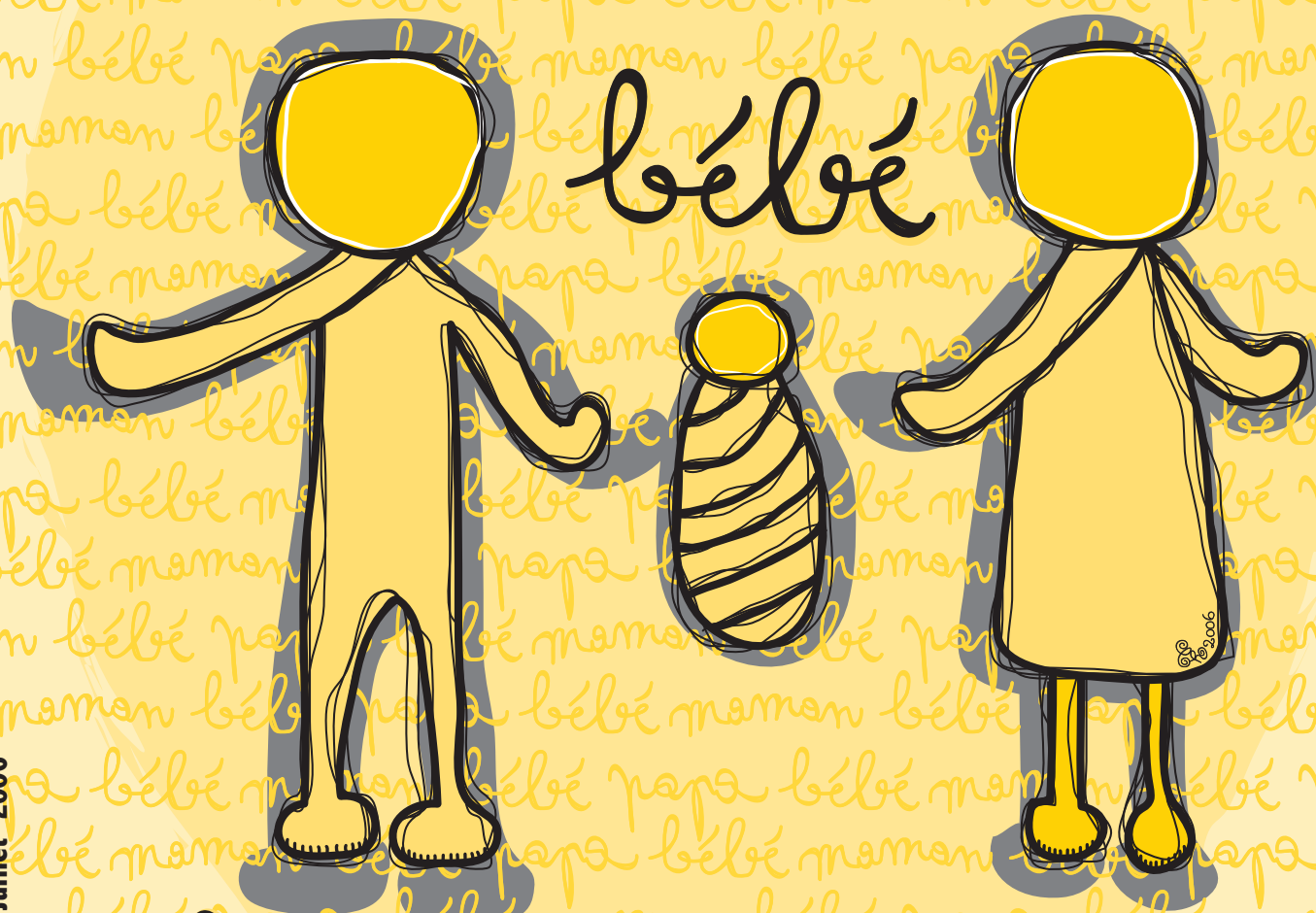


CANAL
PSY

Parentalités à l'épreuve

Isabelle MODOLO, Géraldine MOULIN, Christine CASTELAIN-MEUNIER



papa

maman

Cinq paradigmes cliniques du vieillissement
Interview de Jean-Marc TALPIN

Tribune à Françoise AUBERTEL

3,30 €

Qu'est-ce que former des psychothérapeutes ?

Françoise AUBERTEL

Dans le parcours professionnel des cliniciens, la question de la formation à la capacité à « soigner » se pose pratiquement inévitablement, dans la suite de l'acquisition de techniques destinées à diagnostiquer les failles des fonctionnements, se manifestant par différents symptômes, que ceux-ci soient d'ordre « instrumental » ou d'ordre « affectif ». Dans leur formation *initiale*, les psychologues comme les futurs psychiatres peuvent être informés, voire sensibilisés, aux différentes techniques de soin psychique, mais ces apports restent de l'ordre de l'*enseignement* et non de la *formation*.

Dans le domaine du soin du psychisme, je propose de différencier enseignement et formation à partir de la définition des objectifs et des moyens utilisés dans les manières de transmettre : si l'enseignement consiste essentiellement dans la transmission de *contenus*, la formation me semble relever de la transmission de *processus*. Transmettre des processus suppose un accompagnement rapproché, avec des étapes qui se manifestent par une certaine modification des qualités internes de la personne en formation et non pas seulement par l'accumulation de savoirs : ceux-ci sont évidemment nécessaires mais non suffisants. La formation est l'appropriation de la capacité à utiliser ces savoirs, non comme des outils de maîtrise ou de transformation du « désordre », mais comme des éléments de compréhension de l'autre qui ne peuvent être séparés de ce qui se vit dans la rencontre entre deux (ou plusieurs) personnes. Toute relation d'ordre *psycho*-thérapeutique suppose que celui qui est en position de soigner est capable, en plus de ses compétences *techniques*, d'utiliser ce qu'il est, et a appris à savoir de lui-même, comme un des moteurs du soin, probablement le plus important. Que la psychanalyse appelle cette « partie » de la rencontre « champ transféro-contretransférentiel » ne signifie pas que ce phénomène ne se produise que dans les psychothérapies d'orientation psychanalytique : la découverte et l'acceptation de ce fait me semble essentiel, même s'il n'est pas directement utilisé dans le soin. On pourrait à cet égard, parler d'*éthique*, c'est à dire la reconnaissance que tout soin psychique place inévitablement le « soigné » dans une position de dépendance à l'égard du « soignant » : cette dépendance permet le soin mais elle doit être utilisée avec beaucoup de précautions pour pas devenir un instrument de pouvoir. La *formation* vise à accompagner le futur « soignant psychique » dans cette progressive capacité à utiliser sa technique dans une rencontre qui ne se résume pas à la rééducation des dysfonctionnements de l'autre.

En ce sens, la formation à la psychothérapie me semble devoir être engagée dans un temps second par rapport à la formation initiale, après un certain temps d'expérimentation des contenus acquis, et la découverte de l'*intérieur* de la limite du savoir théorique.

Dans un deuxième temps, mais dans quel cadre ?

Dans la réflexion sur la formation des futurs psychothérapeutes se pose d'une part la question des contenus, de la

durée, de la validation, d'autre part celle de « l'organisme » susceptible de dispenser cette formation. A cet égard, s'opposent les tenants d'organismes de formation indépendants et ceux de l'intégration de ce type de formation dans un cursus universitaire, avec la délivrance de « diplômes de psychothérapeutes ». Mais dans tous les cas, cette formation me semble devoir s'inscrire dans un cursus ultérieur, et avec un encadrement et des évaluations du cheminement de la personne en formation qui tiennent compte des remarques que j'ai formulées plus haut. Cela suppose un accompagnement dans le cursus de formation, par des professionnels eux-mêmes thérapeutes, et pas seulement enseignants. Cela suppose également que ces mêmes formateurs disposent d'espaces de réflexion sur leur pratique de la formation, et que les évaluations des étapes de la formation des « stagiaires » se font dans la collégialité du groupe des formateurs. Si des organismes indépendants peuvent se spécialiser dans ce type de transmission, on peut se demander si l'Université a la vocation et les moyens de le proposer.

Les modalités de la transmission doivent être dans leurs contenus comme dans les expériences formatrices, directement en lien avec le type de technique psychothérapeutique transmise : il faut expérimenter pour soi ce que l'on envisage de proposer à autrui. Cependant, la question de ce que l'on appelle la « formation personnelle », c'est à dire le travail de réflexion sur son propre fonctionnement, ne peut se faire que dans une démarche individuelle. Beaucoup de techniques de « psychothérapies » actuelles ne mentionnent pas cette exigence, ce qui, de mon point de vue, est regrettable.

Je voudrais enfin faire un lien entre la validation des compétences (les « diplômes ») et la demande d'évaluation des psychothérapies, telle qu'elle est présente maintenant dans les structures de soin, quand celles-ci sont financées par la Sécurité Sociale. La tendance actuelle des organismes payeurs, comme d'ailleurs celle du public, s'oriente vers « l'efficacité », entendue de fait comme la disparition du symptôme. Si le soulagement apporté, qu'il soit objectif et/ou subjectif n'a pas à être discuté, peut-on pour autant considérer un traitement psychothérapeutique comme « meilleur » ou plus efficace à partir de la seule disparition du symptôme ? Le soin psychothérapeutique ne peut se réduire à la « réparation de la panne », sauf à risquer de ramener l'humain au statut de machine. Quelle que soit la technique de soin utilisée, c'est au psychothérapeute de maintenir vivant et actif le caractère humain de la rencontre, par essence imprévisible et créative, et c'est sa formation qui doit pouvoir le préparer à cela.

Françoise AUBERTEL

Docteur en Psychologie Clinique

Thérapeute familiale psychanalytique et formatrice à l'Association pour le Développement du Soin Psychanalytique Familiale

le sommaire

Interview d'Isabelle MODOLO
psychologue dans un service de
sidélogie

Le processus de parentalité dans un
service de néonatalogie : quels
enjeux ?
Géraldine MOULIN

La place des pères : tensions et
ambivalences
Christine CASTELAIN-MEUNIER

Cinq paradigmes cliniques du vieil-
lissement
Interview de Jean-Marc TALPIN

Devenir père, ou mère, rien de plus naturel peut-on penser ? La succession des générations rythme en effet le monde depuis l'aube des temps. Cependant, notre rapport à la maternité, mais également à la paternité, évolue, de façon plus marquée ces trente dernières années, même si ce mouvement trouve ses racines bien en-deçà.

Nos représentations du couple et de la famille changent et nous conduisent à tenter de trouver de nouveaux modèles identificatoires. Que devient notamment la place et le rôle du père dans les configurations familiales actuelles ? Il s'agit là d'une des questions abordées dans le dossier.

Plus que jamais les revendications au sein de notre société sont celles de l'égalité statutaire et du choix, dans tous les domaines de la vie, à commencer par celui de la procréation. Et face à ces libertés nouvellement acquises, apparaissent inéluctablement des situations inédites auxquelles nous avons à faire face.

Ainsi les progrès en médecine permettent d'abolir certaines anciennes limites, en maintenant en vie des nourrissons nés très prématurément, ou même en permettant à des couples séropositifs d'envisager de concevoir un enfant.

Les trois auteurs qui ont accepté de contribuer à ce dossier vont ainsi évoquer au fil des pages la difficulté de devenir parent dans des contextes aussi complexes.

En rubrique nous vous proposons la première partie de l'interview de Jean-Marc TALPIN et de Christiane JOUBERT concernant l'ouvrage *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement* qui vient de paraître aux éditions DUNOD. Cet ouvrage nous offre une plongée dans la clinique gériatrique et ses problématiques, telles qu'elles peuvent être abordées aujourd'hui ; c'est aussi l'occasion pour les non-spécialistes de cet âge de la vie de s'apercevoir des multiples parallèles qui existent avec leur pratique propre.

Bonne lecture à tous et très bonnes vacances d'été...

Anne-Claire FROGER

Parentalités à l'épreuve

Interview d'Isabelle Modolo

psychologue dans un service de sidéologie

Canal Psy : Mme Modolo, pouvez-vous nous présenter le service dans lequel vous travaillez ?

Isabelle Modolo : Je travaille dans le service d'immunologie clinique dirigé par le Professeur J.L. TOURAINE, et plus spécifiquement dans le service de sidéologie. C'est au cours du milieu des années 80 que le Professeur J.L. TOURAINE a pris en charge les premiers patients atteints par le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine).

Ce service est aujourd'hui composé de trois lieux de prise en charge pour les patients séropositifs : le service de consultation, l'hôpital de jour et le service d'hospitalisation. En tant que psychologues, nous prenons en charge les patients à court ou long terme. Monique DOMENGET et moi-même assurons deux permanences hebdomadaires qui permettent une prise de contact avec les patients lorsqu'ils se rendent à leur consultation médicale. Lorsque ces rencontres ouvrent sur une prise en charge psychologique, les entretiens ont alors lieu dans un bureau hors du service médical. La pathologie chronique permet que des suivis longs puissent être proposés dans ce cadre.

De plus, le service est doté d'un Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit (C.I.D.A.G.) qui a une double mission, à savoir, de dépistage du sida et des hépatites, et de prévention de ces pathologies. Le C.I.D.A.G nous adresse des patients qui ont des pratiques à risque.

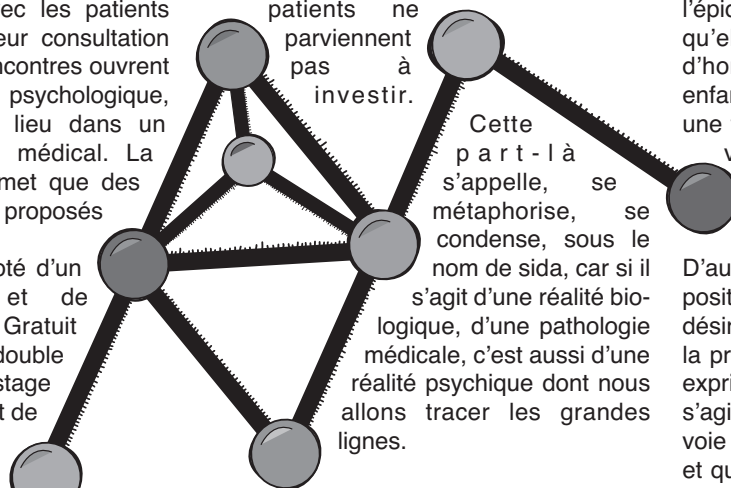
Présenter ce service m'amène au préalable à devoir faire un détour par l'histoire de la rencontre de cette pathologie, le sida avec des équipes médicales et soignantes singulières.

En effet, à l'origine ce service ne prenait pas spécifiquement en charge des patients atteints du virus du sida, mais des patients présentant une pathologie rénale ou bien en post-greffe rein et/ou pancréas. Pour les uns il était alors nécessaire d'abaisser artificiellement leur système immunitaire pour permettre à l'organisme de recevoir un greffon, et pour les autres, leur système immunitaire était « accidentellement » perturbé par le virus HIV. Mais la raison médicale objective qui a fait que ces deux pathologies ont été regroupées sous un même service ne rend pas compte des effets fantasma-

tiques que l'arrivée de cette pathologie a alors produit. Le sida était non seulement en effet une pathologie contaminante, mais qui concernait majoritairement une population homosexuelle.

Dès lors, les fantasmes de contamination présents dans l'équipe ont été infiltrés de fantasmatiques sexuelles, et focalisés sur les risques encourus par les patients greffés hospitalisés, interrogeant par là-même la responsabilité potentielle de l'institution. Pour rendre compte du travail psychique institutionnel, on pourrait dire que le système immunitaire du service, au sens de système de défense institutionnel, a dû, comme dans le cas de la greffe, être abaissé ou à tout le moins remanié afin que le greffon - ici représenté par les patients HIV - puisse être investi. En effet, les équipes vont devoir investir tout à la fois ceux qui sont rejetés « ailleurs », mais aussi la part d'eux-mêmes que les

patients ne parviennent pas à investir.



A l'occasion des soins, les patients sont écoutés précisément au cœur de ce qui leur fait honte. Les équipes, composées essentiellement de femmes, écoutent ces hommes (1) au cœur de leur contamination en quelque sorte. Ces hommes, qui dépeignent leur vie érotique souvent crûment (scènes de dragues, back-room...), vont induire des comportements que l'on peut lire comme autant de tentatives de contenance de ce qui est ressenti comme un « trop » d'excitation. Les uns se changent en effet, non plus dans les vestiaires, mais dans les box de consultation ; les autres s'y lavent les cheveux ; des ventes de sous-vêtements sont autant d'occasions de mettre en scène et en acte l'excitation ressentie dans les relations auprès des patients.

D'autres soignants, encore, invitent des patients au self, partagent des soirées à l'extérieur, et la salle de soins devient le dernier salon où l'on cause. On peut y voir

là l'interpénétration des espaces professionnels et intimes, infiltrés des fantasmatiques sexuelles. Le fait qu'il n'y ait, jusqu'en 1996, aucune molécule efficace pour le traitement du sida, rend la fonction soignante d'autant plus vulnérable, et le soignant démuné de ses outils habituels de travail peut se percevoir comme « à main nue » dans la relation aux patients.

Les équipes se colletaient alors à des éprouvés bruts et emprunts d'une forme de violence archaïque, où se mêlaient tout à la fois la maladie, la mort et la sexualité, mais sexualité dans laquelle nous n'entendions pas la question du désir d'enfant.

Canal Psy : Comment cette question est-elle apparue dans le service ?

Isabelle Modolo : Si nous ne l'avons pas rencontrée dans le service au début de l'épidémie, cela ne signifie pas pour autant qu'elle n'ait pas existée. Nombre d'hommes homosexuels avaient des enfants issus d'une union antérieure avec une femme, pan de leur vie qui était souvent passé sous silence, du côté des patients comme des soignants, comme si en certains lieux cette conjugaison était impensable. D'autre part, concernant les femmes séropositives, on pourrait dire qu'avant que le désir d'enfant ne s'exprime verbalement, la problématique de l'enfant s'est d'abord exprimée sous forme « d'accident ». Il s'agissait de femmes contaminées par voie intra-veineuse souvent non sevrées, et qui avaient connaissance de leur séropositivité.

Le corps médical, en l'absence de traitement efficace, et étant donné les risques de contamination par voie materno-fœtale, conseillait alors fermement le recours à l'IVG. Nombre d'entre elles ont été à nouveau enceintes quelques mois après, et ont fait cette fois-ci le choix de mener leur grossesse à terme. Les femmes africaines, quant à elles, ont toutes refusé l'avortement pour des motifs culturels et religieux. Nombreuses sont celles qui apprenaient leur séropositivité au décours du suivi prénatal.

C'est à partir de ce temps-là que les équipes se sont confrontées à de nouvelles problématiques. Ce qui hier les rassemblait autour de la prise en charge des patients produisait désormais des divisions. En effet, le désir d'enfant, dans ce contexte de séropositivité, était jugé par les uns comme égoïste, ou bien perçu par les autres comme l'expression d'un élan

vital de bonne augure qu'il convenait de ne pas entraver. Risque que nous ne pouvions pas écarter, mais nous n'avions que peu de possibilités de mettre en travail ce désir qui relevait de l'intimité et de la liberté fondamentale des patients. En effet, les patients s'informaient auprès des équipes médicales des risques médicaux, mais n'étaient en aucune manière demandeurs de prise en charge psychologique, et ce d'autant plus que l'enfant pouvait s'offrir pour eux comme un évitement de la souffrance. Ce qui marquait alors les réflexions des équipes était une constante oscillation entre ce que les uns nommaient l'idée insupportable du « droit à l'enfant », et ce qui relevait d'un autre côté de la part d'insondable que revêt le désir d'enfant, offrant une résistance à toute forme de rationalisation pour chacun, qu'il soit séropositif ou non.

L'année 1996 va marquer un tournant important dans la prise en charge médicale du sida. Il s'agit de l'arrivée des multi-thérapies qui font alors passer le sida au rang des pathologies dites chroniques. La menace du sida s'éloignant, des désirs qui n'avaient osé se faire jour commencent alors à s'exprimer.

De plus, une nouvelle technique de P. M. A. qui consiste à réaliser « un lavage de sperme » permet à des couples séro-différents (couples où la femme est séronégative et l'homme séropositif) de pouvoir procréer sans risque de contamination. Dans le cas où c'est la femme qui est porteuse du virus, le C. E. C. O. S. envisage la possibilité de réaliser une I. A. D. selon le protocole médical de référence. Désormais, le désir d'enfant va s'adresser au corps médical. Le fait que des protocoles aient été réalisés évite désormais au corps médical de se sentir trop impliqué personnellement dans le devenir des parents et des enfants, et va permettre qu'un écart professionnel soit ainsi restauré.

Toutefois, nous avons pu observer que ce désir d'enfant et sa réalisation réveillent fréquemment au sein des couples, et ce malgré les précautions biologiques prises, des angoisses de contaminations qui bousculent le lien. La fantasmagorie œdipienne entre alors en collusion avec la réalité de l'épée de Damoclès que représente l'atteinte virale. Le pacte dénégatif autour de la maladie et la mort, sur lequel le couple vivait jusque là, vole en éclat et nécessite des remaniements au sein du couple que le désir d'enfant peut ouvrir.

Canal Psy : Vous paraissent décrire des prises en charge psychologiques orientées vers des difficultés rencontrées autour de la parentalité. Repérez-vous une problématique récurrente ?

Isabelle Modolo : La problématique qui traverse l'ensemble des situations au regard de la parentalité est celle du secret, thème qui a fait l'objet de nombreux travaux dans diverses cliniques.

« *Le secret est une tentative de se protéger et de protéger les autres de « quelque chose » qui produit, pour lui, de la souffrance.* » (Serge TISSERON, 2^{de} Journée d'échanges « Parentalité et VIH », Lyon, 2004).

Les parents, en effet, souhaitent légitimement protéger leur enfant en ne leur demandant pas d'assumer la charge d'angoisse qui est associée à toute maladie à pronostic défavorable. De plus, la contamination par le sida peut générer également culpabilité et honte chez le parent ; la connotation qui lui est associée reste péjorative. Si le sida est une maladie contaminante, les effets psychologiques qui lui sont liés sont également contagieux. L'entourage de celui qui est atteint peut en effet lui aussi être porteur de cette honte, ou risquer d'être exclu de tel ou tel groupe social du fait de son lien affectif avec le malade. Sans oublier que pour le patient, la souffrance porte aussi sur l'histoire de cette contamination, et donc sur le lien rattachant à un ou une autre, présent ou absent de sa vie actuelle. Ce parcours peut renvoyer à des temps de dépression, d'errance psychique, de deuil. En ce sens, la contamination représente le constant rappel d'une histoire de soi qui parvient difficilement à se conjuguer au passé. Lorsque le malade peut se reconnaître lui-même dans cette histoire et ce désir passé, alors il peut accepter, ou tolérer la séropositivité comme un accident de vie. En ce cas, on peut penser que l'enfant sera en mesure de pouvoir lui aussi l'intégrer dans son histoire en lien avec celle de ses parents.

Mais il est des situations plus complexes ; particulièrement celles où le sujet se vit comme ayant été soumis à des pulsions, qui se sont exprimées dans certaines relations, ou formes de conduites. Ces pulsions viendraient alors dévoiler une part non tolérable de lui-même, irrecevable au regard de son idéal du moi et /ou de son surmoi, qu'il souhaiterait reléguer aux frontières de lui-même. Ces formes d'exigence pulsionnelle, que le sujet / parent ne peut intégrer à son identité, sont autant de « morceaux identitaires » que l'enfant recevra comme autant de béances transmises dans le lien de filiation. Dans ces situations, les parents tentent de garantir fermement le secret portant sur leur contamination. Mais, le secret au quotidien peut difficilement ne pas sécréter.

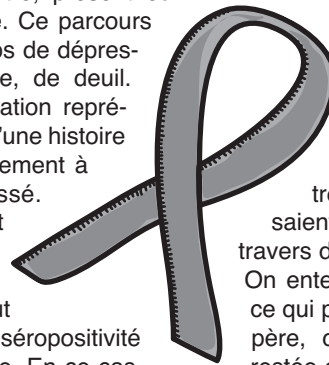
Une vignette clinique peut en rendre compte :

La mère d'une adolescente me rapporte, en consultation, que sa fille a développé le symptôme suivant : elle s'est mise à piller toutes les boîtes aux lettres de son immeuble et à dispatcher les courriers de manière aléatoire dans les boîtes des voisins. De temps à autre, elle ouvrait les courriers

avant de les redistribuer, mais pas systématiquement. Lorsqu'il fût découvert qu'elle était responsable de ces « échanges », sa mère se retrouva confrontée au comportement énigmatique de sa fille, comportement qui revêtait un caractère tout aussi énigmatique pour l'adolescente elle-même. Nous pouvons supposer que l'adolescente agissait ici ce qui s'échangeait au sein des relations familiales. Ce que dit en acte le comportement de la jeune adolescente, peut évoquer ce qu'elle pouvait ressentir des paroles dont elle pouvait être l'objet ; paroles qui s'adressaient manifestement à elle mais dont une part du contenu, qu'elle n'était pas en mesure d'identifier clairement, s'adressait à l'un ou à l'autre des parents. Son père, qui avait trouvé refuge dans la religion musulmane après sa contamination, fustigeait les femmes, déplaçant ainsi sur sa fille, dès le début de son adolescence, les ressentiments qu'il nourrissait contre « d'autre(s) femme(s) » - celles qui

l'avaient contaminé. On peut relever, de l'autre côté, l'ambivalence de la mère de l'adolescente, qui s'associait parfois aux rodomontades du père contre sa fille, dont une part de celles-ci ne la concernait pas. Adolescente « boîte aux lettres » des parents qui s'adressaient des messages cachetés au travers d'elle.

On entend dans cette vignette clinique ce qui peut se transmettre de la part du père, cette part intolérable pour lui, restée en souffrance.



Certains parents repèrent pourtant ce qui s'échappe, ce qui se présente comme un comportement « cachant et exhibant » tout à la fois leur secret, dans des actes tels que :

- la prise de médicaments qui, si ils sont extraits de leur boîte d'origine, sont pris néanmoins devant les enfants au moment des repas.
- les précautions excessives en matière de prévention, comme le fait d'interdire à l'enfant de boire après eux, de laver leur linge à part...
- l'évitement systématique des discussions sur le sida, le fait d'éviter toutes les émissions télévisées portant sur ce thème.

Tous ces comportements sont repérés par les enfants parce que ceux-ci sont récurrents. Et ce sont les réponses que les parents apportent à leurs questions qui portent ce caractère énigmatique. Ils perçoivent en effet cette part de vérité qui peut être : « je prends un traitement pour ne pas tomber malade » ; mais le fait que le traitement ne s'interrompe jamais ne rentre pas dans une situation qu'ils parviennent à identifier. Ainsi, c'est sur la base de ce reste là, irréprésenté, que le caractère énigmatique se fonde.

Une mère s'interrogeant à ce sujet, me racontait la façon dont son enfant insistait pour enfin pouvoir boire, comme elle, le jus

de fruit qu'elle conservait au frigo et qu'il n'avait pas le droit de toucher. Il s'agissait d'une brique de lait hyperprotéiné, destiné à éviter la fonte musculaire, qu'elle devait prendre.

Aussi les formes de communication infra-verbales comme le sont les attitudes corporelles, les variations de micro-gestuelles, sont autant de signes auxquels les enfants sont extrêmement sensibles. Un regard qui, une fraction de seconde, trahira un éprouvé d'angoisse chez son père, une légère inflexion de la voix chez sa mère qui dit, à son insu, son embarras, viennent signifier le décalage entre ce qui est énoncé et ce qui est ressenti. Avant de comprendre les mots, le premier langage de l'enfant était affaire de rythmes, d'intonations, de regards...

Ces signes, émis par les parents répétitivement, deviennent au fil du temps intelligibles pour l'enfant d'un savoir qui le concerne et qui lui est maintenu secret. Alors bien sûr, ces signes ne révèlent pas le contenu du secret, mais révèlent à l'enfant qu'il y a là quelque chose qui embarrasse, inquiète, quelque chose qui affecte ses parents et qui lui est caché.

Il ne faudrait pas pour autant conclure que la solution soit de dire à tout prix, en pensant que le fait de savoir est suffisant. Une fois dit, le travail psychique reste à accompagner, en tenant compte de ce que ce savoir ainsi transmis va provoquer comme effet. Ainsi, un adolescent à qui ses parents avaient dit leur contamination a, lors d'un camp de

vacances, laissé entendre à ses camarades et moniteurs qu'il était contaminé et homosexuel. On peut penser qu'il tentait par là de leur faire vivre ce qu'il avait lui-même vécu lorsqu'il a appris la contamination de ses parents. Peut-être cherchait-il à ressentir ce qu'il imaginait que son père avait lui-même pu vivre ? Et ce, alors même que cette contamination n'était vraisemblablement pas d'origine homosexuelle.

On entend bien là combien l'homosexualité résonne dans la séropositivité, ainsi que la filiation père / fils, et qu'« être fils de » c'est aussi pouvoir s'identifier et identifier ce qu'est le désir paternel jusqu'à être assuré de le ressentir.

Si j'ai tenté de broser les grandes lignes de l'irruption du sida au sein d'un service et les effets qu'il a générés, c'est parce qu'il me semblait entrer en résonance avec l'irruption de l'inclinaison du désir homosexuel, ou d'autres formes de relations inattendues, ou de liens soumis à trahison, et laissant une trace non cicatrisée au-dedans de soi. Ces formes irruptives, si elles restent ainsi terre étrangère en soi, risquent alors de se cristalliser sous l'effet du VIH, qui peut alors aller jusqu'à affecter les liens de filiation. Retenons que si cette contamination est lourde d'implications,

elle n'en est pas pour autant « le tout » du sujet. Le dispositif psychologique que nous proposons aux patients dans le service peut ainsi représenter un espace de transformation psychique possible.

Interview réalisée par Anne-Claire FROGER

Bibliographie :

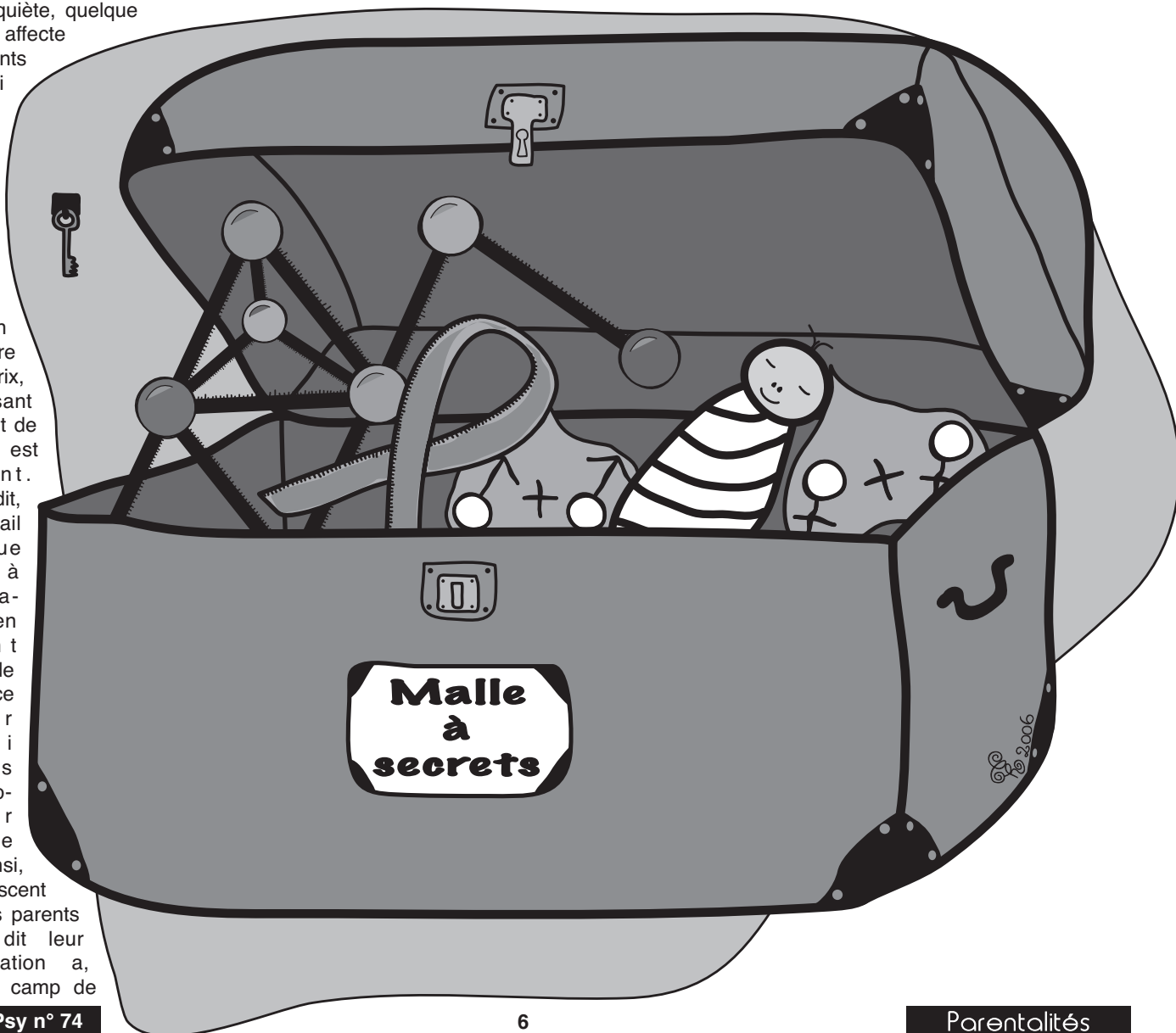
Etude sur la parentalité dans la pathologie VIH : Enquête auprès des patients des H.C.L, Novembre 2002.

Parentalité et VIH, Actes de la journée d'échanges, Novembre 2002, A.L.S / C.R.A.E.S – C.R.I.P.S

Parentalité et VIH, Actes de la Journée d'échanges, Mars 2004, A.L.S / C.R.A.E.S – C.R.I.P.S

Note :

(1) Il faut préciser que ce service a tout d'abord pris en charge majoritairement des patients homosexuels, puis toxicomanes et africains.



Le processus de parentalité dans un service de néonatalogie : quels enjeux ?

Géraldine MOULIN

Les professionnels qui travaillent autour de la naissance sont souvent confrontés au bouleversement psychique que représentent la « naissance » d'une mère et la « naissance » d'un père. Dans le cadre des naissances prématurées, la venue au monde de l'enfant est si bouleversante, si angoissante, qu'elle peut sérieusement entraver le processus de parentalité.

La mise au monde d'un enfant prématuré est une expérience singulière. La fantasmagorie maternelle est soudainement rompue et l'accouchement n'a pas été préparé, ni au niveau corporel, à l'aide d'une préparation à l'accouchement, ni au niveau psychique. Le corps de la mère cesse soudainement d'être un « corps pour deux » (1). La conséquence immédiate de la prématurité est l'hospitalisation de l'enfant et sa mise en couveuse. La maturation du nouveau-né prématuré suit son cours sous le contrôle des médecins et avec l'aide d'une technologie de pointe. Les modalités d'échanges entre les parents et l'enfant s'instaurent sous le regard du personnel soignant et sont soumises à certaines règles du service.

Par ailleurs, né trop tôt, « *le prématuré est soumis à toute une série de conditions marquées par l'inadéquation. - Inadéquation du mode d'alimentation qui se fait par le gavage en contraste à la fois avec le fœtus où le tube digestif n'intervient pas et le nouveau-né à terme qui se nourrit activement. - Inadéquation des rythmes imposés et fabriqués par les soins et les nécessités du service. - Inadéquation des apports sensoriels : la lumière vive et continue, les bruits, les sollicitations cénesthésiques qui sont nulles en regard de celles réalisées dans le nid utérin et de celles que procure le contact d'une mère avec son nouveau-né* » (2).

Devenir parents d'un grand prématuré c'est donc faire l'expérience douloureuse de la séparation d'avec son bébé, vivre avec la crainte d'une issue mortelle ou d'un handicap pour son enfant, et aussi se découvrir père ou mère dans un univers de machines, de blouses blanches et de savoir médical. Nous verrons dans ce contexte la nécessité d'ouvrir un espace de pensée et de parole afin d'éviter que l'expérience traumatique de la prématurité ne devienne un traumatisme pour l'enfant et ses parents.

De l'utérus à la couveuse

Un accouchement prématuré se déroule la plupart du temps dans l'urgence. Les femmes enceintes viennent souvent à l'hôpital pour une visite de contrôle et sont surprises d'y rester et d'accoucher quelques heures plus tard. La décision d'extraire l'enfant est prise très rapidement. La femme enceinte est immédiatement anesthésiée et apaisée avec des calmants et elle n'est pas toujours réveillée au moment de la naissance de l'enfant qui est immédiatement emmené en réanimation (3). Au réveil, les femmes sont seules dans la salle d'accouchement, le ventre vide et sans enfant à leurs côtés. Elles n'ont pas le sentiment d'avoir accouché mais plutôt celui d'avoir été opérées. L'accouchement se passe souvent sans elles et elles ne voient pas leur enfant avant vingt-quatre heures car elles ne peuvent pas se déplacer dans le service où il se trouve. Elles ont une photo polaroid sur leur table de nuit, donnée au père de l'enfant par l'équipe de réanimation. Aussi, la naissance est suivie d'une longue séparation entre la mère et son bébé, qui correspond souvent aux mois de grossesse qui ont manqué pour assurer la maturation complète du fœtus. Si la grossesse est bel et bien achevée et que l'enfant vit en dehors du corps maternel, la naissance ne correspond pas pour autant à la mise en place du maternage et des premiers soins.

L'hospitalisation constitue souvent une sérieuse entrave à l'établissement des liens précoces. La « préoccupation maternelle primaire » cède le pas devant une « préoccupation médicale primaire ». Ce temps où une partie de la mère est fusionnée avec son nourrisson est profondément altéré. L'accouchement prématuré se présente sous un double aspect : un abandon soudain (et non sans danger pour l'enfant) de la situation fusionnelle, et un évitement de la dépendance de l'enfant à l'égard de sa mère, puisqu'il est remis aux mains de la médecine.

Le service de néonatalogie participe donc au portage de l'enfant qui n'a pas pu être porté jusqu'au terme dans le corps de la mère. À l'image des couveuses qui viennent en remplacement du ventre chaud et obscur, l'institution se substitue à la mère. Les parents se sentent parfois « dépendants » de cette institution-mère qu'ils doivent penser « bonne » puisque la vie

de leur bébé en dépend. Les mères se vivent impuissantes, incapables, face à ce nouveau-né qui nécessite parfois des soins invasifs et douloureux par une équipe médicale et spécialisée. Les parents sont discrets, n'osent pas toujours dire leur désaccord à l'infirmière qui s'occupe de leur bébé... Ils sont en attente du retour à la maison pour pouvoir s'occuper de leur enfant à leur façon mais anxieux de ce retour « sans filet », comme me le dira une jeune mère.

Des fantasmes de rapt d'enfants du côté des parents

Les conditions de l'accouchement et la prise en charge de l'enfant peuvent favoriser l'émergence, chez les mères, de fantasmes de vols d'enfants. Bien souvent, les femmes qui accouchent prématurément ne voient pas leur bébé lorsque la médecine le retire de leurs entrailles, et elles ne sentent rien de cette extraction. Une continuité a été rompue. Un être était dans leur ventre. Il a été retiré mais sans qu'elles puissent faire le lien entre leur corps et l'enfant qui y logeait. Nous pouvons penser qu'il manque un temps, celui de la reconnaissance par la mère de ce « corps étranger » soudainement retiré, et la conscience de ce retrait. « *La césure impressionnante de la naissance* » se résume pour certaines d'entre elles à un geste médical.

De nombreuses femmes rencontrées en néonatalogie racontent leur accouchement comme un événement auquel elles n'ont pas participé : « *on m'a accouché* », « *on m'a arraché mon enfant* », « *les médecins ont choisi de sortir Anémone* ». Leur accouchement ne semble pas leur appartenir. L'équipe médicale aurait « arraché » le bébé et se le serait approprié.

Les mères des enfants prématurés évoquent parfois le sentiment d'un rapt affectif de la part de l'équipe. Elles observent que leur bébé réagit plus à la présence d'une infirmière qu'à leur propre présence, qu'il sourit plus « aux blouses blanches ». Un lien s'est instauré entre le bébé et les soignants à un moment où elles-mêmes ne se sentent pas « reconnues » par leur enfant, où elles doutent et se sentent bien souvent « incompetentes ».

Certaines infirmières, sensibles aux réactions parentales savent se faire discrètes et laisser la place aux parents, quand

d'autres s'attachent à décrire leurs liens avec l'enfant et insistent sur tout ce qu'elles connaissent – déjà - de ce bébé, ravivant ainsi le sentiment de rapt des mères. Au cours des relèves, il est fréquent d'entendre les infirmières parler de *leurs* bébés. Les expressions : « il m'a fait une selle » ou bien, « il m'a rempli sa couche » sont très fréquentes.

Nous pouvons saisir dans ces formulations l'investissement de ces petits enfants prématurés par le personnel soignant. Un investissement affectif et professionnel qui est souvent très fort et aussi extrêmement important pour les bébés. Une infirmière peut être amenée à s'occuper d'un enfant pendant plusieurs mois. Elle le voit grandir, s'éveiller... Elle lui donne le bain, le biberon, lui chante des chansons..., le maternel, ce qui correspond à « *l'implication parentale de l'institution* ». Toutefois, dans le cadre de l'hospitalisation de grands

prématurés, les parents sont présents et toute la difficulté est de parvenir à trouver un équilibre entre l'implication soignante et l'implication parentale. Il est parfois extrêmement difficile de devenir parents dans un univers où les professionnels sont performants et indispensables à la vie de l'enfant. Quelle place pour les parents ?

Manon, « entre-deux »

Manon est née à 25 SA. Elle pèse 660 grammes à la naissance. Je rencontre son papa auprès de la couveuse, le lendemain de sa naissance. Il m'explique que lorsque sa femme est partie en urgence en salle de naissance, les médecins lui ont dit que ce serait « *soit la mère, soit l'enfant* ». Il est surpris d'être là auprès de sa fille et de savoir sa femme en vie. Il m'explique que c'est encore plus dur de penser que sa fille ne sera peut-être plus là demain maintenant qu'il la voit, « *qu'il ne lui manque rien, qu'elle a tout ce qu'il faut, qu'elle bouge les pieds, ouvre sa bouche* ». Il me dit qu'il la trouve belle mais redoute la réaction de sa femme demain, lorsqu'elle verra Manon pour la première fois. Il ne

souhaite pas toucher sa fille « *pour lui laisser toutes les chances de s'en sortir* » me dit-il. Il craint la contamination.

Je rencontre quelques jours plus tard, le père et la mère de Manon. L'état de Manon est très instable. J'interroge les parents sur le choix du prénom. Madame C. m'explique qu'ils n'avaient pas encore choisi le prénom au moment de la naissance. Les médecins leur ont dit que ce serait mieux de donner tout de suite un prénom à l'enfant plutôt que d'écrire « X » sur les étiquettes. Alors ils ont choisi Manon. Madame C. m'explique qu'après la césarienne, elle était sous calmants et que lorsqu'elle s'est réveillée, elle n'a pas osé demander tout de suite des nouvelles de son enfant. C'est la réponse d'une infirmière à l'une de ses questions qui lui a permis de comprendre qu'il s'agissait d'une fille. « *Elle va bien, elle pèse...* ».

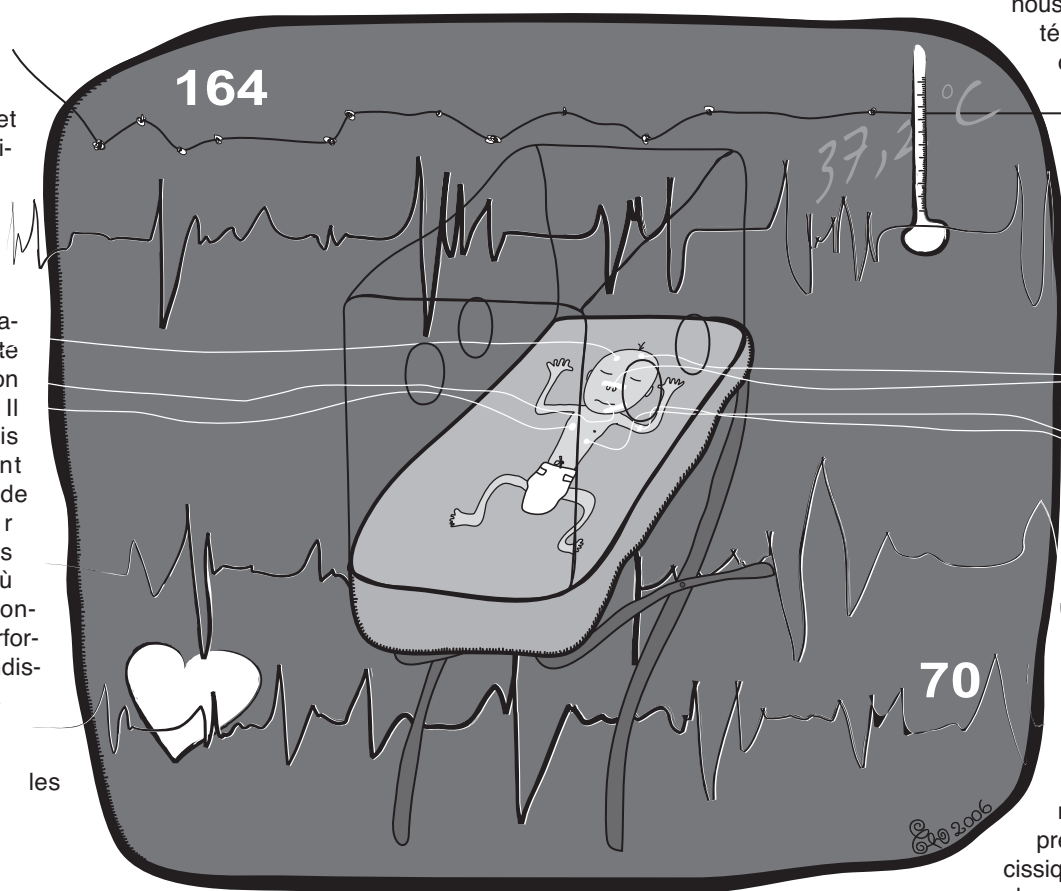
demandait du regard l'arrêt des soins. Elle ne parvenait pas à être « avec sa fille » à cause de tous les soins et la multitude de blouses blanches autour de la couveuse. « *C'était injuste. On voyait qu'elle n'en pouvait plus. C'était horrible. J'ai eu envie que ça s'arrête* » me dira la maman. Les infirmières ont insisté pour qu'elle prenne Manon dans ses bras. Elle a refusé. « *J'avais l'impression qu'on voulait me donner un enfant mort. C'était horrible. Pour moi, la couveuse c'était transitoire et lorsque je la prendrais dans mes bras, c'est qu'elle irait mieux. Mais là...Elles ont beaucoup insisté mais je ne voulais pas....* ». Manon a survécu. Elle a quatre ans aujourd'hui.

Une parentalité à rude épreuve

- Avec l'exemple de Manon, nous voyons les difficultés auxquelles sont confrontés les parents d'enfants prématurés. Monsieur et Madame C. doivent dans un premier temps affronter la rencontre avec un enfant qui ne ressemble en rien à celui dont ils ont rêvé. Un enfant dont le père nous dira dans l'après-coup de l'hospitalisation qu'il ressemblait plus à un fœtus qu'à un bébé à la naissance. Cette rencontre est une première épreuve narcissique éprouvante. Un grand prématuré fait peur.

Son aspect physique est étrange et inquiétant. Si Monsieur C. trouve sa fille belle, Madame C. peut dire plus facilement ses craintes face à cet enfant si fragile.

- Par ailleurs, l'enfant prématuré n'est pas sans évoquer l'enfant malformé du fantasme oedipien. Si la naissance d'un enfant sain vient confirmer que l'interdit de l'inceste n'a pas été transgressé, ce n'est pas aussi évident dans des cas de naissances plus complexes. L'enfant prématuré est remis au médecin (père ?) qui s'en occupe avec les infirmières (complices ?) et la mère de l'enfant est confrontée au fantasme de rapt : cet enfant sain mais prématuré n'est-il pas le fruit d'une union interdite ? N'est-il pas



inévitables qu'on le lui enlève ?

- Lorsque l'état de Manon est le plus inquiétant, Madame C. doit céder sa place aux médecins qui tentent de sauver l'enfant. Elle se sent dépossédée de sa fille et éprouve violemment la composante transgressive des soins. Le médecin met toute son énergie à sauver Manon alors même que Manon n'aurait pas vécu sans la médecine. Le médecin « re-donne » la vie à l'enfant sans demander l'avis à sa mère.

Là où les parents ont le sentiment d'avoir « échoué », de ne pas avoir été capables de donner la vie, le médecin réussit. Si on peut dans certains cas envisager le médecin comme un double narcissique : meilleur mère et/ou faisait office de mère de remplacement, il peut aussi être vécu sur un mode intrusif et persécuteur par les parents. Le médecin semble s'inscrire dans une paternité héroïque, faisant figure de Sauveur, tout puissant et omnipotent.

Parallèlement à l'action héroïque du réanimateur, il y a l'échange de regards entre Manon et sa mère. En lisant dans le regard de son enfant le désir que les soins s'arrêtent, Madame C. prend en charge ce que les médecins évacuent pour assurer leurs soins : la souffrance de l'enfant. Madame C. est en train de nommer les éprouvés de sa fille. Elle devient mère là où les infirmières ont le sentiment qu'elle refuse le lien avec son enfant dont l'état est très critique. Elle exprime alors toute son ambivalence envers Manon. En refusant de prendre son enfant dans ses bras (ce qui déstabilise beaucoup l'équipe), elle signifie à sa façon que le combat de sa fille n'est pas terminé. Les infirmières ne semblent pas prêtes à entendre l'ambivalence maternelle, pourtant au cœur du processus de maternalité.

Devenir mère d'un grand prématuré c'est aussi être violemment confrontée aux désirs inconscients de mort pour son enfant. L'investissement de l'enfant né très prématurément est rendu difficile par l'incertitude qui pèse sur sa vie. Les parents sont aux prises avec des mouvements contradictoires : investir l'enfant mais aussi le désinvestir quand son état est critique et que sa perte est possible.

C'est pourquoi il me semble important que les équipes de réanimation néonatale gardent toujours à l'esprit la violence à laquelle nous renvoient les bébés prématurés. Ils sont effrayants, décevants, entre la vie et la mort alors, devenir parents d'un grand prématuré, c'est aussi parvenir à dire sa déception, sa colère et ses craintes.

Conclusion

Pour accompagner les parents dans cette douloureuse expérience de l'hospitalisation d'un enfant né avant terme, il me semble important de parvenir à repérer les mouvements psychiques véhiculés par l'institution elle-même. Sur le terrain, il

s'agit donc de travailler à l'interface entre les soignants et les parents.

Le temps de l'hospitalisation correspond bien souvent au temps de la grossesse qui a manqué. « *L'équipe toute entière « peut » aussi donner corps à un fantasme global : achever l'enfant en lieu et place de la mère dans l'illusion d'être une sorte de « ventre intérimaire », en vivant un rêve de maternité onnipotente* ».

Un service de néonatalogie peut se présenter comme une mère nourricière, contenante, rassurante, qui vient pallier les difficultés des femmes à contenir leur enfant à l'intérieur d'elles, puisque le ventre défaillant est en quelque sorte suppléé par la couveuse et par les soins prodigués à l'enfant. En confiant aux médecins ce qu'elles ne peuvent supporter ou porter en elles, les femmes qui accouchent de grands prématurés se situent ainsi du côté de l'enfant, en difficulté pour accéder à une place de mère. Ainsi le médecin et les infirmières qui s'occupent de l'enfant sont convoqués implicitement à la place des parents de l'enfant. Les parents attendraient ainsi de l'hôpital l'autorisation de devenir parents...

Géraldine MOULIN,
Psychologue clinicienne,
Doctorante en psychopathologie
et psychologies cliniques,
C.R.P.C., Lyon 2

Notes de bas de page :

(1) Mc DOUGALL J., (1985), « Un corps pour deux », in *Corps et histoire*, (1986), Paris, Les belles lettres, pp.10-43.

(2) KREISLER L., (1977), « Les prématurés, pourquoi ici et aujourd'hui ? », in KESTEMBERG E., (sous la dir.), *Le devenir de la prématurité*, Paris, PUF, p.43.

(3) Il existe aussi des accouchements prématurés spontanés qui nécessitent ni césarienne ni anesthésie mais ils sont plus rares.

(4) DRUON C., (1996), *A l'écoute du bébé prématuré*, Paris, Aubier, p.25.

(5) Avec le risque qu'il demeure étranger. Les conditions d'hospitalisation entravant sérieusement le processus de la maternité.

(6) Je parle de « corps étranger » afin de souligner le temps qui manque aux femmes qui accouchent prématurément pour associer le fœtus à une présence et une perception corporelle familiales.

(7) FREUD S., (1999), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, Quadrige-PUF.

(8) THOURET D., (2004), *La parentalité à l'épreuve du développement de l'enfant*, Erès, 255 pages.

(9) DRUON C., (1996), *A l'écoute du bébé prématuré*, Aubier, Paris, p.155.

CANAL PSY

Institut de Psychologie
Université Lumière Lyon II
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex

Je m'abonne à Canal Psy, pour un an (5 numéros) à partir du mois de

_____ 200__
et retourne ce bulletin accompagné d'un chèque de :

☐ 16,50 € étudiants Lyon II

☐ 22,00 € professionnels

☐ Commande de Numéros

N° : (Coûts en dernière page)

libellé à l'ordre de l'Agent
Comptable de l'Université
Lumière Lyon 2 .

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél : _____

e-mail : _____

Qualité (étudiant en ou profession) :

(merci de joindre le cas échéant une photocopie de la carte d'étudiant.)

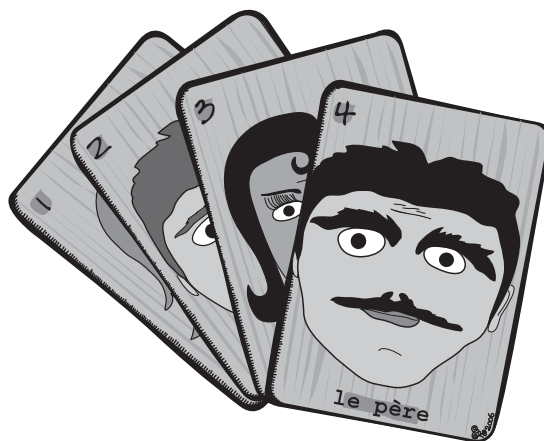
La place des pères : tensions et ambivalences

Christine CASTELAIN MEUNIER

Si la place des mères se définit naturellement, on dit communément que la place du père ne l'est pas. C'est une construction séparatrice. Ce dernier socialise l'enfant en l'amenant à maîtriser ses pulsions afin de le séparer de sa fusion avec la mère. Il l'inscrit dans la filiation. Si les femmes portent les contradictions d'une société qui n'arrive pas à faire des choix tels qu'accepter une tendance à la matrifocalité en l'aménageant ; défendre les droits des femmes et mieux accompagner ceux des mères ; renforcer et favoriser la stabilité des nouveaux repères ; valoriser une meilleure répartition des rôles entre les hommes et les femmes dans le privé ; favoriser une meilleure autonomisation de chacun autour de l'enfant ; les hommes aussi sont soumis à de nouvelles tensions. Les repères ne sont pas stables, les formes et les modes de domination se transforment.

Avec la maîtrise de la procréation, une mutation s'amorce selon laquelle ce n'est plus Dieu qui est à l'origine de la vie, mais le savant et les biotechnocrates. Le rêve de l'homme "enfanteur" car concepteur, devient réalité, ainsi que celui de l'homme instrumentalisant le corps de la femme pour enfanter. Le grand changement, c'est aussi la preuve de paternité, désormais possible depuis 1955, et la preuve post-mortem qu'on hésite à utiliser par respect de la volonté de l'homme de son vivant. Ainsi que la réforme du nom de l'enfant qui peut désormais porter le nom du père et de la mère. C'est aussi le problème de la redéfinition des places entre le père génétique et le père éducateur, entre le père biologique qui ne partage pas l'espace quotidien avec l'enfant et le compagnon de la mère, qui le partage. La question devient alors celle de la fragmentation des fonctions, des rôles, des responsabilités entre les hommes et la répartition de leur place respective autour de la femme, de l'enfant. Le clivage entre sexualité et procréation débouche sur des situations nouvelles, diversifiées, qui se caractérisent surtout par la recherche de repère, d'équilibre, de stabilité. Il ne s'agit pas de vouloir nier ces situations ou de les répertorier trop vite. Elles vont se préciser à l'avenir et l'important est qu'elles clarifient au mieux les rôles que les différentes personnes exercent autour de l'enfant, dans le rapport à la filiation, à l'exercice de l'autorité, à la transmission de l'expérience, à l'initiation, à l'affection.

Les nouvelles places des pères varient en partie avec les sollicitations de l'homme par la femme autour de l'enfant, dans le cadre des configurations familiales contemporaines (séparation, monoparentalité, recomposition). Les paternités se redéfinissent en fonction de la nature du lien, de la spécificité de la relation avec l'enfant. Elles sont aujourd'hui dépendantes de la femme, y compris dans la manière dont le père va pouvoir prendre sa place, en même temps que se renforce aussi la détermination du père à prendre sa place quelle que soit la position de la mère. Avec la procréation assistée se pose la question de connaître l'identité du donneur ou non ; or des disparités existent entre les pays. En Suède, l'enfant né par



insémination peut connaître le nom du donneur alors qu'il ne le peut pas en France. Par ailleurs, le partage de la garde de l'enfant entre la mère et le père, est plus effective dans les pays nordiques qu'en France.

Une place d'autant plus instituée qu'elle est peu repérable.

Rappelons qu'avant, le rôle et la place du père étaient plus simples car ils étaient institués. Dans l'antiquité, à Rome, la paternité biologique importe peu. Le père tire son pouvoir et son autorité absolue du droit romain, dans une société polythéiste où règne l'esclavage. Le nourrisson ne compte pas, le père aristocrate peut exposer le nouveau-né sur la place publique, le vendre, le donner en gage à adopter ou supprimer l'enfant (à partir de trois ans). Il peut aussi adopter des enfants à son gré. Il entretient le culte des ancêtres et est chargé d'assurer la sauvegarde du patrimoine.

Le christianisme impose le mariage reli-

gieux au XII^e siècle et son indissolubilité. Les seules conditions requises sont l'âge puisque le mariage est ordonné pour la procréation, et l'interdiction de l'inceste. L'éducation morale et religieuse est une obligation découlant du mariage. Le père est le représentant suprême, tourné vers la reproduction, dans une société très hiérarchisée et traversée par de nombreux conflits, où sévissent les famines, les épidémies. La filiation subordonne l'alliance. La Renaissance accompagne la paternité d'une mission pédagogique et prône l'érudition. L'autorité s'adoucit à la faveur de l'apprentissage des Humanités car elle nuit à la compréhension. Le père est donneur de sens et éduque l'âme de l'enfant. La famille est le lieu privilégié de l'éducation, mais on choisit aussi un maître à l'enfant. Jusqu'à l'âge de sept ans, les soins de l'enfant reviennent à la mère. Dans les classes populaires, c'est dans les rapports au travail et à l'apprentissage que s'établissent les échanges entre père et fils. La paternité s'aligne sur le pouvoir politique et, du XVI^e siècle au XVIII^e siècle, le renforcement de la puissance paternelle favorise des injustices par difficulté à faire respecter l'autorité. L'historien Alain MOLINIER, rend compte du fait que les ordonnances et la jurisprudence des Parlements donnent progressivement une organisation pénitentiaire au droit de correction des pères. Dès 1550, le pasteur protestant qui se marie ren-

force la soumission des membres de sa famille à sa volonté. La Révolution française s'accompagne d'une limitation du droit des pères. En 1792, le pouvoir des pères est limité par l'abolition des lettres de cachet. Les majeurs (21 ans) ne sont plus soumis à la puissance paternelle, elle ne s'étend que sur la personne des mineurs (mais le Code Napoléon repoussera la liberté du mariage à 25 ans). En 1793, la Convention interdit aux pères de famille la faculté de disposer de leurs biens par testament.

L'exaltation du travail industriel au nom du progrès de la société favorise le paternalisme d'entreprise, mais dans la société industrielle et la famille moderne, une partie de l'autorité éducative et morale du père, non sans résistance, se déplace vers l'école, avec la naissance de l'école primaire publique obligatoire en 1883, pour les garçons et les filles. Les enfants sont souvent placés en internat. De 1901 à 1904, le monopole étatique de l'enseignement s'impose, limitant le choix des familles. En 1908, une amende ou la pri-

son est prévue contre le père qui empêche ses enfants de recevoir l'enseignement d'un instituteur quel qu'il soit. Le projet de loi DOUMERGUE déclenche des ripostes et des protestations importantes entre défenseurs de l'école privée et de l'école publique. Avec l'accès de l'enfant à l'éducation publique, on sort de la primauté du communautarisme et de l'emprise familiale au profit de l'individualisation par le capital scolaire. On peut prétendre à une ascension sociale par l'acquisition d'un diplôme, ou du moins pouvoir prétendre à une autonomisation, même si l'ascension se révèle limitée. L'inscription par le père dans la filiation peut être modifiée par des stratégies d'apprentissage scolaire. Puis l'Etat intervient pour réguler le travail des enfants dans les manufactures (1841) et pour l'interdire. En 1874, une loi sur la mendicité enfantine est votée. Et l'Etat progressivement contrebalancera le pouvoir des pères. En 1889, les mauvais traitements infligés aux enfants peuvent pénaliser le père. En 1912, on reconnaît le droit de recherche de la paternité. En 1935, on supprime la correction paternelle. L'éloignement entre le père et l'enfant, dans la famille moderne de la société industrielle, se confirme doublement : par le travail salarié et par les interventions de l'Etat.

Une fonction ambivalente.

Ce bref retour sur l'histoire indique que le pouvoir du père inhérent à ses responsabilités sur la filiation a été limité dans son aspect discriminatoire (en matière d'héritage), en même temps que temporelisé par le développement de la scolarité de masse. L'autorité paternelle a été contrebalancée par l'évaluation par l'Etat de certaines de ses conduites dans la sphère domestique. Dans la famille contemporaine de la société post-industrielle, le développement de nouvelles formes d'unions et de séparations déstabilise les prérogatives du père et sa cohérence de chef de famille. Dans le même temps, le contenu éducatif s'est transformé en faveur d'interventions plus spécifiques sur le mode féminin (communication, échanges). Le père est sollicité de manière ambivalente dans l'égalité et la différence, sa fonction est complexe. La naissance de la psychanalyse à la fin du XIXe siècle rappelle l'extériorité du père à l'égard du duo mère-enfant, et son importance dans la résolution du complexe d'Oedipe est réitérée par FREUD. Plus tard, avec LACAN, la place et le rôle du père semblent subordonnés au mode d'introduction du père auprès de l'enfant par la mère. Le remplacement en 1970 de la puissance

paternelle par l'autorité parentale introduit les bases de la référence juridique à l'égalité dans le partage des responsabilités parentales - cette tendance se confirme avec la reconnaissance du principe conjoint de l'autorité parentale, en 1993. Pourtant, il en résulte des polémiques pour les familles "naturelles" dont le développement ne cesse de croître depuis les années soixante, et qui concerne, en 1995, plus d'un enfant sur trois : 37,6 % lorsqu'il y a séparation. En effet, cette autorité ne peut s'exercer de plein droit que si les parents ont fait une demande spécifique d'assumer leur responsabilité parentale, (dans un certain nombre de situations) - lorsque ce n'est pas le cas, pour le père, même s'il a reconnu l'enfant, il peut rencontrer des difficultés pour assumer sa part de responsabilité et obtenir des jours de garde

rés perdent le contact avec leur père ou n'ont plus avec lui (environ 24 %) que des rencontres épisodiques (moins d'une fois par mois).

Entre la désinstitutionnalisation et la conscience paternelle.

Dans le même temps, des changements d'attitude se sont produits dans la manière d'être père. Les conduites qui accompagnent l'attente de l'enfant, la participation des pères à l'accouchement (plus de 80%), le rapprochement entre le père et l'environnement quotidien du petit enfant, la paternité relationnelle, de proximité, avec une conception de l'autorité plus souple, plus consensuelle, participent des nouvelles manières d'être père. Tout se passe comme si la paternité se trouvait sollicitée

différemment, dans une réaffirmation de la volonté qui sous-entend la capacité des pères à exercer un rôle qui impliquera le renforcement de la conscience paternelle. L'augmentation du nombre des déclarations de reconnaissance de l'enfant par le père à la naissance en 1980, où 50% des enfants sont reconnus, et en 1995 où 73,7% le sont, peut être interprétée dans ce sens. La défense du lien avec l'enfant qui peut constituer aujourd'hui un des seuls moyens d'exercer sa paternité (comme en témoignent les pères réunis en associations de

défense de la paternité, telles que SOS Papa, le NMCP) tend à refléter cette prise de conscience.

Si on constate cette tendance, il n'en demeure pas moins qu'existe aussi par ailleurs le renforcement des relations d'exclusivité entre la mère et l'enfant. Tout se passe comme si, par-delà des réaménagements du patriarcat, une matrifocalité dessinait d'autres perspectives qui traduisent l'éloignement du père de l'enfant, qui ne peut plus alors s'y référer. L'enfant se trouverait alors placé au centre de ces incertitudes.

La situation actuelle des pères révèle ambiguïtés et contradictions. Des comportements traditionnels inégalitaires cohabitent avec des conduites en changement. Ainsi, les salaires masculins, en général, demeurent plus élevés que ceux des femmes, sous-entendant que l'homme est le chef de famille chargé d'entretenir la femme et les enfants. Réalité qui perdure en même temps que s'impose un mode de vie incluant la référence à deux salaires ou à celui de la femme auquel peut s'ajouter une pension alimentaire, en cas de séparation. Il est clair que les difficultés d'alignement des salaires entre homme et femme ainsi que les différences de qualification, ou encore les difficultés à l'embauche au moment de la grossesse... participent d'un contexte favorable à des inégalités de conduites dans la sphère domestique. D'autant plus que l'affirmation par la réussite professionnelle continue dans les mentalités et les pratiques à caractériser tou-



de l'enfant. Les difficultés qu'encourent les pères pour maintenir le lien avec l'enfant, après une séparation conjugale, qu'il s'agisse de famille naturelle ou, plus généralement, de rupture de contrat de mariage, reflètent les changements et les transformations profondes qui ont accompagné depuis plusieurs siècles les conditions d'exercice de l'autorité paternelle. Une enquête de l'Institut national d'études démographiques, menée en 1988, par les démographes H. LERIDON et C. VILLENEUVE GOKALP, montre qu'à l'époque contemporaine, 54 % des enfants de parents sépa-

jours plus l'homme que la femme. Le nombre d'hommes qui diminuent leur temps de travail ou prennent des congés parentaux, ou encore qui s'absentent pour garder l'enfant à la maison, est tellement infime qu'il paraît totalement insignifiant. La diminution du temps de travail va-t-elle se traduire par une réduction des inégalités entre les hommes et les femmes, sachant que celles-ci sont les premières à recourir au travail à mi-temps, à trois quarts de temps ? Les hommes utiliseront-ils ce temps libéré pour se tourner plus vers l'espace domestique, l'enfant ? Si la condition paternelle n'est plus tant référée à un rôle institutionnel et à une autorité spécifique, par contre les conduites paternelles varient. On remarque des différences de comportement et de conceptions concernant le rôle du père. Ces différences contrastent avec l'unanimité existant autour de la conception du rôle de la mère pour lequel le débat tourne majoritairement autour du travail de la femme ou pas ; les relations de proximité mère-enfant n'étant pas mises en question, hormis dans leur dimension psychanalytique. La problématique de la mère dévorante, de la mère fusionnelle qui ne laisse pas d'autonomie à l'enfant et aucune place à son père, est très présente ainsi que celle de la mère abandonnante ou de la mère froide... C'est surtout par référence à la spécificité de la relation mère-enfant que les questions se posent, mais on ne met pas en doute l'importance de cette relation dans sa dimension pratique et réelle. Celle du père est renvoyée à sa dimension symbolique et séparatrice, comme si la référence à la séparation s'inscrivait à l'inverse de la relation de proximité. La place du père est l'objet de controverses afin de savoir s'il est nécessaire qu'il soit ou non présent, dans l'espace privé, auprès de l'enfant. L'important étant qu'il soit nommé, désigné ; que la place lui soit faite, qu'il la prenne. La controverse porte sur la manière dont il doit la prendre, mais aussi renvoie à une question de fond : quelle place la société lui fait-elle aujourd'hui ? Comment les hommes entendent-ils occuper cette place et peuvent-ils l'occuper ? A. NAOURI, pédopsychiatre, reproche au père trop présent de se transformer en mère-bis. Pourtant, d'autres spécialistes du père et de l'enfant, tels que S. LEBOVICI, J. LE CAMUS, ou encore, F. HURSTEL, lui reconnaîtront une place si son intervention est séparatrice et s'il respecte la différence entre la sienne et celle de la mère de l'enfant. On s'interroge donc sur le contenu du rôle paternel et sur la pertinence qu'il y a à occuper une place plus impliquée. Tout se passe comme si la référence à l'égalité et l'éloignement du conjugal et du parental, c'est-à-dire entre le rôle du père et l'institu-

tion familiale traditionnelle, engendraient de nombreuses contradictions. Comme si une plus grande implication semble légitime - car au nom de quoi l'empêcher ? - en même temps que la distance entre le père et l'enfant s'est inévitablement agrandie au cours de l'histoire. Le rôle du père devient problématique, tiraillé entre deux pôles. Ne peut-on pas intervenir lorsqu'on est un homme, comme la mère le fait, mais en restant masculin, et à quel titre faut-il forcer les barrières et les résistances alors que l'histoire des pères incite au retrait et au maintien de la distance ? La dynamique est



la condition de l'enfant (justice, école, santé, institutions chargées des politiques familiales...). D'une part, dans la capacité de chacun à faire place à l'autre, d'autre part, dans la capacité à prendre et à occuper la place et à jouer le rôle, quelle que soit la situation conjugale.

En effet, le rôle paternel autrefois garanti par l'institution va dépendre des interactions humaines et de la référence à la loi et à l'exercice de la justice dans les modalités de répartition de l'autorité parentale et de l'attribution des jours de garde en cas de séparation. L'importance de la médiation, pour la prise de conscience du rôle de chacun auprès de l'enfant, devient fondamentale. Il en est de même de la dynamique incitative à la compréhension des fonctions parentales et du changement dans les représentations et les pratiques des acteurs intervenant dans l'univers de l'enfance. La séparation conjugale peut déclencher des prises de conscience nouvelles, comme le racontent un certain nombre de pères qui ont réalisé à quel point leurs enfants comptaient pour eux et la souffrance qu'engendrait le fait qu'ils ne partagent plus l'espace quotidien avec eux. Leur rôle de père prend alors une nouvelle dimension qu'ils cherchent à rendre effective, en mettant en place de nombreuses

initiatives allant dans ce sens. Mais il y a aussi des pères qui ne savent pas et ne veulent pas prendre leur place quelle que soit la situation. D'autres voudraient la prendre, mais leurs interventions perturbent pro-



fondément la mère de l'enfant qui les marginalise et parfois les exclue fondamentalement. Il s'agit alors de réfléchir aux alternatives et solutions qui peuvent être envisagées afin que l'enfant puisse se référer de manière régulière à une présence masculine, clairement définie par sa fonction auprès de lui, afin de répondre au besoin de stabilité, de continuité du lien.

Christine CASTELAIN MEUNIER,
Sociologue au CNRS, CADIS,
Responsable d'un séminaire
de centre à l'EHESS, Paris,
sur le masculin, le féminin.

Ouvrages sur la paternité :
Cramponnez vous les pères Albin Michel.
La paternité Que sai-je, n° 3229.

*La place des hommes et
les métamorphoses de la famille*,
Presses Universitaires de France.
2^e impression 2004.

Cinq paradigmes cliniques du vieillissement

Interview de Jean-Marc TALPIN

Canal Psy : M. TALPIN, voulez-vous revenir pour nos lecteurs sur l'origine de ce livre ? Qu'est-ce qui vous a conduit à réunir ce collectif autour de cette question du vieillissement ?

Jean-Marc TALPIN : L'idée première était de faire un bilan. Il y avait en cela tout d'abord une dimension personnelle : cela fait 25 ans que je m'intéresse à la gérontologie, et je me suis rendu compte quand j'étais étudiant qu'il y avait très peu d'ouvrages sur la question, en particulier très peu d'ouvrages actuels. Au fur et à mesure des années, on a vu des ouvrages être publiés, se développer, et du coup cela pouvait être intéressant d'avoir une vision d'ensemble sur la façon dont le territoire de la psycho-gérontologie a été défriché par ces auteurs, soit du côté de la psychologie clinique, soit du côté de la psychopathologie, avec des ouvrages de psychologues, de psychanalystes mais aussi de psychiatres. On a des ouvrages extrêmement différents, avec des choix théoriques qui peuvent être très distincts les uns des autres, certains se complètent, certains peuvent être un peu redondants, d'autres au contraire ouvrent vraiment des pistes neuves.

Un de mes grands points de départ pour ce livre a été l'ouvrage de H. BIANCHI sur la question du vieillissement, qui était paru lui aussi chez Dunod. Le projet des « Cinq paradigmes » se voulait une réponse. De plus, H. BIANCHI est l'un de ceux qui a disparu du champ de la recherche gérontologique, comme si il avait eu besoin de passer à autre chose, tout comme des auteurs tels que C. BALIER, qui est bien connu des psychologues puisqu'il est passé ensuite au travail en SMPR, à la violence, notamment sexuelle etc. Nous avons ainsi essayé de dégager quelques lignes de force à partir de tous ces auteurs. Ce qui explique qu'au début du livre on fait un peu le point sur les écrits de S. FREUD, S. FERENCZI, K. ABRAHAM ; mais ce qui m'intéressait c'était plus les auteurs contemporains, on va dire en gros à partir des années 80.

Canal Psy : Pourquoi cette organisation du livre en cinq parties ?

J.-M. T. : Cela n'a été ni évident ni immédiat. Avec du recul j'ai un regret : ne pas y avoir intégré le paradigme de l'institution. Parce que c'est aussi un des paradigmes importants. J'ai essayé de me centrer effectivement plus directement sur la clinique de l'individu, de l'individu et de la famille si l'on pense à l'intervention de P. CHARAZAC et de Ch. JOUBERT, mais ça vaudrait la peine d'ouvrir un deuxième chantier : « vieillissement et institution », de pouvoir le reprendre dans une perspective clinique là aussi. Ce que j'ai essayé de définir quand j'ai travaillé là-dessus c'était quels étaient les paradigmes qui me paraissaient saillants, ces paradigmes étant des fils conducteurs pour travailler les questions gérontologiques. En ce qui me concerne j'ai choisi de travailler le paradigme structural.

Il me paraissait aussi évident qu'il fallait travailler le paradigme du corps. Or, je fais partie du comité d'organisation de l'ARAGP, l'Association Rhône Alpes de Gérontologie



Psychanalytique. A l'occasion des journées d'étude annuelles, nous avons sollicité entre autres Marion PERUCHON il y a deux ou trois ans, et elle développait déjà cette question psychosomatique. Je me suis dit que c'était nouveau que l'on se pose la question comme ça. Jusque là on était plus sur un modèle plutôt réactionnel : qu'est-ce que ça fait de vieillir ? Et là on voyait apparaître un décalage : comment peut-on penser le vieillissement en tant que phénomène psychosomatique ?

Pour ce qui était de la famille, on ne pouvait pas éviter ce paradigme, en particulier parce que dans la pratique, on se rend bien compte que c'est comme en pédopsychiatrie, on ne peut pas ne pas prendre en compte la famille. Quand on travaille avec des personnes âgées dépendantes, les familles qui nous sollicitent accompagnent leur parent, sont présentes dans l'institution, et du coup il faut pouvoir penser les choses dans un cadre un peu plus large, ce qu'on a aussi dans le livre que P. CHARAZAC a fait paraître chez Dunod en même temps que cet ouvrage, et que l'on trouvait aussi dans son livre « Le patient âgé et sa famille ». Je crois que vraiment on est dans des situations où ne peut pas se contenter d'accueillir uniquement l'individu. Il faut évidemment prendre en compte la clinique individuelle, mais en même temps le paradigme de la famille est un paradigme tout à fait important.

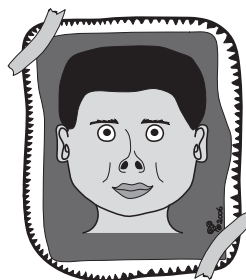
L'autre paradigme auquel je tenais beaucoup était celui de la démence. D'abord parce qu'il me paraissait important de déconstruire ce terme de démence qui est devenu une véritable tarte à la crème de la gérontologie, au sens où les gens voient de la démence partout. On appelle alors « démence » un peu tout et

son contraire. Il n'y a pas toujours une définition clinique précise. André CHEVANCE, dont j'avais lu plusieurs articles par ailleurs, me paraissait tout à fait indiqué pour traiter cette question, en proposant un décalage. Ce que j'ai beaucoup apprécié dans cette collaboration avec André CHEVANCE, c'est que ce n'est pas quelqu'un qui est sur une position dogmatique. Bien sûr il apporte une dimension cognitive, j'en dirai un mot tout à l'heure, mais en même temps il propose surtout une écoute clinique de la dimension cognitive de la démence. Et il montre ainsi que le dément ne se réduit pas à son déficit. Certains exemples le disent bien, il y a des échanges avec les déments, et la démence peut

aussi être pensée comme une défense. Ce qui pose aussi la limite de notre intervention : est-ce qu'on respecte ces défenses etc. ?

Et puis dernier paradigme, le paradigme cognitif, qui est très en lien au fond avec la question de la démence. On se rend compte que toute une série de lieux gérontologiques se réorganisent autour de consultations mémoire. Il y a une très grosse

demande des populations, et du coup, soit on a une approche purement cognitive, c'est-à-dire qu'on va faire de la quantification, on va évaluer, soit on va articuler cette dimension évaluative avec une dimension plus psycho-dynamique. Les deux auteurs qui ont été sollicités, Denis BROUILLET et Sophie MARTIN, ont fait ce lien, eux se situant du côté cognitif. Et je me suis rendu compte qu'il y avait très peu de cliniciens qui se sentaient prêts à travailler cette question-là. Or je crois que les cliniciens ne pourront pas faire l'économie tôt ou tard de cette question. J'espère aussi que ce travail sera une porte ouverte pour essayer d'aller plus loin : qu'est-ce



que la pensée clinique de la cognition ? Il y a des choses très intéressantes sur la pensée clinique de la cognition chez les enfants, on peut penser à D. ANZIEU, avec le concept des enveloppes, je pense aussi à d'autres auteurs comme Elsa SCHMIDT KITSIKIS. Mais en ce moment pour le vieillissement, il n'y a pas d'auteurs qui aient pris la problématique à bras le corps.

Canal Psy : En ce qui concerne plus particulièrement votre partie, qu'est-ce qui a orienté votre questionnement du côté de la structure psychique du sujet vieillissant ?

J.-M. T. : Comme je le dis un petit peu dans l'article, c'est parti de plusieurs choses, d'une part d'une clinique, d'autre part de ma position d'enseignant. Je me rendais compte que beaucoup d'étudiants, en particulier en DESS de gérontologie à l'époque, avaient tendance à voir des états limites partout. Je sais bien que Jean BERGET lui-même a tendance à en voir beaucoup, puisqu'il dit que ça représente plus ou moins 40% de la population, mais ce que les étudiants faisaient bien ressortir c'est que dans le vieillissement il y avait quelque chose en jeu, qui était sans doute la moindre efficacité de la structuration sur un mode névrotique pour un certain nombre de personnes. Je dis bien pour un certain nombre, car on continue à voir des personnes âgées organisées sur des modes hystérique, obsessionnelle ou phobique, de manière très structurée, mais on voit aussi apparaître toute une série de situations à la configuration clinique moins claire, plus floue, avec parfois des éléments délirants. Mais en même temps on n'est visiblement pas dans une organisation vraiment psychotique. Donc je me suis demandé ce qu'il en était de la structure dans le temps.

Je n'ai pas inventée cette question-là, elle est présente déjà dans un autre livre de H. BIANCHI qui s'appelle « Le moi et le temps », et où lui opposait la structure et le sujet, la structure étant ce qui ne vieillit pas, tandis que le sujet résiste au temps tout en étant pris dans le temps. J'ai essayé de traiter cette question un peu différemment, en m'appuyant sur le modèle que développe S. FREUD dans « Les nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse », celui du bloc de cristal. FREUD écrit que la psyché se cristallise d'une certaine manière et qu'ensuite la cassure se fait sur les lignes de cette cristallisation. Il me semble que ce modèle-là bien sûr est un modèle qui demeure valable, mais qu'en même temps il doit intégrer l'idée que certaines circonstances de la vie permettent des remaniements psychiques. On retrouve cette idée très fortement chez D. W. WINNICOTT. En effet la pensée de WINNICOTT est moins une pensée structurale qu'une pensée du processus. Du coup il revient sur la façon dont le sujet peut se soigner spontanément par son environnement. Au fond cette proposition fonctionne si les gens ne sont pas trop malades, sinon il y a besoin de dispositifs spécifiques. Je pense aussi à l'article d'E. JAKUES, « Mort et crise du milieu de la vie », dans lequel il montre comment la crise du milieu de vie peut être un moment de réaménagement. On peut alors effectivement se demander s'il s'agit d'un réaménagement de la structure, ou plutôt dans la structure.

Le deuxième élément à partir duquel j'ai été intéressé par cette question, c'est

lorsque je me suis rendu compte que les soignants en gériopsychiatrie pensaient selon deux modèles, c'est un point que j'essaie de développer dans le livre. Il y aurait ceux qui adhèrent à un modèle structural, c'est à dire « ce patient est psychotique, ou bien névrosé, il a toujours été comme ça, éventuellement compensé et puis les aléas de la vie ont entraîné une décompensation ». Mais du coup on ne pense pas la question du vieillissement. Et il aurait ceux qui seraient plutôt dans l'événementiel, et qui vont alors penser le vieillissement, mais plus la question de la structure. Or, ce qui me paraît fécond c'est de penser la tension entre ces deux pôles. Je pense par exemple à un article de J. ROUART qui m'a beaucoup fait réfléchir : « Les âges de la vie et la psychopathologie ». C'est un article de 1963, dans lequel il s'interroge sur une question

qui n'a d'ailleurs pas été beaucoup traitée : les psychopathologies ont-elles des périodes d'apparition privilégiées dans la vie ? Par exemple, pourquoi la schizophrénie apparaît-elle avant 30 ans ? Il n'y a en effet jamais de première décompensation schizophrénique à 70 ans. Comment se fait-il qu'il y a beaucoup de premières dépressions autour du milieu de la vie, ou encore que les psychoses paranoïaques s'expriment généralement après 30-40 ans ? Globalement, chaque âge renvoie à ses propres enjeux psychiques.

Canal psy : Reliez-vous le phénomène de perte de repères sociaux pour vivre son vieillissement à une plus grande fréquence d'apparition de symptômes du côté de l'angoisse chez les personnes âgées ?

J. -M. T. : Oui. On pourrait dire qu'un des symptômes majeurs du vieillissement c'est la mémoire. Du coup toute difficulté de mémoire va être interprétée comme potentiellement le signe d'un Alzheimer. Je donne toujours cet exemple qui m'avait frappé, d'une dame qui était venue me voir en consultation en me disant : « Je viens parce que j'ai des problèmes de mémoire, j'ai peur que ce soit un Alzheimer... ». Elle était âgée d'une soixantaine d'années. En entretien elle ne semblait pas vraiment présenter des problèmes de mémoire. Elle m'expliqua qu'elle allait à la cave, et qu'en remontant elle s'apercevait qu'elle avait oublié de prendre ce qu'elle était allée chercher, ou qu'elle allait faire des courses et qu'elle avait oublié quelque chose... Et puis au fur et à mesure de l'entretien j'en suis venu à lui demander : « Mais vous avez l'impression que ça a commencé quand ? ». Et là elle me dit : « En fait j'ai toujours été comme ça » ! Sauf que lorsqu'elle avait 30 ans, elle se disait qu'elle était un peu tête en l'air et elle y retournait, et là tout d'un coup, alors qu'elle avait quelques problèmes d'arthrose au niveau du genou, ces allers et retours lui coûtaient davantage, et elle réinterprétait alors ce qui jusque là était un signe de son étourderie, en un signe d'une possible pathologie. On a fait un bilan, il n'y avait aucun problème. Par contre c'est quelqu'un que j'ai ensuite suivi pendant quelque temps pour l'angoisse qu'elle manifestait, elle avait d'ailleurs perdu sa mère peu de temps avant.

Je crois que cette angoisse est intéressante parce qu'elle permet de questionner véritablement le modèle qu'on a de l'appareil

psychique. Par exemple en ce qui concerne l'angoisse de mort, pense-t-on comme Sigmund FREUD que l'inconscient ignore la mémoire, ou comme Mélanie KLEIN qu'il y a une angoisse de néantisation ? Ce que je peux dire, d'après ce que je vois avec les patients âgés, c'est que certains qui ont élaboré un certain nombre de choses sont plutôt dans une sorte d'attente paisible de la mort, quelques-uns ont plus de 90 ans et disent « j'ai fait mon temps ». Ils ne sont pas forcément dans des grandes attentes vis à vis de la vie, l'actuel est vécu plutôt comme du surplus. Mais il y a d'autres moments beaucoup plus aigus où de fortes angoisses peuvent resurgir. Ce qui n'économise pas d'utiliser le modèle de FREUD, c'est lorsque ce qui est mis parfois en avant comme une angoisse de mort est en réalité une angoisse de castration, ou une angoisse d'abandon ; mais je crois que dans un certain nombre de cas on touche à quelque chose de très radical qui est effectivement cette angoisse de disparaître.

Canal Psy : En ce qui concerne les processus de vieillissement, quelle serait votre hypothèse quant aux manifestations psychopathologiques tardives du sujet âgé plutôt du côté de l'effondrement narcissique ?

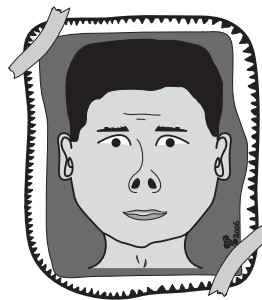
J. -M. T. : C'est un aspect effectivement important. Un certain nombre d'auteurs développe que la psychopathologie du vieillissement est une psychopathologie qui a beaucoup à voir avec le narcissisme. C'est l'hypothèse que faisait Claude BALLIER il y a une bonne trentaine d'années maintenant, et que l'on retrouve chez des gens comme Paul-Laurent ASSOUN quand il parle de la « désaide » vis-à-vis du vieillissement : *quid* de ce narcissisme dans le bilan de vie puisque le bilan de vie c'est vraiment la confrontation de ce que le sujet a vécu avec l'idéal du moi ? Le bilan de vie est-il alors suffisamment positif pour continuer d'alimenter l'estime que le moi peut se porter à lui-même ? On peut aussi le traiter d'un autre aspect, en effet le narcissisme est aussi atteint par la multiplication des pertes des objets. C'est quelque chose qui dans ma pratique me frappe beaucoup, je

me rappelle par exemple d'un monsieur qui avait 90 ans et me disait : « Je n'ai plus un ami de ma génération, ils sont tous morts... ». Il y a donc quand même toute cette dimension narcissique du deuil, même si l'on n'a pas à faire avec une personnalité « narcissique ». Le deuil sollicite le narcissisme : comment le moi va-t-il réussir éventuellement à réinvestir de nouveaux

objets ? Et puis, évidemment, il y a toute la part narcissique de soi qui est confiée aux objets.

Canal Psy : Comment envisagez-vous, à partir de cette problématique ainsi définie, le travail d'accompagnement du psychologue dans cette crise ?

J. -M. T. : Je crois que vous répondez à moitié à la question en parlant d'accompagnement. C'est peut-être un terme sur lequel on peut s'arrêter, parce que j'ai des réserves à l'utiliser, au sens où je crois qu'effectivement il y a des situations où on va faire de l'accompagnement, lorsque la demande ne va pas plus loin. Dans le cadre d'une hospitalisation en gériopsychiatrie, il y a des patients qui n'adhèrent pas à l'idée qu'il pourrait y avoir un suivi en CMP à la sortie de l'hôpital. La crise est gérée sur le



moment, mais ils ne veulent surtout pas aller voir plus loin. On sait que ça reste fragile, mais on en reste là. Je crois que pour d'autres, ce n'est pas la majorité, quelque chose peut être mis en travail y compris tardivement. Alors, au-delà de l'accompagnement, on a un vrai travail psychique à faire. Les gens ont rarement une demande de travail en profondeur, à ce moment-là il faudrait réorienter vers un analyste, mais ils ont quand même envie de comprendre un peu plus loin, plutôt que de seulement effacer les traces de la difficulté. Il y a effectivement un travail sur le narcissisme, mais aussi tout un travail de reprise des objets internes. Et on se rend compte que l'une des choses qui va être en jeu c'est non seulement le rapport aux parents de l'enfance, mais c'est aussi les identifications aux parents vieillissants. Il y a parfois des identifications aliénantes, des personnes qui vont avoir peur de devenir dément parce que dans leur famille un parent a été dément... Et du coup, il y a aussi tout un travail pour sortir de cette représentation en terme de fatalité.

Canal Psy : *C'est vrai qu'étant donné que l'on vit plus vieux, cela signifie aussi que l'on peut survivre à nos parents...*



J. -M. T. : Oui, de plus en plus, et cela pose une vraie question. J'ai commencé à réfléchir là-dessus. C'est très bien décrit dans le livre d'Albert CAMUS « Le dernier homme ». C'est un livre que CAMUS n'a pas fini puisqu'il est mort durant sa rédaction. Il avait

perdu son père alors qu'il était enfant, et dans ce livre il dit qu'un jour il est allé sur la tombe de son père, et qu'il a pris conscience qu'il était plus vieux que l'âge auquel son père était mort. Il a eu peu à peu le sentiment que le sol se dérobaient sous ses pieds. Même si CAMUS avait trouvé des figures paternelles de substitution, il n'empêche que là, CAMUS avait tout à inventer. Je pense de la même façon que pour ces vieillards, il n'y a pas de modèle pré-établi de ce que ça va être que d'être très vieux. Il y a des stéréotypes, mais les gens se rendent vite compte que ce n'est pas très étonnant.

Canal Psy : *Je voudrais revenir sur un point que j'avais trouvé assez intéressant, autour de la vignette clinique d'une patiente que vous avez appelée Marguerite. Voulez-vous reprendre ce que vous souhaitiez mettre en évidence à travers cet exemple ?*

J. -M. T. : Oui. Je pense que ça renvoie à une question que l'on peut aborder dans d'autres endroits, c'est ce qui se passe entre un patient et le cadre institutionnel. Au fond, on a toujours un peu tendance à se dire que ce qu'on voit du patient c'est lui, et on oublie que c'est lui tel qu'il peut s'actualiser, si je peux dire cela comme ça, dans un certain type de cadre institutionnel. L'exemple de Marguerite est une situation qui m'avait beaucoup marqué professionnellement. Pour aller à l'essentiel, c'est une dame qui avait été hospitalisée sur une présentation plutôt démentielle, mais pas très démente, qui avait été mise en maison de retraite parce que seule chez elle, elle n'y arrivait plus. Elle avait une nièce qui s'occupait d'elle, mais étant donné son caractère difficile, sa nièce s'est fatiguée de la situation, et a trouvé cette solution de la mai-

son de retraite. Or en une semaine Marguerite a fait tout ce qui fallait pour se faire virer de la maison de retraite. Elle était très agressive, donc elle est arrivée en psychiatrie. Elle était déjà venue une fois. Elle revient avec un tableau clinique pas dramatique, mais avec la demande de pouvoir rentrer chez elle, et elle fait alors vivre aux équipes des choses très douloureuses. Dès qu'on arrive à la porte, elle nous supplie presque à genou de la ramener chez elle, ce qui fait qu'au bout d'un moment on s'est senti horriblement coupable, alors, dans une réunion de synthèse, on se dit, après tout, c'est vrai elle peut bien avoir le droit de retourner chez elle. On fait alors le point avec l'assistante sociale, qui dit qu'elle va se renseigner sur ce qu'il est possible de mettre en place comme aide à domicile. La synthèse a lieu à 14h ; dans l'après-midi le médecin reçoit la dame, lui annonce que l'on a décidé de voir ce qu'on pouvait faire pour accéder à sa demande. En fin d'après-midi elle tombe et elle se fracture le col du fémur. Sur le coup, évidemment, on s'est dit : « Mince, c'est vraiment pas de chance... », et quand même, très vite, on se dit : « Etrange... !? ». Donc ensuite Marguerite est allée à l'hôpital général pour soigner la fracture, puis elle est revenue, et elle n'a plus jamais sollicitée de retourner chez elle. L'hypothèse que je fais alors dans le livre, et qui est celle que l'on avait refait en équipe, c'était qu'au fond, le cadre n'avait pas été assez contenant, c'est-à-dire qu'on n'avait pas entendu toute l'ambivalence de Marguerite. Son discours conscient c'était « Laissez-moi rentrer chez moi ! », tandis qu'au fond il y avait un transfert sur le cadre institutionnel qui lui permettait de gérer toute sa dépendance. En lui disant « D'accord, on va essayer de faire en sorte que vous rentriez chez vous », on l'abandonnait, on la laissait tomber.

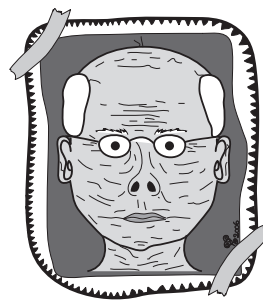
Un jour j'avais présenté cette situation dans un groupe de travail à l'université, et un collègue qui travaillait avec des adolescents me disait qu'il avait rencontré la même situation avec un adolescent qui était en famille d'accueil, qui n'avait pas de cesse de dire « Je suis mal, remettez-moi dans ma famille », et les éducateurs ont fini par dire « oui, on est trop cruels », il faisait vraiment vivre cela, l'adolescent s'est alors effondré psychiquement quand on l'a remis dans sa famille. Dans un cas comme dans l'autre, l'opposition structurait ces personnes, et à partir du moment où ils n'ont plus trouvé de butée à leurs revendications, ces gens se sont effondrés, pour la dame sur un mode somatique assez grave car il y a eu besoin d'une opération, pour l'adolescent sur un mode très dépressif.

Canal Psy : *Quelle était votre hypothèse concernant le transfert qui était fait sur l'institution et la relation de cette patiente avec sa mère ?*

J. -M. T. : Nous étions dans un mouvement où en même temps elle nous attaquait, et où, dans son propos, elle était dans une position très idéalisante vis à vis de sa famille, et particulièrement de sa mère. C'est quelque chose que l'on retrouve beaucoup avec les patients âgés, très souvent, on a à faire à des mères ou à des parents très idéalisés, mais qu'il serait du coup interdit d'attaquer. La contre-partie de l'idéalisation de la mère en ce qui concerne Marguerite, c'est qu'elle nous attaquait, nous. Sauf que ce qu'on n'avait pas compris à ce moment-là c'est qu'il fallait que l'on reste cette mère contenant, étayante, et si on accédait à sa demande, tout se cassait la figure.

En conclusion, je crois que ça permet de souligner qu'il y a des spécificités bien sûr

dans la clinique gériatrique, mais que ce sont aussi des problématiques qui ne sont pas exclusivement celles de la vieillesse, hormis peut-être la proximité de la mort, encore que l'on peut la trouver aussi dans la maladie, à tous les âges. Pour le reste, on peut dire qu'il y a une remise en jeu de problématiques récurrentes, et que cette question de l'autonomie est aussi celle de l'adolescence. Il ne faut finalement jamais enfermer le vieillissement comme si c'était une fin en soi, mais plutôt s'appuyer sur une culture psychopathologique plus large pour l'aborder.



Canal Psy : *Pour terminer, j'ai envie de vous demander : si vous aviez un message, une expérience, à transmettre aux jeunes psychologues qui débutent dans ce champ de pratique, quels seraient-ils ?*

J. -M. T. : D'abord je dirais que c'est une pratique qui peut être extrêmement riche, et qui, d'une certaine manière, sollicite de façon un peu spécifique du côté d'un transfert filial. Le clinicien est forcément plus jeune que son patient, il est alors de la génération des enfants, voire des petits enfants, donc il y a dans ces situations des enjeux du côté de la transmission. Je me souviens d'un patient qui disait « Quand il se passera ceci, vous penserez à moi ». On participe d'une certaine manière à cette idée d'une immortalité, d'une survivance à travers la mémoire des autres. En cela c'est assez différent des situations où l'on travaille avec des enfants et où l'on est situé essentiellement dans une position parentale. Ce qui n'empêche pas, l'exemple de Marguerite l'illustre bien, qu'il y ait aussi des mouvements de transfert parentaux. Au moment où j'ai commencé à travailler cette question de la transmission, je m'étais rendu compte qu'il y avait un certain nombre de patients qui n'avaient pas d'enfants, et qui nous convoquaient pour garder mémoire d'eux. Quand je m'appuie aujourd'hui sur une situation clinique pour un travail, parfois je me dis : « Voilà, j'ai rempli un mandat ». Je continue à les faire exister. Marguerite était ainsi une patiente qui était mariée, mais qui n'avait pas pu avoir d'enfants, et en racontant son histoire c'est aussi une manière pour moi de continuer de la faire exister.

Interview réalisée par A-C FROGER



CANAL PSY

Les derniers numéros

N° 68 - Avril - Mai 2005

Dossier : La thérapie familiale

La thérapie familiale psychanalytique : aspects théorico-cliniques. Christiane JOUBERT et Evelyne GRANGE-SEGERAL

Méthodologie de l'entretien en thérapie systémique. Yveline REY

Innovations en thérapie familiale : un point de vue éco-étho-anthropologique sur la complexité des éco-systèmes. Jacques MIERMONT

La semiotique et les contes de fées - Ecouter le récit. - A propos de Cendrillon. Bruno GELAS

N° 69 - Juin - Juillet 2005

Dossier : Violences au travail

La prolifération et l'explication des conduites violentes au travail. Texte collectif, COURCY F. et al.

Souffrance au travail : le risque organisationnel. Philippe DAVEZIES

Violences au travail, Eléments de compréhension sur la prise en compte de ces situations en France. Annie DEBARD

N° 70 - Octobre - Novembre 2005

Dossier : Enfances

Enfants de la guerre : la mémoire ou l'oubli. Lisbeth BROLLES

Entretien avec Maurice BERGER autour de son dernier ouvrage "*L'échec de la protection de l'enfance*" par Anne-Claire FROGER

Parent en sursis / Enfant en survie. Malory PERRICHON

Tribune libre à Bernard CHOUVIER

N° 71 - Décembre 2005 - Janvier 2006

Dossier : Dynamique formative

Faire de études de psycho, et après ? Jean-Marc TALPIN

Le groupe d'élaboration de la pratique dans le dispositif de formation des étudiants en psychologie de Master 2. Ghislaine BIODJEKIAN

La psyché comme objet dans la formation des psychologues : investissement narcissique et investissement objectal (extrait). René KAËS

Un Institut de Psychologie suffisamment bon ? D. AUPETIT - F. LEFEVERE

Tribune libre à Bernard DUEZ

N°72 - Février - Mars 2006

Dossier : Psychiatrie, enjeux actuels

Psychiatrie et société, je t'aime moi non plus par Emmanuel DIGONNET

Images de la psychiatrie aujourd'hui. Psychanalyse et psychiatrie. Crise d'identités ? par Jean-Jacques RITZ

Erratum. Suite de l'article de Damien AUPETIT et Frédéric LEFEVERE

Le soin des troubles psychotiques en institution par Marcel SASSOLAS

ECHO. Mais que fait donc la psychiatrie ? L'acte et l'agir. Cinquième journée des psychologues du vinatier par Eliane MOULIN

N°73 - Avril - Mai 2006

Dossier : Le G.E.R.A.

Présentation du G.E.R.A.

Enjeux éthiques et identitaires engagés dans l'acte de procréation par IAD par Nikos KALAMPALIKIS

La violence dans le football amateur par Philippe SARNIN

Précarité et santé : Points de vue et débat psychosocial par C. DURIF-BRUCKERT, N. FIEULAIN, R. MENDES-LEITE

Analyse d'oeuvre. Contes et Opéra : Le Château de Barbe Bleue de Béla BARTOK par Jean-Pierre VIDIT

Prix des numéros :

- du numéro 1 au numéro 19 : 1,52 €
- du numéro 20 au numéro 39 : 2,29 €
- du numéro 40 au numéro 65 : 3,05 €
- à partir du numéro 66 : 3,30 €

Frais de port :

- 1 numéro : 1,22 €
- 2 à 4 numéros : 1,98 €
- 5 à 8 numéros : 2,76 €
- plus de 8 numéros : 3,62 €

La liste exhaustive des numéros parus est disponible sur simple demande ou consultable sur le site Web de Canal Psy
Bulletins de commande en pages intérieures

Canal Psy est en vente :

A Bron
à l'*Institut de Psychologie*
Canal Psy (salle K124bis)
secrétariat du 3^{ème} cycle (126 K)
à la *Librairie U*

En centre ville
F.P.P. (18 quai Claude Bernard
Lyon 7^{ème}, suivre les flèches)

Directeur de la publication : Claude JOURNES, Président de l'Université

Directeur délégué : Albert CICCONE

Rédaction : Anne-Claire FROGER

Conception et réalisation : Marc-Antoine BURIEZ

Couverture et illustrations : Laurence CHASSARD

Font partie du comité de lecture les enseignants élus au conseil du Département.

Journal édité par l'Institut de Psychologie – Département Formation en Situation Professionnelle

Imprimé par l'imprimerie Caussanel (Bron)

ISSN 1253-9392 – Commission paritaire en cours



Institut de Psychologie
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex
Tél. 04.78.77.23.23
Poste 20.59

e-mail :

aclaire_froger@yahoo.fr

Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

Site WEB Canal Psy :

<http://psycho.univ-lyon2.fr>

puis «RECHERCHE» de Canalpsy