

Les troubles de la parentalité

Approche clinique et socio-éducative

Alain Bouregba

DUNOD

© Dunod, 2020, nouvelle présentation

2013 pour la précédente édition

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-080945-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

INTRODUCTION

I

PREMIÈRE PARTIE

LE CADRE

1. La parentalité	11
Une histoire de famille	11
L'histoire d'un néologisme	16
Les trois dimensions de la parentalité	19
2. L'expérience de la parentalité	31
L'enfant imaginaire ou la préhistoire de l'expérience de parentalité	31
Désirer et vouloir un enfant	36
Maternité et paternité	42
La place de l'enfant dans l'expérience de parentalité	48
Parentalité et structure dialectique	52
3. Quelques repères catégoriels	55
Les troubles de l'élaboration narcissique	55
<i>Les troubles déterminés par un état psychotique ou limite</i>	<i>56 •</i>
<i>Les troubles provoqués par le remaniement psychique</i>	<i>57</i>
Les troubles différés ou structurels	59
<i>Le modèle pervers</i>	<i>60 • Le modèle paranoïaque</i>
<i>Remarques</i>	<i>61</i>

DEUXIÈME PARTIE

LES TROUBLES DE L'ÉLABORATION NARCISSIQUE

4. Les troubles déterminés par un état psychotique ou un état limite	65
Psychose et parentalité	67
<i>L'importance du phénomène 67 • La nature des interactions 70</i>	
<i>• Les modes relationnels 70 • Les conséquences sur le développement de l'enfant 71 • Les hypothèses 72 • Discussion 73 • Quel type de soutien ? 74</i>	
Parentalité et <i>borderline</i>	75
<i>Les mécanismes psychologiques sous-jacents aux conduites addictives 76 • L'incidence des mécanismes psychiques sous-jacents aux conduites addictives sur la parentalité 80 • Processus de parentification et personnalité <i>borderline</i> 82</i>	
Le cas de Madame D.	83
<i>Éléments monographiques 83 • Histoire d'un échec 88 • Commentaires 90</i>	
En résumé	94
5. Les troubles provoqués par les remaniements psychiques au cours de la grossesse	95
Repères nosographiques	96
Repères psychodynamiques	97
Du côté du père	103
Les conséquences des troubles parentaux	104

TROISIÈME PARTIE

LES TROUBLES DIFFÉRÉS

6. La parentalité à structure perverse	109
La perversion, détournement d'un but	110
La perversion d'un fonctionnement familial	111
La perversion et le passage à l'acte incestueux	116
7. La parentalité à structure paranoïaque	125
L'ordre paternel et le fonctionnement paranoïaque	125
Le fonctionnement paranoïaque et les abus sexuels	129
Le cas de Monsieur V.	132
Commentaires	138

8. Les rapports entre structures perverse et paranoïaque de la parentalité	143
Le cas de Monsieur I.	144
Commentaires	149
<i>Une généalogie hantée et un barrage au droit d'engendrer</i>	<i>150 •</i>
<i>L'organisation familiale</i>	<i>151</i>

QUATRIÈME PARTIE

TRAITER LA PARENTALITÉ

9. Traiter la parentalité : pourquoi ?	157
Des ébauches de réponses	157
Traiter la parentalité : pourquoi ?	159
10. Traiter la parentalité : comment ?	165
Dans les situations des enfants de parents terribles, maintenir la relation ?	165
<i>Commuer la position de victime en celle de mauvais objet</i>	<i>166 •</i>
<i>Ériger et renforcer une représentation du monde analogue à celle de sa famille</i>	<i>167 •</i>
<i>Maintenir constante une attitude haineuse, afin de faire barrage à l'ambivalence affective</i>	<i>168 •</i>
<i>Entraîner le groupe familial à s'opposer systématiquement au coupable</i>	<i>168 •</i>
<i>S'exclure du groupe familial et ensuite lui reprocher cette mise à l'écart</i>	<i>169</i>
Médiatiser les rencontres entre un parent psychotique et son enfant	170
CONCLUSION	175
BIBLIOGRAPHIE	179
INDEX	183

Introduction

Cet ouvrage esquisse la synthèse d'une expérience clinique de plus de quinze ans acquise au sein de relais parents-enfants. Ces associations constituent un ensemble de treize équipes régionales qui, dans les dispositifs médico-sociaux, ont un apport original.

Leur originalité est d'abord celle de leur positionnement. L'organisation de l'action sociale dans notre pays est tributaire d'une tradition orientée vers la protection de l'enfant, plutôt que vers le soutien aux familles. En effet, un tel soutien est considéré comme une intrusion dans la sphère de l'intimité familiale réputée inviolable et fondée sur des principes naturels et innés¹, alors même que ces familles ne sont pas créditées de compétences éducatives spécifiques. Ces attitudes, loin d'être antinomiques, conjuguent aussi leur impact, les praticiens médico-sociaux et les services étant mandatés pour pallier des difficultés parentales, non pas pour les traiter. Or, les relais parents-enfants n'ont pas pour objet la seule assistance à l'enfance en danger mais le soutien aux relations entre l'enfant et ses parents, notamment dans l'hypothèse où ces relations sont compromises par l'incarcération, le placement ou les crises conjugales. Ce positionnement forme un point d'observation singulier des relations entre l'enfant et ses parents et de leurs perturbations possibles.

Certes, d'autres initiatives associatives ont, ces dernières années, affiché une intention analogue. Citons, en premier lieu, les espaces d'accueil parents-enfants de type maison verte, soutenus par Françoise

1. D'où la difficulté d'implanter en France des écoles de parent, l'être va de soi et ne nécessite aucune préparation.

Dolto, mais aussi, les premières expériences de point rencontre, afin de faciliter au parent non-gardien son droit de visite¹, les unités d'hospitalisation mère-enfant, dans le champ de l'accompagnement psychiatrique de la périnatalité, et enfin, la diffusion d'initiatives locales de groupes de convivialité ou de parole à l'attention de parents en difficulté ou pas. Toutes ces initiatives, aux compétences et aux buts variés, partagent un trait commun, celui de prendre pour objet d'intervention un soutien, voire un traitement, de la parentalité et non plus la seule protection de l'enfant exposé aux carences aux aberrations du comportement parental. Les actions de soutien à la parentalité dans lesquelles s'inscrit l'expérience des relais parents-enfants constituent, aujourd'hui, une aire d'intervention en développement même s'il lui manque le support d'une compétence administrative² clairement établie et délimitée.

La seconde spécificité des relais parents-enfants réside dans leurs méthodes d'interventions qui associent à parité l'apport des psychologues et celui des éducateurs qui n'ont pas, dans les situations où ils interviennent, de mandat administratif ou judiciaire. Aussi, les différentes actions supposent-elles la libre adhésion des familles. Cette caractéristique permet au relais de développer des outils d'intervention particuliers dont je rendrai compte dans la dernière partie de cet ouvrage et qui ont représenté un paradigme d'observation des relations parents-enfants suffisamment nouveau pour les éclairer de façon inédite.

Ainsi, fort de cette originalité d'objet et d'outils d'interventions, je bénéficie, depuis quinze ans, d'un observatoire des relations parents-enfants privilégié et dont je peux tirer quelques enseignements que ce livre tente de fixer dans une série de représentations théoriques. Ce corpus d'hypothèses relatives aux relations parents-enfants, à leurs dynamiques et à leurs perturbations, fut facilité par les multiples échanges avec les psychiatres, les pédopsychiatres, les pédiatres, les psychologues et les travailleurs sociaux avec lesquels nous collaborons dans toutes les situations où nous intervenons en parallèle avec d'autres services. Par ailleurs, cette mise en perspective doit beaucoup

1. Créé à la suite de l'initiative de G. Poussin à Grenoble.

2. L'État et ses services déconcentrés (DIVE, DDASS, DDPJJ...), les collectivités territoriales (les départements au titre de l'aide sociale à l'enfance, et les villes), la CAF et le FAS se partagent actuellement le soutien aux initiatives d'aide à la parentalité, mais aucune de ces entités administratives n'a pour mission de les organiser et de les mandater à une mission de service publique.

à l'obligation d'en communiquer de façon structurée les principes au groupe animé par le professeur Didier Houzel, auquel la Direction de l'action sociale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité a confié le soin de rendre compte des différentes perspectives et enjeux délimités par le concept de parentalité.

Ce groupe s'est donné pour objectif de préciser quels pouvaient être les différents aspects de la parentalité afin de mieux cerner l'ensemble des dimensions dont il faut tenir compte quand l'intervention médico-sociale modifie les relations parents-enfants ou les conditions de la mise en pratique de la fonction parentale. Ce groupe a proposé d'isoler trois dimensions de la parentalité, non pas dans le but de produire une théorie nouvelle, mais simplement dans celui de permettre à des praticiens de services et de compétences différentes de délimiter la portée du néologisme à partir de repères conceptuels communs et sur lesquels ils puissent échanger.

« Ces dimensions de la parentalité nous souhaitons les proposer comme des outils conceptuels, aidant les acteurs de terrain dont on sait ô combien leur travail est difficile, ô combien ils sont engagés dans des situations qui les remuent. » (Houzel, 1999)

Le concept de parentalité est d'un usage pluridisciplinaire, aussi est-il indifféremment utilisé par des magistrats, des praticiens sociaux et éducatifs et des spécialistes des soins psychiques. En quelques années, son usage s'est banalisé au point de forcer son inscription dans le millésime 2000 des éditions Larousse. Sa propagation est un phénomène qui mérite d'être analysé dès lors qu'elle est significative d'une évolution sociale sur laquelle nous reviendrons dans la première partie de cet ouvrage. Cependant, avant d'explicitier le succès du néologisme, il est nécessaire d'en proposer une définition acceptée par l'ensemble des professionnels amenés à l'utiliser. C'est à cette tâche que le groupe, animé par le professeur Didier Houzel, s'est attelé et il me semble qu'il l'a atteint. La délimitation des différentes dimensions à partir desquelles il est possible de décrire la parentalité permet l'échange d'expériences et d'élaborations théoriques en matière de relations parents-enfants.

Cette délimitation de la portée du néologisme, à laquelle j'ai eu la chance de contribuer, m'a permis de questionner mes pratiques, d'en circonscrire les indications, mais aussi, d'en apprécier la cohérence et la nouveauté. La démarche a guidé l'examen critique de mes interventions auprès de parents en grandes difficultés. Elle m'a aidé à les inclure dans un va-et-vient de questions en réponses nécessaires pour conserver, lors de chaque rencontre d'un enfant ou de son parent, cette

candeur intriguée qui noue, comme le montrait Emmanuel Lévinas, la subjectivité et le fait éthique.

Le clinicien et le praticien social sont, de façon explicite et par leurs intentions, mandatés pour aider et soutenir les personnes qui leur sont adressées, cependant aucun d'eux n'est *a priori* assuré de ne pas leur nuire. Toutes les médications ont des effets iatrogènes et les meilleures intentions aboutissent parfois à des dommages pour les personnes ou les familles. Intervenir dans des situations d'errances psychiques ou sociales, c'est intervenir dans un système si écorché que le seul fait de l'observer constitue une agression. Or, l'unique prévention des effets pervers attachés à nos interventions est de les soumettre à des impératifs éthiques et à un examen critique. Ces impératifs éthiques supposent, comme le suggérait Emmanuel Lévinas, une certaine aptitude à l'ignorance et à l'oubli.

« Non pas d'un oubli sans contrôle et qui se tient encore à l'intérieur de la bipolarité de l'Essence, entre l'être et le néant. Mais d'un oubli qui serait une ignorance où la noblesse ignore ce qui n'est pas noble [...] ignorance les yeux ouverts. » (Lévinas, 1974)

Chaque situation devrait mettre en échec nos représentations théoriques. À l'épreuve de la réalité, un édifice théorique doit guider le questionnement et non pas offrir des réponses.

Dans la hâte de bien faire, les stagiaires en formation de psychologie, accueillis au relais, font souvent l'inverse. Bien formés par l'université, mais non encore endurcis par les échecs, ils leur arrivent d'avoir une réponse avant de s'être posés de bonnes questions. La connaissance peut bloquer le savoir. Quand au vu de tels ou tels signes, manifestations, comportements, un patient est rangé dans telle ou telle catégorie nosographique sa prise en charge n'en est pas pour autant facilitée quelquefois embrouillée dès lors que nos efforts visent justement à l'en faire sortir et donc qu'ils s'appuieront sur tous les aspects qui surprennent et dénotent. Ces dénotations sont seules capables de provoquer notre élaboration et, à sa suite, celle du patient. Il faut être curieux et dans l'expectative pour être à l'écoute d'autrui et ultérieurement l'aider à l'être de lui-même. Traiter la subjectivité, c'est initialement déstabiliser le sujet, de telle sorte qu'il puisse advenir comme étranger à lui-même et ainsi, se soustraire à l'influence des nombreux facteurs responsables de son état morbide.

La théorie est utile quand elle est, au cas par cas, mise en échec. Confirmer un schéma explicatif préétabli revient à faire barrage à l'examen critique et en parallèle à se mettre à l'abri de l'analyse du