



Les Entretiens
de Bichat
9 oct. 2015
Salle 341
9h – 10h30

Pédopsychiatrie ■
Table ronde

Comment aborder les « crises familiales » en médecine générale : savoir accompagner la famille

M.M. Bourrat*, D. Rabain**, P. Duverger***

* Psychiatre d'enfant, psychanalyste SPPP, 29 rue Alexandre ribot, 87000 Limoges – Directeur médical CMPP PEP Limoges, 4 Av Saint Surin, 87000 Limoges

** Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi. Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, GHU Pitié-Salpêtrière, Paris

*** Service de Psychiatrie de L'Enfant et de l'Adolescent, CHU, 4, rue Larrey. 49933 Angers Cedex 9, email : phduverger@chu-angers.fr

COMMENT GARANTIR L'INTÉRÊT DE L'ENFANT LORS DES SÉPARATIONS PARENTALES CONFLICTUELLES ?

Intervention de M.M. Bourrat

RÉSUMÉ

Les situations de séparations parentales conflictuelles sont fréquentes. Les médecins sont souvent sollicités pour conseiller les familles, évaluer le retentissement de cette situation de divorce sur le développement psychologique des enfants, et aussi pour rédiger des documents dans le cadre de la procédure.

La question la plus complexe est souvent celle du mode de garde des enfants. En France ces dernières années la question de la résidence alternée occupe une place importante dans les débats sociétaux et occulte une réflexion en profondeur sur les modes de résidence dans leur ensemble.

Le clinicien doit être particulièrement vigilant lors de l'entretien avec l'enfant pour repérer ce qui appartient au domaine du trouble et de la souffrance, ce qui appartient aux conditions de vie et qui peut parfois être utilisé tant par l'enfant que par le parent dans le contexte de conflictualité. Une clinique de situation sera construite.

Seront envisagés aussi la rédaction éventuelle de certificats, ainsi que les objectifs d'une consultation dans ces situations.

MOTS-CLÉS

Séparation parentale, résidence alternée, certificats médicaux, médiations, suivi psychologique

Comme chacun le sait, la fréquence des divorces augmente avec son cortège de déstabilisations affectives et économiques. La famille est une caisse de résonance des difficultés sociétales et économiques. Le couple est le premier fusible qui saute, cela se fait rarement sans une certaine violence que

celle-ci soit latente ou patente. Plus les familles sont fragiles, que cela concerne leur équilibre psychologique, social, familial ou financier, plus la question de la séparation risque d'être difficile. Femmes et hommes sont égaux dans la blessure que représente la rupture affective d'une relation de couple, ils sont souvent moins à égalité dans les changements de statuts sociaux qu'elle entraîne ainsi que dans la réalité de la prise en charge des enfants. On comprend facilement que cela n'aide pas à poser sereinement les questions du mode de garde des enfants et des questions d'aménagement des conditions de vie et de la coparentalité.

Actuellement en France, la question de la résidence alternée occupe une place importante dans les débats sociétaux et occulte une réflexion en profondeur sur les modes de résidence dans leur ensemble. La question du lieu de résidence principal de l'enfant met en jeu les conditions de vie des enfants et aussi celle des parents. Elle influence leurs relations, la structuration psychique de l'enfant et le développement de la parentalité.

Bien souvent l'ensemble de ces questions est « oublié » et l'on assiste à un échange de débats dans lequel se substituent à l'intérêt de l'enfant des questions idéologiques ou militantes.

Le médecin généraliste est souvent concerné par ces situations, plusieurs types de demandes peuvent lui être adressés mais deux nous semblent dominantes : la consultation est motivée par demande l'inquiétude d'un ou des deux parents sur la souffrance et le retentissement sur leur(s) enfant(s), l'autre a comme objectif d'obtenir un certificat médical constatant les troubles provoqués chez l'enfant par cette situation. La seconde se produit souvent dans un contexte de séparation déjà en cours et conflictuelle.

La séparation est-elle source de trouble psychologique ou de développement ?

Il existe une abondante littérature pédopsychiatrique de George HEUYER à nos jours sur les effets néfastes de la séparation parentale sur la santé mentale des enfants : anxiété, dépression, syndromes de stress, troubles des conduites, difficultés scolaires, toxicomanie, tentatives de suicides, etc.

Mais nous avons les plus grandes difficultés à avoir des données épidémiologiques solides (biais de recrutement). De plus la situation est biaisée par le fait qu'il y a une surreprésentation dans les consultations de pédopsychiatrie, ou en CMPP, d'enfants de couples séparés (1 enfant sur 2 ou sur 3, contre un enfant sur 4 dans la population générale).

Souvent comme dans l'expertise INSERM sur les troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, la séparation parentale est assimilée à d'autres événements de vie et considérée comme facteur indirect de risques par ce qu'elle engendre : la détresse des parents, les difficultés économiques, un déménagement...

Ceci implique que le clinicien soit particulièrement vigilant lors de l'entretien avec l'enfant pour repérer ce qui appartient au domaine du trouble et de la souffrance et ce qui appartient aux conditions de vie qui peut parfois être utilisé tant par l'enfant que par le parent dans le contexte de conflictualité.

Quels signes rechercher ?

Ne pas faire d'imputations linéaires rapides entre souffrance de l'enfant et séparation parentale mais une **clinique de situation** :

- A quoi l'enfant a-t-il dû renoncer ? (explorer environnement social, familial scolaire, sportif...)
- Comment sont organisées les contraintes de vie ? (Transporter ses valises, changer de style éducatif ou de vêtements, d'horaires,...)
- A quelles occasions se produisent les conflits entre les parents ?
- Peut-on parler librement ? Niveau d'information des deux parents sur la démarche en cours ?
- Existe-t-il des violences verbales, physiques et à quel niveau se situent-elles ? L'enfant est-il l'enjeu de démarches itératives soit médicales, soit psychologiques, soit judiciaires ?
- La séparation parentale a-t-elle permis qu'un dialogue se renoue à propos des besoins de l'enfant ou toute consultation ensemble des deux parents est-elle impossible ?
- L'enfant peut-il décrire des points positifs de sa vie dans les deux foyers ? Fait-il référence dans ses propos ou dans ses productions (jeux ou dessins) à des éléments en lien avec ses deux parents témoignant de son investissement ou au contraire de peurs ?
- L'enfant se ressent-il comme un membre des 2 familles auxquelles il appartient ou reste-t-il uniquement fixé à la famille d'avant ?
- L'enfant peut-il s'investir dans le scolaire, le sportif, les activités ou le jeu sans que cela devienne une addiction ?
- L'enfant utilise-t-il sa situation comme une excuse à tous ses manques ?
- L'enfant présente-t-il des troubles des fonctions instinctuelles ?

La façon dont sont obtenues les réponses à ces questions a aussi son importance. L'enfant parle-t-il directement au

médecin ou faut-il sans arrêt le questionner ? A-t-on l'impression d'entendre à l'identique les propos d'un des parents ? L'enfant peut-il s'écarter du discours concernant la séparation (pour jouer par exemple quand il est jeune ou pour parler de l'école ou d'intérêts personnels lors qu'il est un peu plus grand) ?

Ressent-on une discordance entre ses propos et sa mimique ou son expression ? A-t-on l'impression d'un malaise ?

Faut-il rédiger des certificats dans ces situations et comment ?

Nous sommes dans une situation conflictuelle, **il sera de toute façon très difficile de réaliser un « bon certificat »** dans le sens de l'intérêt supérieur de l'enfant. La meilleure solution, (sauf situation où nous percevons avec certitude l'urgence et la gravité) nous semble être que la demande initiale d'un document s'élabore en recherche d'un compromis ou d'une orientation qui permette de trouver une solution, médiation par exemple. Un certificat restera toujours « une arme » utilisée par chacun des parents dans un rapport qui vise à annihiler l'autre parent. Or chacun sait qu'en dehors des situations extrêmes, un enfant a besoin de ses deux parents et de se sentir chez lui dans ses deux domiciles quel que soit le temps qu'il y passe. Ceci suppose qu'on parte de l'enfant et non des fonctions parentales. Avoir une double domiciliation est symbolique de la nécessité pour un enfant de pouvoir s'appuyer sur deux parents. Ceci permet de sortir de la problématique d'un parent principal et d'un parent secondaire, sans pour autant instituer une égalité. Si l'enfant a droit à une coparentalité, cela ne veut pas dire que le partage doit être strictement égalitaire, et que les temps passé chez l'un et chez l'autre doivent être totalement symétriques. C'est là que peut se percevoir la capacité ou non des parents de sortir d'un simple compte additionnel comparatif de temps pour créer des conditions de résidence alternative qui favorisent des temps de développement complémentaires de l'enfant.

Un certificat mal rédigé va pouvoir desservir la cause de l'enfant que l'on voulait protéger, dans certains cas il peut même conduire à un dépôt de plainte à l'égard du médecin.

Si on ne peut obtenir l'adhésion du parent demandeur à l'absence de rédaction du certificat, **on peut rédiger un certificat uniquement descriptif**, reprenant le motif de la demande et la personne demandeuse, les faits qui ont été allégués en précisant bien que ce sont ou les propos du demandeur ou ceux de l'enfant. En particulier pour l'enfant on peut préciser s'il a tenu ces propos spontanément ou sur demande de l'adulte. Ensuite de façon descriptive on précise uniquement les éléments objectivables observés (par exemple pleurs plutôt que tristesse ou dépression) et on ne mentionne aucune mesure souhaitable car elle peut se retourner contre le parent demandeur qui ne la mettrait pas en œuvre. (On est là bien entendu en dehors des situations de danger pour l'enfant qui doivent donner lieu, elles, aux mesures habituelles de signalement)

Que proposer dans ces situations de des séparations parentales conflictuelles ?

Ne pas prendre à la légère les demandes de consultations pour des enfants de parents séparés même si les difficultés semblent plus liées à l'environnement qu'à l'enfant. Le recours au médecin généraliste peut être une façon de prendre de la distance et une écoute qui ne juge pas peut permettre à des parents de réaliser leur obligation d'entente à propos de leurs enfants.

Le médecin généraliste surtout lorsqu'il est le médecin de famille peut avoir un rôle préventif : souvent formulé par « on a raté notre couple, on voudrait réussir notre divorce, » la culpabilité des parents est au premier plan, le médecin peut les aider en leur montrant que ce n'est pas parce qu'ils se séparent qu'ils deviennent de mauvais parents.

Le médecin généraliste lorsqu'il a connu la famille avant dispose de ces éléments antérieurs pour faire une évaluation de la situation familiale d'ensemble en ayant en tête l'ensemble des constituants de la famille (couple, enfants, fratrie, parentèle élargie).

Il peut contribuer à déconflicter la situation en proposant des aménagements des conditions de séparations ou en proposant des interventions extérieures.

Il évaluera les besoins de soins spécifiques psychologiques tant pour les enfants que pour les parents et pourra les orienter. Il doit apprécier si la situation le nécessite, ce que les parents peuvent entendre et qui doit être orienté. Il est souvent préférable d'aider un des conjoints à consulter un spécialiste lors que la situation a entraîné un vécu de souffrance aigue plutôt que de proposer une consultation pour les enfants.

Toute attitude de violence non contrôlée, tout spécialement la violence physique, doit conduire à une très grande vigilance avec rappel de la loi et de ses conséquences (signalement) et mise en place de mesure d'aide (intervention éducative, groupe

de parole, associations spécialisées, consultants judiciaires ou médicaux suivant les cas).

Comme on le voit ces situations accentuent l'interdépendance entre l'enfant et ses parents et c'est toute la famille qui doit être prise en charge. L'importance et la place privilégiée que peut y tenir le médecin généraliste est importante, elle devient prépondérante quand il est investi par les protagonistes de la fonction de médecin de famille.

RÉFÉRENCES

- 1 – Schmit G. et col. Les constellations familiales complexes aujourd'hui. *Revue de Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2003 mai, Vol 51 n°3
- 2 – Savard N., Zaouche Gaudron C. État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale Point de repères pour examiner le développement de l'enfant exposé aux violences conjugales. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2011, 29, 13-35.
- 3 – Colloque européen et international, 22 et 23 novembre 2010. Des violences conjugales aux violences intrafamiliales, une affaire à trois: victimes, auteurs, enfants témoins. Colloque organisé par l'association Regain et le Conseil de l'Europe à Strasbourg, France
- 4 – Becker E. L'impact des violences conjugales sur les mineurs d'âge, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 1, 02/2008, pp 21-26
- 5 – Savard N., Zaouche Gaudron C. État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Vol. 58, n° 8, 2010/11, pp. 513-522
- 6 – Voindrot F., Meaux C., Berthelot M., Moser J. De l'enfant témoin à l'enfant exposé. Neurones miroirs et élaboration de la pratique : L'enfant exposé aux violences conjugales. *Journal International de Victimologie*, Juin 2012, 10(1), p 65-70.

Absence de liens d'intérêts déclarés par l'intervenant

**NÉGLIGENCE FAMILIALE SÉVÈRE
EN SITUATION NÉONATALE :
L'ACCOMPAGNEMENT PEUT-IL ÊTRE UNE ALTERNATIVE
AU PLACEMENT DU BÉBÉ**

Intervention de D. Rabain

RÉSUMÉ

La négligence émotionnelle peut être définie comme la difficulté d'un parent à percevoir les signaux et les besoins de son enfant. Ce manque d'empathie est lié le plus souvent à des pathologies sévères de la parentalité. L'unité Vivaldi propose un programme thérapeutique visant à lutter contre la désynchronisation des interactions parents/bébé comme alternative dans certaines situations au placement de l'enfant.

MOTS-CLÉS

Négligence, interaction, empathie, synchronie, intersubjectivité

Pour commencer nous donnerons notre définition de la négligence émotionnelle sévère telle qu'elle peut se présenter en périnatalité et dans les premiers temps du développement du bébé jusqu'à ses 3 ans et telle que nous la concevons à l'UPEP Vivaldi spécialisé dans l'intervention précoce sur les troubles du développement du jeune enfant :

Nous parlons de négligence émotionnelle devant la difficulté pour un parent à percevoir et à interpréter les signaux et les besoins de son enfant et à lui donner une réponse affective et comportementale adaptée. Ce défaut d'empathie survient le plus souvent dans les troubles sévères de la parentalité avec ou non un environnement psychosocial pauvre en stimulations.

Le parent manque alors de capacité réflexive et de capacité de mentalisation à la fois à décrire ses propres pensées et sentiments mais aussi vis à vis du bébé. Il ne lit pas, ne décrit pas et ne comprend pas correctement les demandes, le comportement, les émotions et la vie psychique de son enfant. Les troubles de l'interaction parent/bébé sont alors sévères source d'une psychopathologie précoce et d'une souffrance somato-psychique impactant l'avenir et le développement du bébé.

C'est à partir d'une recherche multicentrique initiée par Miri Keren^[1] en Israël et conduite parallèlement à l'Unité Vivaldi par S.Viaux-Savelon, C.Leclere, E.Aidane, D.Rabain^[2] et toute notre équipe que nous avons souhaité démontrer l'efficacité de l'intervention précoce pluri-hebdomadaire par une équipe spécialisée comparé à une intervention standard dans de telles situations.

Dans cette clinique de la négligence la psychothérapie classique est difficile devant le déni des symptômes, la discontinuité dans les soins, le peu de capacités empathiques et

l'alliance familiale fragile. Nous avons proposé une prise en charge intensive et précoce à la fois étayante et contenante centrée sur la guidance parentale et le travail sur les interactions, la réciprocité, le tour de rôle, la régulation des émotions, la synchronie et l'intersubjectivité.

Cette clinique de la négligence s'est intégrée dans une recherche dont les concepts et outils ont été remarquablement mobilisateurs pour les familles, mais aussi pour notre équipe multidisciplinaire. Nous présentons aux parents ce dispositif de recherche comme une aide que nous souhaitons leur apporter face à leurs difficultés en leur montrant l'intérêt que cela peut avoir pour le développement de leur enfant. Le protocole de la recherche a permis de structurer et d'impliquer des familles souvent carencées en les valorisant narcissiquement alors qu'elles ne bénéficient que rarement autant d'intérêts et de préoccupations.

C'est un point important sur lequel nous aimerions insister dans l'approche et l'abord de cette psychopathologie particulièrement complexe et difficile et qui regroupe dans notre étude aussi bien les dépressions du postpartum, que les états limites, les troubles bipolaires et les parents psychotiques. Cela permet également d'approfondir les connaissances sur les mécanismes et les conséquences d'une parentalité en souffrance sur le développement précoce du bébé.

Notre protocole consiste après l'inclusion des familles selon le diagnostic de la classification 0-3 ans^[3] et l'échelle PIRGAS (The Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale)^[3] qui définit le degré de perturbation de la relation parent/bébé. Celle-ci peut être troublée et les « modalités relationnelles commencent à affecter de façon défavorable l'expérience subjective de l'un ou l'autre des deux partenaires » ou bien relations pathologiques « caractérisées par des interactions inadéquates et blessantes pour l'un ou les deux partenaires » voir sévèrement pathologique où la relation est rigide et conflictuelle. Nous proposons alors plusieurs évaluations de la relation grâce à des échelles en particulier le CIB (coding Interactive Behavior) qui est un remarquable outil d'analyse des interactions parent-enfant créé par R.Feldman qui mesure à la fois la qualité de l'interaction ainsi que les comportements parentaux et du bébé à partir d'une vidéo. Nous proposons ensuite à la famille une prise en charge intensive et pluridisciplinaire que nous évaluons à 6 et 12 mois après le début des soins.

Dans le cadre de cette étude nous voulons souligner le travail essentiel sur l'empathie parentale, focus sur lequel sont axées nos interventions de soins dans le groupe thérapeutique enfant/parent et dans la cothérapie proposée lors de la prise en charge qui permet à deux thérapeutes d'intervenir à la fois sur le parent et sur le bébé dans un accordage affectif. Nous nous centrons alors sur la capacité parentale à comprendre les motivations sous-jacentes aux comportements et aux affects de leurs enfants et à éprouver ou non de l'empathie à leur égard. Un moment est particulièrement riche et mobilisateur dans cette recherche, celui de la passation de l'entretien semi-structuré « l'Insightfulness Assessment »^[4]. Cet outil permet de distinguer entre autre deux types des parents : celui capable

d'exprimer une image émotionnellement acceptée de l'enfant de celui manquant d'investissement émotionnel où l'enfant est vu comme un être autonome sans attentes relationnelles.

La réussite de cette prise en charge permettra d'éviter les séparations douloureuses entre jeunes enfants et leurs parents en souffrance.

RÉFÉRENCES

- 1 – Keren M. Feldman R. & Tyano S. Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40: 27-35
- 2 – Viaux-Salvon S. Rabain D. Aidane E. & al. Phenomenology, psychopathology, and short therapeutic outcome of 102 infants aged 0 to 12 months

consecutively referred to a community-based 0 to 3 mental health clinic. *Infant Mental Health Journal*. 2010;31(2):242-253

- 3 – Zero-to-three. Diagnostic Classification 0-3: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Arlington, VA: Zero-to-three / National Center for Clinical Infant Programs. 2005
- 4 – Oppenheim D. Koren-Karie N. & Sagi A. Mothers' empathic understanding of their preschoolers' internal experience: Relations with early attachment. *International Journal of Behavioral Development*. 2001; 25(1). 16-26

Absence de liens d'intérêts déclarés par l'intervenant

CRISE D'ADOLESCENCE. CRISE PARENTALE. QUELLES CLÉS POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

*Intervention de P. Duverger
(Co-auteur :E. Riquin)*

RÉSUMÉ

La famille devient parfois la chambre d'écho de crises développementales et caisse de résonance des problématiques de l'adolescent et de celles des parents, avec son cortège de tensions, de conflits, d'angoisses, d'agressivité, de craintes, d'attentes et de déceptions voire de projections plus ou moins violentes. Il s'agira alors pour le médecin généraliste de repérer si la conflictualité est tolérable ou s'il existe d'éventuelles problématiques psychopathologiques et des risques pour certains des membres de la famille, plus fragiles et vulnérables. Trois modalités de soins se dégagent : accompagnement « simple », thérapie (individuelle ou familiale) ou séparation, pensée et organisée dans un projet de soin.

MOTS-CLÉS

Adolescence, famille, crise

Quand la vie semble sur des rails, il ne reste plus qu'à la faire dérailler... L'adolescence sert à ça ! C'est peut-être pour cela qu'au mot adolescence, on a pris l'habitude d'accoler celui de « crise ». L'adolescence est une zone de turbulences touchant l'adolescent lui-même mais ne manquant jamais de secouer son entourage, à commencer par les parents dont il doit se détacher pour parvenir à se positionner en tant qu'individu capable d'assumer ses choix et ses décisions. L'adolescence pose à vif la question de la permanence et du changement. En ce sens, la crise

d'adolescence est une brèche constituée par des choses qui ne sont plus et par des choses qui ne sont pas encore. Mais ce vécu de crise est souvent associé à un ressenti d'effondrement. Pourtant la crise est aussi une promesse de changements, de constructions nouvelles, de perspectives ouvertes. Autrement dit, l'adolescence mène à tout... à condition d'en sortir !

« Crise d'adolescence »

Pour l'adolescent, c'est *la saison des attentes*. Et cette attente appelle des réponses et des occasions de rencontre avec les adultes. L'absence de statut social entre d'ailleurs en résonance particulière avec les manques de réponses du politique et du social à l'égard des besoins urgents de poésie, d'images, de perspectives, de valeurs éthiques neuves et du droit plein à la parole et à la citoyenneté^[1]. D'un point de vue psychique, l'adolescence est un processus psychique incontournable, un parcours toujours incertain, semé d'angoisses, de doutes, d'espoirs, de crises, de renoncements voire de sentiments d'injustice ; un vécu toujours solitaire, étrange, paradoxal. L'adolescent traverse des problématiques psychiques portant sur le narcissisme, l'identité, des questions de dépendance et d'autonomie, de deuil, de la place du corps et des métamorphoses/pubertaires, du plaisir à penser et à jouer avec les pensées, de la quête d'un monde idéal, du temps des copains, de l'ami(e) et de l'autre idéal, de la rencontre de l'amour et de la sexualité^[2].

Et du côté des parents ? C'est *le temps des inquiétudes*. L'adulte est très ambivalent, voire paradoxal, quand il évoque l'adolescence. Entre rejet et fascination, entre refus et nostalgie. Et les parents sont pris dans un paradoxe : aimer et aider leur adolescent à grandir, c'est aussi se séparer de lui et il s'agit de trouver la bonne distance ; ni trop près (au risque d'être intrusif), ni trop loin (au risque d'être vécu comme abandonnique).

Et dans cette situation génératrice d'angoisse, naît *un paradoxe fondamental* pour l'adolescent : plus il a besoin de soutien, plus ce soutien est une menace pour son autonomie :

« Ce dont j'ai besoin est ce qui me menace »^[3]. Cette contradiction est d'autant plus difficile à gérer qu'elle est vécue sans pouvoir être clairement pensée. Plus grand est son besoin, moins il le supporte. Plus il se sent démuné, plus il se croit dépendant des adultes (parents mais aussi tous les adultes qui l'entourent) et plus il se sent dépendant, moins il le tolère. Car être dépendant, c'est donner du pouvoir à l'autre. De quoi fragiliser l'adolescent ainsi mis à vif par cette immense avidité affective (« Occupe-toi de moi ! ») et par son désir d'autonomie (« Laisse-moi tranquille ! ») ; paradoxe qui le rend hypersensible et génère des moments d'oscillation affective.

Dans cette interaction parents - adolescent, il s'agit donc du côté parental, de renoncer au lien précoce de l'enfance et du côté de l'adolescent, de la nécessité de s'en défaire. Lorsque cela se fait aisément, chacun y retrouve une part nouvelle d'autonomie. Lorsque cela ne peut se faire, les uns et les autres s'installent dans une relation d'emprise ou de provocation, source de souffrances et de comportements pathologiques. Cette situation peut être d'autant plus difficile à vivre que la crise d'adolescence vient en écho à une crise parentale.

Crise parentale – Crise du milieu de vie

Le conflit parent-adolescent n'est pas seulement le résultat d'un processus lié à l'adolescence, mais peut aussi témoigner de difficultés chez un ou les deux parents. A cet égard, il convient de repérer la « crise parentale » se développant parfois en miroir de celle de l'adolescent^[4] et donc de prendre en compte les éventuelles projections parentales dans la dynamique du processus adolescent. Cette crise parentale repose sur l'incontournable réaménagement relationnel que les parents doivent opérer envers leur enfant devenu adolescent et en passe de devenir adulte. Plusieurs aspects psychodynamiques sous-tendent cette crise parentale : une dimension pulsionnelle (« l'inceste possible »), une dimension moïque (et le travail de deuil), une dimension de régression temporelle (en lien avec la propre adolescence des parents), une dimension défensive (et le désir de maîtrise) et enfin une dimension symbolique (avec la question de la dette)^[5].

La crise, comme lien pathologique

La famille devient la *chambre d'écho* des crises développementales de chacun et caisse de résonance des problématiques de l'adolescent et de celles des parents avec son cortège de tensions, de conflits, d'angoisses, d'agressivité, de craintes, de critiques, d'attentes et de déceptions, de projections plus ou moins violentes... où les problématiques classiques sont retrouvées : autonomie / séparation-individuation, projection de l'Idéal du Moi des parents / Moi idéal de l'adolescent, conflit narcissique, problématique autour de la sexualité, conflit d'autorité, etc. Dans ce contexte, jeux de miroirs et renforcements pathogènes ne font qu'amplifier les difficultés des uns et des autres.

Dans certaines situations, les interactions entre l'adolescent et son entourage sont pathologiques, tantôt depuis de nombreuses années mais c'est l'adolescence ou un événement extérieur qui révèle des souffrances anciennes, tantôt du fait de troubles graves de la personnalité du jeune (états-limites). Il

s'agit dans tous les cas de familles fragiles ne supportant pas les efforts de séparation-individuation de l'adolescent. Nous présenterons des cas cliniques pour illustrer ces situations.

Une famille qui va bien est une famille qui accepte « le nouveau », qui intègre la nouveauté. Ceci est particulièrement perceptible lorsque les enfants deviennent adolescents et remettent en question le cadre familial. Cette évolution est aussi repérable au moment d'intégrer de nouveaux membres tel un genre, une bru... Les références, jusqu'alors acceptées, sont remises en question. La famille est vivante, elle grandit et se transforme.

Une famille qui va mal est une famille rigide qui reste arc-boutée et campée sur ses positions voire qui risque de régresser. Le recours aux processus défensifs archaïques (clivage, déni, projection) et le renforcement de l'adhésion à ces croyances fondamentales sont au centre de la dynamique relationnelle familiale. Et l'adolescent est fréquemment pointé du doigt ; il est vécu comme une menace à travers ses désirs de vie autonome, ses remises en cause des systèmes d'idéaux parentaux, et ses choix d'objets nouveaux.

Des pistes et des clés pour le médecin généraliste

Dans toutes ces situations, il est toujours très intéressant de rencontrer l'adolescent seul en consultation afin d'évaluer ce qu'il en est d'une éventuelle souffrance et de possibles troubles psychopathologiques. Il s'agira aussi de rencontrer les deux parents.

Dans ces consultations, il convient de ne pas être juge de paix mais de permettre à chacun de participer et de donner son point de vue. Il s'agit non pas de faire taire mais de faire tiers entre chacun des membres de la famille et de voir ce qu'il en est des capacités de chacun à mobiliser des ressources et à sortir des impasses en proposant des solutions réalistes. Il s'agira aussi d'évaluer les répétitions et les impasses. Et surtout de repérer si la conflictualité est tolérable, vivable ou s'il existe d'éventuelles problématiques psychopathologiques et des risques pour certains des membres de la famille, plus fragiles et vulnérables.

Ainsi, au terme de l'évaluation dynamique des problématiques psychiques de chacun, il importe de proposer une conduite à tenir : accompagnement « simple », thérapies (individuelles, familiales ou systémiques) ou éventuelle séparation, dans un projet de soins pensé et organisé. Dans tous les cas, il s'agira de réévaluer, à distance, l'évolution de la dynamique familiale.

RÉFÉRENCES

- 1 – Huerre P, Pagan-Reymond M & coll. *L'adolescence n'existe pas*. O. Jacob, Paris, 1997.
- 2 – Duverger P, Guedj-Bourdau MJ. *Crise et urgence à l'adolescence*. Masson, Paris, 2013.
- 3 – Jeamment P. *Pour nos ados, soyons adultes*. O. Jacob, Paris, 2008.
- 4 – Marcelli D. *Psychopathologie à l'adolescence*. Masson, Paris, 2005.
- 5 – Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et Psychopathologie*. Masson, 7^{ème} éd., Paris, 2008.

Absence de liens d'intérêts déclarés par l'intervenant