étiologiques des patients, d'apprécier quels sont leurs systèmes d'interprétation de la maladie et plus largement comment ils donnent sens à ce qu'ils vivent » (Bonnet et al, 2007, p 18-19)

Cette étude concernait 20 patients avec un diagnostic de schizophrénie selon les critères de la CIM 10. Tous, sauf un participant, avaient été hospitalisés à plusieurs reprises et tous étaient suivis en ambulatoire au CMP depuis au moins un an.

Parmi les participants, figuraient 11 Hommes et 9 Femmes d'une moyenne d'âge de 43 ans. Au moment de l'étude, 11 vivaient seuls, 5 vivaient en couple, 4 vivaient en famille. Par ailleurs 4 travaillaient et 17 recevaient l'AAH<sup>34</sup>.

« Cette étude montre clairement qu'il est possible de faire une enquête qui s'appuie sur la parole des patients psychotiques. Ceci n'était pas évident d'emblée dans la mesure où il est dit habituellement qu'on a le plus grand mal à partager l'expérience de la maladie avec eux. ». (Bonnet, et al., 2007, p. 211). Accorder de l'importance au discours du malade peut ouvrir le champ de la connaissance. Impulsé par le mouvement de l'empowerment, ceci est connu pour la plupart des pathologies, cependant, comme nous l'avons déjà précisé, la validité du discours du patient schizophrène est toujours globalement mise en doute. L'étude « *Vivre et dire sa psychose* » montre la valeur et l'importance de cette parole comme source de connaissance.

### **Méthodologie**

La grille d'entretien, composée de 14 questions ouvertes, portait sur trois niveaux de questionnements : la relation des malades avec leur maladie, leur perception de leur itinéraire thérapeutique et la perception de leur relation avec leur médecin.

- 1 Savez-vous pourquoi vous êtes au Centre Philippe Paumelle ?
- 2 Comment appelez-vous votre trouble ?
- 3 Quand-est ce que ça a commencé ?
- 4 Comment ?
- 5 Est-ce grave ?
- 6 Est-ce guérissable ?
- 7 D'où ça vient ?
- 8 Quelles sont les conséquences de votre trouble sur votre vie quotidienne ?

---

<sup>34</sup> Allocation Adulte Handicapé

- 9 Comment êtes vous soigné ?
- 10 A quoi servent vos soins ?
- 11 Ressentez-vous des inconvénients ?
- 12 Vous sentez-vous aidé ?
- 13 Est-ce qu'il y a des choses dont vous êtes mécontents ?
- 14 Qu'est-ce qui pourrait améliorer vos soins ?

L'analyse comporte un volet thématique et un volet lexical autour de quatre registres :

- La négociation entre le patient et son médecin
- La description d trouble
- Le parcours
- Le familial et le divin.

#### **Extraits des résultats en lien avec l'objet d'étude de la thèse**

Dans cette étude, la fratrie n'apparaît pas comme une cause étiologique. Une seule personne se plaint de la naissance d'enfants après elle et y décèle une responsabilité dans la formation de sa maladie. Les auteurs questionnent la nature de cette expression : jalousie normale ou pathologique, mode d'expression ou réel facteur de fragilisation ?

*« Bon tout ça moi je l'ai vécu, ma sœur aussi, mais la différence qu'il y a entre ma sœur et moi, et mon frère et moi, c'est que ma sœur a été désirée, elle, et mon frère a été désiré. Moi j'ai jamais été désiré. En tant qu'enfant, en tant que bébé, en tant que grossesse. »<sup>35</sup> (Bonnet, et al., 2007, p. 73).*

A l'invitation à parler de la gravité de la maladie, 16 des 20 personnes ayant participé à la recherche disent que ce qu'elles ressentent et vivent est grave. La gravité est liée à la crainte d'un passage à l'acte, un danger lié à quelque chose qui est en soi mais que l'on ne maîtrise pas. La dangerosité est nommée dans 5 cas sur 20.

*« On vit continuellement dans la peur, on peut devenir agressif et dangereux pour les autres... »*

Très peu de personnes ont abordé la vie quotidienne hors du travail. A la question posée sur les conséquences de la maladie sur la vie quotidienne, une majorité de personnes a donné

---

<sup>35</sup> Toutes les phrases en italique correspondent à des paroles de patients ayant participé à l'étude (Bonnet et al, 2003).

une réponse concernant la possibilité ou l'empêchement d'avoir une vie professionnelle.

C'est surtout dans la relation à autrui que la souffrance est exprimée.

*« Je faisais souffrir tous ceux que j'aimais... »*

Les relations avec l'entourage familial se posent en termes de trop ou de pas assez : trop correspondant au terme « d'emprise » évoqué par les patients et pas assez correspondant à un sentiment d'« isolement ». Ces mêmes sentiments sont souvent éprouvés par l'entourage du patient.

Dans l'enquête les relations familiales paraissent à la fois importantes et difficiles

*« J'ai du mal à communiquer avec ma famille. Je vois mon frère et mes sœurs. Je vais le week-end chez ma mère, tous les 15 jours en général, ça me fait sortir un peu mais j'aime pas tellement. Là je vais passer la soirée chez ma mère, je me demande comment ça va se passer, je me demande comment je vais être. »* (Appréhension en miroir)

*« J'entends des voix et je ne peux pas en parler ouvertement avec ma famille, je suis obligé de garder ça pour moi. »* p. 158-159

La raréfaction des relations amicales est exprimée et pourtant « *il existe une représentation très positive de la relation amicale : elle permettrait d'améliorer les soins, elle rassurerait, pourrait permettre de réduire les médicaments* ». p. 161

*« Ce qui pourrait améliorer mes soins maintenant ? Que je me fasse des amis de mon âge... avec qui je pourrais avoir une amitié durable dans le temps... parce que ça me manque énormément. J'ai personne, personne. »*

### **A-2.2 Patricia E. Deegan et le parcours de rétablissement**

Patricia E. Deegan (2001) a publié aux Etats-Unis un texte théorico-clinique important « le rétablissement en tant que processus autogéré de rétablissement et de guérison » dans lequel elle analyse son propre parcours de rétablissement. Devenue Docteur en Psychologie elle analyse son propre parcours de patient pour en tirer des principes généraux, ce texte a ouvert une nouvelle voie de connaissance. Il constitue une étape importante dans le mouvement de

l'empowerment dans lequel les patients psychiatriques avaient du mal à s'inscrire. Dans sa lignée, plusieurs récits autobiographiques de patient ont été publiés dont celui de Polo Tonka.

Par ailleurs et plus récemment, des frères et sœurs de patient se sont aussi engagés dans des démarches autobiographiques sur ce sujet. Nous citerons le roman autobiographique de l'écrivain Claude Arnaud (2012) « qu'as-tu fait à tes frères ? » ou la monographie clinique de la psychiatre Patricia Janody (2014) « Zone frère, une clinique du déplacement » ainsi que le film « les voix de ma sœur » de Cécile Philippin (2012) . Ces lectures ont été importantes pour approcher le sujet de recherche.

Deegan cherche à démontrer ce qui rentre en jeu dans ce qu'elle nomme « *un processus de rétablissement* » d'une personne schizophrène, l'intérêt dans le cadre de cette recherche est de repérer comment la question du fraternel est évoquée et quelle part prend cette question dans ce processus.

Patricia E Deegan est américaine, aînée d'une grande fratrie, elle est issue d'une famille ouvrière de catholiques irlandais. Diagnostiquée schizophrène à l'âge de 18 ans, elle raconte son parcours de rétablissement publiée par l'Ecole de réhabilitation de Boston. Aujourd'hui elle est devenue psychothérapeute, Docteur en psychologie.

Dans ce texte, il n'est pratiquement jamais fait mention directement de la fratrie d'origine, celle-ci est incluse sans distinction ni en tant que groupe, ni en tant qu'individus, dans l'utilisation du mot « famille ». Il ne semble donc pas que sa propre fratrie ait représenté pour elle une ressource soutenante. Cependant, la question du fraternel apparaît sous d'autres formes.

### ***Regard de l'autre sur soi***

Deegan distingue trois temps liés à la transformation du regard que l'on a porté sur elle et à l'effet que cette transformation a provoqué en elle-même :

- « *Comment je suis vue par les autres et comment je me comprends avant d'être diagnostiquée malade mentale* »
- « *Comment je suis perçue par les autres après avoir été diagnostiquée malade mentale* »
- « *Je suis une personne pas une maladie* ».

La question du regard porté sur celui qui est malade constitue un élément essentiel de sa réflexion. Le regard peut agir comme un élément constitutif de la maladie (rendre malade) mais aussi comme un élément à partir duquel la personne malade peut se dégager d'une identité de malade.

*Avant « il y avait une cohérence entre la façon dont je suis perçue par moi-même et par les autres. Après diagnostic, il n'y a plus de cohérence (...) Mon identité avait été réduite à une maladie aux yeux de ceux qui travaillaient pour moi. Il fallut peu de temps avant que je commence à intérioriser cette perception flétrie et déshumanisée de moi-même » (Deegan, 2001, p 2).*

Pour aboutir à la troisième étape et transformer son regard sur elle-même, l'auteur montre l'importance de l'entourage dans son amélioration. Elle cite en particulier deux groupes qui ont joué un rôle important :

- Un groupe d'anciens hippies avec lesquels elle partage un appartement et au sujet duquel elle dit :

*« Je trouve que les environnements tolérants ont toujours été utiles dans mon rétablissement (...) Dans cette atmosphère tolérante, mes expériences psychotiques n'étaient pas perçues comme affreusement démentes et personne ne dramatisait. Au lieu de ça, les gens étaient respectueux, généralement calmes et encourageants et ils me donnèrent l'espace nécessaire pour vivre ma folie. » (Deegan, 2001, p 6)*

- Puis un groupe d'anciens patients en psychiatrie qui lui permet de passer une autre étape :

*« Je devins fatiguée d'être honteuse. A la fin de mon doctorat, j'ai commencé à rencontrer des survivants de la psychiatrie qui s'étaient rétablis et militaient. (...) J'étais une personne avec un passé psychiatrique et qui étais aussi psychothérapeute. Si le monde n'avait pas de catégorie pour cela, c'était le problème du monde, pas le mien. Je n'avais pas à rester dans le placard pour que les autres se sentent bien. Et surtout, je n'étais pas seule. (...) Ainsi, rejeter les affres intériorisées et apprendre à ne pas être honteuse fut un grand pas vers mon rétablissement. » (Deegan, 2001, p 7)*

Ainsi Patricia E Deegan montre qu'au-delà du traitement médicamenteux, des temps d'hospitalisation et d'une psychothérapie, la question de l'entourage a été pour elle primordiale. Elle met en avant l'importance d'être entourée de personnes qui peuvent accepter sa différence mais aussi assumer le fait que malgré ces différences, demeure une ressemblance.

### ***Regard sur soi-même à travers le regard de l'autre***

Elle affirme que le regard porté sur le malade semble est déterminant dans le processus de guérison parce qu'il sous-tend une démarche de co-construction, voir et être vu. Le regard évoque pour Deegan, le besoin d'un autre, d'un semblable capable de se considérer comme tel. Ce besoin s'exprime dans sa quête continue de groupes de pairs qui ont marqué les différentes étapes de son parcours de guérison.

Dans la description de son expérience, il s'agit non seulement du regard de l'autre sur soi mais aussi de son regard à elle sur l'autre la regardant. Sa réflexion sur ce thème évoque la dimension spéculaire propre à la relation fraternelle. Ce besoin de fraternité, qu'elle semble ne pas avoir trouvé dans sa fratrie d'origine, se trouve à l'œuvre dans la constitution de fratries d'élection. Celles-ci échappent d'une part au regard parent-enfant permettant une inscription dans sa propre génération et échappent d'autre part au regard soignant-patient permettant de ne pas se limiter à une identité de malade.

On pourrait dire que la dimension fraternelle représente ici une ressource essentielle du parcours de guérison.

Comment se fait-il que la fratrie d'origine soit si peu évoquée comme si elle n'avait pu contribuer au parcours de vie ?

Les qualités que Deegan recherche dans ces groupes sont la tolérance et la capacité à supporter sa folie. Or, pouvoir supporter la folie d'un frère suppose de ne pas craindre d'être atteint soi-même. Deegan est l'aînée de sa fratrie, il est possible que ses jeunes frères et sœurs n'aient pu à l'époque renvoyer qu'un regard de peur et d'effroi devant la transformation de leur aînée, il est possible aussi que l'aînée ait pu sentir la menace de la proximité. Pankow a parlé « *d'engloutissement pas le miroir, si spécifique de la psychose* » où l'autre devient « *une réalité spéculaire* » (Pankow G. , 2009, p. 16). Dans les groupes de pairs extérieurs à la fratrie la question de la consubstantialité n'est pas aussi centrale qu'au sein de sa famille d'origine et

le miroir est moins menaçant.

Par l'analyse de sa propre expérience et son insistance sur thème du regard, Deegan apporte des éléments essentiels à la compréhension des processus fraternels quand un membre de la fratrie est atteint. Lauveng (2014, p. 121) rejoint son analyse : « *Ce qui était pénible (...), c'était justement que moi ou mes actions n'étions plus évaluées à l'aide de critères classiques, mais comme des symptômes de la folie. Il ne sert alors à rien d'argumenter, car plus vous protestez, plus la certitude que vous êtes malade se renforce. J'étais malade sans le moindre doute, mais pas de tout mon être.* »

La réflexion de ces deux patientes, devenues psychologues après avoir traversé des épisodes délirants longs et sévères, se rejoint sur la dimension spéculaire : être regardé, être vu transforme et influence le regard que l'on se porte à soi-même et sur le rapport à sa maladie.

### **A-3 Objets d'analyse : récits de John Perceval et Polo Tonka**

Les deux récits retenus dans cette recherche ont valeur de témoignage. Ils ont été écrits dans l'intention de modifier le regard porté sur la maladie. Il ne s'agit pas d'écrits adressés à soi-même comme pourrait l'être un journal intime, mais de textes écrits par des personnes atteintes de schizophrénie dans le but qu'ils soient lus par un large public et qu'ils contribuent à enrichir la connaissance.

Pour le premier texte, l'auteur précise clairement ses intentions dans la préface.

« *En narrant et en expliquant ses souffrances par le menu, ainsi que ses griefs et ses difficultés, il espère faire comprendre aux malheureux parents affectionnés d'une personne dérangée, quels peuvent être ses besoins et comment ils doivent se conduire à son égard, afin d'éviter les erreurs qui furent hélas commises par la famille de l'auteur.* » (Perceval 1840)

Pour le second texte, le choix du sous-titre « *un schizophrène témoigne* » montre les intentions de l'auteur d'utiliser ce récit pour témoigner de son expérience. Si dans le texte de Perceval, c'est la lecture a posteriori d'un psychiatre qui donne au texte une valeur clinique,

ici Polo Tonka fait lui-même appel à un psychiatre de renom pour rédiger la préface et apporter une caution scientifique à ce qui est écrit .

Ceci place ces deux textes, même si le second a une forme plus littéraire, du côté du témoignage, c'est-à-dire avec l'intention de dire et de faire connaître quelque chose sur soi-même.

Partant de l'analyse de deux récits autobiographiques de patient schizophrènes, il s'agit de repérer le long de ces récits ce qui est dit du fraternel et la façon dont le fraternel est évoqué.

- **John Perceval**<sup>36</sup> (Bateson, 2002),

John Perceval est l'auteur d'un livre autobiographique dans lequel il décrit les phases de son délire psychotique mais aussi les transformations qui l'ont précédé. Paru dans l'anonymat en 1838 sous le titre *A Narrative of the Treatment Experienced by a Gentleman, During a State of mental Derangement : Designed to Explain the Causes and the Nature of Insanity (and to Expose the Injudicious Conduct Pursued towards many Unfortunate Sufferes under that Calamity)*, le livre est réédité en 1961 par le psychiatre Grégory Bateson intéressé par cette description de l'intérieur du « *périple à travers la psychose.* » (Bateson, 1961, p18).

- **Polo Tonka** (2013)<sup>37</sup>

Polo Tonka est écrivain, il a été diagnostiqué schizophrène à l'âge de 18 ans. Son livre intitulé « Dialogue avec moi-même » est préfacé par le psychiatre Philippe Jeammet qui considère ce livre comme « *un des plus forts documents cliniques* » qu'il ait pu lire (Jeammet, Préface, Tonka P. "Dialogue avec moi-même", 2013, p. 9).

#### **A-5 Grille d'analyse des récits autobiographiques des patients**

Ces livres n'ont pas été écrits pour évoquer les liens fraternels, les psychiatres auteurs des deux préfaces ne les évoquent pratiquement pas non plus, pour autant le thème de la fratrie est

---

<sup>36</sup> Première publication en Grande Bretagne en 1838 à compte d'auteur, publié aux Etats-Unis par Bateson en 1961, publié en France en 2002 sous le titre « Perceval le fou, autobiographie d'un schizophrène »

<sup>37</sup> Tonka P., Dialogue avec moi-même, 2013, Odile Jacob, France.

présent dans ces deux récits. Dans les deux textes, toutes les évocations de la fratrie ont été relevés de manière exhaustive afin de constituer un corpus que nous nommons « traces du fraternel » dans les deux récits de vie de patients.

- Références directes aux frères et sœurs en tant que personnes
- Evocations de souvenirs
- Expressions d'un sentiment en rapport avec le thème du fraternel

Dans un second temps, ce recueil de textes a été analysé selon l'analyse thématique avec la même grille d'analyse que celle utilisée pour l'analyse thématique des entretiens.

- Le passage de l'ordinaire à l'étrangeté, repérage de l'émergence de la maladie pour eux-mêmes et dans le reste de la fratrie
- Le thème de l'espace au sein de la fratrie : limite, proximité, frontière, ...
- Les imagos fraternels et ce qui est dit des relations : attribution des rôles, choix affectif, ...
- Les processus d'adaptation des frères et sœurs à la situation

L'objectif est de repérer, du point de vue de la personne malade, comment se situe le fraternel et comment l'imgo fraternel est évoqué.<sup>38</sup>

## ***Partie 2 : Analyse des récits autobiographiques***

En partant des récits autobiographiques des patients, nous nous sommes intéressés à ce qui transparait de leur relation à leur(s) frère(s) et sœur(s) et plus largement à la façon dont se pose, dans leurs récits, la question du fraternel.

Nous avons choisi des documents de personnes qui reconnaissent leur souffrance et acceptent le fait d'être considérées malades. Ces documents proviennent de différentes époques et de différents pays, ceci permet de considérer la question des liens fraternels d'une part en dehors d'un contexte psychiatrique et d'un système de soin particulier et d'autre part indépendamment de la conception de la maladie liée à une époque et à une culture. Ainsi nous

---

<sup>38</sup> Le recueil des « traces du fraternel » figurant dans le livre de John Perceval sont rassemblées en annexe.

tentons de dégager ce qui est permanent au rapport de la fratrie et de la folie.

- L'auteur du premier livre est John Perceval, c'est un aristocrate anglais du début du XXème siècle qui fut hospitalisé pendant 3 années. Paru en 1838, ce livre fut réédité dans les années 1960 par le psychiatre américain Gregory Bateson car il considérait qu'il constituait un réel apport à la connaissance de la schizophrénie.
- Le second auteur écrit sous le pseudo de Polo Tonka, c'est un auteur contemporain qui vit en France.

Dans ces deux livres, les auteurs font état de leur parcours vers la guérison. Aucun des auteurs n'a produit ces écrits dans l'intention précise de parler de son rapport à ses frères et sœurs, aussi, nous avons abordé la lecture de ces textes en cherchant à y repérer ce que nous appelons « les traces du fraternel » : comment les frères et sœurs sont évoqués, dans quelle situation et quels affects s'y rattachent. Nous nous sommes intéressés à la place des frères et sœurs dans ce que G Bateson, préfaçant le livre de John Perceval, appelle « *la traversée de la psychose* ». Est-ce une traversée purement solitaire ou est-ce que les frères et sœurs sont présents et de quelle façon ? Il semblerait, selon Bateson, « *qu'une fois plongé dans la psychose, le malade soit obligé de parcourir un certain chemin. (...) L'épisode schizophrénique une fois commencé, semble volontiers prendre une courbe définie* », « *la rémission spontanée ne pose aucun problème. Elle est l'issue parfaitement naturelle de tout le processus. Ce qu'il nous faut expliquer c'est l'échec de ceux qui partis pour ce voyage n'en reviennent point* ». (Bateson, 1961, p18). A travers ces écrits, nous essaierons de voir si la dimension fraternelle est déterminante dans l'issue de cette traversée, si elle joue un rôle, en d'autres termes si, de ce point de vue, les frères et sœurs peuvent ralentir, entraver ou faciliter le processus de guérison.

### **A/ John Perceval**

John Perceval est l'auteur d'un livre autobiographique dans lequel il décrit les phases du délire psychotique mais aussi les transformations qui l'ont précédé. Paru dans l'anonymat en 1838 sous le titre *A Narrative of the Treatment Experienced by a Gentleman, During a State*

*of mental Derangement : Designed to Explain the Causes and the Nature of Insanity (and to Expose the Injudicious Conduct Pursued towards many Unfortunate Sufferes under that Calamity)*, le livre est réédité en 1961 par le psychiatre Grégory Bateson intéressé par cette description de l'intérieur du « périple à travers la psychose ». <sup>39</sup>

John Perceval est un aristocrate anglais né au début du XIX<sup>e</sup> siècle, issu d'une famille de 12 enfants, il est le 5<sup>ème</sup> des 6 garçons.

Son enfance fut marquée par la mort brutal de son père quand il avait 9 ans. Celui-ci était Premier ministre, il fut tué en pleine séance de la chambre des Communes par un homme armé de deux pistolets. Sa mère se remarie deux ans plus tard avec un colonel. Il évoque peu ses années d'enfance que l'on peut imaginer assez conventionnelles à l'époque de l'Angleterre victorienne. Il entre dans l'armée avec le grade d'officier, puis vend sa charge, prend des cours à l'université d'Oxford, part en Écosse pour étudier les phénomènes des « miracles » de Row liés à un culte évangélique dont les membres se faisaient appelés les irvingites. Rejeté par les dirigeants du groupe de Row, il part pour Dublin où son état se dégrade et le 16/12/1830, il est interné dans la chambre de l'auberge qu'il occupait jusqu'à ce que son frère aîné, Spencer, vienne le chercher et le fasse interner à l'asile du docteur Fox, dans la région de Bristol, en janvier 1831. En mai 1832 il est alors transféré dans un asile du Sussex dont il sort au début de l'année 1834.

John Perceval motive son écrit par la volonté de « *faire naître une sympathie intelligente et active, au nom des plus malheureux, des plus démunis des hommes de ce monde (...). Essayez de ressentir ce qu'ils ressentent* » (p 32)

Le recueil publié par Bateson comprend l'ensemble des écrits de Perceval :

- Un premier livre publié en 1838 à Paris où il exprime son ressentiment à sa famille et ses médecins,
- Quelques lettres adressées ou reçues de ses proches,
- Puis un second livre, paru en 1840, où il revient sur sa guérison de façon plus apaisée.

Précurseur du mouvement de l'empowerment, il témoignera en 1859 devant la Commission pour la folie, au nom d'une organisation appelée « Société amicale des soi-disant fous » (Alleged Lunatics Friends Society).

---

<sup>39</sup> Le recueil des traces du fraternel dans le récit de John Perceval est situé en annexe.

Dans ce texte de J Perceval nous avons repéré trois thèmes principaux dans les évocations de la fratrie :

- Spencer, le frère aîné qui assume une décision d'internement,
- Les frères et sœurs qui apparaissent dans le contenu des délires,
- Le besoin de fraternité.

### ***A-1 Spencer, le frère aîné pilier du groupe familial***

Spencer est le frère aîné, celui qui est placé dans le rôle de protecteur de John mais aussi comme protecteur du groupe familial. C'est à lui que reviennent les décisions d'internement, c'est aussi lui qui est le plus abruptement témoin des symptômes de son frère. Lors de la première crise il voit John maintenu dans sa chambre d'hôtel, pieds et mains liés par une camisole de force. Lors de cette crise inaugurale, John éprouve une profonde déception devant ce frère qui selon lui ne le comprend pas.

Cependant, malgré la colère que ressent John, Spencer continue à être évoqué au long du récit comme quelqu'un qui malgré tout est là, à ses côtés, et qui reste une présence rassurante. Spencer est alors perçu comme celui qui assume la décision d'internement mais aussi comme celui qui assume l'accompagnement des temps de crise. Malgré les griefs exprimés par John qui estime que son frère n'éprouve aucune compassion à son égard, on constate qu'à la suite des visites de Spencer, le traitement de John a été légèrement amélioré (moins de contention, soin corporel, chambre individuelle) dans les limites des traitements infamant de l'époque (niche, bain glacé, ...).

Dans la figure de ce frère aîné, engagé dans une carrière politique sur les traces de leur père et certainement soucieux des répercussions stigmatisantes de la maladie de John sur l'ensemble du groupe familial, on peut repérer un socle solide auquel John s'éprouve, se confronte.

En effet, Spencer représente un point d'ancrage pour John : Toutes les évocations de Spencer sont liées à une référence temporelle, les visites de ce frère aîné ponctuent ces trois années d'internement et structurent les étapes, elles apportent une temporalité là où John se plaint de ne plus en avoir. Il semble que malgré les incompréhensions mutuelles entre John et

Spencer, la familiarité du lien soit venue suppléer un manque. Notons que si John a reçu d'autres visites, celles de Spencer revêtent toujours un rapport à la temporalité, un avant et un après qui empêche la stagnation. (cf annexe extraits des pages 72, 74, 87, 91, 92, 94, 95, 125, 144, 182, 183)

D'autre part, la colère virulente qu'éprouve John à l'égard de Spencer parce qu'il a pris fait et cause pour les médecins et qu'il a toléré que la correspondance de John soit ouverte semble avoir été une expérience structurante, au sens où Kaës (2008) pense que le conflit fraternel peut être structurant. Cette colère exprimée dans des courriers, une tentative de fugue et même une plainte pénale a été entendue et traitée comme telle. Paradoxalement, c'est parce que Spencer n'a pas esquivé cette colère dans laquelle John se dit exclu et incompris par sa famille qu'il situe par le fait même John dans la communauté de ses frères/sœurs. C'est en refusant d'admettre que John puisse avoir une telle opinion de sa famille que Spencer, au-delà du conflit, maintient John dans cette famille et l'humanise. La colère envers Spencer permet une interaction d'homme à homme. Il lui fait ressentir des sentiments comme la jalousie que Kaës nomme « *l'archétype des sentiments sociaux* ». Nous faisons l'hypothèse que c'est en passant par cet éprouvé que John a pu trouver un « *îlot de lucidité* » selon l'expression de Bateson. (cf annexe p 173, 179, 229, 234, 235, 237, 238, et les lettres de John à Spencer p 241 et 249)

Le frère aîné Spencer, pilier du groupe familial, héritier désigné et fidèle du père (droit d'aînesse, même patronyme, même profession), maintient le lien avec John peut-être plus par devoir filial (soutien de la mère) que par affection. Ce lien solide semble avoir représenté pour John un repère structurant pour dépasser la crise psychotique. Mais en acceptant cette désignation de ce que l'on nommerait aujourd'hui « *aidant familial* », Spencer ne peut se maintenir dans un registre fraternel, et John voit dans ce frère, passé du côté de ceux qui décident, une marque de trahison.

## ***A-2 Place des frères et sœurs dans les hallucinations de John***

Dans les délires de John ses frères et sœurs sont souvent évoqués. Entre le début de la maladie jusqu'à la phase de rémission, on repère une évolution de la façon dont ils sont évoqués et de la place qu'ils jouent dans les constructions délirantes.

Dans les premiers temps de la maladie, les frères et sœurs sont au cœur des délires à la merci des voix c'est-à-dire alliés à elles contre John, persécuteurs ou persécutés avec lui, objets à la fois malmenés et malmenant.

- « *La voix de mon génie tutélaire et celle d'un des esprits de ma sœur me poussaient à me sacrifier à n'importe quel prix et de n'importe quelle façon* ». (p 77)

- « *Mon frère et l'un de mes cousins se préparaient à me plonger dedans pour l'éternité (dans l'eau bouillante). Lorsqu'ils entrèrent dans ma chambre, je les vis pendant un moment comme des êtres naturels, mais leur apparence se déforma et j'observai qu'ils enflaient d'épouvantable manière, puis que leur figure devenait de plus en plus sombre au point de devenir noire.* » (p 85)

- « *Pendant un certain temps, je m'imaginai que ma sœur aînée, ressuscitée d'entre les morts, avait entrepris de subir toutes ces tortures à ma place. Je croyais parfois la voir en train d'être écorchée vive, dans la pièce du rez-de-chaussée, et j'essayais de m'y introduire de toute force ; d'autres fois, je croyais la voir en train d'être mutilée dans le jardin, juste sous les fenêtres de notre prison.* » (p 129)

Puis, John semble prendre conscience graduellement que rien ne se passe quand ses frères et sœurs sont présents.

« *J'entendis que l'on commandait à ma sœur de me trancher la gorge, et mon âme fut profondément bouleversée de ce qu'elle acceptât de la faire. Comme rien ne se produisit, je repris confiance et, cette nuit-là, je remarquai un changement de ton dans la voix de mes esprits.* » (p 89)

- Quand John pense avoir été adopté, un souvenir rapporté par son frère le rassure :  
« *l'un de mes frères, venu me rendre visite me rappela le nom de l'un de mes anciens professeurs et confirma le soupçon que j'avais eu d'avoir été trompé. Je n'en avais pas moins grand besoin de toutes ces preuves tangibles pour être pleinement persuadé de mon erreur.* » (p 130)
- « *Je citerai un exemple de ce type de vision que j'eus pendant mon séjour à Brisslington, alors que je travaillais dans le jardin à tailler les groseilliers : je vis soudain sortir du sol une forme féminine, complètement nue mais la tête enveloppée d'un voile noir. Les esprits me dirent que c'était ma sœur aînée et que*

*si je le désirais elle sortirait complètement du sol et enlèverait son voile pour me parler. Pris de court et comprenant mal ce qu'on attendait de moi, je ne sus que répondre et j'éprouvai une terrible douleur physique et une anxiété sans bornes. Finalement, me souvenant de la façon dont on m'avait trompé en d'autres occasions, et combien j'en avais souffert, je me mis en colère et répondis : « Elle peut aussi bien rentrer dans le sol qu'en sortir, ça m'est égal et ça ne m'intéresse pas. » Mon esprit n'en fut pas moins grandement troublé. **Ma réponse insolente fit disparaître instantanément la vision.** » (p 375)*

Progressivement, l'image des frères/sœurs dans les hallucinations de John, évolue. Elle fonctionne comme relais ou passerelle entre le monde halluciné et le monde réel. Le changement à propos de l'évocation des frères et sœurs dans les constructions délirantes représente le signe d'une évolution du rapport au réel. En effet, la présence des images fraternelles apporte des éléments de réalité sous forme de souvenirs qui font vaciller le délire et qui introduisent du doute au cœur de l'hallucination. Bateson a parlé à propos de Perceval d'instantanés de lucidité. *« Bien que plongé dans le délire, Perceval conserve un certain scepticisme et, lors de ses quelques instants de lucidité, se demande si ce qu'il vit est vrai ou s'il s'agit seulement d'un rêve et si, plutôt que de tendre vers la perfection spirituelle, il ne serait pas en train de sombrer dans la folie (...) ces îlots de lucidité ne durent guère. Il doit fournir un effort incessant pour qu'ils subsistent car chaque moment de lucidité est immédiatement intégré dans une nouvelle version du délire. ».*

Il semble que la relation aux frères et sœurs favorisent l'émergence de ces « îlots de lucidité », sur lesquels petit à petit John s'appuie pour s'affranchir de ses voix. La nature même de la relation fraternelle impose cette confrontation au réel car le frère n'est pas choisi par l'enfant, il s'impose à lui comme un autre avec lequel il va devoir composer. La présence imposée et probablement encombrante de cette grande fratrie où la compétition devait être intense est peut-être l'expérience enfantine qui permet à Perceval de reconnaître un élément de réalité intangible au cœur de son délire. Par ailleurs, un autre aspect de la relation fraternelle qui peut jouer dans cette fonction de passerelle est sa longévité : la relation fraternelle est souvent la relation la plus longue de la vie, elle assure un continuum. Le fait que les frères et sœurs ont la connaissance de John avant ses délires, de John non malade, est aussi un élément qui leur donne la capacité à le ramener vers ce temps-là et à introduire de la distance entre John et ses hallucinations.

### **A-3/ La nécessité du sentiment fraternel**

John projette sur les personnages qui l'entourent les identités des figures familiales. Spencer n'apparaît jamais à cette place-là ni dans les hallucinations. La mère est projetée dans les fonctions de surveillante ou de gardienne, il en est de même pour la sœur défunte, le père apparaît une fois comme personnage accompagnant le médecin, situé en position verticale par rapport à John.

*« Deux surveillantes étaient **ma mère** ; deux domestiques étaient l'une à la fois **ma sœur et ma cousine**, et l'autre **ma sœur défunte**. »* (p 109)

*Par la suite on me fit croire que deux ou trois des gardiens étaient **ma mère** et quand je répliquais que je ne la reconnaissais pas, on me dit que c'était parce que je ne voulais pas la reconnaître. »* (p 109)

Par contre il semble que les frères et sœurs les plus proches en âge de John, c'est-à-dire ceux avec lesquels il a dû partager une complicité de jeu, se retrouvent dans des fonctions d'accompagnateur en position latérale. Ils se tiennent à ses côtés et ne représentent plus une menace.

*« Il y avait **un jeune homme qui s'occupait de moi** et une voix dit que c'était mon quatrième frère et une autre que c'était **mon plus jeune frère**. Je n'oserais pas affirmer qui c'était vraiment. »* (p 86)

*« Une fois par jour, l'un ou l'autre fils du Docteur F. venaient dans la pièce pour 5 ou 6 minutes ; ils parlaient à quelques malades et m'adressaient éventuellement quelques mots. (...). « On me dit que l'un de ces messieurs étaient **mon frère D** et qu'il s'appelait Sincérité et Contrition ; l'autre était **mon frère H** et s'appelait jovialité ; c'était un beau garçon à l'air aimable, tandis que l'autre avait l'air bête et mélancolique. »* (p 124)

*« Une très jolie servante, que j'appelais Louisa et que je croyais être ma sœur. Je m'efforçais de parvenir à la fin du repas sans commettre d'excentricités. »* (p 149)

John voit aussi ses frères et sœurs comme des semblables au point de les identifier aux malades qu'il côtoie quotidiennement. C'est précisément le cas de son frère le plus jeune. La

reprise des jeux identificatoires de l'enfance semble avoir été pour John une ressource importante dans sa lutte contre ce qu'il nomme « calamité », « ruine » ou « folie », car elle lui a permis de reconstruire des figures familières là où tout était devenu étranger et ainsi de ne plus se sentir totalement isolé. Pour autant il faut questionner ce que de telles projections peuvent provoquer sur de jeunes frères et sœurs.

Mr A, jeune, mince et blond, « *mes esprits me dire que c'était **mon frère D** en même temps que l'esprit de contrition de mon frère D.* ».

« *Mr J était le plus jeune malade et à mon avis le plus méchamment traité de tous (...) mes esprits me dirent qu'il était **mon plus jeune frère.*** »

« *Monsieur J que je croyais être mon plus jeune frère avait la permission de venir auprès de moi pendant un moment. C'était un jeune homme très excité qui s'exprimait par des métaphores que ne comprenaient pas les gens qui l'entouraient, mais moi je sentais bien que ses paroles avaient un sens caché précis.* » (p 155)

#### **A-4 La déception**

Sur la base des trois points précédents, nous pouvons conclure que dans le cas de John Perceval, la présence des figures fraternelles a participé positivement à l'amélioration de son état.

Cependant, si John met l'incompréhension de ses médecins sur le compte de l'incompétence, il estime que le lien familial, et en particulier fraternel, devrait suffire à développer chez son entourage une capacité à l'empathie et à la compassion. La déception, l'ingratitude, la colère qui s'expriment dans ses écrits sont liées selon Bateson au sentiment que « *quoi qu'il fasse, il sera rejeté* » (p 14) et ceci malgré son attachement à sa famille.

Cependant, John veut être parmi les siens mais en fixant lui-même les règles du jeu, il veut être parmi les siens en imposant sa vision du monde.

« *Mes frères, mes sœurs et ma mère étaient perpétuellement présents à mon esprit ; je n'avais qu'un seul désir : me retrouver parmi eux. Mes actions parfaitement*

*extravagantes et toutes les souffrances que je m'imposais volontairement n'avaient qu'un seul but : me retrouver miraculeusement parmi eux, ou qu'eux viennent me retrouver ici. » (p 110)*

A titre d'exemple John avait décidé de porter la barbe et les cheveux longs et reconnaissait avoir à l'époque une hygiène déplorable. Dans le contexte de l'époque, sa façon d'être pouvait être perçue comme une provocation des valeurs du groupe familial et social dans lequel pourtant il revendique une place. On voit ici comment cette communication paradoxale ne peut mener qu'à l'incompréhension mutuelle.

*(...) J'étais déçu du résultat de la visite que m'avait rendue mon frère. J'avais l'impression que Hobbs (un domestique) se rendait compte que **mon frère n'avait pas su toucher la bonne corde en moi et qu'il était trop sot pour découvrir mon secret.** » (p 197)*

La déception est aussi la contrepartie du fait que Spencer ait pris le rôle de substitut parental. Aujourd'hui on pourrait dire que Spencer a été désigné comme « aidant familial », il a été amené de ce fait à prendre des décisions sans le consentement de John, voire des décisions totalement coercitives. Cette fonction place Spencer dans un rapport de pouvoir qui va bien au-delà des droits habituels d'un aîné sur un cadet. Du point de vue de John, Spencer n'a pas été capable d'un regard ou d'une attention fraternelle qu'il espérait, Spencer n'est plus un frère, c'est un faux-frère.

*« Les personnes au cœur sensible ne manqueront pas de frissonner d'horreur devant une telle situation. (...). Pourtant ce ne fut pas le sentiment de **mon frère**, oh ! non ! Lorsque mon frère aîné vint me rendre visite à ce moment-là, précisément je crus que c'était la providence qui l'envoyait constater la cruelle infamie de mon sort. Il entra et inspecta la cellule dans laquelle on m'emprisonnait la nuit ; il put à loisir m'observer assis dans ma niche, emprisonné dans ma camisole de force et exposé aux regards des malades pendant la soirée ; sur ce, il me quitta, m'abandonna à mon sort. » (Spencer) ( p 139)*

*« **Si mon frère avait dit** : « Il se passe quelque chose de bizarre ici ; je vais essayer de comprendre », s'il avait seulement fait semblant d'accorder quelques crédits à mes dires (...) peut-être serais-je rapidement sorti de cette épouvantable*

*situation et aurais-je été sauvé du désastre, mais les choses ne se passèrent pas ainsi. » (Spencer). (p 87)*

## **B/ Polo Tonka**

Le titre-même du livre de Polo Tonka *Dialogue avec moi-même* pose la question de la place et de l'existence de l'autre dans la traversée de la psychose, cette traversée que l'auteur qualifie lui-même de « *guerre de l'intime* » (p 13). La forme littéraire du texte choisie par l'auteur permet de comprendre ce combat intérieur et tenter de « *dire l'invisible douleur de l'incommunicable épreuve* » (p 191)

*« J'ai pour cela décidé d'une rencontre singulière entre deux parties de mon être que je nomme moi et moi-même, afin de mieux enseigner cette division de l'être qu'est la schizophrénie et pour me permettre d'initier en moi, par ce travail salvateur, une réunion de mon âme tellement nécessaire. (...). J'attends ainsi beaucoup de cette relation à naître, comme une réunification des profondeurs. » (p 14).*

Polo Tonka met en scène cet échange intérieur entre la part de lui qui est altérée et la part qualifiée par Jeammet de « *conscience réflexive* » c'est-à-dire celle qui « *demeure le plus souvent au fond de soi, qui sait bien que tout ceci n'est peut-être pas aussi vrai, que quelque chose déborde qui est soi et pas soi* » (p 10). Cette conscience réflexive définie par Jeammet fait écho aux « îlots de lucidité » dont parle Bateson dans la préface du livre de J. Perceval.

La question, en ce qui concerne la recherche, consiste à repérer si, dans l'intensité de ce dialogue entre soi et soi-même, il y a une place possible pour autrui. Comment est perçue la question du fraternel ? Et comment les membres de la fratrie vont se situer par rapport à ce frère qui est absorbé dans un dialogue interne dans lequel il peut sembler se suffire à lui-même ?

### **B-1 L'entrée dans la maladie décrite par une personne malade**

Polo est le dernier d'une fratrie de 6 garçons, petit dernier, il a 5 ans d'écart avec son frère

le plus proche. Sa singularité, sa « *propension à être dans la lune* », très différente du style plus terrien de ses frères, est très vite reconnue.

Il décrit sa maladie comme un « *poison* » qui a fait son effet progressivement. *C'est un personnage de BD, « un monstre rouge et démoniaque »* qui envahit petit à petit son univers, l'obligeant à mettre en place des stratagèmes au moment du coucher. Puis ce monstre est identifié à ses deux parents et enfin à sa famille toute entière. « *Je pensais que les membres de ma famille étaient d'authentiques monstres ayant pour objectif de m'assassiner et qui, selon mon idée, conversaient dans un langage obscur que j'essayais d'intercepter.* » (p 27). Tout son univers familial est devenu persécutant et menaçant.

La description de l'expérience psychotique de Polo Tonka met en avant deux phénomènes particuliers :

- L'expérience de la centralité :

« *Tout tournait autour de moi. Si j'ai perdu certains amis, c'est aussi de ma faute. Je me rendais tout à fait compte que tout gravitait autour de moi, mais je me sentais incapable de faire autrement* ». (Tonka, 2013, p. 99) « *Dans la psychose naissante le concernement, d'abord continu, amplifié, puis exponentiel, conduit le patient à se percevoir au centre des hommes.* » (Grivois 1995, p 56). Tout le monde le suit et le précède, il est la référence, « *le centre d'une intense réciprocité* » (Grivois 1995, p 30).

Cette expérience représente une mise à l'épreuve du sujet avec lui-même et avec le monde qui l'entoure comme le repère Jeammet dans la préface du livre de P Tonka. « *Elle altère ce qui fait la spécificité de l'homme, ce qu'on appelle son psychisme, c'est-à-dire cette capacité réflexive qui conditionne la représentation qu'il a de lui-même et qu'il pense que les autres ont de lui.* » (Jeammet, Préface, Tonka P. "Dialogue avec moi-même", 2013, p. 9)

- L'expérience de la perte des souvenirs :

« *La lente mais puissante vague d'engloutissement de mes souvenirs heureux. Si bien que quelques semaines après les premiers signes, j'avais déjà oublié la quasi-intégralité de mes joies passées* » (p 67).

L'effacement des souvenirs provoque une discontinuité dans le sentiment d'exister et

participe à la difficulté à se reconnaître soi. Polo dit en effet « *ma vie d'enfant a dû avoir ses moments de joie, mais il ne m'en reste pas le moindre souvenir. Tout a reflué en moi en flaques sombres où se perd mon passé et j'angoisse à l'idée de m'y plonger.* » (p 21)

La perte sélective des souvenirs heureux place les frères dans un rôle particulier de rappel de la mémoire. On repère en effet dans ce récit que c'est souvent par l'évocation de ses frères que remontent certains souvenirs. Au point que l'on peut penser que sans ce canal, les souvenirs n'atteindraient pas la conscience. La relation fraternelle qui est, après celle des parents, la plus précoce de la vie peut représenter une ressource sous forme de boîte à souvenirs, constituée non d'anecdotes historiques mais de souvenirs vécus ensembles chargés d'émotion, cette ressource va assurer pour Polo un continuum entre l'avant et l'après qui va permettre de restaurer le dialogue entre « moi » et moi-même ».

Polo a conscience que ces troubles ont profondément modifié ses rapports avec ses frères. Il subit au collège rivalité, moquerie, harcèlement de la part d'un groupe de pairs. Ce collège est celui où ses cinq frères aînés ont si bien réussi, changer de collège aurait été assumer une différence radicale avec sa fratrie. Polo n'a pas songé à partir car il n'aurait « *jamais supporté d'être écarté de ce moule familial presque mythique.* » (p 39)

Coincé entre la légende familiale dans laquelle il faut s'inscrire sur les pas de ses aînés et ce groupe de pairs ligués contre lui dans une « *fronde massive* », un « *lynchage systématique* », Polo s'est trouvé au cœur d'une impasse relationnelle qui semble avoir été à l'origine du premier délire.

« *Le délire peut tenir longtemps dans un esprit sans les preuves de sa validité, mais si, par une cruauté du destin, la folie trouve du grain à moudre, il devient quasiment impossible au malheureux de toucher terre de nouveau. Ma déréalisation par le sentiment de persécution s'est ainsi enrichie par du solide et du cruel.* » (p 35)

Cette impasse a produit un retournement de la violence subie à l'intérieur du groupe familial et a dû imposer à chacun un remaniement psychique important :

« *J'étais extrêmement brutal avec mes frères et mes parents.* »

## **B-2 Regard d'un malade sur les transformations de sa fratrie**

Au fil du récit, les frères et sœurs sont fréquemment nommés et on les retrouve dans l'enfance, au moment de l'émergence des troubles jusqu'à aujourd'hui. L'auteur affirme qu'une conséquence de cette souffrance à l'adolescence est la modification de ses relations avec ses frères ce que nous avons mis en évidence dans le tableau suivant. Par souci de confidentialité, l'auteur utilise un pseudonyme et attribue des prénoms à ses frères, de même il revendique « *de ne pas les citer selon un ordre chronologique, mais plutôt par une distribution aléatoire qui ne fera sens que pour moi seul.* » (p 29)

Tableau 9 : Evolution des relations dans la fratrie de Polo Tonka

	<b>Enfance</b>	<b>Premiers signes</b>	<b>Aujourd'hui</b>
<b>Hugo</b>	Rapports inexistant Maigres liens mais encourageants	Devenu proche	
<b>Damien</b>	Frère clef de ma petite enfance ! Mémoire affective de profonds moments de communication joyeuse.	Dégradation J'ai perdu ce frère si proche et si aimant pour me retrouver peu à peu et toujours plus fort face à un roc d'indifférence.	Au fond je ne crois pas qu'il m'aime moins mais que mes troubles de santé ont petit à petit détruit l'aisance qu'il avait avec moi.
<b>Tristan</b>	Aucun souvenir le concernant	N'étaient pas hostiles, mais trop loin encore de mon existence.	Ceux avec lesquels le dialogue est le plus naturel
<b>Quentin</b>	Aucun souvenir le concernant	N'étaient pas hostiles, mais trop loin encore de mon existence. Bon sujet à l'humour mais sans que les liens soient si forts.	Ceux avec lesquels le dialogue est le plus naturel. A l'occasion d'un voyage chez son frère, se sont nouées des relations qui ne se sont jamais affadies.
<b>Charles</b>	L'un des premiers à s'être rendu compte de ma souffrance.	Très proche Rendez-vous hebdomadaire de ping-pong. La joie qu'il me faisait de me donner un peu de son temps pour s'amuser avec moi était	L'un des plus attentifs à ma personne et à ma souffrance.

		salvatrice.	
--	--	-------------	--

Nous constatons que c'est avec **Damien**, qualifié par Polo comme « frère clef de l'enfance », sans doute le frère de jeu, que la relation s'est détérioré. La relation fraternelle la plus proche de l'enfance est celle qui est la plus déformée par la maladie. Probablement, la maladie est venue questionner frontalement cette complicité de l'enfance : complice dans l'enfance, complice dans la maladie ? Damien a pris ses distances, on évoque un frère s'étant expatrié aux Etats-Unis sans certitude que ce soit lui. On apprend aussi qu'un des premiers accompagnements de Polo vers un psychiatre sera fait par l'un des frères qui a déjà eu recours à un psychiatre, le père pense que cette complicité peut faciliter l'accès aux soins de Polo.

C'est avec les frères les moins présents dans l'enfance **Tristan, Quentin, Hugo**, que les relations sont le plus faciles aujourd'hui. Ces trois frères semblent avoir été à distance au moment de l'apparition des troubles, ce qui a pu les protéger de la fascination et de la peur et moins questionner leur propre vulnérabilité. Par contre, les relations avec Damien, le frère le plus proche de l'enfance, ont eu plus de mal à résister à la transformation de la psychose.

Enfin il y a dans la fratrie celui qui sait : **Charles** comprend très tôt la nature des troubles et l'ampleur de la souffrance. Ce frère qui sait, semble être le seul à avoir maintenu la même relation avec Polo sans que celui-ci ait noté de transformation liée à ses troubles. Il est resté un compagnon de route tout au long du parcours.

### ***B-3 Faire équipe : un pas vers la rémission***

L'accueil dans la famille d'un de ses frères a représenté un appui essentiel dans son parcours. Ce frère l'intègre non seulement à sa vie de famille mais aussi à une communauté religieuse (charismatique) qu'ils fréquentent tous ensemble. Polo Tonka en parle comme un point central dans son processus de guérison.

*« C'est ce jour-là que mes symptômes dépressifs ont disparu et qu'ils m'ont quitté pour ne plus jamais m'envahir de nouveau. »* L'auteur remarque que ce « *désir commun de faire équipe* », d'être partie prenante, de ne plus se sentir exclu a été

salvateur.

*« Il s'est ensuivie une profonde relation d'amour avec cette famille qui m'avait accueillie. Nous allions ensemble, mon frère, sa femme et leurs enfants à la messe chaque dimanche (...) je mangeais avec eux et je restais encore une partie du dimanche (...) j'ai pu enfin m'intégrer parfaitement à la petite équipe. » (p 126)*

#### **B-4 Création d'un autre : « moi-même »**

Enfin il y a la construction de ce jumeau imaginaire comme une réponse à la paranoïa *« l'esprit se met à se scinder entre une partie à ce point sombre et maléfique qu'elle en paraît extérieur à soi, tandis que la partie que l'on associe à soi-même semble bloquée dans un coin de conscience et subit la prise de pouvoir de ce soi-même étrange, qui est soi sans l'être tout à fait. »* (p 180)

La création du jumeau vient mettre un frein à la destruction totale, *« à la perte de tout pouvoir intérieur »*. Elle donne une prise à partir de laquelle une élaboration va pouvoir se faire. Polo crée un autre pour sortir de la solitude extrême de l'expérience psychotique. Dernier d'une fratrie de garçons, isolé de son frère complice de l'enfance, il crée *« un jumeau monstrueux »*.

La création de *« mon alter ego de moi-même »*, de *« moi-même »* à côté de *« moi »* va ouvrir un espace de pensée, permettre un dialogue, autoriser l'expression des sentiments - colère, rejet, humour, tendresse - paradoxalement éviter le soliloque et au final redonner de la force au *« moi »*.

#### **C/ Synthèse des récits autobiographiques**

De l'analyse des traces du fraternel dans ces deux récits autobiographiques, on repère des convergences.

- La familiarité du lien fraternel liée au partage d'une mémoire commune est évoquée comme soutien à la continuité du sentiment d'existence dans la traversée de l'expérience psychotique.
- Les frères et sœurs en tant que supports des identifications projectives peuvent représenter, au cœur de l'expérience psychotique, des passerelles entre réalité interne et réalité externe et ainsi maintenir le contact avec le réel.
- Le sentiment d'appartenance à un groupe est repéré par les deux auteurs comme essentiel à un processus de guérison. Ceci rejoint la thèse de Deegan (2001).

Ces trois éléments font appel à la capacité des autres frères et sœurs à soutenir ce que l'on peut appeler le besoin du fraternel

- Les deux auteurs remarquent la vulnérabilité plus importante des frères et sœurs les plus jeunes.

## **Chapitre 9 : Deuxième corpus : analyse de trois fratries**

Le deuxième corpus rassemble 3 fratries dont chacun des membres a participé aux entretiens de recherche.

### ***Partie 1 : Mises-en œuvre des principes éthiques dans la recherche***

#### ***A/ Recueil du consentement***

La participation à la recherche s'est faite sur la base du volontariat, chaque personne est libre d'interrompre sa participation à la recherche sans que ceci n'ait d'incidence sur la prise en charge du patient. La prise de contact se faisait par le biais d'une boîte mail spécifiquement dédiée [fratrierecherche@gmail.com](mailto:fratrierecherche@gmail.com). Suivait un entretien téléphonique pour compléter les informations de la personne intéressée et vérifier les critères d'inclusion. Dans le cas d'un accord, un courrier comprenant la lettre d'information et la feuille de recueil des données était alors adressé individuellement à chacun des membres de la fratrie.

Dans cette recherche chaque personne est reçue de la même façon, la personne malade au même titre que ses frères et sœurs.

Il était important que la procédure soit identique pour tous. La seule distinction figurant sur le document du recueil de consentement pour la personne malade était une ligne supplémentaire concernant l'accord signé du psychiatre pour que la personne participe à la recherche. Il était nécessaire de s'assurer que le patient pourrait être accompagné sur un plan thérapeutique dans le cas où les entretiens de recherche auraient réactivé des angoisses ou l'expression des symptômes. Par ailleurs la signature du médecin actait le diagnostic de schizophrénie comme critère d'inclusion.

Pour autant il ne faudrait pas réduire le recueil du consentement à la signature d'un document. Il est important de comprendre à quoi consent le participant à ce type de recherche

et pourquoi il y consent. Il peut en effet être influencé par des « *phénomènes de suggestibilité, de majoration des résultats, de recherche d'une « désirabilité* » » (Pedinielli, 2012, p. 117). C'est pourquoi, dans la manière de penser la procédure de recueil de consentement, il a fallu chercher à limiter les enjeux autour de la participation ou de la non-participation d'une personne. La difficulté étant que la recherche ne s'adresse pas à des individus isolés mais à des individus membres d'un même système, le choix de participer pouvant activer de possibles conflits de loyauté dans la fratrie. Le fait que, dans cette recherche, un membre d'une fratrie refuse de participer alors que tous ses frères et sœurs acceptent a une signification particulière. Qu'est-ce que cela dit des liens qui les unissent ? Et comment faut-il traiter cette donnée ?

Par ailleurs, que représente le consentement pour la personne malade qui, du fait de son trouble, peut avoir une difficulté à saisir le sens de la démarche ? Demander à une personne atteinte d'une maladie mentale de participer à une recherche représente une inversion de la demande. Il est rare en effet d'être en demande vis-à-vis d'une telle personne, c'est le chercheur qui a besoin de son consentement, non pas pour pouvoir agir sur elle (la soigner, l'hospitaliser), mais pour pouvoir avancer dans son propre travail.

Le Groupe de réflexion éthique et de déontologie (GRED), créé en 2008 par la Société Suisse d'Ethnologie, considérant que le dispositif du « consentement éclairé » est importé directement du domaine médical, a publié une prise de position qui vise à mettre à jour les enjeux éthiques de cette application dans le champ des sciences humaines. Il repère notamment que les comités chargés d'examiner le projet de recherche, en France les Comités de Protection des Personnes (CPP), constitués en majorité des professionnels du monde médical pouvaient méconnaître les méthodes utilisées dans les autres champs de recherche sur lesquels ils sont amenés à statuer.

Cette recherche se situe dans la première vague des recherches en psychologie clinique ayant obtenu la validation du CPP, c'est pourquoi il a fallu se confronter à différents « *malentendus méthodologiques* » (prise de position du GRED p 4) :

- Tout d'abord cette recherche est qualifiée de « *recherche en soins courants* », bien qu'il ne soit pas question de soins et que la maladie n'est pas considérée dans ce cadre par sa dimension symptôme, diagnostic, traitement.
- D'autre part, il s'est avéré que l'entretien de recherche était un outil méconnu des membres de la commission, à ce titre, il a été jugé peu scientifique. ceci nous a amené

à préciser les choix méthodologiques de façon tout à fait positif pour l'avancée du travail.

- Enfin la question du lieu des entretiens a été un point d'achoppement important. La commission considérant que la recherche impliquant des sujets schizophrènes, le lieu de recueil des données devait nécessairement être le lieu de soin du patient.

Au-delà de ces aspects méthodologiques, la question du recueil de consentement concernant la personne atteinte de schizophrénie est encore litigieuse, elle se confronte aux représentations de la maladie mentale : une personne dont le jugement est altéré est-elle en mesure de donner son consentement et par ailleurs en quoi ses propos pourraient-ils avoir une valeur de connaissance pour la science ?

Dans la lignée du débat introduit par le GRED, des chercheurs se sont emparés des questions éthiques concernant les recherches impliquant des personnes en situation de vulnérabilité. Petitpierre et son équipe travaille à construire des cadres de recherche visant à recueillir l'expérience subjective de ces personnes. Il ne s'agit pas que d'une question d'aptitudes mais de faire exister « *le droit à l'autodétermination et le paradigme de pleine participation* ». (Petitpierre et al, 2013) Dans cette thèse, nous nous situons dans le même courant, posant le principe que toute personne, quelle qu'elle soit peut avoir un point de vue pertinent qu'il convient d'entendre et qu'elle peut être « *une source valable de connaissance* » (Nierse & Abma, 2011) cités par (Petitpierre et al. 2013)<sup>40</sup>. En ce sens les séminaires avec l'ensemble des doctorants de l'équipe TIF à l'Université de Rouen puis de l'équipe A2P à l'Université de Nanterre<sup>41</sup> ont permis de garder en éveil ces questions éthiques tout au long de la recherche.

## **B/ Précautions**

Ces considérations obligent à prendre un certain nombre de précautions car « *l'éthique*

---

<sup>40</sup> Discussions de cas éthiques dans la recherche ethnologiques, Société Suisse d'Ethnologie, [http://www.seg-sse.ch/pdf/2013-03-27\\_Petitpierre.pdf](http://www.seg-sse.ch/pdf/2013-03-27_Petitpierre.pdf)

<sup>41</sup> Ce travail de recherche a été démarré dans le cadre de l'équipe TIF Traumatismes Individuels et Familiaux (Rouen) et s'est prolongé dans le cadre de l'équipe A2P Approche Psychopathologique Psychanalytique (Nanterre)

*n'est pas seulement la soumission du chercheur à quelques propositions inspirées de la loi, mais bien la prise en compte de principes parmi lesquels figure la nécessité de s'interroger sur les conséquences psychologiques de la participation du malade à la recherche.* » (Pédinielli, 2012, p 118)

L'accord du psychiatre est essentiel pour assurer la protection de la personne malade, pour autant il était important d'assurer la confidentialité des propos qu'elle tiendrait. L'étude ne portant pas sur la maladie en tant que telle mais sur la situation maladie, il était nécessaire de garantir une certaine étanchéité entre le soin et la recherche.

L'accord du médecin traitant autorisant son patient à participer à une recherche intitulée « *La fratrie et l'émergence des troubles schizophréniques, penser la coexistence entre frères et sœurs* » est le seul élément permettant de confirmer le diagnostic de schizophrénie. En dehors de cette information, le chercheur ne disposait d'aucune information sur le parcours du malade en terme notamment de symptômes, traitements, hospitalisations. Par ailleurs il ne disposait d'aucune information préalable sur sa situation familiale. De la même façon, aucun échange d'information, ni aucun contact n'auront lieu entre le psychiatre signataire et le chercheur et aucun retour ne sera fait aux soignants. Cette étanchéité entre le soin et la clinique est un élément important pour faire émerger un discours singulier en lien avec le sujet de la recherche et le décaler d'un discours sur la maladie.

Sur le plan de la confidentialité, le chercheur recueille les données auprès de chacun des membres de la fratrie à travers deux entretiens individuels mais il s'engage à respecter la confidentialité des entretiens entre les frères et sœurs.

Dans le respect de la loi Jardé<sup>42</sup>, les entretiens sont strictement confidentiels. Seules l'investigateur Hélène Davtian et le promoteur de la recherche Régine Scelles ont eu accès aux données. L'enregistrement des entretiens est détruit dès la fin de leur retranscription. Le traitement des données est anonyme : ni le nom complet ni le prénom ne seront saisis informatiquement ni cités dans un rapport ou une communication.

Concernant la sécurité, accueillir une personne malade hors d'un lieu de soin et dans un espace qui ne lui est pas familier nécessite une bonne connaissance de cette clinique afin d'assurer un cadre contenant et sécurisant.

---

<sup>42</sup> Loi N° 2012-300 du 5/03/2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. Dite Loi « Jardé ».

## ***C/ Choix du lieu de rencontre***

La question du lieu de déroulement des entretiens était déterminante pour favoriser l'émergence d'une parole en lien avec l'objet de recherche. Souhaitant nous décaler d'une approche médicale et donner du poids à l'expérience et à la réflexion personnelle des participants, nous avons exclu le lieu de soin du patient comme lieu possible de recueil des données. Le choix du lieu est déterminant pour permettre l'émergence d'un discours sur la situation de frère ou de sœur et non sur la maladie, le contexte du recueil de donnée ayant un impact sur la parole exprimée (Blanchet, 1991).

Dans un premier temps, s'agissant d'une recherche autour de la vie intime et intrafamiliale, il avait semblé souhaitable que le choix du lieu de recueil des données soit défini avec la personne elle-même. Il semblait que le lieu d'une certaine intimité permettrait à la personne de se connecter plus facilement à cette réflexion rétrospective, cependant ce choix n'a pas été validé par la Commission de Protection des Personnes. C'est pourquoi dans un second temps, nous avons cherché des lieux ayant la même neutralité pour tous afin d'éviter de renforcer un discours centré sur la personne du patient et dans lequel chaque participant puisse se sentir écouté au même titre, à égalité de traitement.

En posant comme condition que le recueil des données devait se faire hors d'un lieu de soin psychiatrique, il s'agissait surtout d'éviter les risques de réification accentuant le fait que la personne schizophrène est souvent vue à travers le prisme de sa maladie, la représentation de la schizophrénie exerçant sur l'observateur une forme de fascination. Il était important d'extraire le patient et ses frères et sœurs d'un cadre produisant implicitement un discours sur la maladie. Ici c'est la parole du patient-frère/sœur qui est recherchée ainsi que celle de ses frères et sœurs dans leur rapport entre eux et avec lui. Tous les frères et sœurs d'une même fratrie sont reçus dans le même local et dans les mêmes conditions.

- Une fratrie a été reçue à l'Université de Tours
- Une fratrie a été reçue au Relais des Parents de Pantin (93)
- Une fratrie a été reçue dans un local de la délégation Unafam du Val de Marne, à Créteil (94)

### **C-1 Méthodologie : l'entretien clinique de recherche**

Il s'est agi ici de construire un dispositif qui permette d'observer les interactions dans les discours, les représentations et les ressentis de l'ensemble des individus appartenant à une fratrie dont un des membres est atteint de schizophrénie. L'objet d'étude n'est pas le frère sœurs de patients schizophrènes comme c'était le cas dans la recherche-action et dans la clinique, il n'est pas non plus uniquement le patient dans sa position frère/sœur comme il était question dans l'analyse des récits de vie, l'objet d'étude porte sur l'observation des interactions dans la fratrie et sur l'analyse des liens entre les différents membres. L'objectif est de comprendre comment l'émergence de la schizophrénie est perçue et vécue par l'ensemble des membres d'une même fratrie et comment s'organisent les relations au sein de ce groupe.

La difficulté a été de concevoir un protocole de recherche adapté à l'objet d'étude, celui-ci comportant à la fois une dimension interpersonnelle et intrapsychique. Deux options étaient possibles pour approcher cet objet d'étude :

- Une observation des interactions du groupe fratrie aurait pu se faire sous forme d'analyse groupale en rassemblant sur plusieurs séances l'ensemble des membres de ce groupe.
- Une observation des interactions de groupe fratrie à partir du recueil individuel du récit subjectif de chacun des membres de ce groupe.

Compte tenu de l'expérience clinique que nous avons évoquée en termes de tension spéculaire, de loyautés internes au groupe et de « silenciation », c'est la deuxième option qui a été choisie. Celle-ci étant plus adéquate dans un cadre de recherche et plus sécurisante en particulier pour le patient. Il s'agit de recueillir la parole individuelle de chacun des membres du groupe et sur le même thème.

La méthode utilisée est l'entretien clinique de recherche à visée exploratoire. Cette approche a pour but de « balayer le champ des significations et des actes de langages

*possibles* » relatifs à une question (Fernandez & Pedinielli, 2006, p. 46).

Castarède (2013) distingue trois types d'entretiens cliniques à visée de recherche : l'entretien en profondeur, l'entretien à réponses libres, l'entretien à questions ouvertes qui se distinguent selon deux critères : le degré de liberté et le degré de profondeur.

Dans cette recherche l'option choisie a été « *l'entretien clinique à visée de recherche* » car c'est la méthode qui permettait le plus d'apporter une dimension qualitative dans le prolongement d'une recherche-action quantitative. Ce type d'entretien est qualifié par (Castarède, 2013, pp. 139-140) « *d'entretien en profondeur* », dans cet entretien « *c'est la consigne qui délimite le sujet, mais, à partir de cette délimitation, tout dans l'entretien est pris en compte* ». C'est à ce modèle d'investigation que nous nous référons.

Ce type d'entretien permet de questionner sans induire. Il s'agit de voir comment à partir d'une même question ouverte, le récit de chacun des frères et sœurs se construit. L'entretien clinique à visée de recherche permet de questionner sans induire, ni orienter la réponse. Le cadre de l'entretien mené dans un lieu ayant la même neutralité pour chacun des frères et sœurs et sans connotation avec la pathologie permet l'émergence d'un discours subjectif.

Comme pour les récits de patient, l'analyse consiste à voir comment se situe le fraternel et comment l'image fraternel est évoqué, mais il s'agit aussi d'analyser la dimension interpersonnelle et de repérer ce que la maladie a introduit comme changement sur le plan des liens.

L'exploration se fera en 2 entretiens individuels de 1h environ pour chacun des membres de la fratrie. Ces entretiens font appel à une démarche rétrospective invitant tous les membres de la fratrie à revisiter dans l'après coup l'évolution de leurs relations fraternelles. Il sera fait appel à leur mémoire autobiographique. Ces entretiens visent à recueillir le récit individuel de chacun des membres qui composent la fratrie, sans différence entre le(s) membre(s) considéré(s) comme sains et le membre diagnostiqué malade.

Dans ces entretiens chacun est sollicité dans sa place de frère/sœur, le thème de la maladie n'est pas central, il ne sera posé aucune question concernant directement le diagnostic ou le traitement. La maladie sera abordée à travers ce que chacun peut en dire de sa place.

### **Le premier entretien**

C'est un entretien exploratoire dont la consigne de départ est explicite par rapport aux objectifs de la recherche, objectifs dont les participants ont été informés par la Lettre d'information qui leur a été envoyée individuellement. Il s'agit de ne pas les prendre en défaut, la question de départ est identique pour tous les participants à la recherche :

« J'aimerais que vous me parliez de vos relations avec vos frères et sœurs. Ce qui m'intéresse c'est votre point de vue, l'expérience que vous avez du fait de votre place dans la fratrie, ce que vous avez pu vivre et ressentir et ce que vous avez pu percevoir chez vos frères et sœurs »

### **Le deuxième entretien**

Il est semi-directif et peut être qualifié « d'entretiens à réponses libres ». Si l'on reprend les deux critères (degré de liberté et degré de profondeur), « *dans ce type d'entretien, la liberté de l'enquêteur et de l'enquêté est moins grande que précédemment. Il n'y a plus une consigne de départ, mais plusieurs interventions décidées à l'avance, sinon dans leur forme et leur déroulement, du moins dans leur contenu.* » (Castarède, 2013, p. 141).

il a pour but d'explorer plus finement les thèmes de la recherche, retour sur ce qui a été dit au premier entretien en approfondissant les thèmes suivant :

- Le lieu, l'espace, la distance, les frontières, limites
- Le passage de l'ordinaire à l'étrangeté, temporalité de chacun
- La perception des autres et de ce qu'ils ressentent symétrie, empathie
- La compréhension de la situation-maladie et les moyens de s'adapter

En fin d'entretien, 5 planches du test Family Apperception Test (FAT). Ce support projectif est utilisé dans le but de repérer l'organisation interne du système fratrie et de dégager des éléments de comparaison entre les différentes organisations fraternelles.

Le deuxième entretien se conclut par deux questions fermées :

- Aujourd'hui et selon votre expérience personnelle quelle serait votre propre définition du mot « schizophrénie » ?
- Aujourd'hui et selon votre expérience personnelle comment pourriez-vous définir le mot « frère/sœur » ?

## **C-2 Contact avec le milieu et diffusion de l'information**

La recherche s'inscrivant dans le prolongement d'une pratique clinique, le contact avec le milieu a été facilité par le travail de réseau et de partenariat inhérent à cette pratique.

La diffusion de l'information s'est faite :

- Par le biais de l'association Unafam : parution d'un article dans la revue *Un autre regard* (N°4-2013 p 18-19), présentation à deux groupes de frères et sœurs.
- Par le biais de deux secteurs de psychiatrie adulte. Présentation de la recherche aux chefs de service.
- Par la participation à des rencontres publiques (Assises citoyennes de la psychiatrie)
- Par la rencontre avec le président d'une association de patients.

Deux des trois fratries incluses ont pris contact suite à la parution de l'article (sur 20 contacts au total dont 18 ne correspondaient pas aux critères d'inclusion ou n'ont pas donné suite). La troisième fratrie a été rencontrée directement lors d'une manifestation publique sur la psychiatrie.

Au total, la diffusion a conduit à 22 contacts pour 3 inclusions.

Après une première prise de contact avec un membre de la famille, la Lettre d'information (voir annexe) était envoyée par courrier individuel à l'adresse personnelle de chacun des membres de la fratrie avec la demande de recueil de consentement. Chaque personne pouvait donc s'informer des objectifs et des modalités de la recherche directement auprès du chercheur par le biais d'un téléphone et d'une boîte mail dédiée [fratrierecherche@gmail.com](mailto:fratrierecherche@gmail.com).

### **Motifs des fratries ne donnant pas suite :**

- Difficulté à mobiliser l'ensemble de la fratrie.
- Éloignement géographique
- Pas de suite à l'envoi du courrier à la fratrie, contact pris par les parents.

### **Motifs des fratries ne correspondant pas aux critères d'inclusion :**

- Fratrie trop âgée dont l'histoire n'a pas été impactée par la psychiatrie contemporaine
- Patient présentant des pathologies multiples (maladies génétiques, ...)
- Patient atteint de psychose infantile
- Patient hospitalisé en UMD (Unité de Malades Difficiles), absence d'accord du psychiatre.
- Absence de consentement du patient, ceci concerne les deux fratries contactées par le groupe frères et sœurs Unafam 75.

### **C-3 Population**

L'étude portera sur 3 fratries correspondant aux conditions suivantes :

#### **Critères d'inclusion :**

- Pour un des membres de la fratrie un diagnostic de schizophrénie a été posé.
- Tous les membres de la fratrie seront concernés par l'étude, le patient est inclus parmi ces membres de la fratrie.
- Pour participer à l'étude, il est nécessaire que le patient soit en lien avec une équipe soignante. Il participera à la recherche uniquement dans la mesure où son psychiatre traitant a donné son accord.
- Chacun des membres de la fratrie est volontaire pour participer à l'étude, aucune contrainte ne peut être exercée.

#### **Critère d'exclusion :**

- Absence de l'accord du psychiatre, accord qui doit être écrit et signé dans le recueil de consentement du patient.
- Le patient ne donne pas son consentement.
- Présence d'autres pathologies associées à la schizophrénie.

Concernant les 3 fratries retenues :

- La fratrie 1 a été rencontrée aux Assises citoyennes de la psychiatrie.
- Les fratries 2 et 3 ont été rencontrées par le biais de l'article paru dans la revue de l'Unafam.

Pour les fratries 1 et 2 le premier contact a été pris par le père, pour la fratrie 3 c'est une sœur de patient qui a pris contact directement.

L'analyse porte sur 3 fratries et 11 sujets, il n'y a pas eu de désistement mais 3 personnes ne sont venues qu'au premier entretien.

Au total, 18 entretiens ont été menés.

#### ***C-4 Modalités d'analyse***

Il existe « quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique » in XVIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS Montréal, Canada, 2007)

La méthode choisie est l'analyse thématique. Deux particularités ont été importantes à prendre en compte.

- D'une part le fait que la maladie impacte le discours, à la fois dans sa forme (perte du cours de la pensée, coq à l'âne, ...) mais aussi dans le fond (invasion des processus primaires).
- D'autre part, s'agissant d'analyser les relations fraternelles, l'analyse ne s'est pas faite uniquement sujet par sujet, la particularité de la méthode a été de recevoir un à un chaque membre de la fratrie, il fallait repérer ce qui était commun à leur discours et ce qui était propre à chacun, mais aussi repérer sur quoi les différents discours concordaient.

Les logiciels d'analyse thématiques ont semblé peu adaptés pour travailler sur la complexité du dispositif de production du discours.

Fallery et Rodhain (2007) repèrent, concernant l'analyse thématique, la difficulté autour du concept même de thème car le thème est une construction intellectuelle élaborée par le

chercheur, il est donc une « *abstraction* ». Cependant quand l'approche thématique fait suite à un long temps d'observation et de recueil de données théoriques, elle permet d'approfondir et d'accéder à un autre niveau de connaissance.

#### ***D/ Difficultés et limites de la méthode***

Concernant les critères d'inclusion :

La participation des trois fratries repose sur le volontariat et sur l'adhésion de l'ensemble des membres de la fratrie. Cette condition préalable suppose une capacité à communiquer entre les frères et sœurs et une relative entente entre eux. Notons que la difficulté à recueillir l'adhésion du frère ou de la sœur malade représente le premier critère d'exclusion à cette recherche.

De ce fait, parmi les trois fratries retenues, on constate une certaine homogénéité sur les structures familiales (familles qui sont restées unies), l'investissement d'au moins un des parents dans une association en lien avec la maladie et une certaine aisance sociale.

Il est donc évident que les trois fratries volontaires ne sont pas représentatives de l'ensemble des fratries qui se trouvent dans cette situation : elles ne représentent pas des situations repérées dans la clinique allant de la rupture des liens intra familiaux (divorce et éclatement de la fratrie) à l'isolement social du groupe famille.

Ces critères d'inclusion permettent d'éliminer les situations extrêmes les plus visibles dans la clinique et de s'intéresser aux processus d'adaptation ordinaires des fratries aux prises avec la schizophrénie de l'un des membres.

Concernant la méthodologie :

La passation de 5 planches du Family Apperception Test a été signalée ici car c'est sous cette forme que le protocole de recherche a été présenté à la Commission de Protection des Personnes, mais aussi parce que cette information figurait dans la Lettre d'information aux participants. Cependant, dans la pratique, l'interprétation du matériel n'a pas été retenue.

D'une part trois participants à la recherche ne viendront pas au deuxième entretien lors duquel été prévue la passation, d'autre part, sur un plan technique, le choix de passation partielle de 5 planches s'est avéré peu pertinent en terme de production de matériel. Enfin dans le contexte des entretiens basés sur le recueil d'expériences subjectives, l'utilisation d'un test projectif venait transformer de façon brutale une dynamique d'entretien et déplacer le regard du chercheur d'une position de recueil de données à celle d'un détenteur de savoir. La proposition du matériel projectif, bien qu'annoncé au préalable, a produit un mouvement de défiance chez un des frères atteints, comme si la consigne de la libre association venait remettre la dimension d'évaluation/diagnostic au devant de la scène. Bien que ce n'était pas l'objectif, l'idée que c'est la maladie qui revenait au premier plan, semblait contredire pour cette personne l'objectif principal des entretiens.

La présentation des résultats comprendra :

- Une présentation générale des trois fratries et de la scène de la rencontre
- Une analyse fratrie par fratrie.

La recherche portant sur les liens fraternels et les processus d'adaptation des fratries, il s'agit de combiner, de croiser les représentations des différents membres d'une même fratrie, voir ce qu'ils comprennent de la situation non seulement sur un plan personnel mais aussi interpersonnel.

La présentation des données recueillies se fera à travers une analyse thématique sur les sujets suivant :

- **La compréhension des troubles**
  - o Par le frère malade
  - o Par les frères et sœurs du patient

Lors des entretiens, aucune question ne porte directement sur la maladie, le traitement, les hospitalisations ou les symptômes. Ce qui importe est de voir comment d'une part chacun des trois frères malades évoque sa maladie et les liens qu'il fait ou non avec la thématique fraternelle et d'autre part comment, de la place des frères et sœurs, on perçoit et on comprend la maladie. Il s'agit de se centrer sur le discours subjectif, la seule information objective étant la signature du psychiatre traitant sur le recueil de consentement qui, de cette façon, atteste le diagnostic de schizophrénie son patient. Ce

parti pris permet l'émergence d'un discours subjectif qui, si l'on reprend la distinction de Binswanger, sera ici plus du côté du *Leib* que du *Körper*. (cf tableau p 67).

- **Le vécu de cohabitation**

Autour du thème de la cohabitation, il s'agit de repérer dans les discours tout ce qui a trait au vocabulaire de la proximité, de la distance, de l'espace, des frontières et des limites.

- **Les imagos fraternels** seront repérés à travers l'analyse de la façon dont sont évoqués les frères et sœurs dans les discours des uns et des autres. A quel moment ils apparaissent et de quelle façon ils sont nommés. Une attention particulière sera portée à la problématique de l'alter.

- **Les processus d'adaptation**

Dans une approche plus systémique, il s'agira de repérer les processus d'adaptation :

- De chacun des membres de la fratrie
- De la fratrie en tant que groupe

### ***E/ Présentation générale des trois fratries***

Les trois fratries dont il est question ici ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble des fratries concernées par la schizophrénie. L'échantillon est biaisé en raison de l'homogénéité et du statut social de ces familles mais aussi en raison de l'engagement militant des parents. Cependant dans cette recherche, l'objectif n'est pas la représentativité mais de comprendre la complexité de ce qui se passe et l'évolutivité de ce qui se vit. Si la recherche-action basée sur un grand nombre de participants (n=600) a permis de donner des valeurs statistiques représentatives, il s'agit ici d'analyser la diversité des processus.

Les trois fratries sont issues de familles traditionnelles de niveau social plutôt élevé. Les parents sont mariés et tous les membres des fratries ont un lien de filiation direct avec les deux parents, il n'y a pas de familles recomposées. Il n'y a pas non plus d'histoire de

migration dans ces trois familles qui semblent chacune très attachée à un terroir depuis longtemps.

D'après les éléments recueillis dans les entretiens, la position des parents est assez homogène par rapport à la maladie. Ils sont en effet tous impliqués, sous des formes et à des degrés différents, dans des mouvements de défense ou de soutien des familles dont un membre est atteint par un trouble psychiatrique. Par ailleurs les trois couples parentaux semblent partager des valeurs importantes de cohésion et de solidarité familiale. Concernant les évolutions sociétales, il s'agit ici de familles où la dimension verticale semble encore très présente.

Bourguignon (1999) définit trois caractéristiques permettant de différencier les fratries, elles sont reprises ici pour présenter les trois fratries.

#### **La succession des naissances**

Dans la fratrie 1, le malade est l'aîné,  
Dans la fratrie 2, le malade est au milieu,  
Dans la fratrie 3, le malade est le dernier.

#### **- La distribution des sexes**

Dans les trois cas, le membre de la fratrie qui est malade est un homme

#### **- La taille de la fratrie**

Dans les trois cas, il s'agit de famille nombreuse 3 à 4 enfants

A ces trois caractéristiques, s'ajoutent des critères propres à cette recherche :

#### **- La situation de cohabitation :**

1. Tous les membres de la fratrie 1 vivent actuellement sous le même toit. Hormis une hospitalisation longue en clinique universitaire, les frères et sœurs cohabitent depuis le début de la maladie.
2. Les membres de la fratrie 2 ont connu des périodes de cohabitation par intermittence. Dans cette famille partagée pour raisons professionnelles entre deux régions il y a eu différentes combinaisons de vie en commun depuis le début de l'apparition de la maladie.
3. La fratrie 3 n'a connu aucune période de cohabitation depuis le début des troubles

schizophréniques, les sœurs du patient avaient déjà quitté le domicile familial quand la maladie s'est déclarée.

- **La question de la temporalité :** traversée de l'adolescence des membres de la fratrie par rapport à l'apparition des troubles.
  1. Pour la fratrie 1, l'adolescence des frères et sœurs est consécutive à l'apparition des troubles, ils étaient enfants lorsque sont apparus les premiers troubles. Il y a une différence d'âge importante entre le frère aîné qui est malade et le reste de la fratrie.
  2. Pour la fratrie 2, la traversée de l'adolescence est contemporaine de l'apparition des troubles pour l'ainée, la cadette étant encore enfant à cette période.
  3. Pour la fratrie 3, l'apparition des troubles est postérieure à l'adolescence des sœurs du patient. A cette période, les trois sœurs démarraient leur vie d'adulte.

#### **Formes d'entrée dans la maladie :**

1. Dans le cas de la fratrie 1, il s'agit d'une entrée à bas bruit, les débuts sont difficiles à dater, il n'y a pas de consensus entre les frères et sœurs sur cette question. La maladie est surtout marquée par le retrait, l'étrangeté, sans évocation de dangerosité.
2. Pour la fratrie 2, l'entrée dans la maladie est brutale, marquée par des délires de persécution, une dimension paranoïaque, la dangerosité est avérée et reconnue de tous. La symptomatologie reste toujours active mais avec une bonne adaptation sociale.
3. Pour la fratrie 3, l'entrée dans la maladie est brutale avec un premier événement marquant. Elle se signale par la production délirante et des voyages pathologiques. Elle évolue actuellement plutôt vers des symptômes négatifs : retrait social et vie ritualisée.

Alain, Franck et Luc sont tous les trois très participatifs lors des entretiens, le sujet semble les intéresser. Franck et Luc viennent d'ailleurs exprès de province.

Tableau 10 : Présentation des trois fratries

<b><u>Fratrie 1 :</u></b>	<b>Cohabitation :</b> Situation de cohabitation actuelle			
	<b>Temporalité :</b> Traversée de l'adolescence après l'apparition des troubles			
<b>Situation actuelle :</b> Alain a repris ses études après une longue hospitalisation, il vit chez ses parents avec ses trois frères et sœurs				
<b>Premier contact avec la fratrie :</b> par le père				
<u>ALAIN</u>	BERTRAND	CAROLINE	DELPHINE	
24 ans Etudiant <i>Présent aux deux entretiens</i>	17 ans Lycéen <i>Présent aux deux entretiens</i>	16 ans Lycéenne <i>Présente aux deux entretiens</i>	16 ans Lycéenne <i>Présente aux deux entretiens</i>	
<b><u>Fratrie 2 :</u></b>	<b>Cohabitation :</b> Situation de cohabitation ancienne			
	<b>Temporalité :</b> Traversée de l'adolescence pendant et après l'apparition des troubles			
<b>Situation actuelle :</b> Franck ne travaille pas mais il a une vie sociale riche, il vit seul à proximité de ses parents				
<b>Premier contact avec la fratrie :</b> par le père				
EVA	<u>FRANCK</u>	GAËLLE		
37 ans Professeur des écoles <i>Présente aux deux entretiens</i>	34 ans Sans emploi <i>Présent à un seul entretien</i>	27 ans Cadre dans un ministère <i>Présente aux deux entretiens</i>		
<b><u>Fratrie 3 :</u></b>	<b>Cohabitation :</b> Peu de situation de cohabitation depuis le début des troubles			
	<b>Temporalité :</b> Traversée de l'adolescence avant l'apparition des troubles			
<b>Situation actuelle :</b> Luc définit sa participation à l'atelier d'art thérapie de l'hôpital de jour comme son travail. Il vit seul à proximité de ses parents.				
<b>Premier contact avec la fratrie :</b> par la sœur aînée				
HELOÏSE	ISABELLE	JULIE	<u>LUC</u>	
45 ans Chef d'entreprise <i>Présente aux deux entretiens</i>	43 ans Chef d'entreprise <i>Présente à un entretien</i>	41 ans Chef d'entreprise <i>Présente à un entretien</i>	37 ans Sans emploi <i>Présent aux deux entretiens</i>	

## ***F : La scène de la rencontre***

Comme précisé dans la méthodologie, le cadre de recueil des données a été construit pour favoriser l'émergence d'une parole sur le lien fraternel. Ce cadre induit volontairement une scène de rencontre particulière dont il est important de repérer les enjeux. Deux éléments donnent au contexte de la rencontre entre le chercheur et les participants sa particularité. Il s'agissait en effet de rassembler tous les membres d'une même fratrie dans un lieu qui ait le même caractère de neutralité pour tous.

### ***F-1 La mobilisation de tous les membres d'une même fratrie***

Cette mobilisation suppose une avant-scène de discussions, de tractations plus ou moins intenses sur l'intérêt ou non à participer à la recherche. Pour les membres des fratries 1 et 2, le consensus paraît s'être fait plutôt naturellement, l'ensemble des frères et sœurs, y compris le patient voyant là une occasion de faire quelque chose pour la recherche. Mais la demande venant du père, il s'agit aussi de satisfaire une attente parentale qui sous-tend implicitement le souhait d'une bonne entente fraternelle. Il aurait probablement été difficile de s'y opposer sans avoir à argumenter ce refus. Pour la fratrie 1 où tous vivent encore sous le toit familial, un courrier individuel a été adressé personnellement à chacun des membres de la fratrie afin de rappeler le principe du libre choix qui figure dans la Lettre d'information et ainsi éviter de renforcer une forme d'injonction.

Concernant la fratrie 3 en revanche, la demande venait de la sœur aînée et au départ avec une certaine méfiance de la mère quant à la pertinence de participer à cette recherche. La difficulté dans la mise en place des entretiens avec les deux autres sœurs (difficulté à trouver une date, étalement dans le temps, désistement, prise de rendez-vous intempestifs) semble dénoter l'importance de la mobilisation psychique suscitée par cette scène de rencontre.

Les trois patients ont nommé de façon très explicite leur intérêt à participer à cette recherche.

## ***F-2/ Le déplacement de la question hors du lieu de soin du patient.***

A l'issu de cette recherche, il semble évident que ce déplacement hors de la scène du soin du patient a été opérant car il a permis l'émergence d'un discours singulier qui n'était pas patho-centré, fixé sur la maladie. Par ailleurs, le choix d'un lieu où le patient n'était pas plus impliqué que ses frères et sœurs a permis de placer chacun des membres de la fratrie sur un même niveau.

Cependant nous savons que pour une personne schizophrène, le déplacement, le changement, la nouveauté peuvent engendrer du stress. Il s'agissait en effet pour les participants de rencontrer une personne inconnue dans un lieu inconnu. Afin de favoriser ces échanges il a fallu faire preuve de souplesse. En cherchant à aller à la rencontre des participants, à des horaires qui leur conviennent, il s'est trouvé que les entretiens se sont déroulés dans des lieux peu fréquentés. Pour deux des trois frères malades, cette situation a généré l'expression d'inquiétudes (« *est-ce qu'on est sur écoute ?* » Luc) ou d'attitudes corporelles (Franck) faisant ressentir lors de l'entretien la possibilité d'une menace. La connaissance clinique de ce vécu contre-transférentiel a été un élément important pour trouver de la réassurance et permettre aux patients de se sentir en confiance. Ce type d'entretien n'aurait pu être mené sans une expérience pratique préalable auprès de personnes atteintes de schizophrénie.

## ***Partie 2 : Analyse des trois fratries***

L'analyse est présentée de façon identique pour chacune des trois fratries :

- Présentation de la fratrie et de chacun des membres qui la composent,
- Compréhension des troubles par celui qui est malade
- Compréhension des troubles par ses frères et sœurs
- Perception d'autrui et imagos fraternels
- Vécu de cohabitation
- Processus d'adaptation dans la fratrie

- Synthèse de l'analyse de la fratrie.

Ce chapitre se conclut :

- Sur une synthèse globale de l'analyse des fratries
- Sur une synthèse globale de l'analyse des trois frères malades

### ***A/ Fratrie 1***

La famille 1 est constituée du couple des parents et d'une fratrie de 4 enfants : Alain est le seul enfant biologique de la famille, seules les jumelles Caroline et Delphine sont issues de la même famille biologique.

Il y a un consensus familial pour participer à la recherche, consensus fortement impulsé par le désir des parents. Le père est le plus actif dans cette démarche, c'est lui qui reprend contact pour prévenir que ses quatre enfants sont d'accord pour participer à la recherche et c'est par son intermédiaire que sont organisées les prises de rendez-vous. Par ailleurs, il accompagnera lui-même chacun de ses enfants lors du premier entretien. Bien que médecin et donc sensibilisé à la dimension génétique, il ne dira rien du fait que trois des enfants de la fratrie sont adoptés.

Les parents sont tous les deux engagés dans une démarche de réflexion et de militance en faveur de personnes qui souffrent de troubles psychiatriques dans un mouvement hors de l'Unafam.

La lettre d'information et la demande de recueil de consentement sont envoyées par courrier adressé personnellement aux quatre membres de la fratrie, chacun renvoie un exemplaire du recueil de consentement. La fratrie comportant trois enfants mineurs le document de recueil de consentement a dû être adapté<sup>43</sup>.

Alain est étudiant, Bertrand, Caroline et Delphine sont lycéens. Ils habitent tous ensemble avec leurs parents dans la maison familiale. Les filles ont chacune une chambre au premier

---

<sup>43</sup> Voir document en annexe

étage de la maison, même étage que les parents. Bertrand est monté il y a quelques mois au deuxième étage qu'Alain a longtemps occupé seul.

- Alain 24 ans, est de retour depuis plusieurs mois au domicile familial après un long séjour en clinique universitaire.

Il est actuellement en licence d'histoire dans l'université où ont lieu les entretiens.

Très prolix, coopérant, il a un débit très rapide au point d'être parfois difficile à comprendre. Il est clairement intéressé par le sujet de l'entretien.

- Bertrand 17 ans parle à voix très basse, s'assied à distance, est peu audible. Au premier entretien il montre une envie de s'exprimer mais avec retenue, lors du deuxième entretien, le contenu est très pauvre, il paraît mal à l'aise dans la situation proposée. Tout en étant souriant, Bertrand semble plutôt inhibé avec une tonalité de tristesse, il semble pris dans un conflit de loyauté. En difficulté scolaire, il risque une orientation hors filière générale.

Il est dans un club de foot, est décrit par lui-même et ses frères et sœurs comme très sociable.

Caroline 16 ans est une élève brillante avec une présentation impeccable.

Elle se définit comme quelqu'un de passionnée, de sportive et a beaucoup d'amis.

Elle parle vite, avec parfois des pointes d'ironie sur la recherche, un ton enjoué qui donne une impression qu'elle est très à l'aise et détachée du sujet. A la lecture de l'entretien on notera cependant un décalage entre le ton et le contenu du discours qui contredit cette première impression.

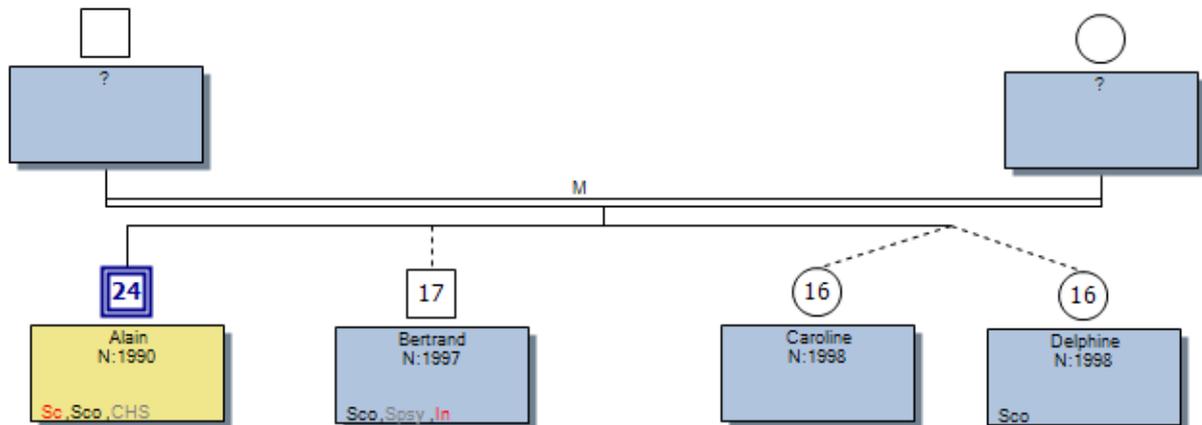
Suivie en psychothérapie étant enfant, elle a repris d'elle-même cette démarche depuis quelque mois. Elle motive cette démarche par des difficultés qui seraient liées à l'adoption et n'évoque en aucune façon la maladie d'Alain comme motif de demande de psychothérapie.

Delphine 16 ans, sœur jumelle de Caroline, s'implique dans l'entretien, pose des questions, elle est la seule à formuler le souhait de profiter de cet entretien pour s'informer sur la maladie d'Alain. En difficulté scolaire, elle a redoublé une fois. Depuis sept ans, elle a un suivi orthophoniste pour difficulté logicomathématiques.

L'apparition de ses difficultés coïncide avec le début de la maladie d'Alain cependant bien qu'elle le dise, elle-même Delphine réfute toute idée de lien.

Elle a un projet professionnel déjà bien arrêté d'entrer dans la gendarmerie nationale, elle a un petit ami depuis longtemps.

Figure 7 : Représentation de la famille 1



Dans cette famille, la fratrie s'est constituée de façon particulière. Alain est allé avec ses parents chercher ses frères et sœurs dans un orphelinat d'un pays lointain.

A part pour les deux jumelles Caroline et Delphine, le lien fraternel s'est donc inscrit dans une histoire débutée ailleurs, personne n'est né directement frère ou sœur de l'autre. Alain, enfant lors de l'adoption de Bertrand, a dû s'adapter avec cette nouvelle configuration familiale. Quant aux trois cadets, ils ont quitté un groupe de pairs à l'orphelinat avant de composer la fratrie actuelle. Delphine rapporte que selon leurs parents, les jumeaux portaient malheur dans le village où elles sont nées, ce qui serait la cause de l'abandon.

### **A-1 Compréhension de la maladie par Alain**

#### **Ce qu'Alain dit de ses troubles :**

Alain a un contact sympathique, il pense que l'intention de ses parents en proposant à la fratrie de participer à cette recherche est de « *libérer la parole* », ce qu'il considère

positivement. Lors de la première série d'entretiens, nous ne disposons d'aucune information sur la configuration particulière de cette fratrie, ni sur la place singulière d'Alain, seul enfant biologique du couple parental.

Le discours d'Alain est prolixe, parfois confus. Le débit est continu, presque sans respiration et il est difficile de l'interrompre, cependant il reste en interaction et ne dévie pas du thème de la recherche tout au long des deux entretiens.

Alain donne très peu d'éléments tangibles sur ce qui concerne sa maladie et les traitements. Hormis la mention d'une hospitalisation d'environ un an et demi en clinique universitaire, l'évocation de son suivi psychiatrique et le fait qu'il prenne des médicaments, il ne rentre dans aucun détail de type médical. L'évocation de sa maladie reste évasive :

*« Il y a un mot quoi **la désignation de schizophrène** mais quand à savoir ce qu'ils en pensent, ce que c'est vraiment... je ne sais pas. » (Alain)*

Il semble que l'entrée dans la maladie se soit faite à bas bruit, sans violence ni fait très marquant et avec peu de délires visiblement exprimés. Il en parle plutôt comme d'un **glissement**. L'expression « *j'étais aspiré* » revient à plusieurs reprises :

*« J'étais aspiré par ce que je pensais de moi. » (Alain)*

*« J'étais aspiré par une problématique personnelle. » (Alain)*

Cette expérience est toujours exprimée au passé, correspondant au premier temps de la psychose et à l'expérience de la centralité (Grivois, 1991, 1995). Il situe cette période au début de son adolescence, période qui correspond à l'enfance de ses trois frères et sœurs.

Alors que l'entretien l'invite à une démarche rétrospective, Alain prend conscience de la **perte de ses souvenirs**, il évoque une sorte de « *trou noir* » concernant l'enfance de ses frères et sœurs.

Aujourd'hui il dit simplement que sa « *maladie est en suspens* » avec des « *irruptions* » ou des « *minicrises* » régulières.

Même s'il y a chez lui beaucoup de pudeur et un refus du pathos, la souffrance est perceptible. Cependant, il y a dans son propre discours sur la maladie, quelque chose

d'insaisissable qui la rend difficilement objectivable. Il ne décrit aucun symptôme mais essentiellement des impressions qui suggèrent une difficulté d'être en relation et d'être en phase avec le quotidien. C'est pourquoi, avec les éléments qu'il donne, il est difficile de se faire une représentation claire de sa maladie et de sa souffrance.

Il parle en revanche de façon très explicite des effets de sa maladie sur le lien social, le « *retrait social assez anormal à mon âge* » est ce qui constitue pour lui la partie visible. Comme marqueurs de sa maladie, Alain n'énonce aucun symptôme, aucune expression clinique mais uniquement des marqueurs du passage à l'âge adulte :

- L'absence d'autonomie : « *genre qu'est-ce qu'il fout chez les parents ?* »
- Le fait de ne pas être en couple : « *tout le monde est en couple sauf moi, alors que c'est censé être moi qui devrais être en couple.* »
- Le retrait social : « *je n'ai pas de relations sociales assez poussées et c'est quand même assez anormal à mon âge.* »

Le thème de la **dépréciation** est présent et revient à plusieurs reprises dans son discours, il considère que sa maladie le place dans une situation de « *dépendance* ». Bien plus que d'autres signes de sa maladie c'est le fait de ne pouvoir être autonome qui représente pour lui la dimension « *anormale* ». Il dit avoir ressenti de la « *honte* ».

« *Je suis bien en deçà de ce que j'aurais aimé être* » (Alain)

### **Comment Alain perçoit ce que comprend son entourage :**

Si Alain a une certaine idée de ce que ses parents comprennent de sa maladie « *un fait concret, sans problématique, ni questionnement* », il constate en revanche que pour ses frères et sœurs les évocations de sa maladie prennent l'allure d'expressions évasives.

« *Chez mes parents c'est inscrit, consolidé ma maladie et c'est énoncé comme un fait sans qu'il y ait lieu à une problématique ou à un questionnement, comme un fait concret quoi. Et ça c'est le cas de mes parents, ce n'est pas le cas de mes frères et sœurs, ça prend l'allure de deux phrases en disant « les schizophrènes machin ... » ou « les psychotiques souvent que... », Voilà ces deux mots !* » (Alain)

Il ne cherche pas pour autant à lever ce flou chez ses frères et sœurs. Il constate qu'ils ne sont jamais venus le voir à l'hôpital « *ce n'était pas leur place* », et il souhaite garder une certaine réserve sur ce qu'il vit « *j'évite de leur en parler* », « *je ne veux pas les accabler* », « *j'ai toujours masqué en fait* ». Pour motiver l'absence de discussions directes sur sa maladie, il parle de « *pudeur* », mais Alain semble en fait très soucieux de ce que sa maladie pourrait faire à son frère et à ses sœurs.

## **A-2 Compréhension de la maladie par les frères et sœurs**

Bertrand, Caroline et Delphine ne se souviennent pas d'avoir reçu d'information sur la maladie et, bien qu'ils auraient pu avec un père médecin y avoir accès assez facilement, aucun des trois n'a cherché à en avoir.

Dans la définition que chacun des frères et sœurs d'Alain donne de la schizophrénie, on retrouve, de façon plus ou moins explicites, les critères de peur et d'enfermement. La façon dont ils sont évoqués suggère qu'ils peuvent être entendus dans un double sens : la peur et l'enfermement vécu par Alain mais aussi la peur et l'enfermement ressenti en sa présence.

### **Constat des effets de la maladie sur leurs propres vies :**

Caroline insiste sur la **permanence du trouble**, sa présence constante dans la vie quotidienne et la façon dont il l'infiltré. Dans les entretiens, les termes évoquant cette sensation sont récurrents : « *constant* », « *tout le temps* », « *toute l'année* », « *tous les jours* » au point qu'elle dit « *ça fait 5/6 ans, c'est entré en moi-même* ». Cette sensation s'apparente au « *vécu d'intrusion* » décrit par Racamier (1980, p 62), dans la fratrie elle est la seule à le nommer aussi précisément. La conscience de Caroline des retentissements de la maladie d'Alain sur elle-même permet de comprendre sa réaction singulière qui sera exposée dans la suite de cette présentation.

Delphine et Bertrand ont une description plus évasive des troubles. Delphine évoque la peur, l'inquiétude, le fait de ne pas savoir à quoi s'attendre ni pour elle-même, ni pour Alain

dont elle craint un geste suicidaire. Elle ressent de l'impuissance face à l'imprévisibilité, elle utilise le mot « **bancal** » pour décrire le déséquilibre qu'elle éprouve.

Bertrand insiste sur la dimension **insaisissable**, peu objectivable. Des trois frères et sœurs c'est celui qui a la définition la plus floue de la schizophrénie.

*« Au début, quand on me l'a dit je pensais que c'était **contagieux**, puis mes parents ont pris le temps pour m'expliquer que ce n'était pas contagieux, mais c'est vrai qu'au début j'avais un peu peur. (...) Oui parce que d'un côté je pense que ça change un peu leur façon d'être, leur façon, enfin **ça l'a fait un peu sur moi** donc, je pense que ce n'est pas contagieux mais ça peut faire quelque chose sur les autres personnes qui sont les personnes proches. » (Bertrand)*

A travers le mot **contagion**, Bertrand parle d'une certaine diffusion de la souffrance qui l'a atteint lui-même sans pouvoir en dire davantage. Les expressions de Caroline « *c'est entré en moi-même* » et de Bertrand « *ça l'a fait un peu sur moi* » sont plutôt à entendre au sens figuré du mot contagion comme extension d'un phénomène de quelque chose qui se communique insidieusement plutôt qu'au sens strictement médical de contamination. Les tentatives de minimisation de Bertrand (répétition du mot « *un peu* ») montrent la porosité des individus devant l'angoisse d'un psychotique. Dans les fonctionnements psychotiques, l'enveloppe psychique échoue à délimiter la réalité psychique et la réalité extérieure, on peut parler « *d'enveloppes effractées* » (Houzel, 2010, p. 33). La porosité de l'enveloppe joue dans les deux sens : effraction dans la réalité psychique du patient, diffusion dans la réalité psychique des frères et sœurs.

Au sujet du pronostic, leurs analyses divergent. Ils pensent tous que l'avenir de la maladie sera déterminant pour leur propre avenir et pour l'avenir de la relation fraternelle, Caroline affirme son pessimisme tandis que Delphine reste dans le statu quo et ne se positionne pas quant à l'avenir, Bertrand est celui qui espère une forme de guérison.

*« Ça peut se soigner ... c'est une maladie qui peut se soigner mais sur le long terme... avec les bonnes personnes, les bons mots, la patience et y croire. » (Bertrand)*

**De l'ordinaire à l'étrangeté :**

Les jumelles racontent de façon différente le même souvenir où elles ont été confrontées pour la première fois à la maladie, ces différences dans la mémorisation montrent comment, devant l'étrangeté de ce qui survient, elles se positionnent dans un questionnement sur l'étrange et l'ordinaire, le malade et le non-pathologique.

*« J'étais **avec ma sœur** et on était monté. En fait dans notre maison, il y a un rez-de-chaussée, un étage, deux étages, lui il est tout en haut, et on était monté donc au deuxième étage. On était arrivé, il était en train de prendre tous ses livres et de les étaler sur ... (...) Donc il était en train d'étaler tous ses livres et de les ranger par colonne comme ça, et on était là mais qu'est-ce qu'il fait ? Il ne parlait pas, il était juste, **c'était sa maladie quoi, il faisait des trucs**. On est descendu, **on a dit** à papa qu'est-ce qu'il fait Alain ? » (Caroline)*

*« C'était quand **je** suis montée à son étage, je l'ai vu étaler tous ses livres sur le, sur le ..., je ne sais plus comment on dit... Oui le palier qui est à **son étage**, il étalait tous ses livres l'un à côté de l'autre et tout ça. Là je me suis dit, enfin sur le moment puisque j'étais plus jeune, ben **je me suis dit il fait ses rangements** et tout ça. Et puis après **j'entends mes parents qui disent bah ça y est, il a recommencé**. » (Delphine)*

Cet épisode qui a donné lieu à une hospitalisation d'Alain représente, dans la mémoire des deux sœurs, la première confrontation aux troubles. Cependant bien que vécu ensemble, ce souvenir est relaté de façon assez différente par chacune d'elles. Dans son souvenir, Caroline n'est pas seule, elle a une alliée, elle est en présence de sa sœur témoin de la même scène. L'insistance sur le fait d'être deux alors qu'Alain est seul permet une mise à distance et une objectivation « c'était sa maladie ». Delphine en revanche n'évoque pas sa sœur dans son souvenir, elle utilise le « je », là où Caroline utilise le « on », moins impliquant. Dans cette posture Delphine reste témoin sans trancher sur la question du normal et du pathologique. La posture de Caroline amène à une action : prévenir le père, alors que la posture de Delphine amène à une interrogation : où s'arrête le normal ? Pour elle, la confirmation de l'étrangeté de la scène vient de la parole des parents, ce qui lui permet de sortir d'un questionnement potentiellement sidérant sans avoir à le résoudre par elle-même.

Dès cette scène inaugurale et jusqu'à maintenant, il n'y a pas de consensus entre les deux sœurs sur la représentation de la maladie et plus précisément sur la frontière qui délimiterait le domaine du normal de celui du pathologique

Caroline insiste du côté du pathologique : « *A mon avis, c'est quand même voyant, on voit bien que quand on se croise, il n'est pas tout à fait normal* », « *même dans sa façon d'être tous les jours, ça se voit qu'il n'est pas tout à fait normal.* »

Alors que Delphine tire du côté de l'ordinaire : « *mes parents disent qu'il ne va pas bien mais moi je le vois et il a l'air bien* », « *mes amis ne voient pas qu'il est malade* ». « **On peut tous être comme ça.** »

Bertrand a tendance à minimiser, banaliser développant l'espoir d'un retour à l'état d'avant.

Il est intéressant de repérer que la frontière entre le normal et le pathologique est définie ici par ce qui distingue le visible du non-visible. En ce sens les frères et sœurs partagent les critères d'Alain très préoccupé par les marqueurs visibles de sa maladie. Pour Caroline, l'insistance sur le fait que ça se voit peut être une forme de confirmation qu'elle n'est pas atteinte elle-même, tandis que pour Delphine et Bertrand l'absence de symptômes visibles permet de maintenir un certain doute, de minimiser la gravité des troubles et de maintenir Alain du côté de l'ordinaire.

### **Au-delà du biologique, la question de la consubstantialité :**

Ces différences très marquées dans la fratrie au sujet de la maladie d'Alain oscillent entre l'amplification des troubles ou la banalisation des troubles. Si l'on reprend l'image de la fratrie comme une ligne de tension entre le pôle Ressemblance et le pôle Différence (voir p 81), l'intensité de la question entre le normal et le pathologique qui s'exprime dans cette fratrie montre l'importance du questionnement sur la consubstantialité. Même dans une fratrie sans lien biologique où la question devrait, a priori, ne pas se poser, le questionnement sur la consubstantialité est intense.

Pour synthétiser si ça se voit chez Alain et pas chez ses frères et sœurs c'est donc que lui est malade et pas les autres, mais cette question est complexifiée par le fait que si ça se voit, le regard des autres sur les frères et sœurs du malade change. Caroline a conscience que la fratrie peut être prise dans un regard stigmatisant qui l'englobe au-delà de celui qui est malade. Elle a donc à la fois besoin de s'assurer qu'elle n'est pas malade et que c'est

visiblement Alain qui est atteint, mais elle a aussi besoin que ce ne soit pas visible au-delà du cadre familial.

*« Il y a une certaine appréhension du fait que le regard des autres changent vis-à-vis de moi si je leur dis ça, parce que ce n'est quand même pas une maladie anodine »*  
(Caroline)

### **A-3 Vécu de cohabitation**

Les thématiques présentes dans les discours de Bertrand, Delphine et Caroline se posent dans un contexte de cohabitation quotidienne. A ce stade de la maladie et dans ce contexte de vie en commun, ce sont donc, du côté des frères et sœurs d'Alain, les thématiques de l'imprévisibilité, de l'insaisissable, de la constance des troubles et de leur incompréhension qui dominent et du côté d'Alain, la thématique de la dépréciation.

#### ***Proximité physique et sensorialité***

Quand Alain parle de la fratrie, il y a deux formes de discours qui ne convergent pas : un discours théorique, abstrait et un discours concret en référence au sensoriel. Alain évoque les scènes de la vie quotidienne, les repas, les cigarettes, comme des moments de tension toujours possible. Le sensoriel est exprimé comme quelque chose de gênant, voire de dégoûtant comme les grandes embrassades quand son frère et ses soeurs se retrouvent après les vacances. Le sensoriel est à tenir à distance.

*« Les retrouvailles entre mon frère et elles, ça n'a rien à voir avec les rapports, les normes de comportement que j'ai moi avec. C'est vrai qu'ils sont plus jeunes, mais même je n'aurais jamais été dans cette effusion et dans cette espèce de, de ... de comportement ostentatoire qui marque la communion à nouveau mais bon ! C'est quelque chose qui m'énerve particulièrement en s'excitant l'un l'autre, en interaction quoi ! (Alain)*

Caroline éprouve aussi un agacement autour de la table familiale : des détails insignifiants peuvent prendre une valeur disproportionnée, ceci est assez fréquent autour de l'adolescence mais signifie aussi que la difficulté de la situation s'exprime surtout dans les petits

événements du quotidien. Bertrand et Caroline repèrent que Alain bénéficie d'un régime de faveur et de passe droit en particulier pour les tâches familiales et pour l'obtention des cigarettes. Les cigarettes, objet important pour tous les membres de cette famille, semblent dotées d'une valeur symbolique, et les conflits relatés autour de cet objet sont l'expression de rivalité et de jalousie. Le deuxième entretien a lieu après une dispute au cours de laquelle Alain reproche à Bertrand de lui avoir volé des cigarettes, cigarettes qu'il est le seul à obtenir directement de la mère en supplément de l'argent de poche également réparti dans la fratrie.

### ***Silence dans la fratrie***

Il y a jusqu'à présent une forme de consensus sur le respect d'une loi du silence à l'intérieur de la fratrie, la maladie n'est pratiquement jamais évoquée entre les frères et sœurs, mais aussi de la fratrie vers l'extérieur, Bertrand, Caroline et Delphine n'en ont parlé chacun qu'à une personne proche. Même si les parents énoncent que l'on peut en parler, il y a, à ce stade de la vie de la famille, une forme d'accord tacite accepté par tous. La maladie, très présente dans le quotidien de tous, n'est pas évoquée dans le cadre de ce quotidien.

*« Mon sentiment c'est qu'elle n'est pas énoncée, c'est-à-dire qu'elle n'existe pas. Ce que je m'étais dit en fait c'est qu'elle n'est pas énoncée dans le cadre familial ce que j'appelle les interactions, le quotidien, les échanges dans le cadre de la maison »*  
(Alain)

*« On cache nos émotions, on n'en parle pas beaucoup et quand on en parle, on est neutre. »* (Caroline)

Cependant Alain repère parfois des « *irruptions* » dans ce silence, irrutions qui rappellent que « *tout le monde est conscient (...) mais ce n'est pas des sujets à aborder* ». Ainsi il se souvient d'un épisode vécu en famille où Caroline l'avait traité de « *schizo de merde !* » et il précise que c'est la seule fois où il a entendu le mot schizophrénie de la part de ses frères et sœurs. La maladie énoncée sous forme d'injure montre qu'elle provoque dans la fratrie des émotions intenses. Depuis cette irruption, le silence sur la maladie s'est à nouveau installé dans la fratrie. Le mot « *irruption* » est utilisé par Alain à la fois pour parler des interactions fraternelles et pour parler de sa maladie (maladie « *en suspens* » avec des « *irruptions* ») : effraction de sa fratrie dans sa réalité, et effraction de ce qui l'habite dans la réalité des autres. L'utilisation du même mot suggère ici la fragilité des enveloppes

psychiques, des frontières du moi, la conscience mutuelle de cette fragilité va conduire à des processus d'adaptation individuel et en groupe.

### ***Honte et culpabilité***

Dans cette fratrie, on peut considérer la différence de représentation des alliances au regard de la distinction entre les affects de culpabilité et les affects de honte. La présence de ces affects dans les processus d'adaptation du lien fraternel à la situation du handicap sont fréquents (Golse, 2006) (Scelles, 2010).

La culpabilité permet de maintenir le lien, alors que la honte peut conduire à la rupture, Pour moins souffrir celui qui est dans la culpabilité peut réparer avec le risque d'être dans une position sacrificielle, alors que pour moins souffrir celui qui est dans la honte doit se conformer à un modèle d'excellence de plus en plus exigeant, avec le risque de l'épuisement et de la rupture. Si la culpabilité amène à un mouvement vers celui qui souffre, la honte conduit au mouvement inverse pour restaurer le narcissisme meurtri, la recherche d'excellence n'est pas pour soi-même mais pour s'assurer que l'on ne ressemble pas à celui qui souffre. Pour le coupable, l'issue pathologique de cet éprouvé est le sacrifice c'est-à-dire la séparation impossible qui amène à souffrir pour l'autre ou à souffrir avec lui, pour celui qui ne peut sortir de la honte le risque d'isolement radical avec la rupture des liens familiaux.

Pour Caroline comme pour Delphine, ces sentiments sont très intriqués avec leurs propres histoires d'abandon et d'adoption, Delphine se voit chassée de son village natal parce que les jumeaux portent malheur, or, dans la famille où elle est accueillie, la maladie d'Alain paraît répondre à cette prédiction de malédiction, ce qui peut activer le sentiment de culpabilité.

Delphine voudrait aider Alain :

*« Je culpabilise parce que j'ai l'impression que je ne peux pas l'aider »*

On retrouve dans son discours des expressions *« c'est un peu ma faute »*, *« à cause de moi »*, expressions dans lesquelles elle associe Bertrand avec lequel elle voit beaucoup plus de similitudes qu'avec sa sœur jumelle : *« moi et Bertrand qui sont...qui sommes pas bons. »* (Delphine)

Quand elle décrit ses propres difficultés qui entravent son parcours scolaire et ses projets d'avenir, elle a une expression qui pourrait s'appliquer à elle-même autant qu'à Alain, au

point que l'on peut se demander si elle parle de ses difficultés ou de celles d'Alain dans une intrication de destins :

*« J'ai tellement de difficultés (...) c'est limite pesant de savoir que depuis 7 ans j'essaie d'y arriver, ça fait 7 ans que finalement je, enfin il y a des améliorations bien sûr mais qui sont, je ne sais pas, euh je progresse mais doucement. »* (Delphine)

Pour Caroline la forme est radicalement différente, elle s'oppose fortement à cette famille d'adoption. Alain se souvient d'un épisode où Caroline semblait prête à prendre le risque de rejeter, de rompre, d'abandonner plutôt que de risquer d'être elle-même à nouveau abandonnée.

*« Il y a un souvenir fort ! C'est euh une fois on était en D... et Caroline elle a complètement péter les plombs, je l'ai jamais vu aussi violente, ce genre de crise qui était paroxystique, elle disait vous n'êtes pas mes parents ».* (Alain)

Au-delà de la problématique classique de l'adoption où le lien de filiation est souvent mis à l'épreuve à l'adolescence, la phrase dont Alain se souvient « *vous n'êtes pas mes parents* » peut aussi s'inscrire dans le registre de la honte. Elle signifie aussi la difficulté pour Caroline de se reconnaître sœur de ce frère aîné qui ne peut plus être pensé et qui fait surgir une profonde et inquiétante étrangeté là où il devrait y avoir de l'intime et de la familiarité. (Dayan C. , 2008). « Vous n'êtes pas mes parents » peut signifier l'absence de toute transmission biologique et ainsi couper cours à la question de la contagion.

Caroline peut être très fragilisée par l'évocation de la maladie d'Alain dans ses lieux d'élection et d'excellence. Elle a besoin d'une étanchéité entre son univers et celui de son frère, comme le montre cette évocation d'un souvenir lors d'un cours de français où le mot schizophrénie a été prononcé venant faire effraction et briser ses frontières de protection.

*« L'autre fois en cours on a parlé de sorte de schizophrénie (...) et c'est vrai que quand j'entends ce mot et j'entends les gens de ma classe qui débattent là-dessus, ça ne me fait pas rien du coup (...) je sens que dans ces moment-là **c'est plus là où je dois**, où je dois... enfin voilà c'est pas pareil, **c'est plus enfermé au fond bien dans une case**, c'est plus, je ne sais pas comment expliquer, ça ressort un peu plus du coup (...) quand on m'en parle d'un seul coup c'est **comme si ça se remettait en face d'un coup**. »* (Caroline)

Si l'on peut dire que Delphine semble prise dans le dédale de la culpabilité, tandis que Caroline semble marquée du sceau de la honte, on note aussi toute l'ambivalence de ces positions : Delphine dans l'incapacité d'exprimer le moindre critique sur Alain est hantée par la menace suicidaire qu'elle perçoit chez son frère, et Caroline, affichant un rejet familial, est celle qui s'inscrit le plus parfaitement dans le désir parental par la réussite scolaire. Cette ambivalence est le signe de tensions internes, de souffrances preuves qu'aucune de ces solutions ne permettra de résoudre le conflit, elle est aussi le signe que la situation n'est pas figée, que du mouvement est possible mais qu'il y a nécessité de l'accompagner.

### **Besoin d'éloignement**

Dans ce vécu de cohabitation, l'adaptation la plus évidente s'exprime par le besoin d'éloignement, dans cette fratrie ce besoin s'inscrit dans le processus d'individuation/séparation propre à l'adolescence. Les deux filles ont des velléités très affirmées d'indépendance. Delphine rêve d'aller étudier dans la même ville que son petit ami et d'habiter dans sa famille. Ce projet passe par le souhait d'intégrer une autre famille dans laquelle elle se sent bien, il fonctionne imaginativement comme une nouvelle adoption. Il est articulé chez elle au besoin de fuir les tensions intrafamiliales. Cependant Alain n'est jamais nommé comme cause des tensions, au contraire elle dissocie la présence d'Alain de son besoin de prendre de la distance et le dédouane des tensions familiales « *Alain n'a rien, il n'a vraiment rien à voir avec ça* ».

Pour Caroline au contraire, le besoin de prendre de la distance est clairement motivé par la situation de maladie dont elle repère les effets sur elle-même et le besoin d'« *éviter de simplement péter un câble* ». Son expression « *c'est entré en moi-même* » exprime la dimension intrusive des troubles psychotiques et montre la porosité des enveloppes psychiques qui ne permettent plus de délimiter avec assurance sa réalité psychique interne et celle qui viendrait de son frère ou du climat de tension familial. Elle constate que le climat familial était plus détendu pendant l'hospitalisation d'Alain qui semble avoir constitué pour elle une forme de répit et elle s'arrange pour quitter le domicile familial autant qu'elle le peut.

Pour Bertrand les projets d'autonomie sont très évasifs et beaucoup moins construits mais il développe une vie sociale intense. Dans la cohabitation, il trouve l'ambiance familiale assez lourde et il cherche à s'isoler dans sa chambre, dans une position de repli.

*« J'essaye d'éviter », « je garde pour moi », « j'ai toujours pris sur moi », « Je fuis le lieu comme ça je respire un peu. » (Bertrand)*

Alain lui-même parle du projet de prendre un appartement en autonomie.

### **La question du temps**

Dans cette famille, les entretiens de recherche ont lieu à un moment où le facteur génération, dont nous avons parlé comme étant un des quatre constituants du lien fraternel, vient mettre en tension la réalité interne (immutabilité) et la réalité externe propre au principe de vie et au développement d'une génération : départ de la maison, prise d'autonomie, ...

Ceci est d'autant plus fort qu'Alain lui-même conçoit sa maladie comme un raptus du passage à l'âge adulte, raptus que ses frères et sœurs, dans leur dynamique de croissance et de vie, viennent mettre en évidence. Ce sont ses frères et sœurs qui, grandissant, se socialisant, s'autonomisant, deviennent des révélateurs ou des amplificateurs de la face visible de sa maladie. L'écart se creuse entre la fratrie saine qui s'émancipe bruyamment et Alain en suspens dans ce processus de séparation/individuation. Il y a, comme l'a montré la revue de littérature, un point de tension entre le temps figé de la schizophrénie (Racamier) et le temps en mouvement d'une génération qui avance. Ce qu'Alain nomme sa « *problématique sexuelle* », thématique très présente dans son discours, est bien sûr une des clefs du passage générationnel permettant que la génération montante puisse renouveler et assurer sa survie. Alain insiste sur le fait que ses trois frères et sœurs ont des relations de « couple » alors qu'il est toujours resté seul.

*« Ils sont en couple ! Et moi je ne suis pas en couple alors que je suis le plus vieux, comme une sorte de paradoxe (...). On sent qu'on vieillit aux yeux des autres. »*  
(Alain)

Sans la dynamique relationnelle de la fratrie, il serait possible de s'en tenir au statu quo d'éternel enfant de la génération précédente. La fratrie qui passe de l'adolescence à l'âge adulte marque le temps qui passe et pose à Alain le dilemme douloureux de rester fixé à la génération d'avant (celle des parents) ou en mouvement dans sa génération (celle de sa fratrie).

Ce sujet s'apparente pour Alain à un rite de passage qui signerait ou non l'appartenance à un groupe. La métaphore du plongeur qu'il utilise semble représenter l'effort que représente pour lui le maintien dans le groupe.

*« C'est vrai qu'ils ont tous été éveillés à la sexualité et que moi ça a été plus tard, mais on était bien ensemble. Il y avait un plongeur et chacun devait faire un plongeur, c'était vraiment une problématique des enjeux »* (Alain)

Sa génération avance et s'il ne peut avancer à son rythme « l'ordre de composition » : l'attribution des places, la succession des générations ne seraient plus respectées.

*« Ne pas avoir une vie sociale, ni même d'avoir une vie sexuelle alors que eux ont ça, c'est comme si il y avait un ordre de composition qui n'était pas respecté »* (Alain)

Ce dilemme n'est pas uniquement porté par Alain mais aussi par sa fratrie qui se retrouve confrontée au risque de l'abandon de l'un des siens et de la culpabilité.

Alain repère le maintien de Bertrand dans une certaine immaturité, ceci peut être vu comme une tentative de Bertrand pour rétablir cet ordre de composition. De même les risques de redoublement répété chaque année par Bertrand s'apparentent à des tentatives pour ralentir le temps qui passe et rester à côté d'Alain dans quelque chose d'immuable. Plus Bertrand reste petit et immature, empêché dans son autonomie, plus il requalifie Alain plus il le réaffirme dans une position de grand frère.

Ceci va à l'inverse de Caroline qui au contraire multiplie et amplifie les marqueurs de passage à l'âge adulte.

#### **A-5 Jeux des alliances dans la fratrie**

Le passage à l'adolescence va constituer un révélateur qui va mettre à jour une dissymétrie dans la fratrie entre le malade et ses frères.

Partant du constat d'Alain qui décrit les alliances sous forme de 1 + 3, c'est-à-dire lui et tous les autres. Nous avons repéré comment les autres membres de la fratrie repèrent ces alliances.

« *En fait il y a une espèce de clivage dans cette famille, c'est 3+1.* » (Alain)

Alain amplifie la représentation de son isolement en insistant sur ce qu'il nomme les relations « de couple » de ses frères et sœurs, on passerait ainsi du 1+3 au 1+6. Il est le seul dans sa fratrie à mettre en avant cette dimension. Le bénéfice de cette représentation est l'attachement au groupe parental, le 3+1 pouvant alors glisser vers le 3+3 : d'un côté Alain avec les parents, de l'autre le reste de la fratrie. Ostensiblement à part, il deviendrait l'unique enfant de ses parents et perdrait définitivement la possibilité d'appartenance à sa génération. Ce maintien du patient schizophrène, dans une position « limbique » entre-deux générationnel peu propice à son intégration sociale est fréquemment décrit en thérapie familiale.

Caroline définit les alliances dans la fratrie de la même façon qu'Alain, elle insiste sur ce qui le distingue des autres. Pour se faire elle idéalise l'entente des trois cadets dans une sorte d'illusion groupale (Kaës, 2008) en insistant sur trois marqueurs de différence.

- Pas le même patrimoine génétique
- Pas la même proximité d'âge « nous trois, on est super proches »
- Pas la même complicité « à table on est trois, on discute, on parle de nos cours »

Elle se trouve prise entre deux mouvements contradictoires : l'attaque du lien de filiation puis sa tentative de répondre à l'idéal parental. Alain raconte un épisode où Caroline rejette violemment le lien filial « *vous n'êtes pas mes parents* ». En rejetant le lien filial, Caroline idéalise le lien fraternel, ce qui n'est pas partagé par sa sœur jumelle.

Dans un premier temps Caroline s'est accordée, de façon symétrique et en miroir, au scénario d'Alain, ces deux scénarios mettent en échec le projet parental de constitution de la fratrie et de l'entente entre les frères et sœurs. Par cette représentation, elle règle la question de la consubstantialité : le refus du lien filial signifiant aussi qu'Alain n'est pas son frère. Kaës (p146) rappelle « *le pouvoir des frères et sœurs de constituer les parents* », ne pas se reconnaître enfant de ses parents revient aussi à ne pas se reconnaître des frères. Cependant le coût du maintien de ce scénario est énorme car pour ce faire Caroline, après avoir été abandonnée par sa famille biologique, doit abandonner sa famille d'adoption rejetant tout lien de filiation. Elle ne pourrait alors que s'accrocher à un bout de fratrie idéalisée constituée des enfants adoptés. Aujourd'hui, ce schéma s'inverse et Caroline, en se conformant au désir parental (en particulier par la réussite scolaire), cherche à réparer mais aussi à être à nouveau choisie par les parents voire à être la préférée. Dans cette tentative, elle constituerait un 3+1

inversé qui pourrait rentrer en compétition avec le modèle d'Alain. C'est « *l'espoir de mes parents* » observe Alain.

Autant les représentations d'Alain et Caroline se ressemblent en s'opposant 1+3 / 3+1, autant Bertrand et Delphine cherchent à maintenir une position moins articulée à la dimension parentale et plus orientée sur le fraternel.

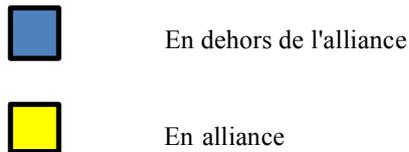
Bertrand se définit lui-même comme le « *médiateur* », c'est-à-dire celui qui assouplit les positions. Il a pu être dans le passé à la fois confident et souffre-douleur d'Alain. Par son attitude et ses comportements, Bertrand cherche à faire respecter l'ordre des choses en restant le petit frère d'adoption. Son attitude vise à requalifier Alain dans sa place de grand frère, on pourrait dire que des frères et sœurs, il est celui qui fait éprouver à Alain sa fraternité. On notera dans le discours d'Alain que l'expression de la culpabilité se rapporte toujours à Bertrand alors que, dans le discours de Bertrand, la répétition de l'expression « *être attentif* » se rapporte à Alain. Cette empathie mutuelle peut conduire à une forme d'alliance dans la souffrance qui permettrait de lutter contre l'isolement d'Alain, elle peut aussi conduire au maintien de Bertrand avec Alain dans la position limbique, Alain s'inquiétant de la capacité de Bertrand à prendre son autonomie et évoquant son manque de maturité.

Delphine, en insistant sur les conflits entre tous les membres de la fratrie excepté Alain, contredit le schéma de Caroline qui évoque une fratrie où l'entente entre les trois cadets serait idéalisée. En méta-communiquant sur la fratrie, elle prend une position plus distanciée que Bertrand, se mettant moins en jeu personnellement. Elle représente pour Alain la sœur la plus solide mais aussi la plus sûre sur le plan relationnel.

La diversité des représentations des alliances montre le travail d'élaboration de cette fratrie dans un contexte de cohabitation. Actuellement, dans une parfaite symétrie, Alain et Caroline élaborent des scénarios de rupture : pour Alain la perte de sa fratrie et de sa génération, pour Caroline la perte d'une filiation, ce qui représente pour l'un comme pour l'autre l'abandon d'un axe constitutif de leur identité. Ces scénarios de rupture peuvent être sous-tendus par un souhait de protection non seulement de soi-même mais aussi du reste du groupe, Alain est préoccupé des effets de sa maladie sur les autres et en particulier sur Bertrand, Caroline est celle qui nomme le plus précisément le danger de la consubstantialité et en scindant sa fratrie éloigne aussi Bertrand et Delphine.

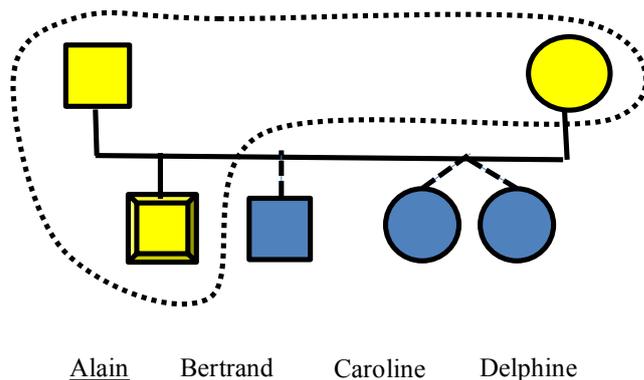
Les scénarios de Bertrand et de Delphine sont fondés sur une tentative de maintien du lien fraternel, ce qui laisse la place à un assouplissement des positions et à des transformations possibles. Toutefois les jeux ne sont pas figés, c'est un travail dynamique d'une fratrie adolescente face à son avenir, Alain n'est pas exclu de la recomposition des alliances.

Figure 8 : Représentation des perceptions des alliances dans la fratrie 1

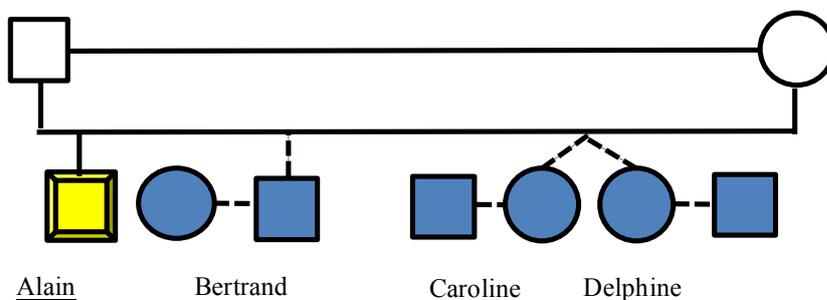


**Perceptions des alliances par Alain :**

1/ Exclusion du groupe : 1+3 Alain isolé dans sa fratrie, puis position limbique 3+3 Alain et ses parents

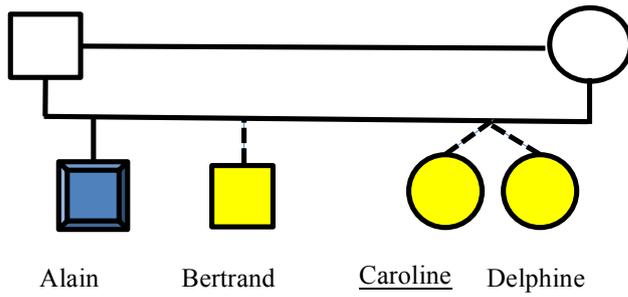


2/ Renforcement de l'exclusion, sentiment d'être dépassé par sa génération : 1+6

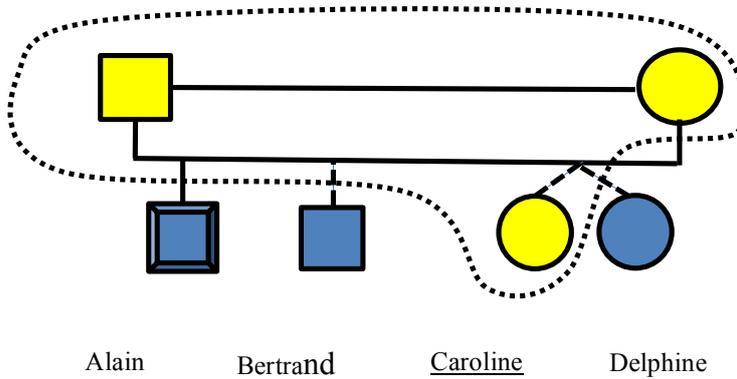


**Perception des alliances par Caroline :**

1/ Exclusion d'Alain, 3 +1 inversé. bonne entente dans la fratrie excepté avec Alain

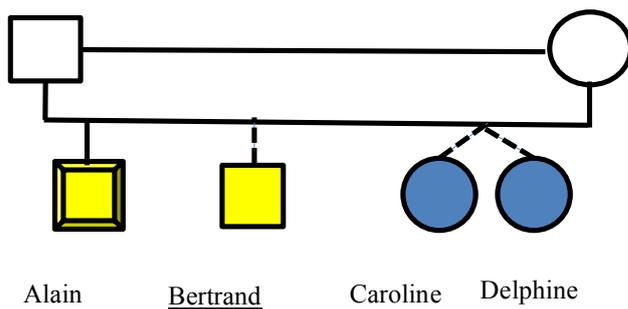


2/ Se place en position d'élection par rapport aux parents  
 En symétrie par rapport à la première représentation des alliances d'Alain



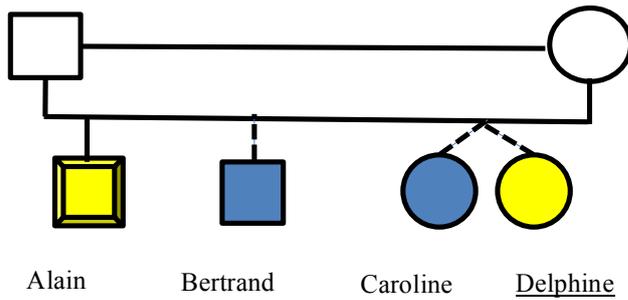
**Perception des alliances par Bertrand :**

Maintien d'Alain dans le groupe, Bertrand se place en « médiateur »,



**Perception des alliances par Delphine :**

Maintien d'Alain dans le groupe, Delphine s'oppose à la représentation de sa sœur jumelle de bonne entente dans la fratrie



### **A-6 Perception d'autrui, les Imagos fraternels**

Alain décrit ses relations avec ses frères et sœurs « *formelles et pas plus* », des « *relations conventionnelles* », « *on a vécu de manière collatérale.*» Comme Caroline donne une description très factuelle de la fratrie, définition dégagee de tout affect.

« *Le frère c'est d'abord un lien juridique* » (Alain)

« *Ben quelqu'un avec qui on a les mêmes parents et ben voilà !* » (Caroline)

Mais quand Alain parle de lui en tant que frère, ses propos sont marqués du thème de la dépréciation, voir de la honte. Il exprime un attachement réel, mais un attachement douloureux :

« *J'ai le sentiment que plus ou moins je manque à mes devoirs de grand frère. J'aurai pu être plus conquérant, moins triste, moins malade quoi ! (...) ça entraîne une thématique d'échec et de lourdeur* » (Alain)

« *Le fait que moi je suis en difficulté sur mes propres activités en fait aliène ou empêche de jouer ce rôle-là.* » (Alain)

Pour Alain, le contexte de cohabitation est ce qui tient la fratrie, au point qu'il se demande ce qu'il en sera de ces liens, une fois que le toit familial ne fera plus office de rassemblement. Il évoque dans ce qui définit le rapport fraternel de la proximité, « *même toit* », et de la distance, « *espace* » : « *Comment je définirais ce rapport ? Aujourd'hui c'est de vivre sous le même toit, c'est une communauté d'espaces. Maintenant c'est une communauté d'espaces oui* ».

Pour Alain, Caroline représente la sœur rivale, celle qui excelle dans ce qu'elle fait et qu'il admire. Sa réussite représente la réalisation des désirs parentaux qu'il n'a pas pu lui-même tenir. Dans les imagos, Caroline est le reflet en miroir de ce que Alain n'est pas, on a pu voir comme la tension spéculaire a pu être intense et chargée d'agressivité. Si l'on reprend les travaux de Bateson sur la schismogénèse (exposé p 74), l'interaction entre Alain et Caroline est basée sur un schisme symétrique où leur comportement paraît être le reflet en miroir du comportement de l'autre. S'ils sont rivaux c'est parce qu'ils se ressemblent. De la fratrie, Caroline est la seule à exprimer de façon explicite la dimension intrusive des, cette conscience amène chez elle des mouvements de mise à distance forts et visibles et le besoin de s'opposer, symétriquement.

Bertrand c'est celui qui sort Alain de sa place centrale, son arrivée constitue une rupture dans la vie d'Alain. Bertrand est celui qui transforme Alain en frère et qui vient bousculer le triangle Père/Mère/Alain installé depuis 7 ans. Il est l'intrus mais surtout le séparateur de la relation dyadique.

La relation entre Bertrand et Alain a eu dès le départ une intensité particulière. Bertrand parle de la présence d'Alain lors de son adoption, donnant l'impression de se représenter plus comme frère choisi par Alain que comme enfant choisi par ses parents. Alain de son côté récuse cette idée en insistant sur le fait qu'il ne se sentait pas concerné et l'adoption était uniquement l'affaire de ses parents. Bertrand se souvient d'avoir été en grande recherche affective vis-à-vis de ce frère aîné dont il aime à se souvenir qu'ils se sont mutuellement choisis. Les mouvements identificatoires de l'enfance ont probablement eu une intensité particulière entre ces deux frères,

Il y a entre eux une inquiétude mutuelle, Alain le considère comme le plus fragile de sa fratrie et se demande s'il y a une « corrélation » entre leurs échecs

*« Je me disais quelle était la responsabilité de mon échec dans son échec ». (Alain)*

*« Si j'avais connu des victoires ça l'aurait tiré vers le haut (...), je ne sais pas si il y a une corrélation entre nos échecs en fait ». (Alain)*

En référence à la schismogénèse de Bateson, l'interaction entre Alain et Bertrand est basée ici sur le schisme complémentaire : le comportement de Bertrand étant le complément du comportement de Louis. Le risque pour Bertrand est de rester dans cette complémentarité

réci-proque, de frère choisi, objet partiel ne pouvant sortir d'une place assignée dans une co-dépendance à son frère aîné.

Delphine, celle qui représente pour Louis ce qu'il aurait aimé faire, Alain projette sur elle ses désirs d'artiste et voudrait qu'elle choisisse de faire ce que lui ne peut pas faire. C'est affectivement de Delphine qu'il semble le plus proche. Attentive mais plus à distance, elle a une position empathique de soutien au lien mais semble avoir été moins concernée que Caroline et Bertrand par la tension spéculaire avec Alain, et la dimension intrusive des troubles ne semble pas l'avoir atteint autant.

Sa définition du lien fraternel est à mi-chemin entre les définitions factuelles d'Alain et Caroline et la définition de Bertrand : « *c'est une bénédiction* ». Elle exprime une position plus médiane qui représente sa place dans la fratrie, les frères et sœurs sont pour elle « *les personnes avec qui on a vécu le plus, enfin avec qui on était le plus proche, donc celle qu'on connaît le mieux.* »

#### **A-7 Synthèse de la fratrie 1**

Malgré la difficulté à se représenter la maladie, les frères et sœurs du patient n'ont pas cherché à s'informer sur le sujet.

La question de la consubstantialité est présente dans cette fratrie adoptée sans que les frères et sœurs du patient n'aient un lien biologique direct avec lui.

Dans ce vécu de cohabitation, le besoin de prendre de la distance est exprimé par l'ensemble des membres de la fratrie, y compris le patient.

Le frère le plus proche du malade, engagé de longue date avec lui dans un jeu d'identifications réciproques, est celui qui est perçu comme le plus fragile par le malade lui-même.

Le cycle de vie de la fratrie qui conduit à l'autonomie de chacun est ressenti douloureusement par Alain. Il peut avoir un effet mobilisateur mais représente aussi pour Alain la menace d'être dépassé et rejeté de sa fratrie.

La présence forte des parents qui ont pris la mesure de la situation triangulise le face-à-face des frères et agit comme régulateur des tensions.

On note une diversité importante dans la fratrie à la fois dans la façon de comprendre la situation et des moyens d'y faire face.

## **B/ Fratrie 2**

La famille 2 est constituée d'une fratrie de 3 enfants, les parents sont mariés. Ils sont issus de la classe moyenne. Le père, adhérent de l'Unafam, a été rencontré lors d'une manifestation publique de lutte contre la stigmatisation des maladies mentales et il a relayé l'information à ses trois enfants. Le recueil de consentement a été spontané et rapide et l'organisation des entretiens facile à mettre en œuvre.

Eva, l'aînée, a 37 ans, elle travaille mais dans son parcours professionnel est marqué d'hésitations et de tâtonnements : changement d'étude et diplôme non validé. Elle envisage actuellement une reconversion professionnelle et un probable déménagement vers la région où elle a grandi, c'est-à-dire un rapprochement du reste de sa famille et de son frère. Elle a un compagnon mais n'a pas d'enfant. Les souvenirs évoqués pendant l'entretien sont chargés d'émotions, larmes et soupirs ponctuent le discours.

Franck, 34 ans, est celui qui est malade. Il vit seul, il n'a pas d'enfant. Il ne travaille pas mais il a une vie sociale assez active.

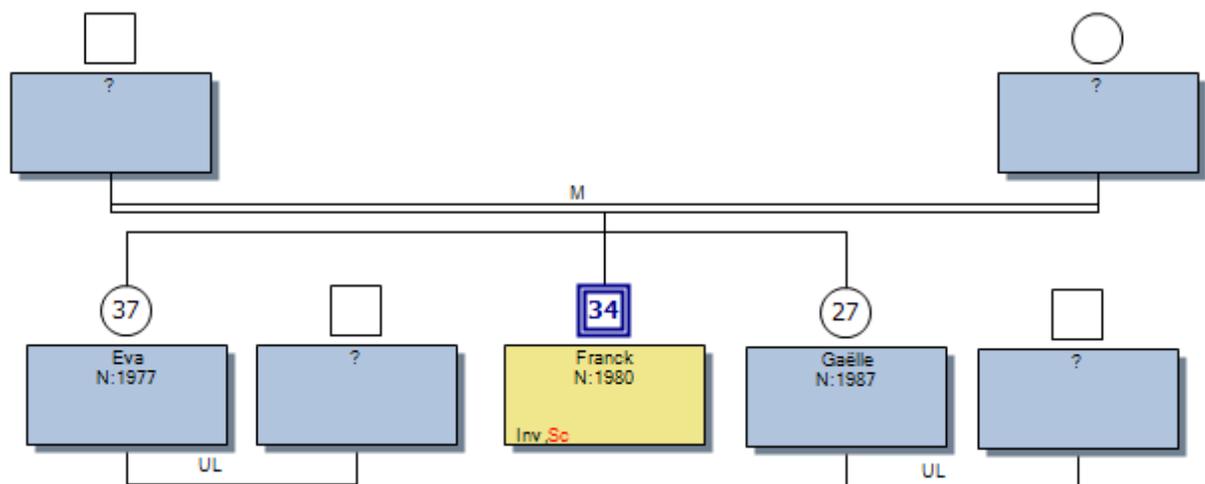
La dernière Gaëlle a 27 ans, elle travaille, elle vit en couple et n'a pas d'enfant. Elle n'a pas eu les hésitations de parcours de sa sœur aînée et semble s'être engagée dans un parcours d'étude et professionnel qui l'a toujours intéressée.

Aucun événement particulier n'est évoqué dans l'histoire de cette famille.

Au moment où se déroulent les entretiens, les trois frères et sœurs ne vivent pas à proximité mais ils se voient assez souvent. Franck vit à côté de chez ses parents. Eva et Gaëlle vivent dans une autre région. Lors de l'apparition des premiers troubles, la famille vivait sur deux régions, le père travaillant sur la région parisienne avec Eva qui était alors étudiante, la mère était installée sur la région d'origine avec Gaëlle alors scolarisée. La géographie familiale a souvent changé au gré des tentatives de soins pour Franck jusqu'à la situation actuelle. Eva a été témoin avec son père des premiers symptômes et de la première hospitalisation sans consentement. Elle a été amenée à vivre seule avec son frère au début de sa maladie. Gaëlle a ensuite vécu avec lui dans la maison familiale mais toujours en présence des parents.

Pour participer à la recherche, Franck est venu dormir chez Eva. Malgré plusieurs relances, il ne sera pas possible d'organiser le deuxième entretien avec Franck et il a été jugé préférable de ne pas insister.

Figure 9 : Représentation de la famille 2



## **B-1 Compréhension de la maladie par Franck**

Le contact avec Franck est aisé, il est sympathique mais il impressionne, on sent qu'il pourrait basculer dans quelque chose d'excessif. Il est très intéressé par le sujet et aborde d'emblée l'entretien en revendiquant la bonne entente familiale à laquelle il semble beaucoup tenir.

Quand il décrit les premières étapes de sa maladie, on retrouve comme pour Alain, les évocations de l'expérience de la centralité décrite par Grivois (1991, 1995). Les expressions « *j'étais vraiment plongé dans le truc* », « *j'étais centré sur moi-même* » qui reviennent à plusieurs reprises attestent d'une expérience où la question d'autrui était secondaire : autrui n'existant plus comme une personne mais étant inclus dans une foule anonyme.

Après une longue période pendant laquelle se sont succédées les hospitalisations et les arrêts de traitement, Franck admet, dans une certaine mesure, sa maladie. Il a aujourd'hui une relative compliance aux traitements qui lui permet une forme d'insertion sociale, les symptômes, constructions délirantes à dimension paranoïaque, restent cependant très actifs, ils émergent dans le discours sous une forme contrôlée et intellectualisée.

Aujourd'hui, si Franck peut nommer sa maladie d'un terme médical, il préfère la qualifier d'un autre mot : « *Je dis cette maladie, je devrais dire cette épreuve* », épreuve qu'il vit comme une sorte de mission qui le place au-dessus du commun des mortels : « *le jour où ça va s'arrêter, je pense qu'il y aura un changement sur terre considérable* ». Il a bénéficié d'éducation thérapeutique grâce à laquelle il reconnaît avoir appris à adapter son discours sur sa maladie en fonction de la personne qui le questionne, mais sans modification fondamentale de sa conviction délirante. L'accrochage au réel est parfois factice et il le revendique comme tel.

*« Les gens que je ne connais pas je leur dis je suis schizophrène quand je me mets à expliquer je dis : je crois qu'on lit dans mes pensées, que je suis filmé, que tout le monde connaît ma vie. Quand je connais bien la personne je vais dire : en plus c'est un délire permanent, c'est-à-dire que ce n'est pas un délire, je suis convaincu que c'est la vérité. (...) Enfin, pour « celui qui veut vraiment en savoir plus », il explique l'« enquête » qu'il mène, la recherche de « faits précis », les « preuves » qu'il accumule, les « coïncidences. » (Franck)*

L'adhésion au traitement est décalée, s'il prend scrupuleusement son traitement, c'est néanmoins lui qui garde le contrôle :

*« Ce qu'ils ne comprennent pas c'est que mes médicaments je les prends aujourd'hui non pas pour lutter contre mes délires qui sont de toute façon permanents mais pour supporter la vie que je dois vivre. »* (Franck)

C'est sous cette forme décalée qu'il décrit ses symptômes. Il utilise le mot « hallucination » tout en expliquant que s'il cesse de les reconnaître comme vraies, il ne pourra plus avoir confiance en ses propres perceptions et donc en lui-même. L'utilisation du mot ne le fait pas dévier de ses propres représentations. Il est cependant conscient de la nécessité de trouver un compromis pour ne pas rompre les liens avec son entourage.

*« On m'impose une réalité dans laquelle je dois vivre, dans laquelle on me dit tu es schizophrène, ce qui t'arrive c'est faux, et moi je dois composer en sachant que c'est vrai. »* (Franck)

Franck semble donc obligé de composer constamment entre sa réalité et celle des autres. Cette tension entre réalité interne et réalité externe se perçoit dans le maintien de deux positions contradictoires marquées d'une part par la dépréciation et d'autre part par l'omnipotence.

Le thème de la **dépréciation** prend chez Franck une forme radicale :

*« C'est juste comme si je n'étais plus un humain. »* (Franck)

*« Ma condition humaine est chamboulée, un homme n'est pas fait pour qu'on lise dans ses pensées. »* (Franck)

Pour résister à cette dépréciation fondamentale qui atteint son identité d'homme, il transforme ce risque d'effondrement en position toute puissante qui le protège. Il y a quelque chose de l'ordre du tout ou rien car il ne peut se départir de cette position sans risquer un effondrement du Moi : coexistent donc un vécu de dépréciation voir de déchéance avec une position d'omnipotence (Racamier, 1980), et la conscience d'une grande fragilité avec la conviction de sa puissance.

## **B-2 Compréhension de la maladie de Franck par les sœurs**

Eva date précisément le début de la maladie, elle se souvient d'avoir alors 21 ans. Elle remarque l'importance de la durée de la maladie « *Il y a une période où j'ai dit ça fait 10 ans que mon frère est malade, maintenant je ne compte même plus !* ». Elle parle d'un début « *soudain* » et d'avoir mis du temps à voir la gravité.

Contrairement à Gaëlle, Eva a été la cible de projections délirantes, car pris dans sa représentation paranoïaque, Franck était persuadé que sa sœur aînée savait des choses qui lui étaient cachées et qu'elle aurait eu le pouvoir d'arrêter son épreuve. Ces projections délirantes se manifestaient par une grande agressivité verbale, à laquelle Eva se souvient d'avoir répondu par ce qu'elle nomme « *confrontation* ».

« *Quand il me demandait quand ça va s'arrêter, j'essayais, je lui disais tu dis n'importe quoi, je répondais par... comme si je me défendais en fait.* » (Eva)

Un autre aspect de la maladie perçu par Eva est la question de l'omnipotence et du déséquilibre que cette position crée dans la relation fraternelle. Elle évoque un épisode où se rendant à une réunion de famille elle a eu un accident de voiture lors duquel Franck ne lui a signifié aucune attention.

« *C'est ce genre...d'absence de signe d'affection, d'amour qui... ça a été difficile.* » (Eva)

« *Je me suis redue compte qu'il était centré sur lui et qu'il ne pouvait pas être attentionné pour moi.* » (Eva)

Dans cet épisode, Eva perçoit que l'expérience de la centralité telle qu'elle est décrite par Franck fait vivre en elle ce que nous avons appelé une expérience de dé-centralité.

Elle évoque un ressenti « *d'inexistence* » et « *d'impuissance* », c'est-à-dire le sentiment de ne pas avoir d'existence valable ou intéressante par rapport à celle de son frère convaincu de sa mission. Ceci rejoint le sentiment « *de vidange* » décrit par (Hochmann, 2006) qui peut aller jusqu'au sentiment de perdre ses richesses personnelles, ou le « *vécu d'insignifiance* » décrit par Racamier (1980).

Dans le discours de Gaëlle, tout est au contraire minimisé « *on se demande **un peu** ce qui se passe* », « *j' ai eu **un peu** peur* », ce recours à la minimisation verbale contrebalance les termes de « *menace* » et de vécu d'insécurité présents dans son discours. Elle n'a jamais rencontré l'équipe soignante de son frère et n'en n'a pas fait la demande car elle a perçu un décalage entre l'expression de la maladie dans le lieu du soin et l'expression de la maladie à la maison.

*« J'avais l'impression que les psychiatres ne se rendaient pas compte comment mon frère pouvait être au quotidien avec nous. » (Gaëlle)*

### **Constat des effets de la maladie sur leur propre vie**

La façon dont Eva vit la maladie et en particulier le ressenti « *d'inexistence* » permet de comprendre les répercussions dans la vie d'Eva repérables par ses tâtonnements professionnels et sa difficulté d'inscription dans un projet au long. Elle est elle-même consciente des retentissements sur sa propre vie, d'autant plus difficile à vivre qu'ils ne sont pas visibles. Ainsi parle de répercussion invisible, sans trace, d'une maladie elle-même « *pas facile à définir* ».

*« On peut souffrir sans trop savoir exactement ce qui se joue. Enfin c'est assez lourd comme conséquence. » (Eva)*

La question de la consubstantialité s'est posée fortement chez Eva et apparaît à travers une interrogation sur la transmission aux enfants. Ce n'est qu'à l'âge de 30 ans qu'elle a cherché à se renseigner sur le sujet, cette question semble aujourd'hui moins vive puisqu'elle parle de son désir récent d'avoir un enfant.

Pour Gaëlle, l'incidence principale repose sur ses tentatives de ne pas gêner, de ne pas alourdir l'atmosphère familiale, elle évoque avec émotion le fait de ne pas avoir fait de crise d'adolescence : « *moi, il ne fallait pas que j'en rajoute* ». Au delà d'une volonté de soutenir les parents, la non-crise d'adolescence peut être aussi une façon d'éviter le questionnement sur la consubstantialité. Kestenberg (1986) a montré à quel point le processus adolescent pouvait avoir certaines ressemblances avec le processus psychotique et renforcer la confusion. Gaëlle a vécu son adolescence après l'apparition des troubles, et l'absence de signes de ce

passage est aussi à comprendre comme tentative de maîtrise de ses propres questionnements d'alors.

*« C'est une maladie qui se déclenche à la fin de l'adolescence, moi je pouvais être la cible entre guillemet, c'est-à-dire que pour moi ma sœur elle était plus vieille donc ce n'était pas, enfin ça aurait dû déjà se déclencher et moi ça pouvait être. » (Gaëlle)*

Gaëlle repère aussi la peur d'être jugée, ce qui a entraîné des ruptures dans ses relations d'amitié et chez elle un sentiment de honte.

### **B-3 Vécu de Cohabitation**

La fratrie 2 a connu une forme de cohabitation par alternance. Au début de la maladie, Franck a vécu pendant une période avec sa sœur aînée Eva, puis il est retourné vivre chez ses parents en présence de sa petite sœur Gaëlle. Il a eu un logement indépendant vers l'âge de 23 quand Gaëlle avait 15/16 ans. Dans ce tableau, ont été mis en concordance les paroles de Franck et de ses sœurs aux différents stades de la cohabitation.

Tableau 11 : Vécu de Cohabitation de Franck et Eva

Franck	Eva
Période de cohabitation au début de la maladie	
<p><i>J'habitais chez ma sœur à C. pendant un moment parce que je voulais rester à C. (...) la situation était juste dure de par le fait quoi et donc ça n'a pas trop pu être possible.</i></p> <p><i>J'en avais après tout le monde et du coup elle.</i></p> <p><b><i>La proximité à un moment elle était très dure</i></b> parce que je ne laissais pas passer des trucs.</p> <p><i>Si j'étais resté on aurait peut-être eu des mauvais rapports. Ça dépend du moment de la vie en fait</i></p>	<p><i>Il y a eu un moment assez court où mon frère et moi on a habité ensemble à C., (...). C'était une erreur et on n'aurait jamais dû faire ça.</i></p>

Prise de distance d'Eva	
<i>A un moment je pense que ma sœur elle ne voulait plus trop que j'habite chez elle.</i>	<i>Il y a un choix que j'ai fait c'est de continuer à vivre dans la région P alors que mes parents, mon frère et ma sœur ont été pendant pas mal d'années tous en B (...), <b>je me suis empêchée de retourner en B</b>, je ne voulais pas, j'avais <b>besoin d'une distance géographique pour maintenir je crois la distance affective, relationnelle</b></i>
Situation actuelle	
<i>Aujourd'hui <b>je pense que ça se passerait bien même si on n'habitait pas loin</b>, je pense qu'il n'y aurait pas de souci.</i>  <i>Aujourd'hui je comprends bien qu'en tant qu'adultes, frères et sœurs, je comprends que ce n'est pas bon qu'on habite sous le même toit.</i>	<i>Je pense que je pourrais, je ne dis pas que c'est ce que je vais faire mais en tout cas ça serait possible de retourner vivre pas trop loin de chez mes parents et de chez mon frère</i>

### Franck et Gaëlle

La prise de distance géographique a permis à Eva de se soustraire des assignations de son frère qui, en l'englobant dans son délire, prenait possession de ses pensées et de ses agissements. Sa capacité à percevoir la menace et à alerter associée à la capacité de ses parents à comprendre son besoin d'éloignement ont permis un mouvement d'élaboration mutuelle. On repère en effet que sa position dans les constructions délirantes évolue : elle n'est plus l'objet agresseur, celle qui est ligüée avec les voix contre Franck, objet partenaire et empathique. Ce déplacement de l'objet frère/sœur dans le délire est semblable à celui repéré dans le texte de John Perceval, ici ce déplacement dans le délire semble être lié à l'éloignement de la sœur dans la réalité. Cette prise de distance géographique semble avoir protégé la relation et rendu possible le rapprochement actuel.

Pour Gaëlle, même si l'évocation de la cohabitation lui rappelle la peur éprouvée alors, cette expérience semble avoir eu un impact moindre que l'expérience plus courte d'Eva de cohabitation seule à seule avec Franck. Pour Gaëlle l'expérience de cohabitation a eu lieu en présence d'adultes conscients de la situation et à un moment de la maladie où les relais soignant étaient mis en place. Il n'y a pas eu, comme pour Eva, de face à face isolé dans une situation irreprésentable et incompréhensible. « *Dès que ça commençait à partir mal, on m'écartait assez rapidement* » se souvient-elle. La relation était alors suffisamment triangulée par la présence des parents et par la prise en compte de la maladie. Cependant, dans cette situation de vie en commun sans possibilité pour elle de s'éloigner, elle a aménagé une forme de mise à distance par minimisation du danger et de la peur ressentie. Au delà de quelques échappés chez son oncle et sa tante, l'impossibilité de la fuite et la contrainte de la cohabitation la conduisent à des aménagements intrapsychiques comme l'empêchement dans l'expression des conflits et le silence autour du passage à l'adolescence.

Tableau 12 : Vécu de cohabitation de Franck et Gaëlle

Franck	Gaëlle
Souvenir rétrospectif de la cohabitation	
<p><i>Ma petite sœur <b>ce n'est pas pareil parce qu'elle était petite</b> donc on a habité longtemps ensemble chez mes parents.</i></p>	<p><i>C'est notamment à ces périodes-là que j'ai pu avoir peur à des moments donnés, parce que j'étais dans la chambre juste à côté de lui à l'étage et c'est vrai que Frank vivait complètement décalé, c'est-à-dire qu'il pouvait écouter de la musique, fumer, faire du bruit, et puis la journée il dormait, et donc c'est vrai que moi c'était un rythme inversé par rapport à l'école.</i></p> <p><i>A certains moments j'aurais bien aimé être plus loin, ne serait-ce que quand il était en crise, des fois c'est moi qui demandais à être chez mon oncle et ma tante donc je pense que de moi-même je voulais m'éloigner.</i></p>

#### **B-4 Processus d'adaptation**

Le principal processus d'adaptation dans cette fratrie peut être étudié à travers la mise en perspective des récits d'Eva, de Franck et de Gaëlle par rapport à une scène qui a représenté pour chacun d'eux une étape importante dans leur façon de vivre la situation. Il s'agit d'un moment vécu à trois alors que les parents sont partis en voyage et qu'ils se retrouvent ensemble dans la maison familiale.

##### Souvenir d'Eva

*« Euh.... Je me souviens d'un épisode marquant parce que là **il m'a menacé** avec un couteau ou là c'était un moment où je savais déjà qu'il y avait quelque chose de **grave** mais c'est un moment où je me suis rendue compte que moi il fallait vraiment que je me protège. C'était un moment où mes parents étaient en voyage en Italie et j'étais avec ma sœur et mon frère dans la maison de mes parents. Et mon frère il avait une bouffée délirante où il a mis le feu au tapis du salon de chez mes parents. Moi j'ai voulu éteindre le feu et **il a sorti un couteau et il l'a pointé vers moi** en disant que euh il allait me faire du mal si j'essayais d'éteindre le feu donc ma sœur, j'ai fait sortir ma sœur de la maison qui était plus jeune aussi à l'époque et puis moi ensuite je suis allée sonner chez des voisins, **j'ai fait appel** à des voisins puis mon frère a été hospitalisé en comment dire en HDT et c'est moi qui aie signer cette HDT parce que mes parents n'étaient pas là. Donc je me souviens de ce moment ou (ouf) je suis allé le voir à l'hôpital à la suite de cette hospitalisation où j'ai dit au médecin mais moi je veux pas, je peux pas aller voir mon frère dans sa chambre comme si de rien n'était, je veux qu'on revienne sur ce qui s'est passé. Et donc là le médecin il m'a reçu et il a demandé que mon frère soit là et donc il est revenu sur cet épisode là ; et à partir de ce moment-là euh... mon frère a pris son traitement, **je crois que c'est vraiment à partir de cet épisode qu'il a compris** qu'il pouvait être aussi dangereux pour les autres, et moi **j'ai compris que je ne pouvais pas rester dans une attitude de ... protection envers mon frère qu'il fallait que je me protège aussi**. Parce que je pense que ben comme pour quelqu'un qui dans une famille apprend qu'il a un proche qui a un cancer, ben on a une attitude de protection ou on essaie de faire en sorte que du mieux possible et je me suis dit mais en fait avec la schizophrénie comment on fait,*

*comment on fait parce que euh déjà ça se voit pas physiquement, enfin ça se voit pas du premier abord et puis surtout en fait il est quand même agressif avec moi, il me reproche des choses donc comment je peux faire pour l'aider, donc j'ai appris, j'ai arrêté de me poser cette question-là à ce moment-là. Je me suis dit de toute façon je ne suis pas médecin, je ne sais pas comment on fait et il faut de toute façon que je me protège. » (Eva)*

### Souvenir de Gaëlle

*« Il y avait une autre fois on était toute seule avec ma sœur parce que mes parents ils étaient partis en vacances et où mon frère a fait une crise, on était seules avec lui, et là il a voulu mettre le feu à la maison, donc **c'est ma sœur qui a géré**, enfin qui a géré **oui si c'est ma sœur et des voisins qui ont aidé**, qu'on a appelé et puis la police mais si ça j'ai vu parce qu'on était toutes les deux et du coup ... mais c'est pareil ça **c'est ma sœur qui a géré et moi j'étais un peu enfin en second plan en fait.** » (Gaëlle)*

*« **Ce n'est pas moi qui ait fait les démarches en tout cas**, et je pense que ça pour ma sœur notamment cette crise là je m'en rappelle ça a été quand même très dur puisque nos parents n'étaient pas là alors que d'habitude c'est vrai que c'est eux qui faisaient, qui faisaient ce rôle là qui prévenaient les médecins enfin tout ce qui était démarche d'hospitalisation, enfin voilà. C'était eux qui s'en chargeaient en fait. » (Gaëlle)*

Constata les efforts que faisait son frère pour contenir son angoisse le temps qu'elle puisse être à l'abri.

### Souvenir de Franck

*« **Sur mes sœurs il y a eu un moment fatidique** dans ma maladie, c'est un moment où j'allais tellement mal et j'en avais tellement marre que j'ai tenté de brûler la maison de mes parents en fait et **ça a été le tournant où moi j'ai commencé à comprendre**, quel que soit le mal qu'on me faisait si j'en arrivai là ce n'était pas moi,*

*il fallait que je fasse autrement pour affronter le truc et à partir de là je pense que j'ai été mieux.*

*- Il a fallu quelque chose d'un peu paroxystique ?*

*Je pense oui, pour **ma prise de conscience** à me dire, même les tentatives de suicide j'ai envie de dire, c'était peut-être moins fort que ça encore.*

*- Pourquoi ?*

***Parce que j'ai vu mes sœurs pleurer devant moi***

*- Ça vous a permis de comprendre quelque chose de particulier ?*

***Comprendre qu'elles n'y pouvaient rien**, j'aurai dû le comprendre plus tôt mais (profond soupir), j'ai compris ce jour-là que ça leur coûtait de ne pas me dire la vérité.*

*- D'accord*

*Que de les voir me faire hospitaliser parce que j'ai brûlé la maison et que elles, elles ne disaient rien, de même que les voir tenter de me suicider et que ils me disent rien. Ben ça c'est des choses qui font réfléchir quand même, c'est qu'il y a quelque chose. » (Franck)*

Dans cette scène, alors qu'Eva se trouve en position de confrontation et de lutte contre la violence de son frère, Gaëlle se tient à une position de témoin non agissant, passive. Située par son âge à une place de témoin plus passive, elle est perçue par tous comme une personne à protéger. Cette position l'amène à regarder la scène d'une place singulière et à requalifier le malade dans un rôle de grand frère qui lui doit protection.

C'est de cette place « *en second plan* » que les larmes peuvent surgir. Les larmes de Gaëlle permettent aux deux aînés de sortir d'une confrontation en face à face. En détournant le regard des aînés sur sa propre détresse, elle les incite à retrouver un accord sur la nécessité de protéger leur petite sœur.

Pour Franck cet épisode amorce un profond changement où il va pouvoir séparer ce qui est lié au « *mal que l'on me faisait* » que nous nommerons « maladie » et ce qui concerne les

liens qui l'unissent aux autres. Il prend conscience dans cet épisode que l'intrication maladie/rapport à autrui affecte les liens interpersonnels qui le constituent en tant que sujet : « *si j'en arrivai là ce n'était pas moi* ». Cette intrication se retrouve dans la formule « *les voir tenter de me suicider* », c'est-à-dire que pour maintenir le lien, Franck va devoir opérer un glissement dans sa représentation du monde qui l'entoure. Dans la première étape de la maladie, Franck est seul contre un monde menaçant qu'il est l'unique à percevoir et dans lequel tout le monde, y compris son entourage proche, est englobé (expérience de la centralité, Grivois, 1995). Dans cet environnement hostile, son univers familial, son entourage familial deviennent eux-mêmes menaçants au point d'être tenté de le faire disparaître : la formule « *les voir tenter de me suicider* » peut correspondre aux souhaits de psychose/souhaits de mort évoqués par Searles (1959). Ici les sœurs passent d'une position de possible agresseur à une position de témoin passif.

On peut penser que cette scène, vécue dans la fratrie sans témoin extérieur, Franck a pu être touché et concerné par les larmes de sa sœur parce qu'elles ont pu réactiver une expérience sensorielle et émotionnelle précoce. Scelles (2004, p 109) rappelle dans la construction du sujet « *ce moment où l'enfant expérimente le fait de comprendre ce que l'autre vit, en se remémorant ce que lui-même a vécu* », elle insiste sur l'importance de cette expérience dans le lien social. « *En effet, que serait un sujet humain qui, voyant l'autre pleurer, ne pourrait pas se représenter ce qu'il vit, et donc, ne pourrait dans un mouvement d'empathie, le consoler comme il aurait aimé l'être lui-même dans une telle situation* » (Scelles 2004, p 109). Dans cette scène on retrouve, comme dans le texte de Perceval, un ébranlement de la production délirante par le fraternel. La présence des sœurs permet de ramener à la familiarité et de relier le « *fatidique* » et l'ordinaire. Franck pourra affirmer qu'il n'est pas un humain tout en reconnaissant qu'il a des sœurs. Les sœurs lui permettent de relier sa réalité interne et le monde extérieure sans abdiquer sa position d'omnipotence.

Ce mouvement semble avoir soutenu une certaine conscientisation des troubles chez Franck par un déplacement sur ce que ses sœurs vivent. Ceci correspond à l'analyse d'Eva :

« *C'est vraiment à partir de cet épisode qu'il a compris qu'il pouvait être dangereux pour les autres et, moi, j'ai compris que je ne pouvais pas rester dans cette attitude de ... protection de mon frère, qu'il fallait que je me protège aussi.* » (Eva)

La conscience que Franck a aujourd'hui de ses troubles n'est pas basée sur la connaissance de sa pathologie, connaissance qu'il maîtrise mais à laquelle il n'adhère pas totalement, elle est surtout basée sur la conscience que ses troubles peuvent atteindre les autres et fragiliser son réseau d'appartenance et sur la part prise par se deux sœurs dans ce que Gaëlle appelle « *une acceptation mutuelle* ».

L'éprouvé des sœurs (les larmes de Gaëlle, et la prise de conscience d'Eva de ses propres limites) agissent comme miroir révélateur du problème de Franck. La prise de conscience de sa maladie passe non pas par la reconnaissance de son propre trouble mais par la reconnaissance de ce que ses troubles peuvent faire à l'autre. Le passage par les sœurs, objets à la fois externes et internes, lui permet de comprendre quelque chose qui le concerne.

### ***B-5 Perception d'autrui : les imagos fraternels***

Franck évoque sa fratrie avec beaucoup d'affection il parle de « *ma petite sœur* », « *ma grande sœur* » et insiste sur le fait que « *on s'est toujours bien entendu* ». Il est au milieu des deux : trois ans de moins que l'aînée, sept ans de plus que la plus jeune.

Franck est conscient d'une différence radicale avec les autres. Il est lucide sur les effets que cette différence fait peser sur sa relation à autrui mais aussi sur la relation que les autres peuvent avoir avec lui :

« *On est sur une autre planète, on est sur la même planète mais on est un extra-terrestre sur cette planète en fait.* » (Franck)

« *Je ne sais pas dans quel monde je vis, je ne sais pas si c'est la réalité.* » (Franck)

C'est sur la ligne de partage entre la réalité perçue par Franck et la réalité perçue par autrui que la relation fraternelle doit tenter de se transformer.

Gaëlle se reconnaît une place de « chouchoute » et perçoit que cette place influence sa relation avec Franck.

*« Le fait que je sois sa petite sœur a mis une relation différente finalement même par rapport à la relation qu'il peut avoir avec ma sœur aînée » (Gaëlle)*

Eva lutte pour se maintenir à sa place et refuse les assignations de Franck qui a pu la considérer comme celle qui sait, celle qui doit avoir une réponse. Eva constate après coup les tentatives de Franck de lui donner un rôle :

*« Il me mettait à la même place que mes parents, c'est-à-dire qu'il y avait mes parents et moi qui pouvaient lire dans ses pensées et on lui disait pas quand ça allait s'arrêter, ce qui n'était pas le cas avec ma petite sœur. » (Eva)*

*« Enfin quand je dis à la place de mes parents c'est pas vraiment ça, c'est plutôt qu'il me mettait à la place de quelqu'un qui pouvait avoir des réponses, et du coup il était agressif. » (Eva)*

En luttant contre une attribution d'une place qui serait définie par Franck, en refusant la parentification, Eva cherche à rester à un niveau collatéral, horizontal par rapport à lui. Cette lutte pour rester à sa place et ne pas se voir assigner un rôle qui n'est pas le sien agit positivement sur la représentation que Franck a du monde, un monde coalisé contre lui. En se maintenant sœur à ses côtés, elle peut introduire un peu de doute dans cette coalition alors que si elle s'accordait à la représentation de Franck, elle confirmerait et amplifierait ce vécu paranoïaque.

Elle remarque chez son frère un moment où il a pu changer de discours, passant d'une explication familiale à une explication divine.

*« C'était presque un soulagement dans le sens que j'ai plus eu autant de... de ce qu'on pouvait me donner comme pouvoir, que je n'ai jamais eu. » (Eva)*

Par ailleurs en luttant pour se maintenir dans le groupe fratrie, elle évite l'isolement de Gaëlle dans un face-à-face petite sœur / grand frère, et de ce fait la protège.

Gaëlle accepte sa place de petite dans la fratrie, de 7 ans plus jeune que Franck, elle est celle qu'il faut protéger. Dans cette famille, la conscience de la gravité des troubles et de leurs impacts sur leur entourage a permis prendre en compte la position a priori plus vulnérable de Gaëlle. Sa vulnérabilité est perçue par tous, même de Franck. Ainsi Eva remarque que Franck a eu un comportement différent avec elle qu'avec les autres membres de la famille, *« c'est-à-*

*dire que je pense qu'il l'a un peu protégé* ». Gaëlle a perçu les efforts que son frère a produit pour la protéger, c'est-à-dire la dimension d'échange et de réciprocité dans la relation fraternelle.

*« Je pense que mon frère, même en temps de crise, essayait, même si c'était très dur pour lui de prendre sur lui quand moi j'étais là je pense (émotion dans la voix). Alors il y a un certain seuil où ce n'était plus possible et ça devenait trop dur, mais j'ai toujours vu qu'il faisait plus d'effort avec moi et qu'il lâchait peut-être plus prise avec mes parents ou ma sœur aînée. »* (Gaëlle)

De cette place de petite sœur vulnérable, elle permet à Franck de retrouver une certaine réciprocité dans les échanges. En reconnaissant qu'il a tenté de la préserver, elle inverse le rapport aidant/aidé et de ce fait comme le constate Eva : *« elle rééquilibre tout ça »*. D'une part, ce sont les larmes de Gaëlle qui font baisser la tension lors de la scène du tapis. En le rappelant à son statut de frère qui lui doit protection, elle fait, d'une autre façon qu'Eva, vaciller la représentation paranoïaque de Franck d'un monde ligué contre lui. On constate dans le discours de Gaëlle que la maladie est souvent au second plan par rapport aux liens fraternels, Gaëlle semble avoir toujours pu voir en Franck un frère, elle le requalifie en tant que frère avant que de le qualifier de malade. C'est d'ailleurs une différence que note Eva entre elle et sa sœur.

*« Ma sœur le traite comme quelqu'un qui n'est pas malade. Il se trouve qu'il a une maladie mais elle ne l'identifie pas tout de suite comme ça, alors que moi, très longtemps, c'est ce que j'ai fait, je pense que je continue encore par moment à le faire mais j'essaye de me retenir. »* (Eva)

En se maintenant chacune à leur place, les deux sœurs semblent avoir contribué à rendre la vie de Franck plus supportable, elles le maintiennent dans le groupe fratrie et luttent contre l'isolement de Franck seul ou de Franck et Gaëlle, elles assouplissent son rapport au monde (moi et les autres) qui devient progressivement moins binaire. Ainsi Franck peut dire dans le même entretien *« je ne suis pas un humain »* et reconnaître qu'il a des sœurs. Dans sa situation, les liens fraternels le relient à l'humanité, la reconnaissance de ce lien confirme sa propre humanité.

## **B-6 Synthèse de la fratrie 2**

### **Synthèse de la fratrie 2**

Comme pour la fratrie 1, on constate assez peu de recherche d'information sur la maladie

La question de la consubstantialité se pose de façon différente pour les deux sœurs :

- Pour Eva, il s'est agi de se défaire de l'emprise, l'influence, l'empiètement éprouvé particulièrement au moment de la cohabitation seule avec son frère.
- Pour Gaëlle, elle s'est posée en terme plus médical de transmission génétique particulièrement au moment de son adolescence vécue après celle de son frère.

La cohabitation a été perçue comme difficile et la distance géographique a été nécessaire pour préserver la relation et limiter les effets de l'emprise (Eva).

La dimension empathique de la fratrie peut réveiller chez la personne malade la conscience de l'autre et de ce fait l'aider à trouver des liens entre sa réalité interne et le monde extérieur.

Le malade a conscience de la vulnérabilité de ses sœurs, surtout la plus jeune.

Comme pour la fratrie 1, on repère une diversité importante entre l'expérience vécue par chacune des deux sœurs.

## **C/ Fratrie 3**

La fratrie 3 est constituée de 4 enfants. Après 3 filles très proches en âge, la naissance d'un garçon, quatre ans après la dernière répond à un désir profond mais aussi à une tradition familiale de transmission des affaires. Luc est placé dès sa naissance dans une position particulière que lui-même comme chacune de ses sœurs évoque dans les entretiens.

C'est Héroïse la sœur aînée qui prend contact pour participer à la recherche et qui convainc le reste de sa fratrie. Elle a eu connaissance de cette recherche par le biais des ses parents adhérents à l'Unafam où la mère est engagée très activement. Paradoxalement c'est la mère qui se montre la plus réticente à la participation de ses enfants à cette recherche : elle tend à dissuader sa fille aînée au motif que l'on n'est pas sûr que Luc souffre vraiment de schizophrénie.

Il semble que la participation à cette recherche intervienne à un moment particulier de l'histoire de cette fratrie. Héroïse, en froid avec sa famille pendant son deuxième mariage, semble reprendre l'initiative en faisant cette proposition à ses frères et sœurs. La difficulté, malgré l'accord donné, à organiser les entretiens avec Isabelle et Julie traduit les enjeux de cette décision au niveau de la dynamique familiale.

Luc et Héroïse sont les premiers de la fratrie à venir en entretien, bien qu'ils arrivent ensemble du même village, Luc tient à venir avec sa propre voiture (150 km). Il sera beaucoup plus difficile de fixer des rendez-vous à Julie et Isabelle qui finiront par venir l'une et l'autre pour un seul entretien et de leur propre initiative alors que nous avons interrompu les relances.

Les trois sœurs montrent une grande aisance sociale, elles sont toutes les trois chefs d'entreprise et s'inscrivent dans les valeurs familiales d'entrepreneuriat et de réussite sociale, le grand père paternel et le père ayant développé avec succès l'entreprise familiale. Cette aisance se retrouve en entretien avec une expression libre tant dans la forme que dans le fond.

Héroïse l'aînée a 45 ans, elle a été mariée deux fois et a deux garçons issus de ses deux mariages, elle vit actuellement avec un compagnon et s'est installée temporairement chez ses parents. Elle va prochainement développer un nouveau projet d'entreprise et se rapprocher de son nouveau compagnon.

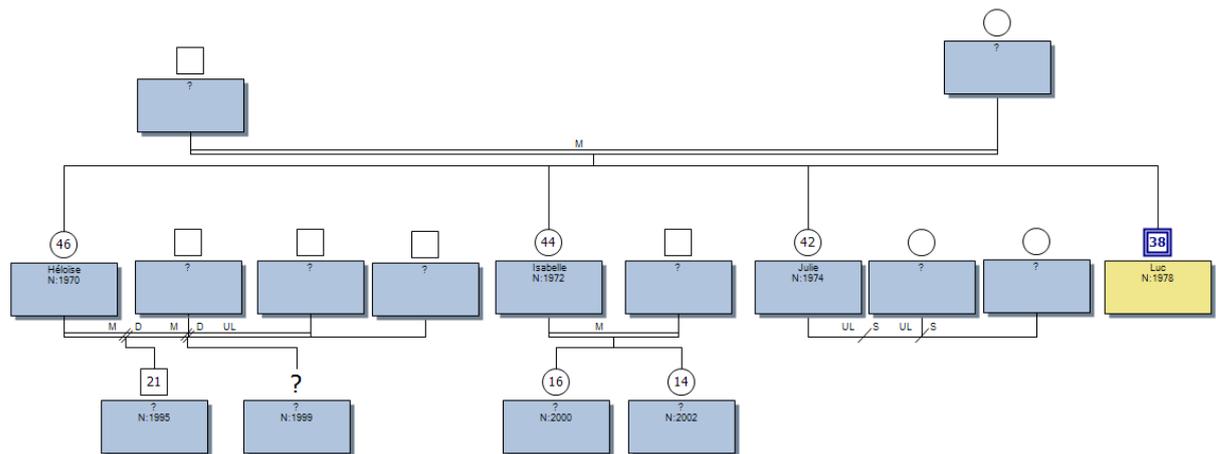
Isabelle, 43 ans, est mariée et a repris avec son mari l'entreprise familiale, elle a deux filles adolescentes.

Julie, 41 ans, vient de vivre une séparation et a annoncé relativement récemment son homosexualité à sa famille, elle a sa propre entreprise et habite proche d'Isabelle.

Luc, 37 ans, est le dernier de 4 enfants et le seul garçon. Il vit dans un logement autonome à proximité de ses parents. Enfant choyé, son histoire est marquée par un accident grave à

l'âge de 2 ans nécessitant des soins pénibles et douloureux. Cet accident, relaté avec une mémoire sensorielle très vive par les trois sœurs, a eu pour toute la famille un effet traumatique. Les sœurs se souviennent de véritables séances de torture subies par leur petit frère.

Figure 10 : Représentation de la famille 3



### **C-1 Compréhension de la maladie par Luc**

#### **Ce que Luc dit de ses troubles**

Lors du premier entretien, la présentation de Luc est très formelle et le contact assez froid. Il pose beaucoup de questions sur le cadre de la recherche et vérifie la légitimité du chercheur. Ceci étant posé, il se montre très coopérant et arrivera au deuxième entretien avec un écrit de ses réflexions qui commence par ces mots : « *apporter un plus dans le domaine de la psychologie. Aider à la recherche en doctorat de psychologie concernant la fratrie.* » Son discours est envahi de digressions et de tentatives de maîtrise par des rationalisations et des références intellectuelles, ce qui a nécessité d'adapter la conduite de l'entretien et d'éviter par des questions d'enrayer le cours fragile de sa pensée.

Luc est le seul des trois frères malades à dater précisément le début de sa maladie qu'il fait remonter à la première hospitalisation. Cette hospitalisation, sollicitée par un tiers extérieur à la famille, a fait l'effet d'un choc pour l'ensemble du groupe familial.

Après une période asymptomatique où la vie semblait avoir repris son cours, Luc fait plusieurs voyages pathologiques à l'étranger qui suscitent l'inquiétude et la mobilisation de toute sa famille.

L'évocation de sa maladie est marquée, dans l'analyse lexicale, par la répétition des mots « gêner », « se taire », « effacer », « ne pas montrer les troubles psychiatriques ». Il s'agit pour lui de « faire en sorte de **ne pas gêner** avec sa (ma) maladie », de « faire des efforts pour ne pas décourager les autres ». Cette thématique domine tout son discours. Luc semble avoir conscience de l'imminence toujours possible de représenter un danger. Toute son attention porte sur l'évitement du danger et le thème de l'**effort** est constant.

La permanence de cette thématique dans son discours révèle un conflit interne qui, bien que peu apparent, reste très présent. Ainsi Luc vit avec la crainte de « semer des troubles », la peur « de se laisser envahir par les vieux démons qui font de lui (moi) un méchant », et la nécessité « d'éviter le pire ».

C'est une autre forme d'expression du thème de la **dépréciation** repérée chez Alain et Franck. Il parle de moments où il ne se supporte pas parce que « j'ai une voix qui vient et qui me dit « déconne », moi je n'ai pas du tout envie de déconner ». Dans son discours se glissent des termes péjoratifs qui dénotent une dépréciation et un sentiment de **honte** : « j'ai pas du tout envie de faire le fumier ou quoique ce soit », utilise le terme de « peste ».

Luc pense qu'il a besoin d'être « encadré et suivi », et de vivre dans un environnement calme. Il pense que la réalité de ce qu'il vit ne peut pas être comprise par les autres, et en particulier par ses sœurs. Sa vie actuelle est très ritualisée, plutôt solitaire avec cependant une production personnelle importante de peintures à l'art-thérapie et de rédaction de dossiers sur des thèmes.

## **C-2 Compréhension de la maladie de Luc par ses sœurs**

Pour les trois sœurs, il y a très peu de signes de maladie entre la scène de l'accident et la scène de la chambre d'hôpital.

Dans cette fratrie dont les membres sont adultes au moment de l'apparition des troubles, la question de l'information sur la maladie n'a pas été prépondérante. Bien que la maladie évolue depuis 20 ans, aucune des sœurs n'a fait de démarche spécifique pour s'informer sur la maladie de Luc. Elles ont chacune une interprétation très personnelle de l'apparition des troubles, si ces interprétations diffèrent elles ont le point commun de lier l'apparition de la maladie à la dynamique familiale. L'accident de Luc dans sa petite enfance est cité par les trois sœurs comme un événement qui a conduit à le considérer, dès son jeune âge, comme quelqu'un de vulnérable. Les évocations très détaillées des trois sœurs sur les soins et les cris de leur petit frère montre que cet épisode a vraiment marqué l'histoire familiale. En introduisant l'idée d'une vulnérabilité, il a fait l'effet d'une première brèche dans une mythologie familiale basée sur l'effort et la réussite.

Les trois sœurs parlent chacune d'une forme d'injonction paternelle à être fort.

*« Notre état d'esprit dans notre famille, il y a un problème, il y a une solution »* (Julie)

*« Bon comme dit ma sœur (Héloïse), jusque 20 ans, c'est quoi tes notes ? et maintenant c'est quoi ton chiffre d'affaire ? »* (Isabelle)

Le thème de la maladie mentale s'inscrit donc dans une histoire familiale particulière où les problèmes se résolvent par le pragmatisme et l'effort. Dans ce contexte, les sœurs se définissent comme des « guerrières » (Héloïse citant Isabelle) et Héloïse perçoit la maladie de Luc comme une « armure » dans ce monde où il ne peut rentrer.

### ***De l'ordinaire à l'étrangeté***

Pour les trois sœurs, l'entrée dans la maladie est brutale. La première prise de conscience a eu lieu autour du lit de Luc à l'Hôpital Ste Anne dans un épisode inaugural qui a surpris tout le monde. Luc a été conduit à l'hôpital par le père d'un de ses amis. Lors de cet épisode, Luc refuse de voir ses parents et réclame uniquement la présence de ses sœurs.

**Julie** est la sœur qui dans l'enfance a été la plus proche de Luc, la visite à l'hôpital représente un moment où la tension spéculaire est importante de part et d'autre. Alors qu'elle se souvient que c'est elle-même qui, à l'époque, semblait aller le plus mal, ce premier épisode confronte directement Julie à la question de la consubstantialité. Son interrogation pourrait être synthétisée dans la formule : pourquoi lui et pas moi ?

*« Là j'avoue que j'ai rien compris parce que j'étais vraiment dans l'esprit d'avoir un frère tout ce qu'il y a de plus épanoui, d'ailleurs **c'était moi** qui étais la « pas épanouie » à cette époque-là.... **C'était plutôt moi** qui étais un peu renfermée, enfin des trucs qui ne me plaisent pas, enfin bref c'est pas important. » (Julie)*

Autour de la chambre d'hôpital, le frère et la sœur, tous deux à la fin de leur adolescence, se retrouvent, en connivence, sur une critique de la génération précédente. On peut supposer que Luc, pressentant la solitude de l'expérience psychotique et la mise en tension de son rapport au monde, recherche dans le lien à cette sœur complice et protectrice de l'enfance un sentiment d'appartenance. En désolidarisant le lien fraternel du lien filial, il y a une tentation à partager à deux, en miroir, cette expérience. Le vocabulaire utilisé dans l'évocation de ce souvenir dénote une confusion identitaire où Julie ne peut plus distinguer ce qui est à elle de ce qui est à Luc.

*« Donc moi je suis allée le voir, et il m'a dit des choses qui sont assez étonnantes, il m'a dit des choses que moi finalement je reprochais à mes parents ... ça m'avait halluciné un peu parce que je me suis dis grosso modo **c'est moi ce que je pense** ». (Julie)*

Il y a, lors de cet épisode inaugural, un échange entre Luc et Julie basé sur une véritable connivence entre le frère et la sœur, niveau d'échange qui ne s'est jamais renouvelé depuis, remarque Julie : *« bizarrement après le temps passe et je n'ai jamais entendu Luc redire ça, jamais. »*

**Héloïse** est aussi allée voir son frère à l'hôpital, elle parle d'une expérience pénible où toute son attention a été happée par le voisin de chambrée dont les symptômes l'impressionnaient beaucoup plus que l'état de son frère qu'elle semblait ne pas voir. Elle compare l'état de son frère à celui d'un autre malade et émet une analyse *« ce n'est pas ta place »*. Ce déplacement de l'attention sur un tiers fait qu'elle ne semble pas affectée de la même façon que Julie par la tension spéculaire.

**Isabelle** apprend la nouvelle en rentrant de voyage de noce, elle parle de *« douche froide »* et relate avec beaucoup d'émotions et d'éléments sensoriels cette visite.

*« Là j'ai vue mon frère mais alors le choc parce qu'il était sous sédatif, il était dans une chambre avec quelqu'un qui se prenait pour Jésus, moi alors là c'est gravé*

*dans ma mémoire, des barreaux partout. Oh ça le séjour ! Luc il faut qu'on te sorte de là tout de suite, c'est eux qui, t'es pas fou, c'est eux qui vont te rendre fou ! »*  
(Isabelle)

Dans cet épisode inaugural, les deux sœurs aînées échappent à la tension spéculaire en endossant un rôle protecteur. Cette position leur permet d'éviter un face à face direct dans lequel elles seraient impliquées personnellement. Julie, la plus jeune et la plus proche de Luc, est la seule à évoquer un vrai échange, une écoute au diapason, dernier retour de la complicité de l'enfance. C'est par ailleurs le seul moment, dans les données recueillies pour cette fratrie, qu'est évoqué entre Luc et une de ses sœurs un temps d'échange interpersonnel, c'est-à-dire où les deux personnes sont au même niveau. Ce degré d'empathie ne pourra pas être maintenu. Les relations entre Luc et Julie se sont distendues et c'est aujourd'hui avec Julie que Luc a le moins de contact.

#### ***Description rétrospective des troubles et tentative de compréhension***

Dans le discours d'Héloïse, l'entrée dans la maladie est directement liée à une histoire d'héritage et de transmission. Consciente qu'elle est la seule dans la famille à voir les choses de cette façon, elle date avec précision le moment où Luc est tombé malade. Pour elle, c'est au moment où Isabelle a repris l'entreprise familiale que Luc est tombé malade. Elle y voit un lien de cause à effet. Cette tentative de compréhension intrique l'apparition des troubles et la dynamique fraternelle, mettant en jeu la rivalité entre les deux sœurs aînées : Héloïse disant que c'est toujours Isabelle que l'on prend pour l'aînée et Isabelle parlant d'une rivalité ancienne. Héloïse rappelle qu'il a toujours été question que l'entreprise revienne à Luc, le garçon de la famille. Pour elle, la décision de l'attribuer à Isabelle est venu signifier symboliquement la reconnaissance par le père que le fils est atteint. Héloïse voit dans cette décision ce qui a précipité le basculement de Luc vers la psychose.

*« La seule chose qui aurait pu le relier à mon père c'est de reprendre les affaires, parce que mon père lui disait, tu reprendras, tu reprendras. Donc le seul lien qu'il pouvait construire avec mon père c'était ça et du coup quand il a proposé à ma sœur, c'était de toute façon je n'ai plus de brèche pour m'exprimer dans cette famille en fait ». (Héloïse)*

**Isabelle** a une conception plus pragmatique du début des troubles, elle cite clairement la prise de cannabis comme élément déclencheur. A la différence d'Héloïse, elle s'en tient à une conception organique excluant tout facteur environnemental qui viendrait interroger le fonctionnement familial ou les interactions.

Si Julie, la plus jeune, a été confrontée à la perplexité et à un questionnement intrapsychique important au moment de la première hospitalisation, on constate que les deux sœurs aînées ont développé des schémas pour penser la maladie de façon à en faire un objet externe qui ne peut les affecter directement. Les deux sœurs aînées ne restent pas au niveau de la tension spéculaire, l'atteinte de leur frère ne les atteint pas elles-mêmes, elles ne semblent pas avoir éprouvé de doute à ce sujet comme c'est le cas dans les autres fratries. Ces mécanismes de rationalisation ont une valeur défensive que Luc semble avoir perçu. La thématique centrale de son discours sur la peur de déranger et sa position de retrait dans la famille peuvent correspondre à une forme d'adaptation à cette représentation et non uniquement à une expression symptomatique de la maladie.

La maladie pensée comme objet externe a pour effet de creuser l'écart entre la fratrie saine et la fratrie atteinte. Luc est défini comme malade dont il faudra prendre soin. Il faut noter que Luc renforce cette séparation et semble avoir abandonner la recherche de points de ressemblance avec ses sœurs.

### **C-3 Vécu de cohabitation**

La fratrie 3 n'a connu aucune période de cohabitation après l'apparition des troubles. Les trois sœurs aînées étant engagées dans un parcours professionnel ou d'étude au moment de la première hospitalisation de Luc. Dans les entretiens le thème de la cohabitation a été posé sous forme de réflexion rétrospective à savoir comment pesez-vous que vous auriez pu vivre une situation de cohabitation avec Luc après l'apparition de ses troubles.

Aujourd'hui, Luc vit dans une petite maison à côté de chez ses parents :

*« J'habite une petite maison, je suis très content de là où je vis, je suis à 20 mètres de chez mes parents, il faut traverser un chemin. Je suis plutôt content parce que c'est*

*une vie en communauté familiale, par exemple il y a une femme de ménage qui vient, et puis elle va laver mon linge et le repasser. » (Luc)*

Les sœurs voient Luc à l'occasion d'une visite à leurs parents, mais elles ne rentrent que très rarement dans la maison de **Luc** et lui ne les y invite pas.

*« Moi, il n'y a quasiment personne qui vient chez moi. Moi j'aime être seul et je tiens à faire de mon foyer quelque chose de très privée. » (Luc)*

Actuellement si les membres de la fratrie se voient régulièrement lors de rencontres en famille, celles-ci sont lieu le plus souvent en présence des parents, il y a très peu de rencontres interpersonnelles directes entre Luc et ses sœurs. Julie remarque : *« je l'appelle très rarement, pour son anniversaire »*. *« Il n'appelle jamais »*. En revanche, les trois sœurs ont essayé de le faire travailler dans leurs entreprises respectives, c'est-à-dire de le faire venir dans leur monde dans un rapport aidant/aidé, employeur/employé renforçant la position aînées/cadet : ces essais ont échoué.

*« On le fait parce que c'est notre frère et qu'on a envie, mais très vite on abdique. »*  
(Isabelle)

Les membres de la fratrie 3 s'en tiennent aujourd'hui à un statu quo avec le constat d'une difficulté à se comprendre, les espaces sont séparés et la maison familiale de leur enfance médiatise des temps de rencontres. C'est Héloïse, consciente du vieillissement des parents, qui perçoit que ce statu quo ne pourra pas durer.

Avant le début des troubles, la scolarité des enfants de la Famille 3 s'est organisé entre la région d'origine et la capitale, les parents investissant dans un appartement pour favoriser les études à Paris. Dans cet appartement, il y a eu plusieurs configurations de cohabitation.

**Héloïse** est partie en pension vers 14 ans, Luc avait alors 6 ans. Puis ils ont eu une période de cohabitation à 2, avant le début des troubles, au moment où Luc est venu en fin de collège à Paris. Héloïse se souvient de cette période où elle commence à rentrer dans la vie active comme d'une période difficile, partagée entre sa vie de jeune adulte et une responsabilité difficile à définir sur son frère.

*« J'ai trouvé que c'était lourd pour moi, j'avais pas envie, enfin je ne me sentais pas de le gérer comme un enfant, en même temps lui, il était assez autonome, ... voilà,*

*moi je voyais des choses, j'étais partagé en me disant ça est-ce que il faut que les parents le sachent et puis ben non c'est mon frère, enfin le fait de le couvrir... Mais est-ce que j'ai remarqué des choses à ce moment là ? non, pas vraiment. Si, il était détaché, a posteriori je vois qu'il était un peu déconnecté de ses émotions » (Héloïse).*

Dans cette période de cohabitation qui précède de quelques années l'apparition des troubles, il est difficile pour Héloïse de définir sa relation à son frère : sœur aînée, elle est témoin mais elle ne parle pas de ce qu'elle voit, respectant les loyautés internes propres au groupe fratrie. Comme ses trois sœurs dans une construction a posteriori, elle suppose qu'il n'y avait rien de particulier à voir, l'entrée dans la maladie ayant surpris toute la famille. Cependant dans la forme du discours, il semble que la situation de cohabitation l'ait amenée à un questionnement dont elle n'a rien pu faire.

Aujourd'hui elle pense que, si elle avait eu à vivre avec Luc après sa maladie, elle ne serait pas été particulièrement affectée par la cohabitation avec son frère malade.

**Julie**, la plus jeune des sœurs, a connu une période de cohabitation dans l'appartement parisien quand Luc était lycéen et elle-même étudiante. Il y a eu ensuite quelques mois où ils ne se sont plus trop vus jusqu'à la première hospitalisation. Elle reste très évasive sur cette période de vie en commun

Mais dans l'hypothèse d'une cohabitation, contrairement à Héloïse, Julie pense qu'elle n'aurait pas pu et qu'elle ne pourrait pas vivre avec son frère. Elle parle en particulier de ses « décalages » avec la vie quotidienne, de la ritualisation de son existence :

*« Pour avoir un tout petit peu passer de temps avec lui, c'est juste... une horreur ! » (Julie)*

Pourtant, elle pense qu'il aurait été bénéfique pour Luc de vivre avec elle car elle l'aurait « sûrement traité comme quelqu'un de normal » :

*« Je pense que je n'aurais pas été gentille avec lui, mais je pense que ça l'aurait obligé à, peut-être, faire des efforts qu'il ne fait pas aujourd'hui ... Si ça se trouve, au bout de quinze jours, j'aurais complètement abandonné, lâcher l'histoire ». (Julie)*

**Isabelle**, de retour de l'étranger, a ensuite occupé l'appartement avec son mari pendant que Luc est parti vivre dans un studio indépendant. Elle n'a de ce fait jamais vécu seule avec

son frère comme ce fut le cas pour ses deux sœurs. Quand elle imagine ce qu'aurait pu être, de son point de vue, une situation de cohabitation, elle pense qu'elle aurait pu être positive pour Luc mais peu supportable pour elle-même.

Ce qui rendrait cette cohabitation difficile c'est le fait que Luc vive « tellement différemment de nous », elle insiste sur le décalage de rythme et a le sentiment qu'il ne cherche pas à adapter son rythme quand il est en présence des autres. .

*« Il va faire aucun effort, ça ne lui vient jamais à l'esprit » (Isabelle)*

*« Il s'en fiche complètement, complètement » (Isabelle)*

Pour autant, elle imagine qu'au départ de leurs parents, Luc viendra vivre proche de chez elle. Elle conçoit qu'il puisse vivre à proximité mais pas à son domicile, ainsi elle maintient la place de Luc en dehors de la famille qu'elle a construite pressentant une menace et une mise en tension des liens dans sa propre famille.

*« Je ne veux pas qu'il vive avec moi parce que je sais que ça va être invivable pour mon mari, pour mes enfants. Je me dis je ne veux pas qu'il soit loin parce que je sens que si on n'est pas loin c'est pas pour autant qu'il va venir chez nous, mais il sent qu'on n'est pas loin et qu'il peut venir quand il veut, c'est ça qui est important. » (Isabelle)*

La question de l'héritage et de la prise en charge de Luc est abordée par Isabelle de façon très pragmatique, elle a déjà consulté un notaire et s'est informé sur les mesures de protection juridique.

La sœur la plus proche de l'enfance est celle qui se sentirait la plus apte à aider son frère mais aussi la plus en difficulté à supporter la proximité avec lui. Il y a une forme de paradoxe propre au fraternel, à la fois la capacité, par le jeu des identifications, à comprendre les besoins de l'autre et la difficulté, par le même jeu des identifications à être en présence de l'autre quand celui-ci est affecté d'un trouble psychotique. Les sœurs qui se sentent le plus à distance psychologiquement, peuvent en revanche imaginer des rapprochements possibles.

#### ***C-4 Perception d'autrui, les imagos fraternels***

Chaque fois que Luc évoque une de ses sœurs, les deux autres sont rapidement associées. Elles vont par trois, comme un trio immuable « *c'est pareil avec les trois* ». L'énumération se fait souvent dans le même ordre, de l'aînée à la cadette, dans une forme d'indifférence affective. La présentation des sœurs se fait sur un mode descriptif, sans affects.

A un moment de l'entretien il leur donne à chacune, l'une après l'autre, la note de 20/20. Cette non-différenciation paraît marquer une a-conflictualité, un évitement du conflit dont l'expression pourrait être excessive. Ceci passe par des expressions édulcorées et évasives : il veut « *apporter du bonheur à ses (mes) sœurs* », « *qu'elles soient belles, qu'elles se sentent maigres et puis qu'elles soient bien dans leur peau, et qu'elles soient intelligentes* ». Les sœurs, invariablement jeunes, minces et intelligentes, sont mises à distance et idéalisées.

La question du poids est utilisée de part et d'autres comme un marqueur supplémentaire de différenciation malade/non malade. Au point qu'il représente pour Luc un signe de son propre vieillissement alors que les sœurs sont placées dans une position inaltérable. « *Il faut rester jeune...rester jeune. De temps en temps moi j'ai peut-être la place du plus vieux d'un seul coup* ». Le thème du poids est utilisé à double sens (esthétique et rester jeune) mais aussi au sens figuré (« *une charge* »). C'est dans ce sens qu'il définit sa maladie : « *la schizophrénie ça va être (...) le poids de la personne* », la charge qu'elle représente pour le groupe. Ce double-sens du mot *poids* est porteur d'un hiatus dans la communication entre Luc et ses sœurs : ses sœurs, et en particulier Héloïse qui a décidé de le faire maigrir. La superposition des mots poids et schizophrénie est aussi à repérer en terme de confusion de l'image du corps, l'un et l'autre ne font qu'un, toucher à l'un serait nécessairement toucher à l'autre (Pankow).

Dans la dynamique du deuxième entretien, on repère, dans l'expression de Luc, un début de verbalisation du conflit. Luc dénonce le positionnement du groupe des sœurs à son égard : « *elles vont me gronder parce que je n'ai pas fait ceci ou cela* », « *elles vont me dire, Luc tu manges comme un cochon, t'en as mis partout, arrête* ». Les mots « *gronder* », « *bêtise* » reviennent dans son discours.

Il est à noter que la précision de l'expression du conflit se précise dans un discours qui peut être assez confus et abscons par ailleurs. « *Je trouve qu'elles font des leçons qu'elles*

*n'ont pas à faire. Les leçons qu'elles veulent donner, il faut qu'elles les fassent en prof, mais pas en sœurs, elles ont pas de leçons à faire sur moi, elles ont des conseils de grandes sœurs, mais il n'y a pas de leçons à faire sur le, sur les démons* ». Lorsque le conflit prend forme et commence à être clairement verbalisé, il est parasité par un craqué verbal « les démons », qui lui fait perdre son sens.

L'absence de l'expression d'affect dans l'évocation des imagos fraternels ne signifie pas une absence d'attachement. D'une part Luc repère que ses sœurs s'inquiètent pour lui, d'autre part il affirme « *je ne veux pas passer pour le traître* », exprimant ainsi sa loyauté au groupe fratrie et son souci de ne pas en être exclu. Dans le cas de Luc, il semble que ce soit la question de l'appartenance au groupe fratrie qui soit prépondérante sur les liens interpersonnels. Ceci peut permettre de comprendre l'importance des efforts fournis pour rester membre du groupe et ne pas déranger l'ordre établi.

### ***C-5 Processus d'adaptation***

L'émergence de la maladie mentale dans cette famille a mis à mal **le système de valeurs familiales**. Cette thématique est principalement abordée par Héloïse et Julie qui contestaient en silence ce qu'elles nomment .... Elles reconnaissent que la situation de maladie a obligé la famille à évoluer. Cette évolution a été lente : chaque épisode était suivi d'une forme d'injonction parentale à un retour à l'état antérieur sans fléchissement de l'ordre établi. La production des symptômes a été crescendo jusqu'aux voyages pathologiques à l'étranger et que le retour à l'état antérieur ne soit plus jugé possible. Héloïse et Julie remarquent sur cette période un enrichissement des valeurs familiales. Les trois sœurs semblent avoir été actives dans ce processus en refusant la thématique de la honte. Héloïse affirme que son premier divorce, est lié à cette question, son ex-mari ayant honte d'avoir un beau-frère à Ste Anne. La capacité de cette famille à revoir son système de valeurs a permis de maintenir la cohésion du groupe et la solidarité familiale. Pour autant les efforts importants que consent Luc pour se maintenir dans le groupe ne sont pas repérés par ses sœurs, le groupe en tant qu'espace d'appartenance fonctionne mais les relations avec Luc à l'intérieur de ce groupe sont peu développées si bien qu'il n'y a pas de réciprocité : les sœurs soutiennent Luc mais les efforts de Luc pour éviter que sa maladie soit trop pesante ne sont pas reconnus.

C'est dans la fratrie 3 que la séparation entre la fratrie malade et fratrie saine est la plus marquée. En dehors de la première hospitalisation où Julie a été particulièrement impliquée, la maladie est un objet externe qui n'affecte pas le corps et le psychisme des deux sœurs aînées. La question de la consubstantialité est combattue mais elle refait surface de façon très anxiogène au moment où leurs enfants deviennent adolescents, la maladie prend la forme d'un objet flottant non maîtrisable et qui peut se poser de façon aléatoire sur l'un ou l'autre des enfants de la prochaine génération. Pour les deux sœurs aînées qui ont des enfants adolescents, c'est une fois le micro éteint et l'enregistrement terminé que la peur de la transmission à la génération suivante s'exprime.

A cette étape du cycle de vie de la famille, l'anticipation du départ des parents oblige à re-questionner les liens fraternels et à réorganiser les places à l'occasion du transfert de la prise en charge. Jusqu'à présent, les trois sœurs s'étaient postées dans une attitude de parentification, attitude non pas assignée de l'extérieur comme c'est habituellement le cas, mais qu'elles avaient adopté d'elle-même. Cette attitude présente depuis l'enfance de Luc semble avoir été amplifiée après l'apparition des troubles, elle leur a permis de ne pas se sentir directement concernées par la maladie et ses retentissements et ainsi d'évacuer, pour elles-mêmes, la question de la consubstantialité. Celle-ci ressurgit avec l'arrivée à l'adolescence de leurs propres enfants. Ces deux éléments : vieillissement des parents induisant l'anticipation du transfert de la charge d'une part, et arrivée de leurs enfants à l'âge où Luc a eu sa première hospitalisation d'autre part sont deux facteurs qui favorisent un questionnement sur les liens dans la fratrie et qui vont nécessiter de remettre en cause l'ordre établi. En effet dans ce transfert de charge, les sœurs ne comptent pas se positionner forcément dans la continuité de ce qu'ont fait jusque là leurs parents. La parentification qui était acceptable, voir bénéfique pour les sœurs tant que les parents s'occupent de Luc, devient aujourd'hui plus problématique car elle se combine avec la perspective bien réelle de la prise en charge de leur frère.

Luc, dans sa façon d'évoquer ses sœurs sous une forme indifférencié est partie prenante de ce scénario qui s'apparente à celui d'Alain en 3+1. Pour lui il y a une prépondérance du groupe sur les relations interpersonnelles. Les changements à venir vont probablement amener à mettre en mouvement un schéma qui semblait immuable.

### **C-6 Synthèse de la fratrie 3**

#### **Synthèse de la Fratrie 3**

Peu de recherche d'information par les trois sœurs sur la maladie de Luc.

La cohabitation n'a pas eu lieu et elle n'est pas envisageable pour l'avenir.

La question de la consubstantialité est évitée dès la première hospitalisation, mais elle ressurgit pour la génération suivante sur le thème de la transmission d'une vulnérabilité à la psychose.

Julie, la sœur la plus proche ne peut, seule, soutenir la tension spéculaire de la première hospitalisation.

L'écart déjà existant entre le groupe des trois sœurs et Luc s'est creusé entre une fratrie saine peu affectée et le membre malade. La fratrie fonctionne en deux sous-systèmes avec peu de relations interpersonnelles entre Luc et chacune de ses sœurs.

Luc est attaché à sa fratrie en tant que groupe, il cherche activement à l'épargner pour ne pas en être exclu.

La cohésion du groupe fratrie repose sur des valeurs familiales fortes : refus de la honte et solidarité familiale. Les trois sœurs ont conscience qu'elles auront bientôt à prendre le relais de leurs parents.

## ***Synthèse des trois fratries***

L'analyse des trois fratries permet de dégager des éléments qui seront repris dans la discussion et la recherche de préconisation.

### ***La place des parents***

Dans l'ensemble des entretiens, les parents ne sont jamais évoqués à une place centrale. Ils apparaissent dans le discours, mais pas comme personnages principaux de la scène racontée. Que ce soient pour les malades comme pour leurs frères et sœurs, le discours dévie peu de la thématique centrale de la recherche et reste accablé sur l'évocation des liens fraternels. Alors que les premières conceptions de la fratrie qui était toujours pensée en référence aux parents (tel qu'il est représenté la Figure 3 « accolement classique du complexe fraternel au complexe d'Œdipe » p 85), les données recueillies dans cette recherche confirment qu'il y a une réalité propre à la fratrie qui ne passe pas par la médiatisation des parents, qui échappe à leur connaissance et dont ils ne sont pas témoins. La fratrie est un sujet en soi, un univers en soi dans lequel les échanges interpersonnels sont multiples et directs. Les situations de cohabitation nécessitent d'autant plus d'explorer cet angle mort dans l'environnement du patient schizophrène.

Pour ces trois fratries, les parents assument pleinement leur rôle dans la prise en charge de leur enfant malade et il n'y a pas de délégation de la charge sur les frères et sœurs des patients, ni de pressions faites sur eux pour qu'ils s'impliquent. On ne repère pas de confusion entre le niveau parental et le niveau fraternel. La place des parents est respectée avec, de la part des enfants, une conscience aigüe de leur charge. On constate d'ailleurs que pratiquement aucune critique n'est faite à leur égard, et si une critique est émise elle est immédiatement contrebalancée par l'évocation des difficultés auxquelles les parents ont à faire face. Réciproquement, la place des frères et sœurs est respectée par les parents qui ne semblent attendre d'autre soutien de leur part que leur capacité à garder des relations avec leur frère et à maintenir la cohésion du groupe.

Même pour la fratrie 3 qui fonctionne sur un mode de parentification, celle-ci ne s'oppose ni ne se substitue aux parents. Le mouvement de parentification des trois sœurs s'inscrit plutôt dans un registre défensif que dans un mouvement pour palier un déficit parental. Il ne s'accompagne d'ailleurs pas par un accroissement de leur charge mais il leur permet de créer un espace intermédiaire au sein même de la fratrie.

Dans ces trois familles, le respect des places et des générations permet aux sous-systèmes parental et fraternel de fonctionner sans être ni enchevêtré, ni désengagé pour reprendre la représentation proposée par Minuchin (1979) entre les familles à frontières rigides (désengagée) et les familles à frontière diffuses (enchevêtrée). L'homogénéité de la position des parents et des fonctionnements familiaux a permis, dans cette recherche, d'explorer une zone de normalité dans laquelle Minuchin situe les familles à frontières claires.

Même si les entretiens n'avaient pas pour but d'explorer précisément cette question, le rôle joué par les parents est déterminant sur les rapports fraternels (Kaës, 2008). Leur positionnement, leur aptitude à assumer leur rôle et la clarté des frontières générationnelles participent à la capacité des fratries à développer leur propre ressource. Dans ces trois fratries, ceci a un effet important sur la capacité développée par ses trois fratries à transformer les relations et à maintenir le lien.

### ***La fratrie dans un rôle d'interface***

On constate de la part des trois fratries la recherche d'une certaine étanchéité des échanges entre la vie interne de la fratrie et la vie sociale, l'extérieur. La ligne de partage entre le dedans et le dehors doit être maîtrisée, non seulement dans le sens du dehors vers le dedans mais aussi, réciproquement, dans le sens du dedans vers le dehors.

D'une part les frères et sœurs du patient veillent à ne pas inclure des personnes qui se moqueraient et activeraient le sentiment de honte : Héloïse (Fratric 3) le définit comme le motif de son divorce, Gaëlle (Fratric 2) comme le motif de rupture d'un lien amical, d'autre part, l'évocation de la maladie dans leur monde peut être vécue comme une effraction de l'étrange dans l'ordinaire (comme l'évocation de la schizophrénie pendant un cours Caroline (Fratric 1).

Les patients sont eux-mêmes actifs dans le partage des mondes : Alain (Fratricie 1) ne souhaite pas d'intervention de sa fratrie dans son lieu de soin. Il insiste sur son besoin de « cloisonnement ». Luc (Fratricie 3) fait de son lieu de vie un espace où pratiquement personne ne rentre, personne n'est invité et personne ne s'y invite non plus : les sœurs sont rencontrées chez les parents, dans l'espace familial.

Pour autant, l'ouverture vers l'extérieur passe en grande partie par le fraternel, sans cette dimension, l'environnement des patients, en dehors d'Alain qui est étudiant, se limiterait à un environnement référencé uniquement sur leur maladie et composé d'autres patients. La vie sociale des frères et sœurs d'Alain renvoie les malades à leur propre solitude mais en même temps ouvre leur environnement et empêche un éloignement des préoccupations de sa génération. Les frères et sœurs dans ce rôle d'interface entre le dedans et le dehors se trouvent précisément sur la ligne de tension de la psychose, à la frontière entre le monde externe menaçant et envahissant pour le malade et l'univers interne de leur frère inquiétant et étrange. Ils se trouvent de ce fait à devoir filtrer l'interpénétration de ces deux mondes.

#### ***La faible recherche d'information sur la maladie***

Alors que le besoin d'information des frères et sœurs de patients est un résultat qui apparaît dans les recherches quantitatives, dans cette recherche en revanche, exceptée Eva (Fratricie 2), aucun des frères et sœurs, n'a fait de démarches vraiment explicites dans ce sens. Ceci ne signifie pas qu'ils ne répondraient pas positivement à une question leur demandant s'ils ont besoin d'information. Ce décalage de réponse entre les deux types d'investigation : questionnaire et entretien clinique de recherche incite à analyser plus finement le rapport des frères et sœurs au savoir sur la maladie de l'autre.

#### ***L'importance de la question de la consubstantialité***

Qu'elle apparaisse sur un plan latent ou manifeste, la question de la consubstantialité est très présente dans les contenus des entretiens non seulement chez les frères et sœurs des

patients mais aussi chez les patients eux-mêmes. Elle peut prendre des formes diverses suivant l'histoire familiale et la personnalité des membres, mais constitués de la même substance, les frères et sœurs partagent un questionnement sur ce qui leur est commun et ce qui leur est singulier.

### ***La difficulté liée à la situation de cohabitation***

Les différentes situations de vie avec la personne malade permettent de repérer que la situation de cohabitation vécue de façon contrainte et isolée a un retentissement sur les frères et sœurs mais aussi sur les patients. Les frères et sœurs jeunes qui sont ou ont été dans des situations de cohabitation prolongée (Bertrand, Caroline, Delphine (Fratricie 1), Gaëlle (Fratricie 2) ont tendance à minimiser l'expérience vécue et, excepté Caroline, expriment peu de sentiment négatif (peur, agressivité). En revanche les frères et sœurs adultes qui n'ont pas été confrontés à cette expérience considère qu'elle est impossible.

### ***La diversité des processus d'adaptation***

Le recueil de la parole de l'ensemble des frères et sœurs d'une même fratrie permet de mettre en évidence deux positionnements particuliers.

1. La place du frère ou de la sœur le plus proche de l'enfance :

Il est celui qui est le plus affecté en particulier car plus proche et plus semblable, il est le plus soumis à la tension spéculaire (Bertrand (Fratricie 1), Eva (fratricie 2), Julie (Fratricie 3), Damien (P. Tonka).

2. La place de l'aîné, notamment si celui-ci a un écart d'âge important avec le malade :

Il prend de façon plus ou moins volontaire une place qui l'extrait de la tension spéculaire (2 sœurs aînées (Fratricie 3), Spencer (John Perceval)). Dans ce mouvement qu'il faut considérer aussi d'un point de vue défensif, il se place vis-à-vis du malade davantage comme un aidant que comme un frère ou une sœur. On constate que lorsque

le frère ou la sœur se définit d'abord par rapport à un rôle et une fonction d'aidant, il est perçu par les malades comme déloyal ou à une place qui n'est pas celle attendue d'un frère. (Perceval par rapport à Spencer, Luc par rapport à ses deux aînées).

La différence entre ces deux positions se repèrent sur la façon dont est perçue la maladie. Dans le premier cas, la maladie est un objet interne à la fois au groupe fratrie mais aussi à chacun des membres affectés par ce qui se passe pour eux-mêmes. Dans le deuxième cas, la maladie est un objet externe, et la fratrie tend à se scinder entre fratrie saine et fratrie malade. Celui qui est malade est d'abord vu en tant que malade à aider, à soigner, la dimension réciproque du lien fraternel tend à disparaître, ainsi dans la Fratrie 3 bien que Luc ait le sentiment de faire beaucoup d'efforts, ceux-ci ne sont pas perçus par ses sœurs, ceci n'est pas le cas dans les Fratries 1 et 2.

Dans les fratries analysées, le nombre des frères et sœurs permet une diversité des positions et des jeux fraternels. Cette diversité rend possible le maintien des capacités d'empathie, c'est-à-dire de continuer à voir dans celui qui est malade un semblable. Si les jeux sont suffisamment souples ils permettent aux frères et sœurs de ne pas être figés dans une position. Dans la Fratrie 1, l'évolution des conflits, qui ont pu passer de l'injure sur la maladie à la rivalité ordinaire autour des cigarettes et à la remise en cause du statut de privilégié d'Alain, a permis de maintenir autour du frère malade un environnement relationnel ordinaire. Dans la Fratrie 2, les mouvements d'éloignement et de rapprochement, ont permis de sortir d'une situation de cohabitation contrainte et subie, et de ramener de la souplesse dans la relation.

### ***Synthèse des trois frères atteints***

L'attention portée aux malades, non pas sur leurs statuts de malades mais sur leurs places de frères a permis de recueillir un matériel riche et peu exploré.

Un élément important est la conscience douloureuse, chez les trois frères atteints, que leurs troubles peuvent affecter le reste de la fratrie.

- Alain exprime une réelle inquiétude pour son frère cadet. En tant qu'aîné il a le sentiment de ne pas pouvoir représenter un exemple identificatoire pour ses cadets.
- Franck a une vigilance envers sa plus jeune sœur et il cherche à contenir la crise afin de la protéger.
- Luc parle de ses efforts pour ne pas être une gêne.

Cette conscience de l'autre (frère/sœur) qui persiste même dans certains épisodes délirants, rejoint ce qui a été repéré dans le récit de J. Perceval où les frères et sœurs représentent des passerelles entre le monde interne halluciné et la réalité externe.

Pour les trois frères, l'appartenance au groupe fratrie paraît essentielle mais fragile.

- Même si Alain affiche une indifférence affective celle-ci est contredite par son regard très attentif sur sa fratrie. Il craint l'exclusion du groupe par l'émancipation de ses frères et sœurs.
- La façon dont Franck affirme la bonne entente familiale comme une évidence montre à quel point son équilibre actuel dépend de la qualité des relations en particulier avec ses deux sœurs.
- Pour Luc, la fratrie est une part essentielle de l'environnement soutenant grâce auquel il a trouvé une certaine stabilité. Sa préoccupation de ne pas déranger montre que l'appartenance à ce système est recherchée même à travers sa position paradoxale de repli à l'intérieur du système auquel il veut être intégré.

Pour chacune des trois situations, on a pu repérer que la fratrie pouvait jouer un rôle particulier dans l'amélioration de l'état du malade. Nous présentons ici ce qui a semblé le plus prégnant dans chacune des situations.

- Pour Alain, la fratrie semble représenter une source de mémoire grâce à laquelle il peut accéder aux souvenirs oubliés. La sensorialité, la tonalité émotionnelle de ces souvenirs ont pour effet de situer Alain dans un « *univers de référence* » (Muxel, 2007) qui peut soutenir un sentiment de continuité d'existence.

- Pour Franck, La fratrie en tant que groupe empathique représente aussi un environnement où il peut expérimenter, dans une certaine mesure, son rapport au monde. Elle représente un espace intermédiaire entre sa réalité interne et la réalité objectale. Les sœurs, supports identificatoires fonctionnant depuis l'enfance, deviennent réceptacles des identifications projectives consécutives au trouble et peuvent constituer des liens entre ces deux mondes
- Pour Luc, la fratrie intervient à un niveau plus distancié comme enveloppe contenante dans l'espace et dans le temps.

Ces éléments se retrouvent dans l'analyse des récits autobiographiques, ils montrent que dans les relations fraternelles la position de vulnérabilité est aussi ce qui en fait une ressource.

## **Chapitre 10 : Discussion**

Cette recherche avait pour objectif de mieux comprendre ce qui se passe au sein d'une fratrie quand l'une des personnes souffre de schizophrénie. Si les recherches antérieures (Vaughn & Leff, 1976) ont montré l'importance de la qualité de l'environnement familial sur la prise en charge du patient schizophrène, force est de constater que, malgré l'implication de fait des frères et sœurs lors du retour du patient à la maison, la dimension interrelationnelle a été peu explorée jusqu'ici. En outre, dans les nombreux travaux portant sur les familles de patients schizophrènes, à notre connaissance il n'en n'existe pas qui intègre le point de vue du patient sur son propre rapport à sa famille.

Ce sont en particulier les résultats du questionnaire développé dans le cadre de la recherche-action (Davtian, 2005) qui nous ont conduits à mener cette recherche. Dans ces résultats, le fait que, quel que soit leur âge (de 10 ans à 79 ans), 54 % des personnes ayant répondu (n=600) estimaient que la maladie de leur frère ou sœur malade avait des répercussions sur leur propre santé nous a particulièrement interpellé. Parmi eux, le groupe constitué des frères et sœurs les plus jeunes avait un résultat significativement supérieur (61%). Ceci nous a conduits à explorer plus finement les situations de cohabitation de la fratrie sous le toit familial au moment de l'émergence des troubles.

La recherche qualitative a permis de mieux comprendre la nature des retentissements sur les frères et sœurs du patient (A). En considérant la question de la consubstantialité non seulement dans son acception biologique mais aussi dans sa dimension psychologique, à travers les tissages des échanges et l'historicité des liens fraternels, il est possible de comprendre de façon plus complexe la vulnérabilité des frères et sœurs des patients schizophrènes (B). Mais, les entretiens montrent que c'est cette même raison qui permet à la fratrie de constituer aussi une ressource (C).

L'analyse qualitative permet de repérer l'intrication des effets délétères de la situation de cohabitation sur tous les frères et sœurs, y compris sur le patient, avec des effets positifs de développement des capacités protectrices et soutenantes de tous les frères et sœurs, y compris du patient.

La discussion s'articulera autour de trois points principaux :

- La nature des retentissements de la schizophrénie sur les frères et sœurs
- La consubstantialité : raison de la fragilité de la fratrie
- La consubstantialité : base des ressources de la fratrie

### ***A/ Nature des retentissements sur les frères et sœurs du patient***

Les entretiens de recherche ont permis de mieux comprendre ce qui conduit les frères et sœurs de patients à percevoir des retentissements sur leur propre santé. Ils montrent que ceux-ci reposent sur une large palette d'impressions et de questionnements :

#### 1. Crainte de la contamination, au sens médical

Ils peuvent prendre la forme d'une interrogation sur la contagion, le mot contagion étant pris ici au sens médical. Le fait d'être frère pourrait prédisposer à la contamination qui s'apparenterait alors pour eux à une épidémie ou à un virus. Dans cette place de frère ou sœur d'une personne schizophrène, il y aurait à subir quelque chose de l'ordre d'une fatalité qui pourrait arriver ou non, à soi ou à un autre frère, sur un mode totalement aléatoire. La maladie serait comme une tare familiale à laquelle on n'est jamais totalement sûr d'échapper.

On constate que ce questionnement est particulièrement vif au moment de l'adolescence des frères et sœurs, phase d'incertitude sur son propre devenir. La sortie indemne de l'adolescence venant, dans une certaine mesure, soulager le questionnement sur la crainte de devenir malade.

Gaëlle (Fratrie 2) se souvient de cet état quand elle évoque a posteriori les questionnements de son adolescence.

La question de la contagion semble alors temporairement réglée, mais elle se repose au moment de construire sa propre famille comme en témoigne les interrogations d'Eva (fratrie 2) sur le fait de transmettre la vie, mais aussi au moment où ses propres enfants entrent dans l'adolescence, Héloïse et Isabelle (Fratrie 3) voient

le doute planer sur leurs propres enfants. La sortie des enfants de l'adolescence jouant là aussi comme marqueur signifiant que la maladie ne s'est pas propagée de ce côté.

## 2. Risque de diffusion, contagiosité psychique

Cependant, dans la majorité des cas, les retentissements sur la santé prennent la forme d'une contagion, non plus dans un sens strictement médical mais au sens figuré, sous la forme d'une communication ou d'une transmission toxique. Houzel (2010) parle, à propos de la relation mère/enfant, de « *contagiosité psychique* » pour définir une situation où l'enfant se trouve envahi par les projections de sa mère. Comme si, du fait de son état de totale dépendance, il y avait une perméabilité à l'espace psychique de la mère.

Dans la relation fraternelle, horizontale, il n'y a en général pas de relation de dépendance vitale, pour autant, le terme de contagiosité psychique paraît pertinent pour décrire ce qui se transmet dans la situation d'une fratrie confrontée à la schizophrénie. Les frères et sœurs tissent depuis l'enfance des liens d'identification et de contre-identifications (Brusset, 2008), c'est ce tissage qui constitue la consubstantialité psychique, dès le début de la relation le frère/sœur a représenté un « *support électif de projection* », c'est sur ce support habituel que le frère malade va dans un premier temps expulser et projeter son angoisse.

On peut constater que ce sont surtout les frères et sœurs les plus proches en âge et les plus complices de l'enfance qui évoquent ce mode de transmission :

- Caroline et Bertrand (Fratric 1)
- Eva (Fratric 2)
- Julie (Fratric 3)

## 3. Risque d'emprise

Enfin, on perçoit aussi le questionnement sur le retentissement des troubles à travers le thème de l'emprise où il y a une intention de mainmise sur l'autre, d'empiètement ou d'influence. Ce thème est présent dans l'évocation des crises psychotiques comme la scène du tapis avec Eva (Fratric 2) ou lors de la première hospitalisation de Luc avec Julie (fratric 3). Dans les fratries qui ont participé à cette recherche, des dégagements ont été rapidement trouvés notamment parce que les situations de face à face ne se sont pas prolongées. Mais ceci peut s'apparenter à un

rapport de domination et d'influence sur l'autre comme dans le rapport hypnotique de suggestionneur à suggestionné décrit dans la loi d'induction de Rausky (1999).

Il faut noter que les deux premières formes de questionnement ne sont pas spécifiques aux fratries de schizophrènes, Scelles (2007) emploie le terme de « *consubstantialité psychique* » pour décrire notamment ce phénomène entre deux sœurs dont l'une est atteinte de trisomie 21.

La troisième forme est en revanche spécifique à la souffrance psychotique qui par « *expulsion dans autrui de quelque chose en dedans de soi qui est trop pesant* » (Racamier, 1980, p 84) se diffuse sur autrui, voir s'impose à autrui. Cette forme n'exclut pas les deux précédentes mais vient se combiner et complexifier la question des retentissements sur la fratrie.

Vulnérabilité à la psychose, angoisse transmise, fantasme de contagion, relation d'emprise, ce que les frères et sœurs perçoivent comme retentissements sur leur propre santé prend en fait des formes très diverses. L'analyse qualitative montre que cette interrogation dépasse la réalité biologique d'une maladie circonscrite, l'on constate en effet que la question des retentissements est particulièrement intense pour la fratrie qui n'est pas concernée par la dimension biologique (Fratrie 1).

### ***A-1 Spécificité de ces retentissements dans les fratries de patients schizophrènes***

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence la dimension interpersonnelle de ces retentissements.

#### ***Du côté des frères et sœurs des patients schizophrènes :***

On peut dégager deux aspects particuliers dans les situations de schizophrénies par rapport à ce que l'on connaît des liens fraternels quand ceux-ci sont affectés par d'autres types de pathologie (Scelles, 2010).

- La nature même des troubles schizophréniques est à prendre en compte. Les entretiens montrent que, dans la représentation que les frères et sœurs ont de la maladie, la dimension subjective prend le dessus sur une description symptomatologique. Les

définitions qu'ils donnent de la schizophrénie sont imprécises, ils utilisent très peu de termes médicaux, techniques. A l'inverse des fratries confrontées à un handicap de naissance d'un frère où la réalité est présente dans les discours et dans la vie courante, allant parfois une saturation du réel, ici la maladie elle est peu parlée dans les échanges familiaux, elle reste du domaine du subjectif, et peut créer une invasion dans la psyché de quelque chose qui ne peut se poser ni se dire dans le réel. Si l'on reprend la distinction de Binswanger (1971) les frères et sœurs évoquent la maladie du côté du *Leib* (corps vécu) mais ont très peu d'éléments tangibles pour parler de la maladie du côté du *Körper* (dimension médicale et symptôme).

La représentation de la maladie par les frères et sœurs semble presque inversée par rapport à la représentation médicale qui domine actuellement telle que nous l'avons synthétisée dans le schéma p. 69. Ceci met en évidence l'écart entre ce qui se donne à voir dans les lieux de soins et ce qui se perçoit dans l'intimité de la maison familiale.

- Dans la situation qui nous intéresse, le passage de l'adolescence est vécu de manière particulière, il est considéré dans ces fratries comme une période de tous les dangers que ce soit l'adolescence des frères et sœurs eux-mêmes ou celle de leurs propres enfants. Les entretiens montrent que tous les membres de la fratrie ne sont pas à des positions équivalentes concernant la vulnérabilité. Lorsqu'ils sont adultes au moment de l'émergence des troubles (Héloïse et Isabelle, fratrie 3), les mécanismes de défense permettent un évitement d'un questionnement trop intense sur leur propre rapport à la psychose. La maturité psychique de l'adulte le rend moins perméable aux retentissements par contagiosité psychique et par emprise et lui permet de s'en tenir à une vision plus médicale, le questionnement sur les retentissements des troubles est reporté sur la génération suivante. En revanche, chez les frères et sœurs les plus jeunes, la confusion identitaire propre à la période de l'adolescence est amplifiée par l'émergence des troubles. Le questionnement identitaire renforce la vulnérabilité à la contagiosité psychique et à l'emprise. L'âge des frères et sœurs est donc à prendre en compte particulièrement dans les situations de cohabitation alors qu'ils se trouvent en proximité avec la symptomatologie psychotique.

### ***Du côté des frères malades***

Concernant le retentissement des troubles, le point de vue des malades recueillis dans cette recherche est une donnée essentielle et peu connue. Le fait de questionner les malades non sur leur maladie mais sur leurs liens à leurs frères et sœurs, met en évidence que la question des retentissements de la maladie est aussi très présente du côté des frères malades.

Les trois personnes malades ayant participé à la recherche sont conscientes de ce que leurs troubles peuvent produire chez leurs frères et sœurs. Ceci prend la forme d'une inquiétude sur la fragilité qu'ils perçoivent chez certains de leurs frères et sœurs (Alain par rapport à Bertrand, Franck par rapport à Gaëlle), comme s'ils percevaient une vulnérabilité de la fratrie à leur propre psychose. La nécessité pour Luc de se mettre à l'écart et ses efforts produits pour ne pas gêner son entourage montre aussi la crainte d'une diffusion possible de ses troubles. Le deuxième mode de retentissement, « contagiosité psychique », peut être vécu par le malade comme le sentiment d'être toxique pour ses propres frères et sœurs. Ce que l'on repère c'est que la position de repli du malade peut être consécutive à cette prise de conscience, le repli ne serait donc pas uniquement à voir comme un trait autistique mais aussi comme un mouvement de protection du reste du groupe.

Dans la fratrie de patients schizophrènes, les retentissements de la maladie ne sont donc pas à considérer comme un objet clairement défini contre lequel il faudrait développer des moyens de se prémunir et des techniques pour faire face, mais comme quelque chose à penser aussi en terme d'interaction, ce que nous reprenons sous le terme de consubstantialité.

### ***A-2 Consubstantialité et vulnérabilité à la schizophrénie***

Ce thème est au centre des entretiens. Il apparaît dans le discours de chacune des personnes ayant participé à cette recherche. De façon manifeste ou implicite, il y est question de ce qui est indissociable, inséparable. La constance et la récurrence de cette thématique montre que l'émergence de la schizophrénie vient activer, chez chacun d'entre eux, un questionnement pour tenter de comprendre ce qui reste commun aux frères et sœurs confrontés à cette étrangeté radicale. Du côté des malades, Edy a montré dans sa thèse de

psychiatrie (1996) la fréquence des références fraternelles dans le discours des patients schizophrènes, il y a donc un questionnement partagé autour de la consubstantialité.

Cette expérience est rarement consciente et donc pas directement verbalisable, elle s'énonce de façon impromptue au fil du discours sur les relations fraternelles.

Or, il est important de noter que chez les parents, cette question ne se pose pas de la même façon : la schizophrénie de leur enfant ne vient pas mettre en doute leur identité propre (questionnement sur l'être), elle les questionne en revanche sur ce qu'ils ont fait ou auraient dû faire (questionnement sur l'agir), ce qui peut les conduire dans une impasse culpabilisante. Chez les parents, il va s'agir de douleurs liées à l'épuisement, de montés d'angoisse, de plaintes somatiques, alors que chez les frères et sœurs, le silence (Chapitre 5-1-B) peut cacher un questionnement intense sur la crainte inavouable d'être atteint soi-même, c'est-à-dire d'être atteint dans son être.

### ***A-3 Les frères et sœurs : curseurs entre le normal et le pathologique***

La façon dont la dimension fraternelle est abordée dans les recherches en neurosciences (voir Chapitre 1-2-B) est riche d'enseignement sur la question de la consubstantialité. Ces recherches ne concernent pas directement les frères et sœurs en tant que tels mais en tant que variables de comparaison entre un groupe de patients schizophrènes et un groupe de sujets sains : c'est le fait que les résultats de ce groupe fratrie sont significativement proches de ceux du groupe témoin ou significativement proches du groupe de patients qui permet de valider ou non une dimension génétique des troubles. En d'autres termes, l'inclusion du groupe fratrie fonctionne comme un curseur permettant d'explorer la frontière du normal et du pathologique. Cette place singulière des frères et sœurs dans la recherche ne peut se faire avec aucun autre membre de l'entourage et permet d'entrevoir les enjeux psychologiques liés aux liens fraternels, la question de la frontière entre ce qui est atteint par la pathologie schizophrénique et ce qui ne l'est pas ne peut se réduire une distinction entre un frère diagnostiqué schizophrène et un frère non diagnostiqué. Cette frontière entre ce qui est atteint et ce qui ne l'est pas se pose de façon beaucoup plus complexe à l'intérieur de soi.

L'intrication du normal et du pathologique dans les fratries est évoquée de façon très éloquente dans la roman autobiographique de Claude Arnaud (2012). Dans ce texte, l'auteur se situe comme témoin lucide de l'entrée dans la folie de son frère aîné.

*« J'ai beau parlé à mon frère avec fermeté, ses apparitions surprises me culpabilisent. En entamant le peu de stabilité qui me reste, elles me font craindre d'être sournoisement gagné par une maladie voisine, d'abriter un gène défaillant moi aussi (...). J'ai l'impression que Pierre veut m'attirer dans sa tombe psychique, ce lieu bizarre où plus rien de réel ne lui arrive, où les hypothèses les plus invraisemblables deviennent pensables : un vrai trou noir, voué à sa propre destruction. » (p 296)*

Les trois niveaux de diffusion des troubles repérés dans les entretiens de recherche sont articulés et peuvent coexister : la crainte d'être atteint (contagion au sens médical), l'attaque de sa propre stabilité (contagion psychique) et l'impression d'être attiré dans le monde délirant de son frère (emprise).

## ***B/ La consubstantialité : raison de la fragilité de la fratrie***

L'émergence de la schizophrénie place donc la fratrie du patient devant une incertitude qui ne pourra être levée par une information descriptive de la maladie. Les frères et sœurs, suivant leur position, leur âge et leur relation antérieure avec le malade, sont fragilisés par cette situation à des degrés divers. La recherche qualitative permet de mieux comprendre la nature de leur vulnérabilité.

### ***B-1 Spécificité de la tension spéculaire dans les fratries de patient schizophrènes***

On peut considérer que l'émergence de la schizophrénie oblige les membres de la fratrie à revisiter cette expérience vécue dans la toute petite enfance lors de la découverte de la distinction entre l'autre et soi, telle que l'a décrit Lacan à travers le stade du miroir (1936). C'est alors l'image spéculaire qui donne à l'enfant la forme intuitive de son corps mais aussi

qui lui indique comment son corps est en relation avec la réalité environnante. Dans la construction du sujet, le frère prend le relai du miroir et passe progressivement du stade de la dimension spéculaire à celui d'une image intériorisée.

C'est sur la base de la dimension spéculaire constitutive de la relation fraternelle que l'émergence des symptômes schizophréniques vient affecter les frères et sœurs du patient. Le frère, semblable et familier, ne ressemble plus à l'idée que l'on se fait d'un semblable il devient, comme cité dans les entretiens, un habitant d'une autre planète. Le miroir fraternel ne fonctionne plus du côté des frères et sœurs du patient, l'étrangeté perçue chez l'autre vient mettre en doute leur propre identité. Korff Sausse (1996) propose le terme de « *miroir brisé* » pour décrire ce phénomène dans les fratries confrontées au handicap mental de naissance. Dans le cas de la schizophrénie, ceci est d'autant plus fort que l'étrangeté vient faire effraction dans l'ordinaire.

Les entretiens ont montré que la tension spéculaire est particulièrement active au début de la maladie, quand le face-à-face entre les frères a lieu en dehors d'autres témoins, dans le réseau des loyautés internes du groupe fratrie, et à une période où le doute est encore important sur la définition des troubles.

#### ***Tension spéculaire du côté du frère malade***

Non médiatisé, non parlé parce que non « parlable », ce face-à-face peut être très perturbant pour les frères et sœurs du patient, mais la recherche a permis d'explorer aussi ce qu'il en est du côté des malades. Lors de l'émergence des troubles, le miroir fraternel semble être recherché par certains patients comme indicateur, curseur de l'étrangeté vécue (l'importance des imagos fraternels dans les délires de J. Perceval témoigne aussi de cette tension spéculaire). Les frères et sœurs restent un point de connaissance dans une réalité qui se met à vaciller, ce qui intensifie le regard du patient vers ses frères et sœurs. Comme l'ont montré les entretiens, il est souvent plus particulièrement centré sur l'un d'eux qu'il tente parfois d'isoler.

Pour un jeune qui rentre dans une expérience psychotique, la recherche du reflet de soi dans son semblable témoigne d'un besoin de réassurance. Si l'on se réfère à la théorie du stade du miroir (Lacan, 1949), la première tentative d'ébauche du moi intervient chez l'enfant à une période où il ne fait pas encore de différence entre son corps et celui de sa mère, entre

lui et son monde extérieur. Dans la période pré-spéculaire, l'enfant vit son corps comme morcelé, Klein (1946) qualifie cette période de schizoïde, le miroir va avoir pour fonction de réunir, de rassembler, d'unifier. Il semblerait que face à l'angoisse de morcellement, l'attente du jeune malade vis-à-vis de son frère ou sœur dont il se sent le plus proche soit d'être confirmé dans son identité. Cependant, cette attente est paradoxale car il a besoin d'être confirmé dans le fait qu'il est toujours un membre de cette communauté sans rien pouvoir lâcher à la psychose, c'est pourquoi, le plus souvent, c'est en attirant l'autre dans son monde à lui qu'il dépasse cette contradiction fondamentale. Les propos de Franck (Fratricie 2) qui déclare ne pas être un humain mais qui se reconnaît des sœurs témoignent de cette contradiction

Dans un second temps et comme nous l'avons évoqué, le mouvement paraît s'inverser du côté des malades, c'est le moment où ils prennent conscience que leur maladie peut affecter les membres de leur fratrie, ils prennent alors une position inverse de repli. Ainsi, après avoir cherché leur reflet chez leur frère et sœur, il y a progressivement un évitement de ce reflet et un repli sur soi-même.

### ***Regarder et se voir regardé***

Dans ces moments, ce qui est en jeu, c'est non seulement le regard porté sur le frère malade mais aussi le regard du malade sur ses frères et sœurs. C'est donc le sens de la vision qui est sollicité dans ce face à face et ceci rappelle que Deegan (2001) avait insisté sur la question du regard dans son processus de rétablissement.

Pour comprendre ce phénomène, les travaux de Lavallée (1994) à propos du sens de la vision chez les patients schizophrènes sont éclairants. Il repère en effet, que si celui qui touche du doigt est réciproquement touché là où il touche, si celui qui parle s'entend parler, en revanche celui qui regarde ne se voit pas regardant, il ne voit pas son visage. Pour se voir voyant, il faut disposer d'un miroir, « *le dispositif de la vision n'est pas naturellement réflexif : la vision jette le moi au dehors.* » C'est pourquoi elle crée « *une boucle contenant et subjectivante* » qui constitue « *l'enveloppe visuelle du moi* » (1994, p 88). Dans les états psychotiques, il remarque qu'il y aurait rupture de cette boucle, ceci est observé chez les adolescents autistes qui ne se voient pas dans les miroirs, leur image les laissant indifférents, de même un adolescent psychotique peut se voir déformé dans le miroir (dysmorphie), « *faute*

*d'avoir constitué un miroir interne, un lien réflexif à eux-mêmes, le miroir externe ne les relie pas non plus à eux-mêmes »* (p 88). Dans le cas de la schizophrénie, il peut y avoir une perte de contrôle de la tension spéculaire que le frère ou la sœur le plus proche pourrait suppléer. Le recours au frère/sœur permettrait de repérer ce que ses transformations produisent dans le regard et ce qu'elle lui indique en retour, comme le recours au miroir pour les symptômes de dysmorphobie.

Ces temps d'échanges visuels intenses échappent souvent aux parents et aux professionnels. Ils ont lieu dans le groupe fratrie, lieu dominé, comme l'a montré Kaës (2008), par des lois internes qui régissent, de façon plus ou moins rigide, ce qui peut filtrer au dehors ou non.

L'émergence de la schizophrénie provoque donc dans la fratrie une activation réciproque de la tension spéculaire, et c'est sur la question de la réciprocité que les résultats de cette recherche apportent des éléments nouveaux.

## ***B-2 Collés ou séparés : deux destins extrêmes des fratries de patients schizophrènes***

La littérature sur la fratrie confrontée au handicap a montré deux attitudes où le groupe dans son ensemble mais le plus souvent un frère ou une sœur collait son destin à celui du malade ou s'en séparait radicalement (Scelles, 2010, Korff Sausse, 2006). Cette tendance se retrouve fortement dans les fratries de patients schizophrènes comme l'ont montré en particulier les résultats de l'enquête. La recherche qualitative permet de mieux comprendre les processus psychiques qui conduisent à ces situations extrêmes de séparation ou de fusion.

Lors de l'apparition des troubles, les membres de la fratrie sont engagés, à des degrés divers, dans le processus de séparation/individuation de l'adolescence. Le frère/sœur schizophrène repose à sa fratrie la question de l'intrus, l'intrus dans le groupe fratrie mais aussi la question de l'autre en soi.

Selon la spécificité de la relation fraternelle, l'autre est à la fois objet externe et objet intériorisé, au point que cet objet « frère intériorisé » constitue un « autre » en soi. Sur cette base, on peut considérer que dans les situations de collage, *autre* et *moi* se confondent, alors

que, dans les situations de séparation, *autre* et *moi* se séparent. Ce dont il s'agit dans ces positionnements ne se joue pas uniquement sur la scène objectivable, l'éloignement ou la proximité avec le frère (objet externe), mais bien plus l'impossibilité à établir une relation supportable avec l'objet intériorisé. C'est d'abord en soi-même que la séparation a lieu : il y a un clivage interne qui donne, sur le plan de la réalité, des prises de distance radicales, des fuites, de l'évitement mutuel car, ce qui ne peut se vivre sur le plan intrapsychique est alors déplacé, de façon caricaturale, dans une réalité objectivable.

Du côté du collage, la littérature psychiatrique évoque de nombreux cas de fratries délirantes (Lasègue et Falret, 1877, Rausky, 1999), dans la recherche-action (Davtian, 2005) nous avons posé l'hypothèse de l'existence de délire par empathie fraternelle quand la situation de cohabitation est contrainte et qu'il n'y a aucune prise de distance possible. Dans ces situations extrêmes, la différenciation entre l'autre et soi devient problématique. L'image intériorisé du frère/sœur prend alors toute la place provoquant une perte identitaire : autre et moi se confondent.

A l'opposé de cette situation, *autre* et *moi* se séparent parce qu'il y a impossibilité de reconnaître cet autre comme part de soi-même. L'intrus, devenu si étranger au groupe dont il est issu, peut en être exclu ou provoquer l'éclatement du groupe des frères. Dans la clinique, nous repérons que les tentatives pour établir une distance géographique radicale avec un frère ou une sœur malade sont parfois des façons d'acter, dans la réalité, une séparation qui psychiquement est impossible à concevoir (Scelles, 2010). La difficulté à supporter la tension spéculaire avec cet autre si étrange est si forte qu'elle peut pousser à le figer dans cette situation par des souhaits de psychose (Searles, 1959) et par la désignation (Ausloss, 1995). En poussant la maladie de son côté, les frères et sœurs cherchent à se préserver de toute atteinte.

### ***B-3 Quand la tension spéculaire n'est pas supportable***

Dans les deux cas, collage ou séparation, il y a une perte de la réciprocité fraternelle : dans la séparation, la communication est coupée et, dans le collage il y a la mainmise, l'emprise d'un frère sur un autre. La séparation serait l'impossibilité d'être ensemble et le collage l'impossibilité de se séparer. Ce que l'on peut représenter dans le schéma suivant.

Figure 11 : Quand la tension spéculaire n'est pas supportable

Séparation		Collage
Autre et moi se séparent		Autre et moi se confondent
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuite ou repli</li> <li>- Souhait de psychose (Searles)</li> <li>- Renforcement de la désignation du patient (Ausloss)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relation d'emprise</li> <li>- Folie à deux (Lasègue et Falret)</li> <li>- Délire par empathie fraternelle (Davtian)</li> </ul>
Fratricide		Inceste fraternel

Ces situations extrêmes existent et peuvent prendre des formes dramatiques de fratricide, meurtre du frère pour projeter à l'extérieur la menace interne, ou d'inceste entre frères pour gommer la menace. La banalisation du retour à la maison familiale après une hospitalisation sans prise en compte des retentissements sur les relations peut être un facteur aggravant de la tension spéculaire.

### ***C/ La consubstantialité : raison des ressources de la fratrie***

Si l'on peut voir dans la thématique centrale de la consubstantialité un facteur de vulnérabilité qui conduit à des scénarios radicaux, montrant une incapacité à être ensemble ou une incapacité à se différencier, cette dimension peut aussi représenter une ressource pour le frère malade. Les situations qui ont été analysées dans le cadre de cette thèse ne se situent pas dans ces deux extrêmes. Les fratries incluses, de même que les deux récits autobiographiques évoquent des situations où les liens perdurent tout en se transformant, l'analyse a porté sur les processus d'adaptation à l'œuvre dans ces fratries, ces processus ont permis de repérer certaines capacités soignantes de la fratrie.

### **C-1 Partage d'une mémoire commune : soutien à la continuité d'existence**

Le terreau fraternel constitue un ensemble de souvenirs et d'expériences vécues auxquels se rattachent des éléments sensoriels et émotionnels. La fratrie a vécu ensemble les mêmes situations, elle peut donc les revisiter collectivement.

Cette fonction mémoire du groupe fratrie paraît particulièrement précieuse dans le cas de la schizophrénie, où les patients évoquent parfois une perte vertigineuse des souvenirs qui s'apparente à un « *trou noir* » selon l'expression de P. Tonka. Elle agit comme soutien à la continuité d'exister là où l'expérience psychotique vient faire rupture. Par les rappels sensoriels qu'elle procure, l'évocation des souvenirs passe moins par le factuel que par le ressenti, c'est cela qui peut aider le patient à retrouver un sentiment de permanence et à se ressaisir de certains souvenirs, car si « *la psychose dénie la vérité historiquement vécue* » (Racamier, p 79), elle ne peut pas dénier des ressentis. En quelque sorte la mémoire fraternelle ne peut être totalement contestée, même par un patient schizophrène.

Puisant dans le terreau fraternel qui est constitué d'éléments ordinaires et quotidiens, elle représente aussi quelque chose de familier, de connu, qui procure une certaine évidence. Dans le texte de J. Perceval on voit que des réminiscences des frères et sœurs s'immiscent dans les délires venant y mettre du familier. Cette familiarité concrète constitue une accroche au réel et peut permettre des échappées au délire, des supports aux « îlots de lucidité » (Bateson).

La mémoire commune permet également à l'ensemble des membres de la fratrie de se resituer dans une trajectoire de vie après que celle-ci ait été heurtée par l'irruption de la schizophrénie. Le rappel des souvenirs soutient le sentiment de continuité d'existence pour l'ensemble de la fratrie et, en particulier, pour celui qui est malade.

### **C-2 Reconnaissance réciproque de l'étrangeté en soi-même : soutien à la capacité réflexive**

La fratrie est, depuis son origine, un lieu intense d'identifications et de contre-identifications, il est naturel que ce jeu relationnel se prolonge au-delà de l'émergence des troubles.

Le frère ou la sœur représente donc un réceptacle évident des projections délirantes, à la fois pour celui qui les projette mais aussi pour celui qui les reçoit, l'un et l'autre étant pris dans ce jeu familial des projections et des identifications. La projection n'est pas uniquement à voir du côté du pathologique, elle est pathologique lorsque la différenciation entre soi et l'autre est niée et qu'elle consiste pour le sujet à placer des morceaux de lui à l'intérieur de l'autre.

La difficulté pour la fratrie est que l'étrangeté s'immisce dans ce jeu familial d'identifications et de contre-identifications. Ceci nécessite un apprivoisement particulier de la nouvelle donne qui peut passer par des mouvements de fuite ou, au contraire, d'adhésion au délire, tel que ceci est décrit dans la littérature. C'est justement parce qu'il s'inscrit dans l'ordinaire du quotidien que le passage à l'étrangeté envahit plus particulièrement la psyché des frères et sœurs. Le basculement se fait sur des petites choses comme dans le souvenir relaté respectivement par les deux sœurs d'Alain (Fratrie 1) où elles le voient trier des livres sur le palier et perçoivent progressivement que cette activité, a priori peu significative, sort du familial et les fait glisser vers des représentations inconnues.

Pour autant, les frères et sœurs représentent, du fait des quatre composantes de la relation fraternelle (identité, altérité, appartenance et génération) de véritables dépositaires du délire. Pour autant, dans cette recherche, on constate que certains d'entre eux, bien qu'objets de projections intenses, réussissent à transformer cette projection sans rester des réceptacles impuissants mais sans non plus fuir les mouvements projectifs.

La tension spéculaire qui a pu être repérée dans les entretiens est à comprendre non seulement dans un face-à-face inquiétant entre deux frères dont un est en train de perdre le contact avec la réalité, mais aussi dans une interrogation sur ce frère intériorisé, l'autre en soi. C'est en questionnant l'étrangeté en eux-mêmes, en ne la considérant pas comme un objet externe qui ne les concernerait pas, que les frères et sœurs peuvent être soutenus lors de l'entrée dans la psychose.

Lorsque ceci n'est pas possible, on voit se creuser un écart, une frontière entre la fratrie saine et le malade, frontière dont les lignes seront difficiles à bouger par la suite. En revanche, lorsque les frères et sœurs peuvent soutenir cette tension sans se laisser trop atteindre, ceci favorise, du côté du malade une interrogation réflexive. La fratrie agit alors comme appareil à

transformer, à élaborer la nouvelle donne posée par l'émergence de l'étrangeté et par les retentissements que cela produit en soi-même.

Scelles (2010) a montré l'intérêt de la nécessité de soutenir les fratries d'enfants handicapés dans leur travail de transformation et de subjectivation du handicap, ce travail de transformation permet de passer d'une réalité traumatisante à une réalité pensable mais aussi de protéger la relation.

Or, la schizophrénie est marquée par une difficulté intrinsèque à se reconnaître malade, Ey (1954) la qualifiant de pathologie de la conscience. Les recherches en neurosciences ont repéré un lien entre déficits de l'insight et mauvais pronostic, pour expliquer ce phénomène, elles mettent en avant un déficit cognitif du traitement de l'information chez le patient, sans pour autant exclure une articulation avec des processus psychiques (Roffard, et al., 2008). Une étude (van den Hove-Ambiel & al, 2014) a montré la complexité du processus de conscientisation des troubles dans le couple parental dans les cas de schizophrénie débutante, elle constate que celle-ci est à la fois variable dans le temps et qu'elle évolue de façon différente chez les deux conjoints. L'attitude des parents peut soutenir ou ralentir la conscientisation des troubles et l'acceptation des soins. Cette étude conclut sur l'importance de soutenir les parents dans cette prise de conscience afin de favoriser une prise en charge précoce du patient et améliorer le pronostic.

Les entretiens menés dans le cadre de cette recherche montrent que les frères et sœurs peuvent aussi soutenir ou entraver ce mouvement. Les frères et sœurs soutiennent la conscientisation des troubles chez le malade par la reconnaissance qu'il se passe ou qu'il pourrait se passer quelque chose en eux-mêmes. Le fait qu'ils passent eux-mêmes par un questionnement sur l'étrangeté en soi-même pourrait agir, s'il ne devient pas trop angoissant, comme un soutien à la conscience réflexive, c'est-à-dire en se maintenant, avec le malade, dans la zone de « frôlement », de « piétinement » décrite par Langlais (1991), où moi et autre coexistent parce que tout en étant différents, ils se reconnaissant d'abord semblables.

Dans ce face-à-face entre frères, il y a une possibilité de bascule où le groupe peut exclure le frère irrémédiablement autre (autre et moi se séparent) mais aussi, dans des cas plus rares, où l'ensemble du groupe est pris dans une fascination commune : l'étrange n'est alors plus le frère, l'étrange n'est plus une sensation ressentie en soi-même, l'étrange c'est l'extérieur

(autre et moi se confondent), le groupe des frères se referme et lutte contre un environnement hostile.

Les résultats de la recherche montrent que soutenir ce moment relationnel pourrait représenter un levier thérapeutique important.

### ***C-3 Contestation de la position d'omnipotence : retour vers une conflictualité ordinaire***

Le délire schizophrénique représente « *une expérience subjective d'une perturbation profonde du sens de soi, du rapport à autrui et avec le monde environnant* », c'est pourquoi il est qualifié par Cermolacce et Naudin (2011) de « *trouble de l'ipséité* ». Pour le malade, le monde environnant est saturé de références à soi, l'autre est passé au second plan. Il se crée un déséquilibre dans la polarité soi/monde qui se répercute dans la relation fraternelle. Ceci va lier de façon singulière le sujet du délire et le réceptacle du délire. Le frère ou la sœur, témoin ou réceptacle du délire, ressent ce déséquilibre de façon troublante, il perçoit qu'il n'est plus pour celui qui délire un autre sujet mais une part indéfinie de son monde. Il se sent glisser d'une place d'intime, de complice à une place d'inconnu, d'anonyme. Hochmann (2006, p. 3) remarque que les patients schizophrènes ont tendance à « *homogénéiser leur monde environnant, à le transformer en un magma, un chaos où toutes les informations s'annulent et où tous les individus se confondent dans un « on » indifférencié.* »

Les frères et sœurs ayant participé à l'enquête refusent d'être dilués dans le « *on indifférencié* », ils s'attachent à ce qui les concerne et cherchent à exister en tant que sujets à côté de leur frère malade. A l'hyper concernement du malade schizophrène, évoqué à travers l'ipséité (Cermolacce et Naudin, 2011), à l'expérience de la centralité (Grivois, 1991), au « *oneness* » (Racamier, 1980, p 63), ils répondent par la défense de leur propre besoin et de leur espace. Bertrand vole des cigarettes à Alain parce qu'il considère qu'il en a autant droit que lui (Fratrerie 1), Eva réclame de faire ses études dans des conditions satisfaisantes ce qui signifie sans la présence de Franck (Fratrerie 2).

Dans les jeux fraternels repérés dans les trois fratries, il s'agit de revenir vers une conflictualité ordinaire.

Racamier a montré comment dans la définition du monde unipolaire des patients schizophrènes : moi et les autres, il n'y a plus de conflit. C'est « *l'a-conflictualité* » comme conséquence du déni d'altérité. Or, on constate que par le biais des conflits fraternels ordinaires, l'expression d'une certaine conflictualité redevient possible. Elle signifie du côté du malade une certaine reconnaissance de l'autre en tant que sujet. Ainsi Luc (Fratrie 3) exprime dans le deuxième entretien que ses sœurs le sermonnent et que ce n'est pas leur rôle.

Dans la Fratrie 1, on repère une évolution et une modulation dans l'expression des conflits qui passent d'une expression violente et pulsionnelle au début de la maladie (« *schizo de merde* ») vers une expression plus modérée (petit trafic de cigarettes). Ceci illustre que les frères et sœurs ont aussi à comprendre cette nouvelle donne pour pouvoir adapter leur façon d'interagir.

Il semble, quand on explore plus finement ces situations, que la rivalité fraternelle, quand elle est supportable, permet aussi au malade de percevoir à nouveau l'existence de l'autre. Dans le modèle vulnérabilité-stress (présenté au Chapitre 2-1-D), l'expression des critiques envers le malade est considérée comme cause de rechutes, ce qui signifierait que les frères et sœurs des patients, devraient veiller à ne pas exprimer de rivalité envers le malade. Du côté des frères et sœurs du malade, il y a aussi à prendre en compte le vécu lié au déni d'altérité et aux émotions négatives qui y sont liées. Il semble de toute façon évident, dans les situations de cohabitation décrites dans cette thèse, que les conflits soient inévitables.

Il y a dans cette attitude ni complaisance, ni rejet de la souffrance, mais la volonté d'exister et de défendre ses propres droits. C'est donc par le thème typiquement fraternel de la rivalité ordinaire que la fratrie régule à la fois l'imposition par le malade d'un monde défini par lui, mais aussi la tendance centripète qui pousse les parents à se focaliser sur leur enfant malade, parfois aux dépens de leurs autres enfants. Le rappel par les frères et sœurs de leur propre existence empêche l'isolement du malade et son installation dans la triade parents/enfant ou, comme le montre la pratique clinique, mère/enfant.

#### ***C-4 Passerelles entre réalité interne et réalité extérieure***

L'analyse du matériel a montré plusieurs exemples où les frères et sœurs ont constitué des passerelles entre la réalité interne du patient et le monde extérieur.

Dans les situations étudiées, on constate que les frères et sœurs vont rarement critiquer de façon frontale la construction délirante, ils ne vont pas non plus y adhérer comme c'est le cas dans les positions extrêmes que nous avons présentées. Dans leur discours, le contenu du délire est assez peu évoqué, et si certains se sont questionnés sur le sens du délire, ils ne se sont pas laissés fascinés par lui.

Par contre, ils ont pu être de façon très directe la cible des projections délirantes. Pour Eva (Fratrie 2), la prise de distance géographique, soutenue et encouragée par les parents, lui a permis de supporter ces projections sans les accepter ni les nier. Franck n'a pas pu transformer le monde extérieur à l'image de son monde interne, il n'a pas pu imposer à sa famille sa vision d'un monde persécutant, et la maison familiale ne s'est pas transformée en forteresse, comme on le voit fréquemment dans le travail clinique. Eva est restée à sa place, de menaçante intégrée dans le complot contre Franck elle est devenue menacée elle-même par ce complot, à côté de son frère. Franck n'a rien cédé à sa vision omnipotente mais il l'a aménagée pour ne pas être radicalement seul.

C'est donc la capacité à rester à sa place, à côté de son frère malade qui positionne les frères et sœurs comme passerelles entre réalité interne et réalité extérieure. C'est en effet le maintien d'une certaine familiarité qui constitue une accroche possible avec le réel : le terreau fraternel constitue une base connue, familière sur laquelle la production délirante va vaciller.

Pour cela il faut que les frères et sœurs puissent supporter la tension spéculaire : pouvoir être réceptacles du délire sans le rejeter frontalement et sans non plus être son objet. On repère que c'est quand ils restent bien positionnés à cette place de rival et de complice, de semblable et de différent, que les frères et sœurs vont pouvoir représenter des passerelles entre les distorsions du réel de leur frère et la réalité environnante.

## **C-5 Dépasser ensemble le sentiment de honte**

Dans les entretiens des trois frères malades, le thème de la dépréciation est central, il se retrouve aussi dans les deux récits autobiographiques où l'acte d'écrire est une façon de se dégager de ce sentiment complexe qui combine à la fois un jugement sur soi-même et une opinion que les autres peuvent avoir de soi.

Ancet (2013), repérant l'importance de ce sentiment chez les personnes en situation de handicap, parle de « *honte ontologique* », existentielle qui peut être totalement intériorisée et devenir intrinsèque à l'identité de la personne. La recherche a montré que ce sentiment était aussi partagé par les personnes atteintes de pathologie psychiatriques. « *L'individu honteux n'est jamais à sa place, car il n'a pas de place propre. Il n'en a jamais reçu et pense qu'il n'en mérite pas. Il se doit de partir ailleurs, dans les marges, de s'effacer devant les autres, de se gommer jusqu'à passer inaperçu, jusqu'à l'inexistence.* » (p.47). La honte est donc un sentiment qui joue sur le rapport du sujet au monde et qui peut activer un besoin de partir dans un ailleurs, ailleurs délirant ou ailleurs autistique chez le sujet schizophrène.

Si les parents sont plutôt dans le registre de la culpabilité, on constate qu'ici, ce n'est pas seulement la personne atteinte mais l'ensemble de la fratrie qui évolue dans le registre de la honte : honte de ce que l'on est mais aussi honte de ce que l'on éprouve pour celui qui nous ressemble.

Or on constate que même peu exprimée, la honte éprouvée ensemble peut aussi être un sentiment qui se transforme ensemble. Les frères et sœurs du patient agissent comme des filtres entre l'intérieur et l'extérieur de l'intimité familiale. Ils ne laissent pas de place dans leur relation à ceux qui pourraient amplifier ce sentiment, ils font barrière jusqu'à exclure : Héloïse (Fratrie 3) évoque un divorce du fait que son ex-mari ne supportait pas d'avoir un beau-frère à l'hôpital psychiatrique. Ceci représente un premier niveau tourné vers l'extérieur.

On repère aussi, dans les trois fratries, un niveau plus intériorisé sous forme de co-portage et de recherche de transformation du sentiment de honte partagé. Les frères et sœurs luttent contre une honte intériorisée : la honte d'avoir honte de leur frère, leur semblable, c'est-à-dire la honte de l'autre en soi. Ceci a un effet réflexif, en luttant contre la honte de ce semblable en eux, ils favorisent le fait que leur frère n'est pas honte de ce qu'il est. Dans la Fratrie 1, la douleur de Caroline autour de son adoption est probablement fortement nourrie du thème de

la honte et de sa transformation : l'amplification du thème de l'adoption vient temporiser le thème de la folie et diminuer le sentiment de honte. On peut aussi penser que Franck (Fratricie 2) est bloqué dans sa position d'omnipotence car elle le protège d'une honte ontologique ; il semble aujourd'hui avoir trouvé, avec le concours de ses sœurs et de ses parents, d'autres voies pour renouer avec une certaine réalité sans être submergé par la honte où son existence toute entière pourrait être vécue comme malvenue (Ancet, 2013).

### ***D/ Quand la tension spéculaire est supportable***

Le partage de la mémoire commune, la reconnaissance de l'étrangeté en soi-même, le retour vers la conflictualité ordinaire, la capacité à recevoir les projections délirantes sans y adhérer et le sentiment de honte dépassé et transformé ensemble sont cinq angles par lesquelles la fratrie peut développer ses capacités soignantes. Ces ressources combinées soutiennent le malade dans sa continuité d'exister malgré l'écart existentiel creusé par la psychose, elles permettent de maintenir son rapport à la réalité extérieure et peuvent représenter pour le malade une confirmation de son identité.

Le « nous » fraternel, quand il est possible, fonctionne sur la base du partage d'une vulnérabilité, cette reconnaissance de la vulnérabilité de tous peut être soutenante. En effet, quand les frères et sœurs peuvent se maintenir dans cette position horizontale de partage, ils permettent au malade d'éprouver progressivement un sentiment de réciprocité avec autrui. Or les récits autobiographiques de J. Perceval et P. Tonka mais aussi le travail mené par P. Deegan sur son rétablissement, ont montré qu'il était essentiel pour enclencher un processus de sortie de la psychose non seulement d'accéder à une certaine réciprocité mais surtout que cette réciprocité soit reconnue.

La dimension horizontale, parce qu'elle est d'abord empathique et non soignante ou aidante (position verticale), peut être le lieu de l'expression et de l'expérimentation de la réciprocité mais aussi parfois de sa reconnaissance. Ainsi lorsque Franck (Fratricie 2) comprend, en voyant les larmes coulées sur les joues de sa petite sœur Gaëlle, que l'expression de ce qu'il vit peut l'effrayer et que Gaëlle repère les efforts faits par son frère pour la protéger.

Ce schéma synthétise ce qui peut se déployer en dehors des deux situations extrêmes de Séparation et de Collage décrites dans la littérature.

Figure 12 : Quand la tension spéculaire est soutenue et supportable

Séparation	↔	Collage
Autre et moi se séparent	Autre et moi coexistent	Autre et moi se confondent
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuite ou repli</li> <li>- Souhait de psychose (Searles)</li> <li>- Renforcement de la désignation du patient (Ausloss)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconnaissance de l'étrangeté en soi-même</li> <li>- Partage d'une mémoire connue et soutien à la continuité d'exister</li> <li>- Contestation de la position d'omnipotence du malade</li> <li>- Conflictualité ordinaire</li> <li>- Passerelle entre réalité intérieure et réalité extérieure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relation d'emprise</li> <li>- Folie à deux (Lasègue et Falret)</li> <li>- Délire par empathie fraternelle (Davtian)</li> </ul>
Absence de réciprocité	Soutien réciproque à la capacité réflexive	Absence de réciprocité

Quand la tension spéculaire est supportable, elle permet aux frères et sœurs de développer leur soutien à la socialisation et leurs capacités soignantes, au sens de Winnicott (2010). Celui-ci ayant noté que les « *familles suffisamment bonnes* » étaient celles qui avaient la capacité à se désorganiser et à se questionner pour rester en lien avec le malade et ne pas l'exclure du groupe. Elle permet surtout au malade de revenir progressivement vers une forme de réciprocité avec autrui.

Les processus d'adaptation qui ont pu être repérés dans cette recherche sont sous tendus par trois facteurs essentiels :

- La capacité contenante des parents et leur implication dans leur fonction parentale pour tous leurs enfants,
- Le respect du processus de vie de la fratrie,
- Le maintien des échanges avec l'extérieur.

## **Chapitre 11 : Préconisations**

### ***1/ Soutenir le lien fraternel***

L'évolution du système de santé amène à penser de plus en plus la relation du patient à sa famille à travers le rapport aidant/aidé, le proche étant vu à travers la fonction ou le rôle que l'on attend de lui plus qu'à travers la nature et la spécificité de son lien avec la personne malade. Tel que se pense aujourd'hui l'organisation des prises en charge au long cours des maladies chroniques, dans lesquelles sont incluses les pathologies psychiatriques, chaque malade devrait avoir son aidant familial et ceci sans différenciation particulière des places à l'intérieur de la famille.

Sans reprendre le débat, dépassé aujourd'hui, sur les causes de la schizophrénie, les résultats de cette recherche conduisent à mettre en perspective les évolutions actuelles avec les travaux menés antérieurement sur les familles de patient schizophrène. Lidz (1973) avait observé que la différence des générations étaient pratiquement effacées chez les familles ayant un enfant atteint de schizophrénie et que celle-ci était remplacée par une indifférenciation des rôles et des statuts. Cette confusion générationnelle a aussi été repérée par Bowen (1978 trad fr 2001) et Selvini-Palazzoli (1990).

La recherche amène à conclure que penser le rapport du malade à ses proches en terme de fonction ou de rôle peut renforcer cette confusion. Les personnes malades rencontrées insistent sur l'importance pour elles-mêmes d'une clarification des places et d'un cloisonnement entre les espaces de vie et les espaces de soins. Ceci nous incite à préconiser en psychiatrie une approche différente de celle qui prévaut actuellement dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques. Cette approche doit avoir pour priorité le soutien des liens dans leurs spécificités et dans leurs natures.

### ***2/ Connaître les personnes concernées par la situation de cohabitation avec la personne malade***

La façon la plus basique de prendre soin de ce lien est de prendre connaissance du statut et de

l'âge de ceux qui vivent avec la personne malade, en particulier lors de son retour à domicile après une hospitalisation.

Dans les faits, et compte tenu de la raréfaction des lits en psychiatrie adulte, la décision de sortie est prise en fonction de l'état de santé du patient et des nécessités du service, l'état de la famille, sa composition et ses capacités ou ses limites à accueillir le patient sont très peu investigués. Or, il conviendrait de prendre en compte les capacités d'hospitalité et d'accueil de l'ensemble des personnes avec qui vivra le patient. Ceci nécessite de dépasser une vision patho-centrée.

Pour cela, il faudrait intégrer, dans le projet de sortie d'une hospitalisation psychiatrique, la connaissance de l'identité de l'ensemble des personnes qui vivent sous le même toit que celui qui est malade. Pour être opérant, le projet de sortie devrait intégrer la capacité d'accueil de l'ensemble de la famille.

La présence de jeunes proches du patient (enfants ou frères et sœurs) devrait amener les équipes soignantes à développer un travail de partenariat, en particulier avec les Maisons des Adolescents et les associations de familles, qui permette de prendre en compte la situation particulière de ces jeunes. Dans ce cas, le retour à domicile serait articulé à la fois à un objectif préventif pour l'entourage jeune du patient et sur à un objectif curatif pour le patient.

### ***3/ Favoriser l'accès à la réciprocité***

L'accompagnement de la fratrie du patient schizophrène ne peut donc être calqué sur celui des parents. Kaës (2008) a montré que la combinaison de l'axe vertical et de l'axe horizontal était nécessaire à la structuration de la psyché humaine. Or, le patient schizophrène est souvent positionné dans des relations de dépendance à l'autre (soignant/soigné, aidant/aidé, parent/enfant). On constate qu'aborder les rapports du patient schizophrène à son entourage familial uniquement dans un rapport aidant/aidé la place avec tous dans une position d'infériorité, ce qui peut renforcer une tendance à la dépréciation et au repli sur soi.

De par la structure horizontale de la fratrie et le fait que les frères et sœurs ont grandi

ensemble dans une même dépendance aux parents, l'échange entre les frères s'organise sur la recherche d'une réciprocité qui peut passer de la rivalité à la solidarité, de la concurrence à la complicité. La dimension fraternelle est importante car elle peut permettre au patient de se situer dans un rapport de réciprocité plus actif.

En effet, la recherche a montré que lorsque le patient pouvait accéder à une certaine réciprocité, ceci pouvait l'aider à sortir d'une position passive et être dans un niveau d'échange où le don et l'attention ne viennent pas toujours de l'autre. Ceci développe la capacité réflexive du patient (Jeammet, 2013) et la conscience de ses troubles (*insight*).

#### ***4/ Soutenir globalement le processus d'individuation de l'ensemble de la fratrie***

La schizophrénie apparaît à la fin de l'adolescence non seulement du malade mais aussi souvent de ses frères et sœurs. On a vu dans la recherche comme la sortie indemne de l'adolescence semblait représenter la seule réponse valable à la question « vais-je développer la même maladie que mon frère ? ». L'issue de cette période est donc incertaine pour l'ensemble des frères et sœurs qui partagent tous le même questionnement existentiel sur leur devenir.

Parallèlement, ceci correspond à une période où l'évolution de la psychose est peu envisageable. Dans une visée systémique, elle peut aller soit vers l'explosion psychotique et déboucher sur un changement du système, soit vers une chronicisation et une fixation des symptômes. L'incertitude quant à l'avenir, inhérente à la traversée de l'adolescence, se trouve amplifiée par l'incertitude quant au pronostic, et ceci non seulement pour le malade mais aussi pour ses frères et sœurs. Dans cette temporalité particulière, les frères et sœurs, comme il a été vu dans la revue de littérature, ont tendance à lier leurs destins dans une dialectique de destins collés ou de destins séparés.

Dans une étude portant sur la représentation de la famille chez des patients schizophrènes institutionnalisés, on observe, dans la plupart des dessins, une « *indifférenciation identitaire concernant la fratrie.* » (Nandrino & Karyn, 2001, p. 128), ceci corrobore l'idée de l'échec du processus d'individualisation de la fratrie dans les cas de chronicisation.

Les résultats de la recherche permettent de conclure que la concomitance du processus sidérant de la psychose (Haley, 1980) et du processus transformateur de l'adolescence nécessiterait qu'ils soient abordés ensemble dans une perspective plus globale du groupe fratrie. Soutenir globalement le processus d'individuation de l'ensemble de la fratrie, c'est-à-dire soutenir le processus vital qui permet à une génération d'atteindre l'âge adulte, représente un intérêt pour chacun des membres du groupe.

La thèse a permis de mettre en évidence que la façon dont les frères et sœurs évoluent dans le processus d'individuation/séparation propre à l'adolescence peut avoir une influence sur l'évolution du processus psychotique. Être attentif à la temporalité de la fratrie représente donc un moyen de lutter contre la chronicisation de la psychose. Il s'agit de penser le malade dans sa génération et non uniquement dans ses liens de filiation, de l'aider à se penser comme frère et non uniquement comme fils. Simultanément il s'agit de soutenir le processus d'autonomisation de l'ensemble de la fratrie.

#### ***5/ Assouplir les situations de cohabitation***

Si les recherches sur le climat familial ont mis l'accent sur la nécessité d'une distance sociale entre le patient schizophrène et sa famille (Vaughn & Leff, 1976) allant jusqu'à préconiser un temps de face-à-face hebdomadaire inférieur à 35 heures par semaine (Boucher & Lalonde, 1982), la psychiatrie contemporaine, qui accélère la diminution des temps de prise en charge institutionnelle et augmente les temps de vie passés entre le patient et sa famille, semble avoir abandonné la problématique de la distance et de la proximité propre à la psychose.

Les données recueillies dans cette recherche invitent à reprendre cette thématique. Dans les Fratries 1 et 2, comme dans le texte de Polo Tonka, on constate que les frères et sœurs, soutenus par les parents, ont pu trouver les moyens d'alléger ce face-à-face : dispersion de la fratrie lors des vacances scolaires, prise de conscience des parents sur le fait de ne pas faire cohabiter les enfants seuls, éloignement lié à la différence d'âge, .... Ces dégagements possibles ont permis, dans une certaine mesure, de sortir l'ensemble des membres de la fratrie de la tension spéculaire, le malade y compris.

Le concept de répit est apparu pour soulager l'aidant familial accompagnant une personne vieillissante atteinte de la maladie d'Alzheimer (Villez, et al., 2008). La recherche invite à reprendre ce concept dans la période de grande vulnérabilité de la fratrie où se conjuguent apparition des troubles et traversée de l'adolescence. La porosité des enveloppes psychiques propre à cette âge peut nécessiter des aménagements pour protéger les jeunes particulièrement vulnérables à la dimension intrusive de la psychose et protéger le malade des regards hostiles de peur et d'effroi de ses frères et sœurs à son égard. Il s'agit d'une part de permettre aux frères et sœurs d'échapper aux projections psychotiques et d'autre part de soulager le malade d'un sentiment de dépréciation trop fort qui le pousserait vers le repli et les constructions délirantes, c'est-à-dire vers la fixation des symptômes.

Il convient en tout état de cause de ne pas maintenir la fratrie dans un face-à-face contraint, de veiller à ce que la tension spéculaire soit supportable, et d'autoriser voire aménager les possibilités d'éloignement et de rapprochements qui permettent à chacun de pouvoir être en présence sans éprouver de danger ni pour soi ou ni pour l'autre.

#### ***6/ Réguler les conflits sans en empêcher l'expression***

Le modèle vulnérabilité-stress (Cormier, 1991) qui fait référence pour concevoir les rapports du patient avec son entourage insistait, lors de sa conception, sur les limites du face-à-face du patient avec ses proches. Ce volet du modèle a été laissé de côté, aujourd'hui la cohabitation est pensée sans limite et allant de soi. La recherche amène à repenser les limites de la cohabitation du patient schizophrène avec sa famille et réciproquement.

Le fait de ne plus interroger sur les limites du face-à-face et de banaliser les soins à domicile a transformé la conception plus globale du modèle vulnérabilité-stress, comme le montre le module consacré à la fratrie dans la dernière version du programme de psychoéducation Profamille. Les frères et sœurs y sont perçus comme de susceptibles agents stressants, le stress généré pouvant être à l'origine d'une rechute du patient.

Or il y a quelque chose d'illusoire à faire cohabiter une fratrie d'adolescents et de jeunes adultes tout en prescrivant la limitation des émotions. Dans cette vision, les frères et sœurs peuvent se sentir responsables des rechutes du patient et évoluer vers une inhibition sociale et

affective, comme l'ont montré les travaux de Marsh (1998).

La recherche a permis de montrer que l'expression de la rivalité fraternelle, quand elle n'est pas excessive, ne peut être considérée uniquement comme facteur de stress, elle agit aussi comme inscription dans le réel. Considérer les émotions uniquement sous un aspect quantitatif (trop plein) et négatif, risque, dans les situations de cohabitation prolongée, de maintenir la fratrie du patient dans une position en faux-self (Winnicott D. , 1988), et de sortir de patient de l'émulation du groupe.

L'approche rétrospective montre qu'il est important de ne pas sanctionner l'expression des émotions dans la fratrie mais d'aider le groupe à retrouver une spontanéité dans les échanges.

### ***7/ Adapter l'information destinée aux frères et sœurs***

Si les données récoltées sous forme d'enquête font apparaître que l'information est le premier besoin des frères et sœurs de patient (60% estiment avoir besoin d'information (Davtian H. , 2005)), l'approche qualitative conduit à nuancer ces résultats. On constate en effet que parmi les frères et sœurs de patient rencontrés, peu d'entre eux ont activement cherché à s'informer et seule une personne sur huit (Eva, Fratrie 2) a clairement demandé à rencontrer le soignant de son frère. Pour le reste, cette question semble avoir été déléguée aux parents qui, dans ces trois familles, sont très engagés dans l'accompagnement de leur enfant malade.

On constate donc un décalage entre l'expression d'un besoin d'information tel qu'il est exprimé dans les questionnaires anonymisés et l'absence de recherche effective pour en trouver quand on s'approche des situations de vie dans les entretiens de recherche en face à face. Ce décalage peut être induit par les différentes méthodes d'investigation mais il est surtout significatif de la complexité de cette question qui combine des niveaux divers.

Il convient de ne pas penser l'information dédiée aux frères et sœurs de la même façon qu'elle peut être délivrée à des parents de personne malade, mais de le faire en tenant compte de la nature de ce lien. Ce que l'analyse des entretiens permet de comprendre c'est que l'information sur la maladie, compte tenu de la dimension consubstantielle qui caractérise les liens entre frères et sœurs, ne représente pas tant une information sur l'autre (le frère malade)

qu'une information sur soi-même, et c'est pourquoi elle est à la fois souhaitée et redoutée.

Sur un mode analogique, l'existence de brochures d'information spécifiques pour les frères et sœurs a un effet positif car elles leur signifient que leur présence dans la situation-maladie est reconnue. A l'inverse, l'absence totale d'information, comme c'est le plus souvent le cas en France, ne peut que les laisser démunis, sans aucune reconnaissance par autrui de ce qu'ils vivent pour faire face à l'étrangeté en eux et autour d'eux.

Pour autant, lorsque l'information est basée uniquement sur un mode opératoire (une question/une réponse), elle peut créer un hiatus avec la réalité vécue par les frères et sœurs, comme si ce qui leur était dit et ce qu'ils vivent intimement ne portait pas sur le même objet. Elle peut, dans une certaine mesure, entraver l'expression d'une réalité interne qui est considérée comme non avenue et renvoyer les frères et sœurs à devoir composer seuls avec cette étrangeté en eux-mêmes et autour d'eux.

### **8/ Prévenir sans désigner**

Or, les modèles d'information dédiés aux frères et sœurs qui se développent actuellement s'inspirent essentiellement d'un modèle médical, ils visent à répondre à l'inquiétude des frères et sœurs sur leur propre santé. A la question « vais-je voir une psychose ? » ou « est-ce que je peux la transmettre ? », la réponse cherche à être la plus factuelle et se concentre essentiellement sur le premier des trois types de retentissements que nous avons décrits.

Dans ces approches, la consubstantialité est considérée sur le versant biologique, or, si le fondement biologique, lien du sang, est une caractéristique du lien fraternel, il recouvre une réalité très disparate qui rend la réponse beaucoup plus complexe. Les recherches sur la vulnérabilité de la fratrie ont produit des statistiques qui donnent des tendances générales sur des grands effectifs, mais qui ne permettent pas à un individu de se situer. La significativité statistique se traduit en terme de probabilité mais ce résultat est dépourvu de signification au niveau individuel. « *En revanche, le risque est grand d'enfermer la personne dans l'illusion d'un avenir déjà convenu.* » (Amaisen, 2007).

Le décalage entre une information statistique facilement accessible sur Internet et l'impossibilité à se situer comme individu, c'est-à-dire l'impossibilité à disposer d'un savoir fiable sur sa propre situation, est porteur d'angoisse. Il active le questionnement intrinsèque à la fratrie : *suis-je du côté du même ou du côté de l'autre ? Est-ce que je lui ressemble ou est-ce que nous sommes différents ?* Sans que ce questionnement ne puisse trouver de réponse.

Actuellement des travaux se concentrent sur la recherche de bio-marqueurs qui permettraient de détecter des risques de développer la maladie chez les apparentés du premier degré du patient schizophrène. Il semble important de bien distinguer les notions de dépistage de prévention. Le dépistage pouvant en effet faire peser sur les fratries une fatalité qui, au-delà de la dimension organique, peut engendrer des effets de prédiction autoréalisante. Les frères et sœurs se verraient alors observés comme population à risque sans qu'il n'y ait de moyen de conjurer cette fatalité. Parazelli (2006) met en garde sur les effets induits par le dépistage quand les conditions de son application ne prennent pas en compte l'ensemble des facteurs.

La recherche a en effet mis en avant les possibilités de renforcement de la vulnérabilité des frères et sœurs liée à la puissance de la contagiosité psychique et de l'emprise dans les cas de cohabitation avec une personne atteinte de schizophrénie. Il faut donc veiller à ce que le dépistage ne vienne pas augmenter la vulnérabilité sans, de surcroît, rien apporter du côté de la prévention. Il s'agit donc de porter une attention particulière aux conditions éthiques dans lesquelles se déroulent les recherches portant sur le dépistage de la schizophrénie chez les jeunes apparentés du patient.

### ***9/ Accompagner le processus de subjectivation***

Les résultats de la recherche montrent qu'une réponse de type éducative ou informative ne suffit pas si elle n'est pas intégrée et pensée dans une approche plus globale de soutien à la relation.

D'autre part, les entretiens ont montré que les frères et sœurs construisent eux-mêmes des espaces étanches où la schizophrénie ne doit pas faire effraction et parallèlement, du côté des frères malades, on repère le besoin que la fratrie ne vienne pas s'immiscer dans le lieu de soin.

Ceci conduit à préconiser que s'il revient à l'équipe soignante de savoir avec qui vit le patient, il n'est pas forcément souhaitable que ce soit cette même équipe qui soit chargée de l'accompagnement de ses frères et sœurs. Les thérapeutes familiaux (Neuburger, 1994) (Chaltiel & Romano, 2004) ont développé des formes de travail avec le sous-système fratrie dans le cadre d'une thérapie familiale. Ceci est une proposition positive pour les familles qui peuvent s'en saisir, mais il est important de développer conjointement des propositions plus accessibles.

Dans ce cas, il faut distinguer ce qui relève de la nécessaire alliance thérapeutique et du travail entre le patient, son équipe soignante et son entourage familial, de ce qui relève des espaces intimes de chacune des personnes concernées, à des degrés divers, par la traversée de la psychose. Il s'agit pour chacun, et non seulement pour la personne malade, de « *faire entrer leur déstructuration psychique dans un univers de sens.* » selon la formule de Tessier cité par Bibeau (1991).

Autant il est important que les familles n'interfèrent pas dans le travail thérapeutique avec le patient, autant il conviendrait de développer des espaces dédiés pour les frères et sœurs, c'est-à-dire leur offrir des lieux tiers où l'on pourrait être attentif à leurs interrogations sans effet de désignation, favoriser des espace-temps pour échapper aux tensions que nous avons décrites et soutenir leurs capacités de pensée pour subjectiver la situation.

Ceci permettrait de développer les capacités de coexistence dans la fratrie et de préserver des liens qui seront sûrement sollicités dans l'accompagnement au long cours de la personne malade.

## **Conclusion**

La recherche qualitative montre la spécificité du lien fraternel et comment celui-ci est affecté de façon particulière dans la situation où l'un des membres de la fratrie est atteint de schizophrénie.

Si les retentissements sur la fratrie du patient ont été mis en évidence par des travaux antérieurs qui ont conclu à la nécessité de développer un accompagnement préventif pour les frères et sœurs, cette recherche montre aussi la nécessité de prendre en compte la dimension fraternelle d'un point de vue curatif pour le patient. La tension spéculaire, renforcée par la situation de cohabitation, peut, si elle n'est pas soulagée, développer des formes d'adaptation des membres du groupe fratrie qui entravent le processus thérapeutique. En revanche ce qui se joue dans la fratrie peut aussi fortement soutenir le processus thérapeutique.

Dans les contextes de cohabitation du patient et de sa fratrie, il convient de prendre en compte la spécificité des relations interpersonnelles dans leurs effets soutenant ou sidérants. L'attention doit être portée en particulier au moment où l'ensemble de la fratrie est engagé dans le processus de séparation-individuation de l'adolescence afin de ne pas figer ce processus de croissance. Dans cette période, il est important de penser les temps de rencontre et les temps de séparation non seulement du point de vue du malade mais aussi du point de vue de ses frères et sœurs et de leur capacité à intégrer, progressivement et subjectivement, l'étrangeté en eux et autour d'eux.

C'est en effet dans la zone de frôlement du même et de l'autre que se situent à la fois tous les dangers du fraternels mais aussi toutes ses ressources. Lorsque les membres de la fratrie restent dans cette zone, en supportant les frôlements sans se laisser totalement atteindre, ils peuvent alors redéployer la richesse de cette relation et mobiliser chez le patient sa capacité à être frère.

Les résultats conduisent à préconiser, à des fins préventives et curatives, une meilleure prise en compte de ce que vivent les fratries.

## **Annexes**

Ce chapitre comporte :

- L'avis favorable de la Commission de Protection des Personnes
- La lettre d'information
- L'index des figures et tableaux
- Les extraits des « traces du fraternel » dans le récit de John Perceval
- Les deux entretiens d'Alain (Fratricie 1)
- Les deux entretiens d'Eva (Fratricie 2)

Pour des raisons de confidentialité, les deux derniers documents ne seront pas inclus dans le corps de la thèse et seront mis uniquement à la disposition du jury.

# COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD-OUEST I

Hôpital Charles Nicolle – Pavillon de l'Aubette  
1, rue de Germont – 76031 ROUEN cedex  
☎ 02 32 88 84 46 – Fax : 02 32 88 80 53  
E. mail : [CPP.NordOuest1@chu-rouen.fr](mailto:CPP.NordOuest1@chu-rouen.fr)

Rouen, le 23 décembre 2013

Président : F. BAUER  
Vice-présidente : B. GEFFROY  
Secrétaire Général : Th. DELANGRE

Projet de recherche enregistré le :  
24/09/2013 sous le n° **CPP-SC 12/2013**  
N° Enreg. ANSM : 2013-A01173-42

**Madame Régine SCELLES**  
Ecole Doctorale HSRT  
17, rue Lavoisier  
76130 MONT-SAINT-AIGNAN

Madame,

Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I, agréé par arrêté ministériel en date du 31/05/2012, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Haute-Normandie en date du 28/06/2012, a été saisi le 24/09/2013 d'une demande d'avis pour un protocole pour lequel nous vous avons demandé de le qualifier de recherche en soins courants et dont vous êtes le gestionnaire et l'investigateur coordinateur intitulé :

**« La fratrie et l'émergence des troubles schizophréniques, penser la coexistence »**

Ce protocole a été examiné en séance du : **jeudi 17 octobre 2013**

Les membres qui ont délibéré lors de cette dernière séance sont :

**Collège I :**

- ☞ Mrs DELANGRE(T), BAUER(T), Mme LEBLANC(S), qualifiés en matière de recherche biomédicale ;
- ☞ Mr SESBOÛÉ(T), qualifié en matière de biostatistique ou d'épidémiologie ;
- ☞ Mr MERCIER(S), Médecin généraliste ;
- ☞ Mme CASTANET(S), pédiatre ;

**Collège II :**

- ☞ Mme LAQUERRIERE(T), infirmière ;
- ☞ Mme BALLOT(S), éthique ;
- ☞ Mr YECORA(T), psychologue ;
- ☞ Mr BISOT(T) Mme CHEMTOB-CONCE(S), juriste ;
- ☞ Mmes DUPONT(T), NICOLE(S), représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé.

- le Comité émet, lors de sa réunion du **jeudi 17/10/2013**, l'avis suivant : Avis favorable sous couvert de modifications mineures (**apportées le 13/12/2013**). Le Comité restreint, dans sa réunion du **20/12/2013** prenant en compte ces modifications et considérant que ce protocole est conforme avec les articles L.1121-1, L.1123-7, R.1121-3 et aux arrêtés du 09/03/2008 notifie l'avis suivant :

**AVIS FAVORABLE**

Cet avis rendu le **vendredi 20 décembre 2013** est valable pour 1an, si la recherche biomédicale n'a pas débutée durant cette période, il devient caduc (article R. 1123-28) (déclaration de la première inclusion au CPP).

Documents examinés et approuvés :

Réunion du 17/10/2013 :

- Courrier de demande d'avis signé et daté de septembre 2013 ;
- Formulaire de demande d'avis daté et signé du 16/09/2013 ;
- Document permettant au CPP de s'assurer que le projet de recherche soumis porte sur l'évaluation des soins courants signé et daté de septembre 2013 ;
- 21 planches du test FAT Family Apperception Test ;
- CVs du Professeur SCHELLES et de Mme DAVTIAN ;

Comité restreint du 20/12/2013 :

- Protocole non daté – pas de n° de version ;
- Lettre d'information – non datée – pas de n° de version.

Je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

  
Professeur Fabrice BAUER  
Président

## LETTRE D'INFORMATION

### Thèse de doctorat en psychologie

#### « La fratrie et l'émergence des troubles schizophréniques Penser la coexistence entre frères et sœurs »

Le Laboratoire Psy-NCA (EA 4700)  
UFR Sciences Humaines et sociales  
Département de Psychologie de l'Université de Rouen  
Responsable scientifique : Professeur Régine Scelles  
Réalisation de la thèse : Hélène Davtian

Vous-même ou une personne de votre fratrie souffre de schizophrénie, votre témoignage soit comme personne souffrant de schizophrénie et ayant des frères et sœurs, soit comme frère ou sœur d'une personne malade peut permettre de mieux comprendre ce que vivent les membres de la fratrie, ce qu'ils ressentent ce qu'ils perçoivent, ce qu'ils savent et voudraient savoir.

Quand un membre d'une famille devient malade, l'entourage familial peut aussi se sentir affecté et, à ce moment, la situation des frères et sœurs n'est pas toujours prise en compte. Pourtant, partageant le même toit, les mêmes jeux, les mêmes souvenirs, les frères et sœurs développent au cours de l'enfance des liens particuliers et une connaissance mutuelle. En raison de leur proximité d'âge, ils sont souvent les premiers témoins de ce qui se passe, Il est donc intéressant de s'appuyer sur leur connaissance pour mieux comprendre l'émergence des troubles.

Ce projet s'inscrit dans le prolongement d'une recherche-action menée pour l'Unafam<sup>1</sup> et qui avait concerné 600 frères et sœurs de personnes souffrant de troubles psychotiques<sup>2</sup>. Les résultats de cette première étude conduisent à orienter la recherche actuelle sur le temps particulier de l'émergence des troubles et à élargir l'approche à l'ensemble des

<sup>1</sup> Union Nationale des Amis et Familles de la Personne Malade et/ou handicapée psychique

<sup>2</sup> H.Davtian, 2003, « les frères et sœurs de malades psychiques, résultats de l'enquête et réflexions », Unafam.

membres de la fratrie. Cette recherche porte donc sur la façon dont le lien fraternel est impacté par l'irruption de la schizophrénie.

Pour une fratrie faisant face à l'apparition des troubles schizophréniques chez l'un de ses membres, nous examinerons à la fois le point de vue de la personne malade et celui de ses frères et sœurs. Il s'agit de comprendre comment tous les membres de la fratrie découvrent, comprennent, s'organisent et font face à l'émergence du trouble schizophrénique et la manière dont cette pathologie a une influence sur leurs liens. Il sera étudié à la fois l'impact traumatique et aussi le fait que le lien fraternel, par certains aspects, peut être une ressource pour les membres de la fratrie.

Afin de vous permettre de prendre une décision concernant votre participation à cette recherche, il est important que vous preniez connaissance de ses objectifs et de la manière dont elle se déroulera.

Merci de prendre le temps de lire attentivement les informations suivantes. Vous pouvez nous poser toutes les questions nécessaires si certains points ne sont pas clairs ou si vous souhaitez des informations supplémentaires à [fratrierecherche@gmail.com](mailto:fratrierecherche@gmail.com).

#### Les objectifs de l'étude :

Cette thèse de doctorat en psychologie sera menée dans le cadre du Laboratoire de psychologie de l'Université de Rouen (Laboratoire Psy-NCA EA 4700) sous la direction du Professeur Régine Scelles, Hélène Davtian psychologue clinicienne est la doctorante investigateur principal de la recherche.

Cette étude devrait permettre, grâce à votre témoignage recueilli lors d'entretiens de recherche, d'apporter un éclairage nouveau sur l'apparition des troubles et de développer des connaissances pour faire évoluer les dispositifs d'accompagnement à la fois de la personne malade mais aussi de ses proches et en particulier de ses frères et sœurs.

#### Qui peut participer à la recherche :

L'étude portera sur des fratries dont une personne est atteinte de schizophrénie.

La recherche reposant sur une démarche rétrospective et faisant appel à la mémoire et aux souvenirs, il n'y a pas de critère particulier concernant l'âge des participants, cependant tous les participants doivent être majeurs au moment de donner leur consentement.

La recherche portant sur la façon dont chacun a pu s'organiser et réagir face à la maladie, il est important que la plupart des membres d'une même fratrie acceptent de participer. Il sera demandé à chacun de signer un formulaire de consentement.

Concernant la personne pour laquelle un diagnostic de schizophrénie est posé, la participation nécessite l'accord du psychiatre référent, ceci dans le but de ne pas risquer de la perturber et de s'assurer qu'elle peut participer à cette étude.

Le chercheur s'interdira de diffuser toutes informations recueillies lors des entretiens individuels ni dans l'institution de soin ni auprès des autres membres de la famille. Si plusieurs membre de la fratrie sont rencontrés, le chercheur s'interdira de divulguer aux autres membres de la fratrie ce qui lui aura été dit durant les entretiens. Ainsi, le respect absolu de la confidentialité de ce qui sera dit durant les rencontres avec les frères et sœurs sera garanti.

#### L'organisation de l'étude :

La durée de l'étude est de trois ans dont dix-huit mois consacrés au recueil des données.

Pour chaque participant, 2 entretiens d'une heure environ sont proposés. Au cours de ces entretiens, vous rencontrerez Hélène Davtian, Psychologue clinicienne investigatrice de recherche. Le jour et le lieu du rendez-vous seront fixés avec vous en fonction de vos possibilités. Le rendez-vous aura lieu dans les locaux d'une université.

Ces entretiens visent à recueillir votre témoignage concernant votre vécu fraternel. Plusieurs images extraites du FAT (Family Apperception Test) vous seront proposées lors du deuxième entretien. Ces images ont pour unique fonction de nous aider à mieux comprendre ce que vous vivez et avez vécu avec vos frères et sœurs.

#### Cadre légal :

Les entretiens seront enregistrés et intégralement retranscrits, l'enregistrement sera détruit dès la fin de leur retranscription, ils ne pourront être communiqués à un tiers et seul le chercheur Hélène Davtian et le professeur Régine Scelles auront connaissance de l'intégralité du discours. Ni votre nom complet, ni votre prénom complet ne seront saisis informatiquement ni cités dans la thèse, dans les articles ou les communications orales.

Les informations recueillies font l'objet d'une analyse de contenu et d'un traitement informatique qui préserve l'anonymat des participants et la confidentialité, conformément à l'article 53 et suivant la loi « informatique et libertés » de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). La recherche se conforme strictement à la loi N°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. Elle a reçu un avis

favorable du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest 1 sous le numéro ID RCB : 2013-A01173-42.

Les conclusions de cette étude se feront sous forme d'une thèse, de publications écrites et orales.

#### Quelles sont les bénéfices et les risques de participer à cette recherche ?

Cette recherche, centrée sur la manière dont les frères et sœurs vivent ensemble quand l'un d'eux est atteint de schizophrénie, vous permettra de témoigner de votre parcours et de votre histoire. Ainsi, vous contribuerez à développer les connaissances sur la maladie et sur ses effets sur le lien fraternel. Ceci pourra aider à concevoir des dispositifs prenant davantage en compte l'impact de la maladie sur les liens fraternels et sur chacun des membres de la fratrie.

Vous avez la totale liberté d'accepter ou de refuser de participer à cette étude et de renoncer à votre participation à toutes les étapes de l'étude. Il vous suffit pour cela de prévenir Madame Davtian, aucune justification à votre décision ne sera demandée.

Nous vous assurons qu'aucun des soignants qui nous a mis en contact avec vous n'aura connaissance du contenu de votre témoignage et que votre participation ou votre refus n'aura absolument aucune influence sur les soins proposés.

Si toutefois, au cours de la participation à cette recherche, vous éprouviez le besoin d'un soutien particulier, vous pourrez, si vous le souhaitez, être mis en contact avec un professionnel, psychologue ou psychiatre, qui n'a pas de conflit d'intérêt avec la recherche. En fin d'étude, si vous le souhaitez, vous pourrez être informé des résultats globaux de la thèse.

En espérant vivement que vous accepterez de témoigner et quelle que soit votre réponse, je vous remercie de l'attention que vous avez accordée à ce projet de recherche.

Laboratoire de psychologie associé :  
Professeur Régine Scelles, responsable scientifique  
UFR de psychologie clinique de l'Université de Rouen  
Laboratoire Psy-NCA (EA 4700)  
Tel 02 35 14 64 34

Doctorante :  
Hélène Davtian  
Psychologue clinicienne  
[fratrierecherche@gmail.com](mailto:fratrierecherche@gmail.com)

**Si vous êtes intéressé pour participer à cette recherche ou si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires, merci de laisser un message sur [fratrierecherche@gmail.com](mailto:fratrierecherche@gmail.com)**

### **Annexes 3 : Index des figures et tableaux**

Tableau 1 : Evolution de la place à accorder à la famille du patient	p.28
Figure 1 : Modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie (Lalonde, 2004)	p.54
Tableau 2 : Représentation du partage de la prise en charge à partir de l'approche phénoménologique	p.69
Tableau 3 : Degrés d'identification fraternelle selon Bank et Kahn (1982)	p.82
Figure 2 : Représentation de la tension dynamique entre les deux pôles de la relation fraternelle	p.85
Figure 3 : Accolement classique du complexe fraternel au complexe d'Œdipe	p.87
Tableau 4 : Les quatre composantes de la relation fraternelle	p.92
Tableau 5 : Différenciation Handicap Mental et Handicap Psychique	p.93
Tableau 6 : Mise en perspective des deux sources de littérature : processus fraternel et processus schizophrénique	p.123
Tableau 7 : Caractéristiques des personnes ayant répondu à l'enquête « Frères et sœurs de malades psychiques » (Davtian, 2003)	p.140
Figure 4 : Retentissements sur la santé des frères et sœurs	p.142
Tableau 8 : Modes d'adaptation des frères et sœurs du patient	p.145
Figure 5 : Types d'aide apportée par les frères et sœurs	p.146
Figure 6 : Implication dans les soins et relation aux soignants	p.147
Tableau 9 : Evolution des relations dans la fratrie de Polo Tonka	p.186
Tableau 10 : Présentation des trois fratries	p.206
Figure 7 : Représentation de la Famille 1	p.211
Figure 8 : Représentation des perceptions des alliances de la Fratrie 1	p.227
Figure 9 : Représentation de la Famille 2	p.233
Tableau 11 : Vécu de cohabitation de Franck et Eva (Fratrie 2)	p.238
Tableau 12 : Vécu de cohabitation de Franck et Gaëlle (Fratrie 2)	p.240

Figure 10 : Représentation de la Famille 3	p.250
Figure 11 : Quand la tension spéculaire n'est pas supportable	p.282
Figure 12 : Quand la tension spéculaire est soutenue et supportable	p.291

#### **Annexe 4 : Les extraits des traces du fraternel dans le récit autobiographique de John**

##### ***Perceval***

*Perceval le fou. Autobiographie d'un schizophrène.* Publiée par Grégory Bateson, 2002, Payot.

Titre original : *Perceval's narrative, A Patient's Account of his Psychosis (1830-1832)*, 1961, stanford University Press.

Première publication : *Anarrative of he treatment experienced of a gentlemen during a state of mental derangement designed to explain the causes and the nature of insanity and to expose the injudicious conduct pursued towards many unfortunate sufferers under that calamity*, 1840, John Perceval, Effingham Exchange, London.

Cette publication comprend deux livres et un recueil de lettres qui seront rassemblés par Bateson.

##### **Premier livre publié en 1938 à Paris**

P 72 lors de l'hospitalisation à Dublin John est sous contention physique et isolé depuis plusieurs jours

**« Lorsque mon frère aîné vint me voir, il me trouva dans cet état. »**

**« Le lendemain de l'arrivée de mon frère. »**

Après cette visite, il constate une légère amélioration de ses conditions : **« il est vrai qu'on me détacha les jambes à plusieurs reprises. »**

P 74 **« J'étais seul à être voué à la damnation éternelle, seul mais contenu dans des corps multiples, voué à la solitude infinie, aux ténèbres et aux tourments. On (les voix) me dit que (...) mon père et une de mes sœurs (qui ne sont plus) s'étaient levés d'entre les morts, avaient intercédés pour moi »** Expérience de la centralité

P 74 **« Une fois je me souviens qu'après le visite de mon frère, un esprit descendit sur moi tandis que j'étais allongé de dos »**

P 77 **« La voix de mon génie tutélaire et celle d'un des esprits de ma sœur me poussaient à me sacrifier à n'importe quel prix et de n'importe quelle façon ».**

P 78 « J'obtins de l'eau **après la visite de mon frère** ; il m'apporta aussi du raisin dont je mangeais quelques grains avec mauvaise conscience, mais Dieu sait combien j'en fus rafraichi. »

P 79 « Nuit après nuit, jour après jour, je recevais l'ordre incessant d'essayer jusqu'à ce que je réussisse à m'étouffer, sous peine d'encourir d'affreuses punitions. On (les voix) me dit que c'était indispensable à la perfection de l'homme glorieux que tout le monde y était arrivé à part moi ; **mes sœurs avaient réussi et l'avaient fait à maintes reprises pour mon bien et pour m'éviter la damnation** (...) Lorsque je sentis le froid de l'air ambiant qui s'incrustait sous mes draps, **on me dit que ces esprits étaient mes sœurs** qui soufflaient sur moi pour me rafraichir et me donner le courage de continuer. »

(John cède à ses voix, s'étouffe au risque de se tuer). « Jusqu'alors, j'avais réussi à conserver un vague contrôle sur mes pensées et mes croyances ; désormais je n'en avais plus aucun. »

P 84 « On me fit comprendre qu'un acte d'ingratitude dans mon enfance avait effacé de mon esprit le souvenir de ce mystère, (...) que même **mes frères et sœurs** vivaient au Portugal à cette époque et m'avaient connu et avaient été au courant de cette liaison, mais ne pouvaient pas m'en parler à cause de la noirceur de mon péché ».

(Référence aux voix qui évoquent une liaison homosexuelle entre John et « un jeune portugais de 17 ans. »)

P 85 En punition « **mon frère et l'un de mes cousins** se préparaient à me plonger dedans pour l'éternité (dans l'eau bouillante). Lorsqu'ils entrèrent dans ma chambre, je les vis pendant un moment comme des êtres naturels, mais leur apparence se déforma et j'observai qu'ils enflaient d'épouvantable manière, puis que leur figure devenait de plus en plus sombre au point de devenir noire. »

« A l'une de ces occasions, je me souviens d'avoir dit à **mon frère** : « On désire que je te dise que tu es un hypocrite. » Une voix me l'avait commandé. **C'est l'une des rares phrases que j'adressais aux gens qui m'entouraient.** »

« Souvent j'appelais **mon frère et mon cousin** à haute voix parce qu'on m'ordonnait de leur confesser des crimes innommables. »

P 86 « Il y avait un jeune homme qui s'occupait de moi et une voix dit que c'était mon quatrième frère et une autre que c'était **mon plus jeune frère**. Je n'oserais pas affirmer qui c'était vraiment. »

P 87 « Lorsque **mon frère Spencer** apparut pour la première fois au pied de mon lit, je me dis : enfin puis-espérer être compris et respecté ». (...) Il me répondit sur un ton extraordinairement frivole, tout à fait comme s'il se fut adressé à un enfant et il ne se priva pas de tourner mes idées en ridicule. Tous mes espoirs d'être compris s'envolèrent et mon cœur se détourna de lui. Je réfléchis : mon frère connaissait ma fermeté d'esprit et il aurait

dû comprendre que ce n'était point des choses sans importance pour m'affecter de cette façon. »

« **Si mon frère avait dit** : « Il se passe quelque chose de bizarre ici ; je vais essayer de comprendre », s'il avait seulement fait semblant d'accorder quelques crédits à mes dires (...) peut-être serais-je rapidement sorti de cette épouvantable situation et aurais-je été sauvé du désastre, mais les choses ne se passèrent pas ainsi. » (Spencer)

P 89 « J'entendis que l'on commandait à **ma sœur** de me trancher la gorge, et mon âme fut profondément bouleversée de ce qu'elle acceptât de la faire. Comme rien ne se produisit, je repris confiance et, cette nuit-là, je remarquai un changement de ton dans la voix de mes esprits. ».

« **Mon frère** déjeuna avec moi ou après moi ; bien que mes esprits m'aient suggéré de laisser des toasts pour lui, je fus tenté, par esprit de taquinerie, de les manger tous et je crois bien que je le fis. »

P 91 « Je montai sur le bateau en compagnie de **mon frère** (...). Je croyais qu'à cause de mes péchés le bateau et tous l'équipage allait faire naufrage (...) On me commanda d'appeler mon frère à grands cris pour le faire descendre, pour l'informer du danger imminent. Puis on me commanda de dire une certaine chose, puis une autre. Mon frère descendit dans la cabine et mit fin à mes tentatives de monter sur le pont. Il s'amusa beaucoup de mes craintes. » (Spencer)

P 92 « **Mes frères bien aimés** et bien d'autres membres de ma famille qui étaient venus à Dublin pour souffrir et mourir pour moi se trouvaient à bord et risquaient de périr (...) à cause de mon refus borné d'utiliser les pouvoirs miraculeux qui m'avaient été impartis. »

« Je suivis mon frère jusqu'à un hôtel. On me conduisit au premier étage dans une grande chambre à deux lits. **Mon frère** resta avec moi. » (Spencer)

P 93 « On me dit que Bristol était en feu » (...) **Mon frère** était toujours assis dans la chambre et je l'avertis du danger, l'enjoignant de partir au plus vite avant que la maison toute entière ne s'effondre. Je lui expliquais que je voyais la ville en flammes, mais il n'accorda aucune attention à mes propos. »

P 94 « Le jour suivant, je montai **en compagnie de mon frère** dans une chaise de poste en direction de Bath ; le sol était couvert de neige. Mon plus cher désir était de me retrouver à la maison. Les voix m'annoncèrent à quelles conditions Notre Divin Père permettrait à mon frère de me ramener à la maison et me firent toutes sortes de menaces si je ne me soumettais pas à ces conditions. »

P 95 « **Mon frère** sortit un moment puis revint »

« Mon frère sortit à nouveau et je ne le vis point revenir, ce qui me peina infiniment. J'avais espéré qu'il me dirait au moins adieu (...). J'ai compris depuis qu'il avait agi de cette façon parce qu'il craignait que je ne résiste.

*Mon frère s'en alla donc et me laissa parmi les étrangers »*

(Hospitalisation à Bristol chez le Dr Fox par Spencer)

P 101 « Mon domestique vers la fin de l'année me confia que lorsque mon frère m'avait quitté, j'avais l'air si malade qu'il avait craint que je ne puisse survivre. »

P 109 « Deux surveillantes étaient **ma mère** ; deux domestiques étaient l'une à la fois **ma sœur et ma cousine**, et l'autre **ma sœur défunte**. »

P 110 « **Mes frères, mes sœurs et ma mère** étaient perpétuellement présents à mon esprit ; je n'avais qu'un seul désir : me trouver parmi eux. Mes actions parfaitement extravagantes et toutes les souffrances que je m'imposais volontairement n'avaient qu'un seul et unique but : me retrouver miraculeusement parmi eux, ou qu'eux viennent me retrouver ici. »

P 114 « la voix de **ma sœur défunte** était celle qui réussissait à me faire tenir tranquille le plus longtemps ».

P 119 « Je demandais à mes esprits comment il se faisait que **ma mère** ait une chambre dans cette maison. Par la suite on me fit croire que deux ou trois des gardiens étaient ma mère et quand je répliquais que je ne la reconnaissais pas, on me dit que c'était parce que je ne voulais pas la reconnaître. »

P 120 « Combien de fois ne me suis-je battu avec mes gardiens, les obligeant à se conduire avec violence avec moi, parce que j'imaginai que **ma mère et mes sœurs** se trouvaient dans la pièce voisine en attendant de me voir. »

P 124 « On me dit que l'un de ces messieurs étaient **mon frère D** et qu'il s'appelait Sincérité et Contrition ; l'autre était **mon frère H** et s'appelait jovialité ; c'était un beau garçon à l'air aimable, tandis que l'autre avait l'air bête et mélancolique »

Les deux fils du Dr Fox

P 125 « **Trois jours après que mon frère m'eut quitté** (...) les perce-neige avaient fait leur apparition et d'après certaines déductions j'estimai qu'on m'avait amené là à le mi-janvier, car je ne possédais aucun repère pour évaluer le temps. »

« Vers l'automne (...) je me promenais dans les jardins du Dr F appelant toutes les voitures que je voyais passer, croyant que c'était celle de **ma mère**. J'appelais toutes les jeunes femmes que j'apercevais les prenant pour **mes sœurs**, en criant selon mon inspiration : « **je suis** l'espoir ruiné d'une noble famille ! **Je suis** ruiné, **je suis** ruiné, **je suis** perdu ! C'en est fait de moi ! Mais je **SUIS** celui que le Seigneur a sauvé parmi tous ceux qu'il a sauvés,

*sauvé par le Seigneur Jéhovah Gireth, suprêmement omnipotent... Celui qui tient Sa parole (...) On m'ordonnait de répéter ces phrases et d'insister sur le mot « je suis » dans les phrases dont je vois maintenant toute la beauté et la pertinence, bien qu'alors je les aie prononcées en les scindant, par timidité. » »*

P 128 Pense avoir été adopté

*« Du même coup j'avais décidé de renier mon père et ma mère et je défendais à quiconque de faire allusion à mon adoption. Ma raison et mon bon sens hésitaient à croire cette étrange histoire, mais je me forçai à croire au bien-fondé de mon inspiration ! »*

P 129 *« Pendant un certain temps, je m'imaginai que **ma sœur aînée**, ressuscitée d'entre les morts, avait entrepris de subir toutes ces tortures à ma place. Je croyais parfois la voir en train d'être écorchée vive, dans la pièce du rez-de-chaussée, et j'essayais de m'y introduire de toute force ; d'autres fois, je croyais la voir en train d'être mutilée dans le jardin, juste sous les fenêtres de notre prison. » (Sœur martyre)*

P 130 *« J'écrivis une lettre à ma mère lui demandant si j'étais vraiment son fils (...) C'était au moment où je recouvrais lentement mes esprits. Ma mère m'envoya un certificat de baptême de Lincoln's Inn, et peu de temps après, **l'un de mes frères**, venu me rendre visite me rappela le nom de l'un de mes anciens professeurs et confirma le soupçon que j'avais eu d'avoir été trompé. Je n'en avais pas moins grand besoin de toutes ces preuves tangibles pour être pleinement persuadé de mon erreur. »*

P 139 *« Les personnes au cœur sensible ne manqueront pas de frissonner d'horreur devant une telle situation. (...). Pourtant ce ne fut pas le sentiment de **mon frère**, oh ! non ! Lorsque mon frère aîné vint me rendre visite à ce moment-là, précisément je crus que c'était la providence qui l'envoyait constater la cruelle infamie de mon sort. Il entra et inspecta la cellule dans laquelle on m'emprisonnait la nuit ; il put à loisir m'observer assis dans ma niche, emprisonné dans ma camisole de force et exposé aux regards des malades pendant la soirée ; sur ce, il me quitta, m'abandonna à mon sort. » (À propos de Spencer)*

(Maintenu en position allongé John souffre de rétention d'urine il constate une légère amélioration des soins après le départ de son frère).

*« Par la suite le gardien ne manquait plus le soir de venir près de mon lit, et sans me détacher il effectuait sur moi les gestes nécessaires ».*

P 144 *« **Lorsque mon frère aîné vint me voir, je me souviens d'avoir été emmené dans une pièce voisine du salon. »***

P 149 *« Plus tard, lorsque je commençais à regagner la confiance des médecins, je fus parfois invité à dîner avec le jeune docteur F et sa jolie jeune femme que je nommais Repentir. Ils invitaient généralement deux ou trois malades à leur table. (...) **Une très jolie servante, que j'appelais Louisa et que je croyais être ma sœur.** Je m'efforçais de parvenir à la fin du repas sans commettre d'excentricités. »*

P 155 « **Monsieur J que je croyais être mon plus jeune frère** avait la permission de venir auprès de moi pendant un moment. C'était un jeune homme très excité qui s'exprimait par des métaphores que ne comprenaient pas les gens qui l'entouraient, mais moi je sentais bien que ses paroles avaient un sens caché précis. »

P 171 « J'ai expliqué plus haut **quelle déception j'avais ressentie devant le comportement de mon frère à mon égard**. Il traita mes hallucinations à la légère, ce qui m'amena à penser : « Quel imbécile ce doit être, lui qui connaît pourtant mes capacités mentales et qui ne voit pas que, si j'agis ainsi, ce doit être pour une raison profonde. »

P 172 « La conduite des membres de ma famille fut également blâmable en ce qu'ils m'abandonnèrent si loin de mon foyer, à la garde d'hommes qui m'étaient totalement étrangers. »

P 173 « **Lorsque je me mis à écrire à ma mère et à mon frère** pour leur exposer ma situation, j'avais conscience de mon état et mes sentiments sur ce point étaient fort précis ; j'insistai de façon répétée pour que ma correspondance reste privée, ne serait-ce que par délicatesse envers ma famille. » (Spencer)

P 176 « Dans cet état de détresse et de doute, j'écrivis à ma mère pour lui expliquer mes griefs et lui demander si ma famille avait conscience de ma situation. (...) Une partie de la réponse que je reçus disait que **mon frère** pensait qu'il serait bien que je possède une chambre individuelle ou du moins que l'on me permette de rester dans ma chambre ».

P 178 « A la suite de ces incidents, lorsque je reprochais son mépris à **ma famille**, ils dirent à leurs décharges que j'étais fou ; sinon, comment des parents aussi affectionnés et attentionnés auraient-ils voulu m'humilier ? »

P 179 « J'espérais en quelque sorte que **mon frère** considérant mon écriture et mon style, chercherait à découvrir la cause, ou disons le mystère de ma maladie. » (Spencer)

P 182 « Au mois de juin, au moment de la fenaison, **mon frère aîné** (...) vint me rendre visite. On me détacha pour me conduire dans la chambre d'un autre malade où l'on m'habilla avec un costume neuf, comme un écolier pour le dimanche et on m'emmena dans le salon de réception pour le voir. (...) Je pensais qu'il était venu pour me mettre à l'épreuve et que, par une sorte d'inspiration il connaissait toutes mes pensées ».

P 183 « **Peu de temps après la visite de mon frère**, ma mère souhaitant qu'on me donne la lecture, lui avait demandé d'envoyer une liste d'ouvrages qui me feraient plaisir. »

P 197 « C'est à cette époque que **l'un de mes frères vint me voir**. Je ne le reçus pas très gentiment (...) Il y avait un je-ne-sais-quoi dans le comportement de mon frère qui me déplut.

« Ce soir-là, je dînai avec mon frère chez le docteur F. (...) J'entendais tout ce qui se disait, tout en conversant moi-même avec mes esprits. (...) Le lendemain matin, c'était dimanche et je vis de nouveau mon frère en compagnie de MrF.F. après le service religieux

sur la pelouse de la maison du vieux médecin. Je le traitai avec froideur et il est probable qu'il n'en ressentit aucun encouragement à revenir me voir. (...) J'étais déçu du résultat de la visite que m'avait rendue mon frère. J'avais l'impression que Hobbs (un domestique) se rendait compte que **mon frère n'avait pas su toucher la bonne corde en moi et qu'il était trop sot pour découvrir mon secret.** »

P 216 « Mr A. conversait de façon rationnelle et plaisantait volontiers avec les autres malades. **Mes esprits me dire qu'il était mon frère D.** en même temps que l'esprit de contrition de mon frère D. »

P 218 « Mr J était le plus jeune malade et à mon avis le plus méchamment traité de nous tous (...) Mes esprits me dirent qu'il était **mon plus jeune frère.** Je les crus à la lettre au début, tout en étant perplexe, car ses traits ne me rappelaient que très imparfaitement ceux de mon frère. Ils me dirent que c'est parce que je n'aimais pas le voir, de sorte que je ne voyais pas la ressemblance. Plus tard on me dit que c'était mon jeune frère Honnêteté et je lui trouvai alors une ressemblance certaine sur le plan du caractère. »

P 229 « J'écrivis alors succinctement à mon frère aîné afin qu'il exige que ma lettre lui soit remise et qu'il insiste pour que ma correspondance soit respectée. »

P 234 « J'arrivais à la conclusion que je devais sacrifier mon affection et mon attachement pour eux, à la sauvegarde de mes droits. » Tension entre besoin d'appartenance et besoin d'autonomie.

P 235 « J'aurais pu aussi bien faire appel aux nuages. Je reçus des lettres de mon frère aîné et de sa femme, m'adjurant hypocritement de me soumettre, de prendre patience et de me soumettre au Saint esprit, ce à quoi je répondis par la raillerie et le dédain. (...) Si je tenais tant à ce qu'on respecte ma correspondance, c'était par délicatesse envers ma famille autant que pour moi-même. »

P 237 « J'appris que mon frère aîné devait m'aider à déménager... Je lui refusais ma coopération s'il ne reconnaissait pas ses fautes et demandait pardon. »

P 238 « Pour mettre mon frère à l'épreuve je lui demandais s'il avait reçu une lettre de moi. »

(Début d'interaction)

#### Extraits de correspondances ou de notes

##### P 241 **Lettre à Spencer**

« J'aimerais s'il se peut que vous réfléchissiez un peu plus à ma situation ici. J'aimerais que vous considériez mon cas sur un plan plus élevé. Je voudrais changer de cadre, ou de résidence, et j'aimerais changer d'atmosphère.

*(...) J'aimerais aussi que vous me disiez aussi précisément que possible quelle était l'opinion que vous vous faisiez de moi et ce que vous avez pensé, lorsque vous m'avez laissé ici, de l'état de mon esprit, ce que vous pensiez que je fus, de même pour les fois où vous êtes venu me voir ici. »*

Réflexivité, la connaissance de soi passe par les autres

*(...) « Spencer vous auriez pu m'éviter bien des souffrances quand j'étais à bord du bateau et que j'étais couché, misérable, mélancolique, torturé sur mon lit d'agonie à Dublin et à Bristol. Vous ne savez pas ce qu'est la folie mais vous êtes une créature de l'esprit et vous auriez dû peser chacune de mes pensées, chacun de mes mots et de mes gestes, chaque expression de mon visage quand nous étions à Dublin. Tout ce que je me souviens de vous, c'est que votre conduite fut des plus affectueuse à mon égard mais que vous auriez pu faire beaucoup plus pour moi. »*

#### **P 249 Lettre à Spencer**

*« Allusion à une lettre que je vous ai écrite et qui n'était destinée qu'à votre seul usage. Le dr F.F. s'est cru autorisé à l'ouvrir (...) J'ai hâte de rétablir des liens entre nous par courrier avant même toute entrevue concernant mon départ éventuel de l'endroit où je me trouve. Je suis fermement décidé à ne vous envoyer aucune autre lettre pas plus qu'à ma mère, en dehors de celle-ci, tant que je ne serai pas assuré du secret de ma correspondance. »*

*P 258 « Je suis obligé de vous condamner (mon frère) comme premier responsable avant de Dr Fox et le docteur F.Fox, de toute cette situation. Quelle scélératesse a été la vôtre ! »*

#### **P 290 « Fragment d'une lettre de mon frère cadet »**

*« Mon très cher frère,*

*(...) J'ai eu grand plaisir à recevoir votre lettre, bien que j'ai été peiné de voir que nous nous étions mal conduit à votre égard. Vous n'avez pas idée, mon cher John, à quel point nous avons souffert de vous savoir malade.*

*(...) Je me souviens d'avoir entendu que la présence de la famille devait être évitée à tout prix et qu'elle risquait d'être très nocive pour la guérison d'une personne dans votre état. On m'a dit que c'était la même chose pour la correspondance. Cette opinion a été émise par des personnes compétentes dans le soin et les remèdes à apporter à votre maladie et je suis persuadé que nous aurions eu tort d'agir à l'encontre de ces conseils.*

*(...) Vous êtes resté au cœur de nos préoccupations à tous. »*

*P 292 Extrait d'une lettre du frère cadet présentée comme « celui qui me manifestait le plus d'affection*

Deuxième livre publié en 1940

P 357 « *Le lecteur comprendra donc que j'aie demandé à **un de mes frères** de me faire rendre ma liberté, bien que j'ai moi-même admis être encore fou. »*

P 369 « *Si j'avais pu jouir d'une entière liberté, il est certain que j'aurais mis ces visions à l'épreuve, mais comme j'étais interné, j'adoptai le plan suivant : **mon frère** avait une chienne qu'il aimait beaucoup, dont j'appris qu'il l'avait perdue. Comme j'étais prisonnier d'un asile de fous, sans occupation digne d'un homme adulte, il est naturel que tous les petits incidents dont j'entendais parler aient pris des dimensions inhabituelles. **J'aurais aimé que mon frère retrouve son chien** ; mes voix me dirent qu'elle s'était perdue (...) m'indiquant l'endroit où cela s'était passé, et me proposèrent de m'envoyer une vision qui me montrerait cet endroit. (...) Peu de temps après, j'eus une vision de la barrière de péage et l'on me fit comprendre qu'il fallait chercher le chien de ce côté-là. J'écrivis à mon frère et lui donnai la description de ma vision, certain qu'il connaissait l'endroit. Il me répondit qu'il n'avait jamais vu cet endroit ni aucun autre lui ressemblant. **Je compris alors que j'avais été trompé et décidai de ne pas considérer ce type de révélation comme infaillible.** »*

P 375 « *Je citerai un exemple de ce type de vision que j'eus pendant mon séjour à Brisslington, alors que je travaillais dans le jardin à tailler les groseilliers : je vis soudain sortir du sol une forme féminine, complètement nue mais la tête enveloppée d'un voile noir. **Les esprits me dirent que c'était ma sœur aînée** et que si je le désirais elle sortirait complètement du sol et enlèverait son voile pour me parler. Pris de court et comprenant mal ce qu'on attendait de moi, **je ne sus que répondre et j'éprouvai une terrible douleur physique et une anxiété sans bornes.** Finalement, me souvenant de la façon dont on m'avait trompé en d'autres occasions, et combien j'en avais souffert, je me mis en colère et répondis : « Elle peut aussi bien rentrer dans le sol qu'en sortir, ça m'est égal et ça ne m'intéresse pas. » Mon esprit n'en fut pas moins grandement troublé. **Ma réponse insolente fit disparaître instantanément la vision.** »*

P 387 « *Je me souviens maintenant d'une lettre de **ma sœur** disant « que le fait de porter la barbe et les cheveux longs était la PREUVE de la continuation de mes hallucinations. Cette lettre me mit en rage. On doutait de ce que je disais, on me maintenait enfermé pendant des mois. (...) Je souffrais de ce qu'on suspectât mon honneur et ma parole. J'étais blessé de ce que ma famille puisse concevoir que je désirais tromper ma mère et troubler la paix de son esprit ; je leur en voulais d'accepter comme parole d'évangile tout ce que disait les médecins, de préférence à ce que disait le fils de mon père. »*

P 392 « **Ma famille** n'est pas exagérément originale sur le plan des idées ou de l'indépendance d'esprit. Elle pensait comme le reste du monde que la folie était un mystère impénétrable, que les médecins aliénistes étaient les seuls capables de s'en occuper et qu'on leur devait soumission, sans parler de confiance implicite, et il ne lui vient jamais à l'idée de mettre en doute leurs prétentions. Elle pensait aussi qu'il était de son devoir de cacher à autrui le malheur qui m'avait frappé et qu'aucun individu en possession de toutes ses facultés n'aurait pensé une minute à révéler pareille énormité ! **Mes frères** qui sont des êtres simples, fidèles et droits dans leurs actions, (...) étaient bien peu faits pour se défendre du système hypocrite, chicanier, insultant, révoltant et criminel, ainsi que de la véritable entreprise de banditisme dont j'étais la proie. Ils étaient incapables de croire la chose possible. (...) Ils ne sauront jamais à quel point ils m'ont fait du tort et du mal et je ne serais pas étonné qu'aujourd'hui, comme beaucoup d'autres, ils soient persuadés que pour publier ce livre, je n'aie pas tout à fait mon bon sens ! »

## **Références bibliographiques**

- Abramovitch, R., Corter, C., & Lando, B. (1979). Sibling interaction in the home. *Child Development, 50*, pp. 997-1003.
- Altounian, J. (2000). *La survivance, traduire le trauma collectif*. Paris: Dunod.
- Amaisen, J.-C. (2007, octobre). *Questions éthiques soulevées par le développement des analyses de "biomarqueurs"*. Retrieved janvier 2016, from <http://www.medecinessciences.org>.
- Ancet, P. (2013, January-March). La honte d'exister. *ALTER European Journal of Disability Research, 7*, pp. 46-55.
- Arenes, J. (2013). Penser l'éthique de la famille et l'éthique du lien dans le contexte d'une culture moins soutenante. In J. Dialogue.
- Arnaud, C. (2012). *Qu'as-tu fait de tes frères?* Malesherbes: Le livre de poche.
- Arnold, W. (2004). The illness of Vincent van Gogh. *13(1)*. Journal of the History of the Neurosciences.
- Arveiller, J. P. (2006). *Psychiatrie et folie sociale*. France: Eres.
- Aubert, A., Scelles, R., Gargiulo, M., & Gortais, J. (2008). "Des médecins parlent de leur expérience à l'annonce d'une maladie grave de l'enfant à ses parents". *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. 56).
- Aubert-Godard, A., & Scelles, R. (2006). "Peut-on parler de processus de fraternité?" . In s. l. C., *La fratrie à l'épreuve du handicap* (pp. 235-254). France: Eres, Connaissances de l'éducation.
- Ausloss, G. (1995). *La compétence des familles, temps, chaos, processus* . Eres, Relations.
- Azoulay, C. (2009). Approche psycho-pathologique et clinique de la schizophrénie. In C. C. Azoulay C., *Processus de la schizophrénie* (p. 204). Dunod.

- Bank, & Kahn. (1982). *The sibling bond*. New York: Basic Books.
- Baranes, J.-J. (1991). *La Question psychotique à l'adolescence*. Paris: Dunod, coll "Inconscient et culture".
- Barbier, R. (2015). *La recherche-action existentielle*. Retrieved from [barbier-rd.nom.fr](http://www.barbier-rd.nom.fr):  
<http://www.barbier-rd;nom.fr/RAInternet.Html>
- Bateson, G. (1961). *Introduction, Perceval le fou, autobiographie d'un schizophrène* (Vol. Edition 2002). Paris: Payot & Rivages.
- Bateson, G. (1971). *La cérémonie du navem*. Paris: Editions de Minuit.
- Benoit, J. C. (2000). *Double lien, schizophrénie et croissance, Gregory Bateson à Palo Alto*, . France: Eres, col Relations.
- Bibeau, G. (1991). Le sens de la folie. *Ciel variable*, 15, pp. 12-16.
- Binswanger, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle*. Editions de minuit.
- Bion, W. R. (1983). *Reflexion faite*. Paris: PUF.
- Blanchard-Laville, C. (1999). L'approche clinique d'inspiration psychanalytique : enjeux théoriques et méthodologiques. *Revue française de pédagogie*(N°127, pp. 9-22).
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire: l'entretien*. Paris: Armand Colin.
- Bleuler. (1911).  *cité dans Processus de la schizophrénie*. p. 11.
- Bonin, J.-P. &. (2011). Collaboration avec les familles et les organismes communautaires au sein des transformations en santé mentale.
- Bonnet, C., Fontaine, A., Huret, J., Loux, F., Muldworf, L., Pedron, A., & Velpry, L. (2007). *Vivre et dire sa psychose*. France: Eres, col Trames.

- Boucher, L., & Lalonde, P. (1982). La famille du schizophrène : interférente ou alliée ? *vol. 7(n° 1)*. Santé mentale au Québec.
- Boudare, K. (2012). Psychose et soins. Une lecture à partir de Winnicott. *Familles et troubles psychiques graves, Dialogues N°195*, 7-18. Eres.
- Bourguignon, O. (1999). *Le Fraternel*. (Dunod, Ed.) Liège.
- Bourguignon, O. (2008). Le lien fraternel. In C. Bert, *La fratrie à l'épreuve du handicap, ERES Connaissances et diversité*, p. 17-30.
- Bourhaba, S. (2004). Singularité et multiplicité des relations fraternelles, dans *Fratrie, à quel prix ? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 32, 2004/1. De Boeck.
- Boussinot, R. (1992). *Dictionnaire des synonymes, analogies, antonymes*. Bordas.
- Bowen, M. (1978 trad fr 2001). La schizophrénie en tant que phénomène multi-générationnel. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, 26, pp. 17-39.
- Brousse, G., & Llorca, P. (2004). Stratégies actuelles de prévention du suicide chez les patients souffrant de schizophrénie. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 8(72), pp. 47-50.
- Brown, G., Monck, E., Carstairs, G., & Wink, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *16(p. 55-68)*. British Journal of Preventive and Social Medicine.
- Brunelin, J. (2007). Vulnérabilité à la schizophrénie : approche clinique, cognitive et neurophysiologique de la dimension positive. *thèse de doctorat en neurosciences N° 314-2007. Prix de la Recherche Unafam 2008*.
- Brusset, B. (2003). Les vases communicants. *Le Divan familial, n°1*, pp. 19-31.

- Brusset, B. (2008). Le lien fraternel et la psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*, 72, pp. 347-382.
- Bungener, M. (1995). *Trajectoires brisées, familles captives. la maladie mentale à domicile*. Paris: Editions de l'INSERM.
- Bungener, M. (1997). Trajectoires brisées, familles captives, la maladie mentale à domicile. *Economie et santé mentale, Pour la recherche N°14*.
- Cahn, R. (1986). L'inquiétant étranger. *Psychanalyse, adolescence et psychose*, 279-287.
- Caillé, P. (2004). Fratries sans fraternité. *Cahiers critiques des thérapies familiales et des pratiques de réseaux*, 1 n°32, pp. 11-22.
- Carpentier, N. (2001). Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sciences Sociales et Santé*, 19(1, p. 79-106).
- Castarède, M.-F. (2013). L'entretien clinique à visée de recherche. In s. l. C., *L'entretien clinique*. France: PUF.
- Castellan, Y. (1982). *La famille*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cermolacce, M., & Naudin, J. (2011). Le délire schizophrénique, entre approche objective et expérience subjective. *Annales Médico Psychologiques*, 169/1, pp. 51-53.
- Chaltiel, P., & Romano, E. (2004). L'espace fraternel dans la thérapie familiale (II). *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2004/1(32, pp. 49-65).
- Chaltiel, P., & Romano, E. (2005). Les ressources du "fraternel". *Etudes, recherches, action en santé mentale en Europe*, pp. 51-65.
- Cherlin, A. (1978). Remariage as an incomplete institution. *84, 3, 10*.

- Claudon, P., & Isoardi, M. (2001). Les effets pathogènes des troubles relationnels de l'enfant autiste sur sa fratrie : réflexions théorico-cliniques et propositions cliniques préventives. In T. C., *Peut-on prévenir la psychopathologie ?* (pp. 118-125). Paris: L'harmattan.
- Cooper, D. (1967). *Psychiatrie et anti-psychiatrie*. éditions du Sueil Points col Sciences humaines 1978.
- Corcos, M., & Loas, G. (2006). *psychopathologie de la personnalité dépendante*. France: Dunod.
- Cormier, H. (1991). *Profamille*. CHUL, Ste Foy, Québec, 1991, Unité de psychiatrie sociale et préventive, Ste Foy, Québec.
- Cunningham, C., Betsa, N., & Gross, S. (1981). Sibling groups interaction with siblings of oncology patients. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 3, pp. 135-140.
- D'Amato, T., Saoud, M., Tribouillet, P., Bertaud, J.-P., & Dalery, J. (1998). Vulnérabilité à la schizophrénie: nature familiale des indicateurs neuro psychologiques. *L'Encéphale*, 24(5), 442-448.
- Davtian, H. (2005, mars). Les frères et soeurs de malades psychotiques: une ressource pour la prise en charge si l'on tient compte des retentissements de la maladie. *Synapse*, 213, 47-50.
- Davtian, H., & Collombet, E. (2009). Pour une meilleure prise en compte des frères et soeurs de personnes souffrant de troubles psychotiques. *Thérapie familiale*, 30, N°3, pp. 315-326.
- Davtian, H., & Scelles, R. (2013). La famille de patients serait-elle devenue une ressource inépuisable ? *L'information psychiatrique*, 89, pp. 73-82.
- Davtian, H., & Scelles, R. (2014). Penser la formation des familles et de l'entourage d'une personne atteinte de schizophrénie. *Annales médico-psychologiques*, Vol 172, Issue 9, nov 2014, pp. 735-740.

- Dayan, C. (2008). Frères et soeurs de personnes autistes- L'influence des symptômes autistiques sur les frères et soeurs et sur la construction du lien fraternel. Université de Rouen.
- Dayan, C., Picon, I., Scelles, R., & Bouteyre, E. (2006). Groupes pour les frères et soeurs d'enfant malade ou handicapé : état de la question. *Pratiques psychologiques, Vol 12, juin(N°2)*.
- Deal, S., & MacLean, W. (1995). Disrupted lives : sibling of disturbed adolescents. 65, pp. 274-281.
- Deegan, P. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 31,4*, pp. 7-11.
- Deegan, P. (2001). *Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation*. Retrieved from [www.espace-socrate.com](http://www.espace-socrate.com).
- Delbecq, J., & Weber, F. (2009). Présentation du dossier. (1-2), 5-14. *Revue française des affaires sociales*.
- Edy, G. (1996). *le vécu fraternel dans la schizophrénie*. Thèse de doctorat.
- Eiguer, A. (2004). *L'inconscient dans la maison*. Paris: Dunod.
- El Hamaoui, Y., Elyazaii, M., Yaalaoui, S., Rachidi, L., Saoud, M., d'Amato, T., & Battas, O. (2006). Test Wisconsin chez les patients souffrant de schizophrénie et leurs frères et soeurs. *Canadian journal of psychiatry, 51(1)*, pp. 48-54.
- Elkaïm, M. (1995). *Panorama des thérapies familiales*. France: Points col Essais.
- Enriquez, M. (1993). Le délire en héritage. In H. Faimberg, M. Enriquez, & J.-J. Baranes, *Transmission de la vie psychique entre générations*. France: Dunod.

- Ernault, A., & Le Grand Seville, C. (2010). *Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie : quel vécu ? quels besoins ? quelles violences ? quel soutien ?* France Imprimeur.
- Ey, H. (1954). Bouffées délirantes et psychoses hallucinatoires aiguës. *Etudes Psychiatriques*, 23.
- Ey, H. (1973). Traité des hallucinations. 2, pp. 1010-11.
- Fallery, B., & Rodhain, F. (2007). Quatre approches pour l'analyse des données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. *XVIème conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS*, (pp. 1-16).
- Favart, E. (2003). Fratries et intimités. *Sociologie et sociétés*, 35(2), pp. 163-182.
- Favart, E. (2007). Mémoire familiales et fratries : les liens fraternels à l'épreuve du temps. In G. E. sous la direction de Lemieux D., *La mémoire familiale. Les histoires de famille et les généalogies au XXI siècle*. Montréal ISSN : 1708-6310: Enfances Familles Générations N°7, automne 2007.
- Federn, P. (1952). *La psychologie du moi et des psychoses*. (T. f. 1979, Trans.) Presse Universitaire de France.
- Ferenczi, S. (1931). Analyse d'enfants avec adulte. In *Psychanalyse* (Vol. 4, pp. 98-113). Paris: Payot 1982.
- Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, N°84, mars, pp. 41-51.
- Forest, M.-I. (2014). Le proche aidant, l'aidant naturel, est-ce naturel d'être aidant? *3ème rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie*, (pp. 11-13). Paris.
- Freud, S. (1912). *Totem et Tabou*. Paris, France: Gallimard.

- Freud, S. (1924). Névrose et psychose. In S. Freud, *Névrose, psychose et perversion* (p. 283). Paris: PUF, 1974.
- Freud, S. (1932). *Nouvelle syr des leçons d'introduction à la psychanalyse* (Vol. 19). Ouvres complètes.
- Friedrich, R.-M., Lively, S., & Rubenstein, L. (2008, march). Sibling's coping strategies and mental health services: a national study of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services, 59*, pp. 261-267.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry, II*, pp. 263-273.
- Furtos, J. (2000). *Métamorphoses de la demande et engagement dans le soin* (Vol. 2). Rhizome.
- Gaillard, J. P., Coenen, R., Frieh, F., & Hardy, G. (2011). Vers une neuro-écosystémique. Manifeste pour l'urgence d'un changement. *Thérapie familiale, 32, 1*, pp. 171-190.
- Gargiulo, M., & Salvador, M. (2009). *Vivre avec une maladie génétique*. Paris: Albin Michel.
- Ginsberg-Carré. (1998). C'est ton frère ou ton demi-frère? La fratrie au temps des parentés plurielles, ou les mots pour le dire. *Dialogue, 140*, pp. 67-78.
- Girard, R. (1972). *La violence et le sacré*. Paris: Grasset.
- Golse, B. (2006). Le point de vue de l'enfant handicapé, eux, moi, nous: l'enfant handicapé face à sa fratrie. In s. l. C., *La fratrie à l'épreuve du handicap*. France: Eres, Connaissance de l'éducation.
- Gortais, J. (2009). Approche historique d'une psychopathologie psychanalytique de la schizophrénie. In C. Azoulay, C. Chabert, J. Gortais, & P. Jeammet, *Processus de la schizophrénie*. Paris: Dunod.

- Gotlieb, P., Gabrielseng, G., & Kram, P. (1987). Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand*, pp. 285-92.
- Gottesman, I. L., & Shields, H. (1972). Schizophrenia in twins : sixteen years consecutive admission to a psychiatric clinic. *The British Journal of Psychiatry*, 112 (489), pp. 809-818.
- Greenberg, M. (2010). *Le jour où ma fille est devenue folle*. Flammarion.
- Grivois, H. (1991). *Naître à la folie*. Paris: Les empêcheurs de tourner en rond.
- Grivois, H. (1995). *Le fou et le mouvement du monde*. Grasset.
- Häfner, H., Reicher-Rössler, A., Maurer, K., Fätkehever, B., Löffler, W., & an der Heiden, W. (1991). *Geschlechtsunterschiede bei schizophren Erkrankungn*. Fortschr Newd Psychiatr.
- Hachet, P. (2000). Le toxicomane et sa fratrie: notes théorici-cliniques. *Dialogue*, 149, 94, pp. 90-98.
- Haley, J. (1980). *Leaving home, quand le jeune adulte quitte sa famille*. New York: ESF éditeur France.
- Harf, A., Skandrani, S., Sibeoni, J., Legros, S., Mestre, C., Moro, M.-R., & Ledu, C. (2013). La consultation "adoption internationale", une lecture multiple et métissée. *Adolescence*, T.31, N°3.
- Hochmann, J. (2006). *Propos sur le contre-transfert avec les psychotiques*. (Eres, Ed.) Retrieved from [www.cairn.info](http://www.cairn.info).
- Hogarty, C. (1991). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy en the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 48, 340-347.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. France: In Press.

- Hugon, M.-A., & Seibel, C. (1988). *Recherches impliquées, recherches actions : Le cas de l'éducation*. Belgique: De Boeck University.
- Jackson, D. (1968). *Human Communication: Therapy, Communication and Change* (Vol. 2). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Janody, P. (2014). *Zone frère, une clinique du déplacement*. France: Epel Editions.
- Jeammet, P. (1997). *"Adolescences" Syros*.
- Jeammet, P. (2013). *Préface, Tonka P. "Dialogue avec moi-même"*. Odile Jacob.
- Jeammet, P. (2014). *La psychiatrie : une réalité confrontée aux défis des transitions*. Swiss archives of neurology and psychiatry.
- Jeangirard, C. (2006). *Soigner les schizophrènes : un devoir d'hospitalité*. Eres, Mercues.
- Kaës, R. (2008). *Le complexe fraternel*. France: Dunod, col Psychismes.
- Kestenberg, E. (1986). A propos de quelques questions posées par la relation entre l'adolescence et la psychose. In D. R. ss la direction de Baranes J-J., *Psychanalyse, adolescence et psychose*. Payot, col Sciences de l'homme.
- Kidman, A., Mueser, K., & Gingerich, S. (1998). Coping with schizophrenia: A guide for families. *Clinical psychologist*, 3:26.
- Kiselica, M. S., & Morrill-Richards, M. (2007). Sibling Maltreatment : the Forgotten Abuse. *Journal of Counseling & Development*, 85(2), pp. 148-160.
- Klein, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. *Communication passée à la British Psychoanalytical Society*.
- Korff Sausse. (1996). *Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris.

- Korff Sausse, S. (2006). Un double étrange : handicap et relation fraternelle. In C. ss la direction de Bert, *Fratrie à l'épreuve du handicap* (pp. 129-148). Eres.
- Kuhn, R. (1973). L'errance comme problème psychopathologique ou déménager. *art. paru dans "Présent à Henri Maldiney"*. Lausanne: l'Age d'Homme.
- Lacan, J. (1938). Le complexe facteur concret de la psychologie familiale. In *Encyclopédie française* (Vols. VII, 840-3, 842-8).
- Lacan, J. (1949, octobre). Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je: telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, pp. 449-455.
- Lachaux, B. (2004). A propos de la dangerosité des patients schizophrènes. In C. Beaurepaire, M. Bénézech, & C. Kottler, *Les dangerosités, de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie* (pp. 169-176). France: John Libbey Eurotest.
- Lagache, D. (1949). *L'unité de la psychologie* (Vol. (vol 3)). PUF.
- Lalonde, P. (2004). *Le modèle vulnérabilité-stress et les interventions efficaces à la schizophrénie*. Retrieved from [www.espave-socrate.com](http://www.espave-socrate.com).
- Langlais. (1991). Autrui ou le trop poche suis-je le gardien de mon frère? In *Moi mon frère, ma sœur. Dialogue* (Vol. n° 114, pp. 120-122).
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1992). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF Vendôme.
- Lauveng, A. (2014). *Demain j'étais folle, un voyage en schizophrénie*. (t. d. 2005), Trans.) France: Autrement.
- Lavalle, G. (1994). L'enveloppe visuelle du moi. In A. D. al., *Les contenants de pensée* (Vol. rééd 2003). Dunod coll Inconscient et Culture.

- Lavoie, J.-P., & Guberman, N. (2010). *Vieillir au pluriel*. Perspectives sociales, PUQ.
- Le Bosse, Y. (2003). *De l'"habilitation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment* (Vol. 16). Nouv Prat Soc.
- Lecourt, M. (1971). *L'enfant soigné en psychiatrie et sa fratrie* (Vol. 14). La psychiatrie de l'enfant.
- Lidz, T. (1967). The family personality, development and schizophrenia in the origins of schizophrenia. *Excerpta Medica International Congress Series*.
- Lidz, T. (1973). *The origin and treatment of schizophrenic disorders*. New York: Basic book.
- Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S., & Terry, D. (1966). The intrafamilial environment of schizophrenic patients, II : Martial schism and martial skew. *American Journal of Psychiatry*, 114, pp. 241-248.
- Lilienfeld, S. O. (2002). *Ph.D. Our "Raison d'être"* (Vol. 1). SRMHP Home Spring-Summer.
- Lively, S., Friedrich, R. M., & Buckwater, K. C. (1995). *Siblings Perception of Schizophrenia, relationship, roles and health* (Vol. 16 (3)). *Issues in Mental Health Nursing*.
- Maisondieu, J. (2003). Citoyenneté et santé mentale. In S. I. M., *Santé mentale, ville et violences* (p. 171).
- Marsh, D. (1998). *Serious mental illness and the family. The Practitioner's guide*. New York: Willey.
- Marsh, D. T., & Dickens, R. M. (1997). *Troubled journey: coming to terms with the Mental Illness of a sibling or parent* (Vol. XXXII). New York: Tarcher/Putman.
- McFarlane, W. R. (1983). *Family therapy in schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- McDougall, J. (2003). *Théâtres du corps*. Paris: Gallimard.

- Mechri, A., Slama, H., Bourdel, M.-C., Chebel, S., Manhouy, O., Krebs, M.-O., & Gaha, L. (2008). *Signes neurologiques mineurs chez les patients schizophrènes et leurs apparentés non malade* (Vol. 34). L'Encéphale.
- Miermont, J. (1997). *Psychose et thérapie familiale*. ESF ed.
- Miermont, J. (2004). Thérapies familiales et schizophrénies. *Encyclopédies Médico Chirurgicales*(37-295-D-10), pp. 1-6.
- Minkowski, E. (1927). *La schizophrénie*. Espagne: Petite Bibliothèque.
- Minuchin, S. (1974). *Familles et thérapie familiale*. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: Ed. universitaires.
- Mollo-Bouvier, S. (1991). Un itinéraire de socialisation : le parcours institutionnel des enfants. In T. P. Malewska-Peyre H, *La socialisation de l'enfance à l'adolescence*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovitz, J. J. (2007). *D'où viennent les parents?* Paris: Editions Lharmattan.
- Muxel, A. (2007). *Individu et mémoire familiale*. Hachette Littératures.
- Nandrino, J.-L., & Karyn, D. (2001). Le représentation de l'organisation familiale chez les patients schizophrènes institutionnalisés. *Cahiers critiques de thérapie familiale et pratique de réseaux*, 26, pp. 121-137.
- Neuburger, R. (1994). Psychoses "fraternelles" et thérapies de fratries. *Le cycle de la vie familiale et l'adolescence*, 26 N°9, pp. 904-906.
- Neuburger, R. (2000). *Les territoires de l'intime: l'individu, le couple, la famille*. Paris: Odile Jacob.
- Neuburger, R. (2010). Préface. In S. D'amore, *Les nouvelles familles* (pp. 13-16). Bruxelles: De Boeck.

- Nierse, C., & Abma, T. (2011). *Developping voice and empowerment: the first step towards a broad consultation*. (J. o. research, Producer) Retrieved from Wiley online library.
- Ninacs, W. (1995). *Empowerment et service social : approches et enjeux* (Vol. 44). Rev Serv Soc.
- Pankow, G. (1981). *L'être-là du schizophrène*. Paris: Aubier.
- Pankow, G. (2009). *L'homme et sa psychose*. France: Champs essais.
- Parat, C. (1991). A propos de la répression. *Revue de Psychosomatique*, 1.
- Parazelli, M. (2006). La prévention précoce au Québec, prélude à une biologie de la pauvreté. *Prévention, dépistage des troubles du comportement chez l'enfant*. Société Française de Santé Publique.
- Pedinielli, J. L. (2012). *Introduction à la psychologie clinique (3e édition)*. Paris: Armand Colin.
- Pescosolido, B.-A. (1992). Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance. *Advances in Medical Sociology*, 2, pp. 61-184.
- Petitpierre, G., Gremaud, G., Veyre, A., Bruni, I., & Diacquenod, C. (2013). *Aller au-delà de l'alibi. Consentement à la recherche chez les personnes présentant une déficience intellectuelle. Discussions de cas éthiques dans la recherche ethnologique*. Société Suisse d'Ethnologie.
- Philippin, C. (Writer). (2012). *Les voix de ma soeur* [Motion Picture]. France.
- Piaget, J. (1932). *Le jugement moral chez l'enfant*. Paris: PUF.
- Pineau, G., & Le Grand, J.-L. (2007). *Les histoires de vie*. Que sais-je ?
- PirLOT, G., & Cupa, D. (2012). *Approches psychanalytiques de troubles psychiques*. Armand Colin col. U Psychologies.

- Pommier, F. (2010). L'extrême : une réponse entre psychose et fonctionnement limite. In C. Charbert, *Les psychoses. Traité de psychopathologie de l'adulte* (p. 27). Paris: Dunod.
- Quétel, C. (2012). *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*. France: ed Texto.
- Rabain, J.-F. (1985). La rivalité fraternelle (chap 149). In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soule, *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. (Vol. 4). Paris: PUF.
- Racamier, P. C. (1980). *Les schizophrènes*. Dijon-Quetigny, France: Petite Bibliothèque Payot.
- Racamier, P. C. (1986). L'intrapsychique, l'interactif et le changement à l'adolescence et dans la psychose. *Psychanalyse, adolescence et psychose*, pp. 141-152.
- Rausky, F. (1999). le délire fraternel. In O. Bourguignon, *Le Fraternel* (pp. 208-216). Paris: Dunod.
- Rausky, F. (2000). La fratrie délirante. *Journal des psychologues*(183).
- Rey, A. (2001). *Le grand Robert de la langue française*. Paris: Dictionnaire Robert.
- Rey, A. (2005). *Dictionnaire culturel de la langue française*. Le Robert.
- Roe, D., & Ben-Yishai, A. (1999). Exploring the relationship between the person and the disorder among individuals hospitalized for psychosis. *Psychiatry*, 62, pp. 370-380.
- Roffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J.-P., & Gely-Nageot, M.-C. (2008, Décembre). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie: une revue critique: partie 1: insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'encéphale*, 34, pp. 597-605.
- Rolland, J. S. (1993). Maladie grave et handicap : comment la famille y fait face ? In u. F. (Ed), *Normal family processes* (t. p. 2001, Trans., pp. 444-473). New York: Guilford Press.

- Sabetta, Y. (1984). Etude exploratoire sur le vécu et les besoins de la famille du patient suivi en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 9(1), pp. 169-173.
- Scelles, R. (2000). La quête de savoir chez les frères et soeurs. *Dialogue*, 149, pp. 77-88.
- Scelles, R. (2004). La fratrie comme ressource. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de reseaux*, pp. 105-123.
- Scelles, R. (2006). Les ados et les adultes, frères et soeurs face au handicap de l'enfant à l'âge adulte. In s. l. C, *Fratrie à l'épreuve du handicap* (pp. 89-108). France: Eres.
- Scelles, R. (2007). Figure du père dans le jeu souple de confusion identitaire extrême et de différenciation à l'autre "presque même " que soi. *Champ psy*, 45, pp. 53-69.
- Scelles, R. (2008). Dire ou ne pas dire en famille : processus de subjectivation du handicap au sein de la fratrie. *Revue française de psychanalyse*, 72(2), pp. 485-498.
- Scelles, R. (2010). *Liens fraternels et handicap. De l'enfance à l'âge adulte*. Toulouse: ERES.
- Scelles, R., & Houssier, F. (2002). Violence et fratrie, le divan familial. 8, pp. 63-77.
- Scelles, R., Korff-Sausse, S., Ciccone, A., Missonier, S., & Salbreux, R. (2009). *La vie psychique des personnes handicapées, ce qu'elles ont à dire, ce que nous avons à entendre*. Toulouse: Eres, coll: Connaissance de la diversité.
- Schauder, S. (2014). *L'étude de cas en psychologie clinique, 4 approches théoriques, (ss la direction de)*. France: Dubod col psycho sup.
- Searles, H. (1959). L'effort pour rendre l'autre fou. In *L'effort pour rendre l'autre fou (2010)* (p. 269). France: Folio Essais.
- Searles, H. (1961). La communication schizophrénique. In *L'effort pour rendre l'autre fou, 2010*. France: Folio Essais.

- Searles, H. (1961). Les sources de l'angoisse dans la schizophrénie. In *L'effort pour rendre l'autre fou (2010)*. France: Folio Essais.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. (1990). *Les jeux psychotiques dans la famille*. Paris: ESF.
- Seywert, F. (1984). Expressed Emotion (EE) revue de littérature. *Evolution psychiatrique*, 49, pp. 827-841.
- Sharpe, D., & Rossiter, L. (2002). Siblings of children with a chronic illness : a meta-analysis. 27, pp. 699-710.
- Sulloway, F. (1966). *Born to rebel, Birth order, Family dynamics and creative lives*. Pantheon books, a division of Rondon House, Inc.
- Swanson, J. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community. evidence from the Epidemiologic Catchment area surveys (ECA). *Hosp Comm Psychiatry*, 41, pp. 761-70.
- Tatossian, A., Tellenbach, H., Claude, L., Macher, D., de Saint Sauveur, A., & Rogowski, C. (1981). Phénoménologie des psychoses,. *Rapport de psychiatrie*.
- Théry, I. (1996). Normes et représentations de la famille au temps de démariage. Le cas des liens fraternels dans les familles recomposées. In D. Le Gallet, & C. Martin, *Familles et politiques sociales. Dix questions sur le lien familial contemporain*. Paris: l'Harmattan.
- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982). *The burden of families coping with the mentally ill : an invisible crisis* (Vol. 31). Fam Relat.
- Tonka, P. (2013). *Dialogue avec moi-même*. Odile Jacob.
- Vaginay, D. (2004). *Une sexualité pour les personnes handicapées : Réalité, utopie ou projet ?*. Chronique Sociale.

- van den Hove-Ambiel, C., Fousson, C., Boussouar, V., Cougoulènhes, E., Martinez, D., & Mauriac, F. (2014). Conscience des troubles et vécu des parents dans la schizophrénie débutante. *L'Information psychiatrique*, 90, pp. 103-110.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, pp. 157-165.
- Velpry, L. (2003). Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave. In M. Joubert, *Santé mentale ville et violences* (p. 44). Eres.
- Villez, M., Ngatcha-Ribert, L., Kenigsberg, P., Guisset-Martinez, M., Charras, K., & Fremontier, M. (2008). *Analyse et revue de littérature française et internationale sur l'offre de répit aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées*. Fondation Médéric Alzheimer.
- Von Benedek, L. (2013). *Frères et soeurs pour la vie, l'empreinte de la fratrie sur nos relations adultes*. France Mayenne.
- Waintrater, R. (2004). Le pacte testimonial. In J.-F. Chiantaretto, *Temoignage et trauma : implications psychanalytiques* (p. 4). Paris: Dunod.
- Waintrater, R. (2004). Le pacte testimonial. In J.-F. Chiantaretto, *Témoignages et trauma : implications psychanalytiques* (p. 4). Paris: Dunod.
- Williams, P., Williams, A., Graff, J., Hanson, S., Stanton, A., Hafeman, C., . . . Ridder, L. (2003). A community-based intervention for sisters and brothers and parents of children with chronic illness or disability : the ISEE (Intervention for Sisters and Brothers : Experience and enhancement) study. *The Journal of Paediatrics*, 143(3), pp. 386-393.
- Willocks, T. (2012). *La cavale de Billy Mickleburst*. France: Allia.

Winnicott, D. (1988). Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux-self. In *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris: Payot.

Winnicott, D. (2010). *La famille suffisamment bonne*. Payot.

## **Fratrie et schizophrénie, problématique de la coexistence sous le toit familial**

L'évolution de la psychiatrie contemporaine est marquée par le basculement d'une partie importante de la prise en charge vers les familles. De ce fait, les situations de cohabitation du patient avec ses frères et sœurs sont de plus en plus fréquentes.

Faisant suite à une recherche-action portant sur 600 frères et sœurs de personnes atteintes de troubles psychotiques, cette recherche s'inscrit dans une approche compréhensive qui donne une place centrale à l'expérience et à l'analyse qualitative de cas.

La recherche permet de mieux comprendre la nature spécifique des retentissements de la schizophrénie sur la fratrie qui combine crainte de la contamination, contagiosité psychique et emprise. Il convient de prendre en compte ces trois dimensions pour développer une information et un accompagnement approprié pour les frères et sœurs.

La recherche permet de repérer l'actualisation de la tension spéculaire lors de l'apparition des troubles, non seulement pour les frères et sœurs du patient, mais aussi pour le patient lui-même. Si elle est trop intense, la tension spéculaire peut faire peser une menace sur l'ensemble des frères et sœurs, avec de surcroît pour le malade la crainte de représenter lui-même une menace pour le reste du groupe.

Ceci peut conduire à des mouvements radicaux de séparation et de collage pour les frères et sœurs du patient, mais aussi de repli pour la personne malade. En revanche, si elle est supportée par la fratrie, la tension spéculaire peut soutenir la capacité réflexive du patient et ainsi représenter un levier thérapeutique.

Les situations de cohabitation, quand elles sont banalisées et contraintes, renforcent la tension spéculaire. Il convient donc de prendre en considération l'ensemble des personnes qui sont amenées à vivre sous le même toit que la personne malade lors de sa sortie d'hospitalisation.

La recherche montre que soutenir les relations fraternelles dans les situations de cohabitation représente un intérêt non seulement sur le plan préventif pour les frères et sœurs, mais aussi sur le plan curatif pour la personne malade.

Mots clefs : schizophrénie, fratrie, identité, différenciation, psychiatrie, réforme du système de santé, aidant familial.

## **Siblings and schizophrenia, coexistence problems under the family roof**

Recent developments in contemporary psychiatry are underlined by an important change involving families as caregivers. As a consequence, more and more brothers and sisters live with their diseased sibling. This research project follows a previous research and action project involving 600 siblings of psychotic patients. This work follows a comprehensive approach that gives central focus to experience and qualitative analysis of cases.

Research allows us to better understand the specific nature of schizophrenic impact on siblings that are fearful of contamination, psychic infectiousness and its influence. We need to take into account those 3 dimensions in order to develop information as well as proper follow-up for brothers and sisters.

Research also allows us to identify conjoined mirror imaging between the patient and his siblings. When not too strong, this mirror imaging can represent a danger on the siblings as well on the patient himself who can see himself as a potential threat for the rest of the group.

This dynamic can lead to radical movements of separation or bonding between brothers and sisters but also as a fall-back for the patient. On the other hand, if this mirror imaging is well supported by siblings, it can generate insight by the patient on his own condition and become a strong therapeutic adjunct.

When co-habitation situations are trivialised, mirror imaging can become stronger. It is therefore important to consider everybody that lives under the same roof as the patient as he is discharged.

Research shows that proper support of siblings relationships in cohabitation situations can lead to benefits not only on the preventive side for the siblings, but on the therapeutic side for the patient.

Keywords: Schizophrenia, siblings, identity, differentiation, psychiatry, reform of the health system, carer