



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Soins ambulatoires en pédopsychiatrie et triangulation : réflexion  
autour de l'implication du père et de la mère dans la prise en charge  
d'un enfant en Centre Médico-Psychologique**

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2015 à 18 heures  
au Pôle Formation

**Par Maïté LEMOINE ROBARDEY**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Monsieur le Professeur Vincent DODIN**

**Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Michel LIBERT**

# **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

# Table des matières

<b>Résumé</b> .....	1
<b>Introduction</b> .....	2
<b>Partie I : Elaboration et fonctions de la triangulation au cours du développement de l'enfant</b> .....	7
I. <u>Elaboration du complexe d'Œdipe</u> .....	7
A. Le complexe d'Œdipe.....	7
1. Le complexe d'Œdipe selon Freud.....	8
a) La notion du complexe d'Œdipe au sein de l'œuvre freudienne.....	8
b) Cas du garçon et de la fille.....	9
2. Apports de Mélanie Klein.....	11
a) Un oedipe prégénital à l'origine d'un surmoi archaïque.....	11
b) Cas de la fille.....	11
B. D'une triangulation archaïque à une configuration oedipienne.....	12
1. Premiers objets et complexe d'Œdipe primaire.....	12
2. Elaboration de la position dépressive.....	14
C. Les fonctions du complexe d'Œdipe.....	16
1. La faculté de penser.....	16
2. La différenciation des sexes et des générations.....	17
3. Les identifications secondaires et la sublimation.....	19
II. <u>Le père : réalité corporelle et fonction symbolique</u> .....	19
A. La fonction paternelle.....	19
1. Qu'est-ce que la fonction paternelle ?.....	19
2. Qui remplit la fonction paternelle ?.....	21
3. Comment se construit le tiers dans le vie psychique de l'enfant ?.....	23
B. Le père dans la théorie psychanalytique.....	25
1. Freud : le rôle du père dans l'organisation du psychisme.....	25

2.	Lacan : Père réel, imaginaire, symbolique.....	26
3.	M. Klein : la conjugalité des parents comme tiers.....	28
4.	Winnicott et les auteurs post-kleinien : le rôle actif de l'enfant dans la mise en place de la triangulation.....	29
C.	Le père « réel » et les triangulations précoces.....	30
1.	Du symbolique au réel.....	30
2.	Une « triade primaire ».....	32
3.	Les compétences précoces du bébé pour les interactions triadiques....	34
4.	Les spécificités de la fonction du père au quotidien.....	35
III.	<u>Le « tiers séparateur » : le chemin de l'individuation</u> .....	36
A.	La petite enfance : internalisation de l'objet primaire pour pouvoir s'en détacher.....	38
1.	L'état d'indifférenciation comme préalable indispensable au processus de séparation-individuation.....	38
2.	Prémices de l'individuation.....	40
B.	L'adolescence : se détacher de l'objet interne pour pouvoir investir des objets extérieurs.....	43
1.	Une phase de régression nécessaire au remaniement psychique.....	43
2.	Pouvoir réaménager les liens parents-enfants.....	45
C.	Quand l'individuation est mise à mal : réflexions psychopathologiques.....	46
1.	L'anorexie mentale à l'adolescence.....	47
2.	La personnalité de type état-limite.....	48
a)	Contexte.....	48
b)	L'impossibilité d'élaborer la séparation.....	48
	<u>Conclusion de la partie I : triangulation et contextualisation sociétale</u> .....	52

**Partie II : Comment penser l'implication des deux parents dans les prises en charge d'enfants et d'adolescents en Centre Médico-Psychologique : réflexions à partir de rencontres avec des professionnels.....55**

	<u>Introduction</u> .....	55
I.	<u>Méthodologie</u> .....	56
II.	<u>Aspect légal de l'information et l'accord du deuxième parent</u> .....	59
III.	<u>L'entrée dans les soins</u> .....	62
A.	Le secrétariat.....	62

B.	Les premiers rendez-vous.....	64
IV.	<u>Pourquoi associer les deux parents à la prise en charge ?</u> .....	67
A.	Intérêt de rencontres effectives avec les deux parents.....	67
B.	Le registre symbolique et la question de la loyauté.....	70
V.	<u>Une rencontre systématique avec chacun des parents ?</u> .....	72
A.	Place concrète ou place symbolique ?.....	72
B.	Situations dans lesquelles les professionnels vont particulièrement rechercher à rencontrer le père et la mère.....	74
1.	Situations de séparation parentale et/ou conflits intrafamiliaux.....	74
2.	Situations dans lesquelles la présence d'un tiers semble primordiale...	75
C.	Situations dans lesquelles la rencontre avec un parent sera parfois évitée.	77
1.	Situations de maltraitances.....	77
2.	Quand l'enfant refuse de voir son parent.....	79
D.	Comment donner une place à un parent non présent aux rendez-vous ?...	81
VI.	<u>Comment prendre contact avec un parent ?</u> .....	84
A.	Par un courrier ?.....	84
B.	Par un appel téléphonique ?.....	86
C.	Par l'intermédiaire du parent présent ?.....	88
D.	Par l'intermédiaire de l'enfant ?.....	90
VII.	<u>Situations cliniques</u> .....	91
A.	Quand il n'est pas possible de rencontrer le deuxième parent.....	91
1.	Quand le parent est décédé.....	91
2.	Quand le parent vit à distance.....	93
3.	Quand le parent absent est tenu à distance par le parent demandeur...	95
4.	Quand il y a eu rupture de contact avec un parent.....	97
a)	Quand on a les coordonnées du parent.....	97
b)	Quand on n'a pas de coordonnées pour le deuxième parent.....	99
B.	Quand un parent ne s'engage pas dans les soins pour son enfant.....	100
1.	Quand un parent refuse de venir aux rendez-vous.....	100
2.	Quand un parent n'est pas en demande de soins pour son enfant.....	104
3.	Quand un parent s'oppose aux soins.....	110
VIII.	<u>Tiers autre que le parent</u> .....	113
A.	Tiers de l'entourage.....	113
B.	Intervenants sociaux.....	117

C. Le thérapeute comme tiers ?.....	119
<u>Conclusion de la partie II</u> .....	120
<b>Conclusion</b> .....	122
<b>Références bibliographiques</b> .....	124
<b>Annexes : Entretiens semi-dirigés</b> .....	128

---

## RESUME

**Contexte** : L'enfant grandit en s'inscrivant dans une double filiation. Ces interactions triangulées vont jouer un rôle essentiel dans le développement de l'enfant, et notamment dans sa capacité à s'individuer. Les soins en pédopsychiatrie ne peuvent faire l'impasse sur la question du père et de la mère de l'enfant pris en charge, tant du point de vue légal que psychothérapeutique.

**Méthode** : Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de pédopsychiatres et psychologues exerçant en centre médico-psychologique, afin d'échanger sur les pratiques professionnelles concernant l'implication des deux parents dans les prises en charge d'enfants et d'adolescents en centre médico-psychologique. L'objectif était d'en dégager des axes de réflexion sur la façon dont le soignant peut donner leur place aux deux parents dans le suivi d'un enfant.

**Résultats** : Loin d'être une démarche protocolisée, la nécessaire prise en considération du père et de la mère des enfants suivis en centre médico-psychologique peut se faire de manière très diverse en fonction des situations cliniques rencontrées. D'une place symbolique, donnée à un parent au travers du discours du soignant, à des rencontres concrètes, l'éventail des possibilités pour le professionnel est large. Cette souplesse va permettre de faire exister le tiers pour l'enfant quelle que soit la configuration familiale rencontrée, tout en cherchant à s'articuler aux exigences des cadres légal, institutionnel, et psychothérapeutique.

---

## INTRODUCTION

Interne en stage en pédopsychiatrie, j'ai fait la connaissance de Louis, 9 ans, pour qui la maman avait fait une demande de prise en charge au CMP. Lors du premier rendez-vous, je rencontre Louis et sa mère. La demande n'est pas très claire ; Louis est un petit garçon vif et curieux qui a de très bons résultats scolaires, qui semble s'intégrer correctement auprès de ses pairs. La mère met en avant des « mensonges », à la maison, qui concernent le plus souvent les devoirs ou d'autres tâches qu'elle a confiées à Louis, et que celui-ci n'a pas réalisés. La maman évoque rapidement la séparation du couple lorsque Louis avait 2 ans, et se plaint du peu d'implication du père auprès de lui. J'apprends que monsieur habite dans une autre région, et qu'il exerce une profession lui laissant peu de temps libre. Louis est fils unique. Madame est célibataire. Monsieur a une compagne. La mère m'explique que Louis ne va qu'un week-end par mois chez son père, voire moins, parce que celui-ci n'est pas disponible et que la prise en charge financière des trajets pose souci (je crois comprendre que monsieur ne veut pas avoir à payer davantage). Elle précise qu'il appelle peu Louis par téléphone, malgré ses demandes à elle qu'il y ait davantage de contacts entre père et fils. Ce qui se dit là affecte Louis, qui va pleurer durant l'entretien, et je me sens en difficulté pour contenir le discours de madame et préserver l'enfant. Madame me dit que le père est au courant et d'accord avec la démarche de soins. Je vois Louis et sa mère durant quelques séances, lors desquelles je vois d'abord Louis seul puis un temps avec la maman. Durant les temps en individuel, Louis parle énormément, mais ne laissant aucune place à une quelconque élaboration de difficultés personnelles, aucun accès à sa vie interne. Il évoque toujours les mêmes sujets : ses jeux préférés, un film qu'il va aller voir... A l'occasion de son anniversaire, j'apprends que le papa est venu passer

---

le week-end avec lui, réservant une chambre d'hôtel dans la région pour lui et son fils. Les plaintes de la maman restent les mêmes. J'informe la maman que je vais envoyer un courrier au père pour lui proposer de prendre contact avec moi s'il le souhaite, courrier auquel je n'obtiens pas de réponse. Les séances se poursuivent, j'ai le sentiment d'être dans une impasse, que ce soit durant les temps de prise en charge individuelle comme lors des rencontres avec la maman qui a toujours les mêmes demandes et avec qui je ne parviens pas à aborder la question de la parentalité. Je profite d'une synthèse d'équipe pour évoquer la situation. Mes collègues me proposent un contact téléphonique avec le père. Ce que je fais, pour m'apercevoir qu'il n'avait pas reçu le courrier que je lui avais adressé. Et pour cause : reprenant avec lui l'adresse que la mère nous avait donnée, je me rends compte qu'il manque une bonne partie des informations. Au téléphone, il apparaît que monsieur connaît bien Louis et semble au fait des difficultés passées et actuelles, des améliorations... Il se dit très preneur de ce contact avec le CMP, regrettant de ne pouvoir être davantage présent. Il m'explique également qu'il regrette de ne pas accueillir plus souvent Louis le week-end, mais qu'il y a un souci pour les trajets avec la maman...

J'ai présenté cette situation clinique lors d'un temps de supervision, dans le cadre d'un séminaire, parce que mon semestre s'achevait et que je ressentais un réel sentiment d'échec vis-à-vis de cette prise en charge, sans savoir exactement ce que j'aurais pu faire différemment. Il était en tout cas clair pour moi que l'appel au père avait changé la donne, mais trop tardivement (au regard de la temporalité de mon passage dans le service ; ça a peut-être été utile par la suite, avec le thérapeute qui a pris le relais du suivi). Non pas que je prenne les paroles de monsieur comme étant la réalité de ce qu'il se passait, mais il est sûr que j'avais alors face à moi non pas un, mais deux

---

discours parentaux sur lesquels s'appuyer pour travailler. J'expérimentais qu'il m'avait manqué l'une des assises du trépied familial, ce qui avait rendu la prise en charge bancale.

En supervision, nous sommes principalement revenus sur le moment de la mise en place du suivi : à aucun moment le père n'avait pu donner son point de vue sur les difficultés rapportées par la mère, et aucun moment il n'avait pu dire ce qu'il pensait d'une prise en charge pour son fils. Seul avait été entendu le discours maternel. Se jouait dans le lieu de soins la relation duelle du domicile. Je me suis alors aperçue que j'avais en quelque sorte relayé la position maternelle qui dénigrait et mettait à l'écart le père, et contribué à confirmer la mère et l'enfant dans un fonctionnement où seul le discours maternel était recevable. Je me suis interrogée sur le potentiel délétère d'un tel suivi. Ma pratique clinique en a été largement modifiée par la suite : je suis devenue particulièrement attentive à ce que les deux parents soient impliqués dans les suivis d'enfants que j'avais en charge. J'ai essayé de rencontrer le père et la mère chaque fois que cela était possible, et dans tous les cas de leur donner une place à tous deux.

Cette expérience m'a conduit à vouloir approfondir la question de la triangulation, qui m'est apparue cruciale lors de l'instauration de soins psychiques pour un enfant.

En réalité, je n'avais pas conscience alors que je m'attelais à un sujet aussi vaste, et surtout si fondamental en pédopsychiatrie.

L'enfant se construit par rapport à chacun de ses parents, en cherchant à se situer dans ce lien à trois.

---

L'enfant ne peut être appréhendé qu'en lien avec ses parents, on ne peut prendre en charge un enfant de manière complètement isolée – ne serait-ce que sur le plan légal, puisqu'il faut nécessairement l'accord des parents.

Le cadre de la prise en charge en pédopsychiatrie comprend cette question, qu'elle soit explicitée ou non : quelle place est donnée à chacun des parents dans les soins ? Comment se situe chacun des membres du triangle père/mère/enfant dans les soins ? Question qui n'est autre que celle qui se pose au cours du développement de l'enfant. Et si le symptôme de l'enfant pouvait être à entendre comme un questionnement sur la place de chacun dans la famille, qui se rejoue dans les soins ? Et si la manière dont est posé le cadre de soins pouvait être thérapeutique en elle-même ? La façon dont le soignant s'empare de cette problématique apparaît donc loin d'être anodine et sans conséquences pour les soins. La question mérite que l'on s'y penche...

Il est important de définir, sinon réfléchir, aux termes que je vais employer dans ce travail.

J'ai évoqué plus haut la triangulation : il est question du tiers, au sens de tiers dans la relation mère-enfant. J'entends ici la mère en tant que fonction maternelle : la personne (ou les personnes) qui exerce auprès de l'enfant une fonction de maternage (représentée par les soins de nursing : alimentation, toilette... mais aussi contenance physique et psychique (portage, verbalisation, ...)).

Le père/la personne exerçant la fonction paternelle pourra être nommé tiers dans la mesure où sa présence permet la triangulation. Nous verrons cependant que la tiercéité peut également s'incarner sous d'autres modalités.

Nous reviendrons dans un premier temps sur la fonction de la triangulation durant le développement de l'enfant.

Par la suite, nous nous interrogerons sur la manière dont le soignant peut signifier la référence à chacun des parents dans la prise en charge. Pour cela, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec des professionnels, pédopsychiatres et psychologues, questionnant les différentes pratiques cliniques à ce sujet.

# PARTIE I

## ELABORATION ET FONCTIONS DE LA TRIANGULATION AU COURS DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

« Le destin de la psyché humaine est toujours d'avoir *deux* objets et jamais un seul, si loin que l'on recule pour essayer de cerner la structure psychique dite la plus primitive » (1). André Green vient dire là que chaque fois que l'enfant perçoit que sa mère n'est pas entièrement disponible à son égard, et ce dès le début de la vie, s'intercale entre eux la question du tiers. En effet, dans la réalité, la mère ne peut être complètement isolée et n'avoir aucun autre investissement que son enfant (2). La triangulation est donc un état de fait, dès l'origine.

Cependant, de quelle façon se construit la place du tiers, incarné par le père, entre la mère et l'enfant ? Et quelle(s) en est(sont) la(les) fonction(s) ?

### I. Elaboration du complexe d'Œdipe

#### A. Le complexe d'Œdipe

##### Introduction : Le mythe d'Œdipe

Dans la mythologie grecque, Œdipe est le fils de Jocaste et de Laïos, roi de Thèbes. Avant sa naissance, l'oracle de Delphes avait prédit au couple que s'il avait un fils, celui-ci tuerait son père et épouserait sa mère. A la naissance d'Œdipe, Laïos décide

---

donc d'abandonner ce fils pour empêcher que ne s'accomplisse ce funeste destin. Œdipe est sauvé et recueilli par Polybe et Mérope, roi et reine de Corinthe. Œdipe est élevé par eux comme leur fils. Devenu jeune adulte, il part consulter l'oracle de Delphes : il cherche à éclaircir le mystère de ses origines devant l'accusation d'un homme lui disant qu'il a été adopté. Cependant l'oracle lui dit simplement qu'il tuera son père et épousera sa mère. Pris de panique à cette idée, il cherche à fuir Corinthe, loin de Polybe et Mérope. Sur son chemin, il croise un vieil homme avec qui il va en venir aux mains pour une histoire de priorité sur le carrefour : il tue cet homme, qui n'est autre que Laïos. Le meurtre du père est accompli. Il poursuit son chemin qui le mène à Thèbes, jusqu'au Sphinx dont il va parvenir à résoudre l'énigme. En récompense, il obtient le trône laissé vacant par Laïos et la main de la reine. Œdipe épouse donc sa mère sans le savoir et se rend coupable d'inceste. Dans l'œuvre de Sophocle, Œdipe-roi (3), Œdipe apprendra la vérité sur le lien véritable qui l'unit à Laïos et Jocaste : de désespoir il se crèvera les yeux et Jocaste se pendra.

## **1. Le complexe d'Œdipe selon Freud**

### a) La notion du complexe d'Œdipe au sein de l'œuvre freudienne

Freud utilise pour la première fois le terme de « Complexe d'Œdipe » en 1910 (4), mais on retrouve des références au mythe d'Œdipe bien antérieures dans son œuvre. Il s'agira d'un thème central dans ses travaux, présent en filigrane de nombreux écrits, et pourtant il est à noter qu'aucun texte de Freud ne lui sera spécifiquement dédié.

---

Pour Freud, le complexe d'Œdipe a une fonction structurante essentielle dans le développement du psychisme humain. Il en parlera comme du « complexe nucléaire des névroses » (5).

Le complexe d'Œdipe est un conflit inconscient entre désir et interdit face aux deux figures parentales. Il s'agit donc d'un conflit à *trois*, *triangulé*. Le complexe d'Œdipe pour Freud est à son acmé entre 3 et 5 ans avant de s'atténuer pendant la période de latence. Ce conflit sera réactivé à l'adolescence, et en principe « résolu » à l'âge adulte (5).

Le complexe d'Œdipe, selon Freud, vient poser l'interdit de l'inceste, qu'il considère comme un interdit fondamental universel. En effet, Freud fait le constat dans son oeuvre Totem et tabou : « cette peur de l'inceste est encore plus vive et plus forte chez les peuples primitifs encore existants que chez les peuples civilisés. » (6)

Dans Totem et tabou, Freud met en scène un peuple primitif, vivant en une horde dirigée par le père tout-puissant. Ce père seul a accès aux femmes du clan. Les fils, jaloux, en viennent à se rebeller contre ce père et à le tuer : c'est le meurtre du père primitif, qui va être à l'origine de la culpabilité des fils vis-à-vis de ce père mort. Sont illustrés ici les sentiments ambivalents éprouvés à l'égard du père : crainte, respect, admiration, amour, haine. Ceci va constituer les fondements de la société : fondement religieux par le culte du père mort, érigé en totem, fondement moral par la culpabilité qui découle du meurtre du père et entraîne l'instauration de règles au sein du clan pour éviter qu'une telle situation ne se répète. Il s'agit du mythe du père primitif ; le message à en retenir est l'aspect fondateur au niveau sociétal de la question oedipienne.

#### b) Cas du garçon et de la fille

Chez le garçon comme chez la fille, l'objet primaire est la mère (au sens de la fonction maternelle). La libido est donc tournée vers la mère.

Le garçon est jaloux du père, objet de désir de la mère, et tiers venant poser l'interdit de l'inceste. Il en résulte une hostilité à l'égard du père. Mais la situation est plus complexe : l'enfant alterne des périodes où la libido est tournée vers la mère, et d'autres où la libido est tournée vers le père ; et par conséquent l'agressivité de l'enfant concerne le père mais aussi la mère. Il s'agit des deux aspects, dits « positif » et « inversé », du complexe d'Œdipe, pouvant co-exister simultanément, chez le garçon comme chez la fille (7).

Face à sa haine pour le père, le garçon va craindre une « sanction », sanction qui, pense-t-il, a été infligée aux petites filles : la castration. L'angoisse de castration va motiver le renoncement à la mère comme objet libidinal. D'autre part, le père se présente comme un rival, mais aussi comme un modèle d'identification, puisqu'il est parvenu à être investi libidinalement par la mère (7).

Chez la fille, la situation est quelque peu différente. Il doit s'opérer en premier lieu un transfert de son investissement libidinal pour la mère vers le père, faisant suite à diverses déceptions imputées à la mère, et notamment l'idée que la mère l'a dépossédée de son pénis. La fille se tourne donc vers le père, espérant obtenir un pénis/enfant du père. Elle éprouve envers la mère une agressivité mêlée de culpabilité. La peur de perdre l'amour maternel sera à l'origine chez la fille du déclin du complexe d'Œdipe, laissant place à la période de latence (7).

---

Pour Freud, il va en résulter une identification aux parents et une intériorisation des interdits parentaux, notamment concernant les pulsions sexuelles : se constitue le surmoi « héritier du complexe d'Œdipe », base de la conscience morale (5).

## 2. Apports de Mélanie Klein

### a) Un Œdipe prégénital à l'origine d'un surmoi archaïque

Mélanie Klein quant à elle décrit un complexe d'Œdipe débutant bien plus tôt, avant même la phase génitale, dès la fin de la première année de vie (8). En effet elle lie l'apparition des tendances oedipiennes aux frustrations que sont le sevrage, dans un premier temps, puis l'acquisition de la propreté. L'enfant est encore dans une période dite de « sadisme », c'est-à-dire en proie à des pulsions agressives et de destructivité très fortes. L'agressivité ressentie envers le parent de même sexe (mais aussi envers le parent de sexe opposé suivant la description de l'Œdipe inversé), mise à jour par la conflictualité oedipienne, va entraîner chez l'enfant un sentiment de culpabilité marqué. Mais ce n'est pas tout : l'enfant va retourner contre lui cette agressivité, par le biais d'un surmoi cruel et sévère, car archaïque, pour qui la punition doit correspondre à l'offense (c'est la loi du Talion : je te mords tu me mords, je te dévore tu me dévores). C'est dire l'angoisse que peut ressentir l'enfant alors. Le surmoi n'est plus ici vu comme successeur du complexe d'Œdipe mais comme entité se constituant dès le début de cet Œdipe prégénital (8).

### b) Cas de la fille

Par ailleurs, Mélanie Klein s'est attachée à élaborer plus avant le cas de la petite fille. Comme nous l'avons vu plus haut, les tendances oedipiennes apparaissent dans le contexte de la frustration ressentie par le sevrage dans un premier temps. Sur le plan libidinal, le garçon conserve son objet primaire, mais modifie son but : il passe d'un but réceptif (phase orale) à un but de pénétration. La fille quant à elle, dans la théorie kleinienne, conserve un but réceptif mais ayant été déçue lors de la phase orale, change d'objet et se tourne vers le père (8). L'angoisse de castration joue le même rôle que pour Freud chez le garçon ; en revanche Mélanie Klein décrit l'angoisse de la fille que la mère (au sens d'imgo maternel) se venge et attaque ses bons objets intérieurs que sont le pénis du père et les bébés reçus du père. Ceci va être l'équivalent pour la fille de l'angoisse de castration et permettre le renoncement au père comme objet de désir sexuel (8).

## **B. D'une triangulation archaïque à une configuration oedipienne**

### **1. Premiers objets et complexe d'oedipe primaire**

Le bébé, au stade schizo-paranoïde, c'est-à-dire au stade le plus précoce du développement (durant les premiers mois de vie), se vit comme omnipotent, face à une mère elle-même toute-puissante : la mère archaïque. Cette mère va tour à tour combler et frustrer le nouveau-né. Elle est vécue par le bébé de manière clivée : d'une part la mère qui répond aux besoins, « le bon sein nourricier », d'autre part la mère qui n'apporte pas la satisfaction immédiate, « le mauvais sein persécuteur ». On retrouve ces notions dans l'œuvre de Mélanie Klein (9). Il s'agit d'un mécanisme de défense

---

archaïque, permettant de préserver le « bon sein » des attaques destructrices du bébé en projetant celles-ci sur le « mauvais sein ». Pour Hanna Segal, un troisième objet se constitue alors, dans lequel l'enfant place les aspects « négatifs » (le « mauvais ») existant chez lui-même, mais aussi chez la mère. Elle décrit un « complexe d'Œdipe primaire », où la relation à l'objet est dominée par les clivages et les projections ; l'objet étant ici un objet partiel (bon ou mauvais, mais ne pouvant être les deux à la fois) (10). La présence du père, qui commence à être appréhendée par l'enfant, va lui permettre de déplacer sur lui ce « mauvais » (2). On voit bien alors que si ces mécanismes archaïques persistent, on se retrouvera dans une configuration où l'un des parents sera idéalisé, et l'autre vécu comme persécuteur.

Le premier objet a, pour Golse, une fonction spéculaire. Investi narcissiquement par l'enfant, perçu comme partie de soi, il va renvoyer à l'enfant une image de lui-même qui permet la construction du narcissisme, tout en ayant une fonction « déformante » : c'est une image de l'enfant certes, mais légèrement différente. Ceci va introduire la notion de différence, pour amener vers la différenciation et le tiers (11). Roussillon s'interroge à savoir si le premier tiers n'est pas cet écart entre le sujet et son image reflétée par l'objet ? (12).

Bernard Golse fait l'hypothèse que très tôt le bébé investit des objets partiels de manière narcissique, objets extérieurs à lui ayant ainsi une fonction de tiers. En effet l'enfant perçoit ainsi qu'un espace existe, qui n'est « ni-lui-ni-elle ». L'Œdipe précoce, ou « l'avant-oedipe » pour reprendre ses termes, serait la rencontre de l'enfant avec ces premiers objets extérieurs, identifiés peut-être davantage par leur fonction (maternage...) (11).

Dès ce stade, il est à noter que les représentations oedipiennes propres aux parents sont présentes dans les liens interpersonnels au sein de la triade. L'enfant se développe « à l'ombre des pulsions parentales » (13).

## 2. Elaboration de la position dépressive

La mère quant à elle, lors de la venue au monde de son enfant, présente un état psychologique particulier, décrit par Winnicott sous le nom de « préoccupation maternelle primaire » (14). En effet, elle présente une sensibilité exacerbée qui lui permet de s'identifier au bébé. Elle peut ainsi s'adapter aux besoins de son enfant, le préserver des aléas de l'environnement. C'est de cette façon que va pouvoir s'élaborer le « sentiment continu d'exister » du bébé (14). Il s'agit ici de la notion de « mère suffisamment bonne », qui va permettre l'élaboration du Moi de l'enfant (14). Une mère *suffisamment* bonne mais pas *totale*ment bonne, c'est-à-dire une mère qui a des « défaillances », normales et même nécessaires au développement de l'enfant. En effet, à certains moments la mère ne sera pas disponible immédiatement pour répondre aux besoins de son bébé. En premier lieu, ceci va permettre l'élaboration de l'absence de la mère. Il est nécessaire que la mère fasse défaut à l'enfant pour que celui-ci puisse accéder à « la reconnaissance de la mère comme objet séparé du moi » (15). L'enfant va vivre l'absence comme une perte d'objet, et va lutter contre cette perte par le processus de représentation. La représentation de l'objet – de la mère - pour tenter de le faire exister lorsqu'il est absent, va constituer les prémices de la pensée. En effet, pour Bion la pensée naît à partir de la frustration : « la capacité de penser » va permettre de combler le vide de la frustration et donc de tolérer cette frustration (16). La capacité représentative va par ailleurs être le socle de l'acquisition de la

---

permanence de l'objet : l'objet continue à exister lorsqu'il est en dehors du champ de perception de l'enfant (17).

L'enfant arrive donc à un stade où la mère est vécue comme étant séparée, pouvant être indisponible. Mais indisponible pour quoi, pour qui ? Quel est cet autre ayant un intérêt suffisant pour la mère pour qu'elle se détourne de l'enfant ? Le tiers donne sens aux indisponibilités de la mère (2). Et la curiosité de l'enfant se tourne vers ce tiers, « l'objet de l'objet ». Pour Lacan, la triade « moi, autrui, objet » va ainsi naître de ce « désir pour l'objet du désir de l'autre » (18). Ceci va mener à l'élaboration de la configuration oedipienne.

La mère est donc perçue comme séparée de l'enfant, mais aussi ayant une vie propre, avec d'autres centres d'intérêt que l'enfant. Elle est vécue, de manière progressive, comme une personne « entière » et non plus comme des entités clivées (« bon sein » / « mauvais sein »). L'enfant doit accepter la réalité d'une mère qui est « externe », et doit apprendre à faire la différence entre la mère et sa réalité interne à lui (10). Nous nous situons ici au stade de la « position dépressive » décrite par M. Klein, où le bébé commence à percevoir ses objets comme entiers, avec leurs bons et leurs mauvais aspects (9). Mais ceci signifie que l'agressivité dirigée contre « le mauvais sein » se situe en réalité à l'égard de la mère en tant qu'objet total présentant des défaillances ; ce qui va entraîner chez le bébé des mouvements de culpabilité et de tristesse, par crainte que cette agressivité n'endommage l'objet (9). D'autre part, s'impose la réalité du tiers existant entre la mère et l'enfant : le père. Cette acceptation est douloureuse pour l'enfant, car elle s'accompagne de l'acceptation de la réalité du couple parental, d'un lien entre la mère et le père dont il se sent exclu. C'est ce qu'Hanna Segal nomme

le « complexe d'oedipe génital mûr » : les parents sont reconnus comme étant « des êtres séparés, complets, qui ont une relation l'un avec l'autre, comportant aussi des rapports sexuels » (10). L'enfant va se sentir face à cela à la fois exclu, donc jaloux, triste, mais aussi envieux.

La relation à trois : père, mère, enfant, est maintenant en place. Il s'agit d'un triangle : chacun des membres est en relation avec les deux autres, mais aussi chacun est tiers de la relation des deux autres. Les différents liens qui unissent le trio sont ambivalents (envie/jalousie de l'enfant devant la relation conjugale des parents par exemple), ce qui amène à l'élaboration de la conflictualité oedipienne, empreinte d'ambivalence. On sort des mécanismes de clivage qui existaient dans la période pré-oedipienne. Mais que va apporter à l'enfant en développement cette configuration à trois ?

## **C. Les fonctions du complexe d'Œdipe**

### **1. La faculté de penser**

Comme nous l'avons vu plus haut, la représentation de l'objet, donc la pensée, va se développer pour lutter contre l'absence de l'objet. L'objet, la mère, est *suffisamment défailante* parce qu'elle a d'autres investissements que son enfant, parce qu'il y a du tiers entre la mère et l'enfant. Mère et enfant ne forment donc pas un tout, contrairement à ce que peut vivre l'enfant dans les premiers stades de son développement.

---

L'absence de la mère, ou de manière plus générale la frustration, entraîne un vide à combler chez l'enfant. Si l'enfant tolère suffisamment la frustration, il ne va pas la fuir en en faisant un mauvais objet à projeter, mais il va pouvoir au contraire la modifier, en en faisant une pensée. Selon Bion, c'est l'existence des pensées qui permet le développement de *l'appareil à penser les pensées*, soit la capacité d'élaborer les pensées (16).

## 2. La différenciation des sexes et des générations

En premier lieu, la résolution de l'Œdipe suppose l'acceptation de la différence des sexes. L'enfant a fait l'expérience des différences sexuées, différences entre le père et la mère.

Le père vient poser l'interdit de l'inceste. Il faut entendre par « interdit de l'inceste » non pas l'interdit de la « réalisation de l'acte sexuel avec la mère mais l'interdit de conserver la mère comme présence qui comble, comme objet de jouissance, ou/et de rester cet objet pour elle » (19). La mère est l'objet de désir du père, tout comme le père est l'objet de désir de la mère. Le père apporte de bonnes choses à la mère, que l'enfant ne peut lui apporter. Le père rend légitime que la mère soit parfois séparée de l'enfant (10). Il n'est pas possible pour l'enfant de connaître ce type de relation avec eux, parce qu'il est l'enfant de ses parents : les générations sont différenciées. Ceci implique qu'il n'est pas intemporel comme il a pu le vivre dans la phase pré-oedipienne, mais qu'il s'inscrit bien dans le temps, dans les générations. Et l'inscription dans le temps suppose l'irréversibilité, l'avant, l'après et par conséquent la mort. L'enfant doit se soumettre à cette réalité : il n'est pas immortel.

---

L'inscription au sein des générations signifie également la reconnaissance par l'enfant qu'il ne s'est pas « auto-engendré » mais bien qu'il est issu du couple parental, qu'il doit son existence à d'autres.

Il n'est pas immortel et n'est pas issu de lui-même : il n'est donc pas tout-puissant. Il doit obéir aux règles de la nature, aux règles parentales, aux règles sociétales. Il doit se soumettre au principe de réalité.

L'enfant, au début de sa vie, n'a de repères que ceux de sa famille. C'est en se situant au sein de sa famille dans un premier temps, qu'il pourra par la suite accéder à une place au sein de la communauté humaine, de la société. Comment se situer au sein de sa famille ? C'est tout d'abord par le modèle des autres membres de la famille que l'enfant se représentera ce qu'est être un garçon – ou une fille – dans cette famille-là, ce que signifie être un fils, être une mère, un père, un mari... dans cette famille-là (20). Nous sommes là au cœur du questionnement oedipien : le monde de l'enfant s'ouvre sur les liens avec d'autres personnes que la mère, sur les liens de la mère avec les autres, et l'enfant va devoir se situer au sein des générations et en tant que membre de la famille de sexe féminin ou masculin. Il s'agit d'un pilier central de la construction de cet adulte en devenir. La symptomatologie exprimée par un enfant peut être entendue comme un questionnement sur cette place qui n'est pas si simple à trouver et comprendre.

Par ailleurs, « l'Œdipe se passe sur trois générations » (21) : les difficultés de l'enfant qui se débat avec sa problématique oedipienne sont à entendre en résonance avec les difficultés qu'ont connu, voire connaissent encore, ses parents avec la question oedipienne, donc dans les liens avec leurs propres parents.

---

### **3. Les identifications secondaires et la sublimation**

Une des façons de résoudre l'Œdipe, pour l'enfant, est de s'identifier au parent de même sexe, qui a manifestement les arguments nécessaires pour être l'objet du désir de l'autre parent. En faire son modèle semble constituer un bon moyen de parvenir à l'imiter, et de résoudre l'ambivalence éprouvée vis-à-vis de ce parent aimé et haï (7).

Lorsque la période oedipienne va laisser place à la phase de latence, les pulsions sexuelles vont être refoulées par le surmoi de l'enfant (intériorisation des interdits parentaux). La libido de l'enfant va être investie dans d'autres activités telles que l'apprentissage, les arts... C'est le processus de sublimation (7).

## **II. Le père, réalité corporelle et fonction symbolique**

### **A. La fonction paternelle**

#### **1. Qu'est-ce que la fonction paternelle ?**

Nous parlons ici de ce qui fait tiers entre mère et enfant (mère en tant que premier objet de l'enfant), et dont la fonction va être de « décoller » mère et enfant, de permettre un autre mode de relation que la « fusion ».

Mais une des premières fonctions du père (en tant que personne exerçant la fonction paternelle) va être de jouer le rôle de contenant pour la dyade mère-enfant, de

---

permettre à la mère d'accéder à cet état spécifique qui caractérise le premier stade de la relation mère-enfant : la préoccupation maternelle primaire (22). Après cette phase où la mère perçoit avec une acuité toute particulière les besoins de son enfant, lui permettant d'y répondre de manière très ajustée et de le réassurer, c'est encore une fois le père qui permettra que la mère guérisse « de cette maladie normale quelques mois après la naissance de l'enfant » (14), permettant pour la dyade de sortir d'une relation duelle.

Sortir d'une relation duelle, c'est sortir d'une relation où les protagonistes se vivent l'un l'autre comme tout-puissants, comme nous l'avons vu plus haut, avec l'illusion d'une bienheureuse complétude, mais en réalité relation ne pouvant mener qu'à l'agressivité et la destruction (18). Il s'agit donc pour l'enfant de renoncer « à l'imaginaire de la fusion et de la toute-puissance grâce au Tiers qui sépare l'enfant de sa mère (condition primordiale de son accès à une certaine autonomie) » (23). Hervé Jaoul évoque l'autonomie, en effet il s'agit pour l'enfant de ne plus être dans une dépendance à l'autre, et donc d'accéder à une place de sujet. Il ajoute : « La fonction paternelle symbolise le Tiers opérateur de cette séparation » (23), ce qui me semble constituer une définition intéressante de la fonction paternelle. L'enfant va devoir passer du statut d'un « objet qui appartient à la mère à un sujet qui n'appartient à personne si ce n'est à la communauté sociale » (19). L'enfant va s'appuyer sur son père, si celui-ci peut faire exister son désir propre devant la mère et n'est pas lui-même dans une relation de soumission à la mère. Il s'agit donc d'une fonction de différenciation, qui amène à la séparation et l'individuation.

---

Néanmoins, il existe une autre dimension fondamentale à prendre en compte pour comprendre ce qu'est la fonction paternelle : c'est la question de l'accès à la Loi, par le biais de l'interdit de l'inceste. Freud dit: « le père interdit à l'enfant de réaliser son vœu inconscient de coucher avec sa mère » (24). La Loi posée par le père est bien celle-ci, destinée à l'enfant mais aussi à la mère, interdit de l'inceste, mais aussi interdit du cannibalisme et du meurtre, et de manière plus générale ensemble des interdits et des lois qui sous-tendent la vie au sein de la société. On note que ce sont ces règles qui seront introjectées par l'enfant et à l'origine du surmoi. Le père est donc le représentant de la Loi, Loi qui fait tiers entre mère et enfant. Nous en revenons à la question de la toute-puissance à laquelle l'enfant doit renoncer. Hervé Jaoul en parle comme du « don de la castration » (23), « castration symbolique » pour Françoise Dolto (25).

Comme nous l'avons vu plus haut avec le développement de la représentation et des mécanismes de la pensée rendu possible par les absences maternelles, la fonction paternelle va permettre l'accès au symbolique, donc l'accès au langage. En effet, le manque créé par cette scission d'avec la mère donne accès à la pensée, à la parole, mais aussi au désir (23).

Nous terminerons en pointant que la fonction paternelle est garante de la triangulation, c'est-à-dire garantit une place à chacun. On notera qu'un père tyrannique, tout-puissant ne permet pas cela, mais au contraire reproduit l'aliénation à la mère vécue comme toute-puissante par le petit enfant.

## **2. Qui remplit la fonction paternelle ?**

---

La fonction paternelle n'est pas forcément le fait d'une personne, elle a plusieurs facettes et certaines, ou chacune selon les situations, peuvent être remplies par des personnes différentes.

En premier lieu, il y a le père biologique, le géniteur par qui s'inscrit la filiation au sens biologique du terme. C'est le père qui permet la venue au monde et rappelle ainsi à l'enfant qu'il ne s'est pas auto-produit dans sa toute-puissance.

Il y a ensuite le père qui a reconnu l'enfant, qui lui donne son nom. Il s'agit de la paternité symbolique, qui prévaut au regard de la loi sur la paternité biologique.

Dans un troisième temps, nous évoquerons la ou les personnes qui amènent du tiers à la relation mère-enfant et permettent d'introduire la question de la différence des sexes. C'est le compagnon de la mère, et/ou la famille de la mère par exemple.

Nous continuerons par l'homme qui va faire naître la conflictualité oedipienne : celui qui sera perçu comme un rival par l'enfant auprès de la mère, tout en constituant un modèle d'identification. C'est aussi et surtout celui qui incarne l'interdit.

Enfin, il y a celui qui dégage de la dette imaginaire à la mère. En effet, cette dette à la mère n'est autre que la dette de la vie, qui évidemment ne peut être comblée, et rendra fou celui qui s'y risquera. Pour que l'enfant s'en dégage, le père doit lui signifier que la question du bonheur de la mère le concerne lui et non l'enfant. « Il signifie à l'enfant que c'est lui le père qui s'occupe de la jouissance de la mère, et permet ainsi à l'enfant de s'en délester » (19). La tâche de l'enfant devient alors de faire sa propre vie au sein de la société.

---

Le père est l'objet d'une triple désignation auprès de l'enfant : par lui-même, par la loi, et avant tout par la mère (26). En effet pour que le père puisse occuper sa place, il faut nécessairement que la mère lui fasse une place et le fasse exister avant tout dans son discours (nous aborderons ce point plus en détails par la suite). La présence réelle du père n'est pas indispensable pour que le père existe dans l'esprit de l'enfant.

Si cela n'a pas été possible pour la mère, elle demeure omnipotente, et c'est dans ces situations que bien souvent des représentants de l'Etat, à savoir institutions, soignants, travailleurs sociaux, interviendront. Hervé Jaoul les nomment « tiers-relais » (23), mais encore une fois pour qu'ils puissent introduire du tiers dans la relation – exercer une fonction paternelle – ils doivent être désignés par la mère. Pour cela la mère doit renoncer à son omnipotence. Si cela ne s'avère pas possible, et les mères dont nous parlons ici peuvent être elles-mêmes dans des situations de grande souffrance en lien avec leur propre problématique oedipienne, un recours au Juge sera nécessaire (23). Le complexe mère-Juge étant alors un « avatar de complexe parental » (26).

Nous concluons en notant que le couple parental lui-même constitue un tiers et exerce en cela une fonction paternelle. La mère a donc toute sa part à jouer dans la fonction paternelle, de même que le père peut partager la fonction maternelle.

### **3. Comment se construit le tiers dans la vie psychique de l'enfant ?**

Dans un premier temps nous avons vu que les absences de la mère et ses intérêts autres que l'enfant permettent d'introduire du tiers. Ensuite, dans le paragraphe ci-dessus, nous avons évoqué la nécessité que la mère donne une place au père pour

lui permettre d'exister pour l'enfant. En cela la parole de la mère est fondamentale. « Où trouve-t-on un père dans la vie ? – Dans la bouche de sa mère. » (27). Le père peut être absent et continuer d'occuper sa place par le discours de la mère qui le fait exister.

J'illustrerai ce propos par une situation clinique à laquelle j'ai été confronté au cours de mon internat. Il s'agissait un enfant que je suivais en CMP, âgé de 5 ans, dont les parents étaient séparés. Le père était en prison à l'étranger, ce qui rendait difficiles voire impossibles les liens père-enfants. Cependant, la mère parlait quotidiennement du père aux enfants, ne serait-ce qu'en leur montrant sur la carte de l'Europe à l'heure de la météo où était leur père et quel temps il avait.

Parler du père, mais en quels termes ? Parler du père en mauvais termes, c'est d'une certaine façon déjà le faire exister. Mais quelle identification est possible pour l'enfant dans ce cas ? (26). Toutefois, ne parler qu'en bons termes d'un père absent dans la réalité ne permet pas d'accéder à l'ambivalence, et encore une fois, quelle identification possible pour l'enfant par rapport à un homme décrit comme entièrement bon ?

La parole de la mère est donc primordiale pour faire exister le père, mais comment l'enfant se saisit de cette question ? Comment « introjecte-t-il » la réalité du tiers ?

Bernard Golse distingue la « triade », processus interpersonnel, de la « triangulation », objet intrapsychique (11). Dans leur article « Comment penser la fonction du père ? Vers une vision systémique de la fonction de triangulation », R. Noël et F. Cyr, s'appuyant sur les travaux de B. Golse, proposent l'idée d'une aire transitionnelle

---

permettant la construction du tiers intrapsychique (22). C'est-à-dire l'idée que face à la triade de la réalité, l'enfant introjecte progressivement la notion du tiers en « jouant » avec dans une aire transitionnelle, où il n'a pas à se poser la question du dedans et du dehors, de l'intrapsychique et de l'interpersonnel (28). L'introjection du tiers permet l'accès à la triangulation.

La mère introduit le père en reconnaissant que l'enfant ne la comble pas parfaitement et en laissant une place vide que le père peut occuper ; l'enfant accepte de s'intéresser à ce tiers en lui donner une place dans sa vie psychique ; le père doit quant à lui investir cet enfant.

## **B. Le père dans la théorie psychanalytique**

### **1. Freud : le rôle du père dans l'organisation du psychisme**

Nous avons déjà évoqué plus haut la question du complexe d'Œdipe dans la théorie freudienne. Nous rappellerons ici le rôle central du père dans cette phase oedipienne, puisqu'il est en quelque sorte celui qui permet l'Œdipe, mais aussi celui par qui passe la résolution de cet Oedipe. En effet, la conflictualisation sur un mode oedipien, à trois, n'est rendue possible que par la présence du père qui vient « déranger » le duo mère-enfant. Par la suite, le père va être celui qui est craint par l'enfant aux prises avec l'angoisse de castration, mais va également devenir figure d'identification.

---

Selon Freud, le complexe d'Œdipe, dont le père est un acteur phare, va être à l'origine de la structuration du psychisme. Les différentes instances de la vie psychique, et notamment le surmoi, vont s'organiser à partir de cet élément-clé. Le père joue donc un rôle fondamental pour son enfant par le biais du complexe d'Œdipe.

Cependant, pour Freud, le père se limite à une figure oedipienne (29). Il n'a pas de place dans la vie psychique de l'enfant avant le stade oedipien. Il est intéressant toutefois de resituer le travail de Freud au sein de son époque. On remarque ainsi que cette vision du père est en adéquation avec les représentations sociales du début du XXème siècle.

## **2. Lacan : Père réel, imaginaire, symbolique**

Pour évoquer la théorie lacanienne, nous repartirons de la notion de décalage entre les besoins de l'enfant et les réponses de la mère, avec des périodes d'absence de la mère, qui vont permettre la prise de conscience par l'enfant que la mère a d'autres intérêts que lui. La mère renvoie à l'enfant l'idée qu'il ne la comble pas complètement. Un manque existe donc pour elle, et en cela elle rend possible l'existence d'une place entre elle et l'enfant.

L'enfant, pour s'expliquer que le père soit en mesure de combler la mère alors que lui-même ne l'est pas, va imaginer un père idéalisé, fort et puissant. C'est un père qui peut faire le poids face au désir de la mère (30). Cette image est nourrie également des représentations culturelles (père très bon, père tyrannique...). Il s'agit de ce que Lacan nomme le Père Imaginaire (5).

---

Le Père Réel est l'homme qui vient occuper la place aménagée par la mère entre elle et son enfant. Il est à l'origine de la castration symbolique, puisque faisant renoncer l'enfant à son désir incestueux. Père de la réalité, il présente des manques qui permettront à l'enfant de faire le deuil du père idéal (imaginaire) (29).

Le Père Symbolique est la conjonction du Père Imaginaire et du Père Réel. Il porte la fonction symbolique du père, au premier plan chez Lacan. En effet la castration va permettre l'accès au symbolique, et notamment au langage, qui lui-même vient poser des limites (5).

Nous voyons ici que la place du père doit être amenée par la mère, par le désir de la mère pour lui. La notion de couple parental est donc bien présente. Le père doit avant tout être présent dans le discours de la mère, c'est ce que Lacan nomme le « Nom-du-Père », qui représente la fonction paternelle symbolique (5). Ainsi, la mère contribue à la fonction symbolique du père (29).

Par ailleurs, ici aussi la question du père est au cœur de la structuration psychique. En effet, pour Lacan, le sujet se structure psychiquement en fonction de sa réponse inconsciente à la Loi du Père (l'interdit de l'inceste, et plus largement les interdits moraux). Ainsi, le refoulement des pulsions oedipiennes serait à l'origine de la névrose. Le déni de la différence des sexes, soit la non-acceptation de l'idée d'un manque en soi (l'on n'est pas un être « complet ») et donc de la castration symbolique, serait à l'origine de la perversion. La psychose trouverait elle ses racines dans ce que Lacan

---

appelle la forclusion (clivage du moi avec à la fois rejet et acceptation des pulsions incestueuses) (5).

### **3. M. Klein : la conjugalité des parents comme tiers**

Comme nous avons déjà pu le mentionner plus haut, Mélanie Klein considère le père comme acteur de la vie psychique de l'enfant beaucoup plus tôt que n'avait pu le faire Freud, à savoir dès la première année de vie. Mais il s'agit en réalité davantage du couple parental que du père en tant que tel.

En effet, Mélanie Klein fait l' « hypothèse de la conscience innée d'un père logé à l'intérieur de la mère » (31). Elle avance l'idée que l'enfant, à un stade archaïque, ne différencie pas ses deux parents. C'est l'image des « parents combinés », qui « constitue le fantasme le plus précoce et le plus primitif de la situation freudienne » (31). C'est une image qui mêle différents aspects, à la fois amour des parents l'un pour l'autre, mais aussi image terrifiante de parents qui « s'entredéchirent, s'incorporent, se pénètrent, se coupent » (31). Il s'agit ici des imagos parentaux intériorisés par l'enfant.

L'enfant va ressentir un sentiment de jalousie en prenant conscience que ses parents ont entre eux une relation qui est indépendante de lui, mais aussi un sentiment d'exclusion. On peut ajouter à cela la notion de perte et de privation : perte d'une relation que l'enfant s'imaginait exclusive, privation d'attention... Ceci participera à l'élaboration de la position dépressive, décrite plus haut. L'enfant est ambivalent à l'égard de cette relation parentale, qu'il souhaiterait détruire, tout en en étant issu.

---

Les travaux de Mélanie Klein permettent de toucher du doigt tout le paradoxe de la triangulation : « l'enfant est issu d'une relation dont il est exclu » (22).

#### **4. Winnicott et les auteurs post-kleinien : le rôle actif de l'enfant dans la mise en place de la triangulation**

Certains auteurs mettent en avant l'idée selon laquelle l'enfant n'est pas passif dans cette élaboration de la triangulation, mais a bien un rôle à jouer (32). En effet, l'hypothèse avancée est l'utilisation psychique du père par l'enfant à des fins de protection et de régulation de son lien avec la mère. L'enfant projetterait sur le père les aspects négatifs de sa relation avec sa mère (angoisses par crainte du « mauvais sein », fantasme de la mère toute-puissante et menaçante, sentiments de colère et de haine envers la mère...) (33). Ceci préserverait la relation dyadique.

Or, de la qualité de la relation mère–enfant dépendrait la qualité de l'espace tiers (bon ou mauvais, bienveillant ou persécuteur) que se construit l'enfant découvrant l'existence du père et de la conjugalité des parents (34).

L'enfant est ainsi considéré comme acteur dans la construction de son fonctionnement mental (29).

Il semble intéressant d'évoquer ici les travaux de Winnicott, qui, s'il a davantage orienté sa réflexion sur la question maternelle, a apporté des éléments fondamentaux autour de la question de la séparation et de la constitution d'un espace entre la mère et l'enfant. Je fais allusion ici à la notion d'espace transitionnel, s'appuyant sur l'objet transitionnel (35).

---

Le petit enfant va sucer son pouce ou son poing pour s'endormir, et un peu plus grand il emmènera partout avec lui un ours en peluche abimé et sale qu'il refusera qu'on nettoie. Que représentent le pouce et l'ours, si ce n'est « un petit bout » de la mère, que l'enfant peut avoir partout avec lui, même et surtout lorsque la mère est absente ? Cet objet transitionnel rend possible la séparation d'avec la mère. Hervé Jaoul en parle comme du « premier opérateur de séparation » (23), permettant de laisser entre la mère et l'enfant un certain espace, une « marge » dans laquelle l'enfant peut expérimenter la séparation, une « aire intermédiaire d'expérience » (35).

Nous voyons que l'enfant a son rôle à jouer dans l'émergence des relations à trois. Nous allons voir à présent que non seulement l'enfant peut être considéré acteur dans la mise en place de la triangulation, mais ce de manière très précoce.

## **C. Le père « réel » et les triangulations précoces**

### **1. Du symbolique au réel**

Les interactions précoces du bébé sont le plus souvent étudiées sous l'angle « mère-bébé ». Comme nous l'avons vu plus haut, la vision psychanalytique du rôle du père pour le développement du petit enfant a pu contribuer à l'idée d'un pôle paternel qui se situerait aux côtés du pôle mère/bébé. En effet, selon les auteurs le père entre en scène à un âge plus avancé de l'enfant, ou bien il est présent plus précocement mais comme un extérieur à la dyade mère-enfant. Cependant, il ne faut pas perdre de vue

---

que c'est bien cette position extérieure qui lui confère une fonction propre et spécifique, différente de celle de la mère. Nous y reviendrons.

Dans la théorie psychanalytique, on s'aperçoit que la relation du père à son enfant passe avant tout par le biais de la mère. On peut se demander dans quelle mesure ceci ne confère pas à la mère une forme de « toute-puissance » et de « pleine responsabilité » à l'égard de son enfant. Ce qui n'est pas sans rappeler les reproches qui ont pu être adressés à la psychanalyse, décriée car considérée comme « culpabilisatrice » envers les mères.

La fonction du père au regard de la théorie psychanalytique a une portée très symbolique, et l'on constate que le père de la réalité (le « père réel » de Lacan), reste peu présent.

Christian Gérard, dans son article autour de la question des triangulations précoces, nous met en garde vis-à-vis d'un père qui serait uniquement symbolique et dont la présence effective auprès des enfants ne serait qu'accessoire (36). En effet, il pointe l'importance de ce qu'il appelle « la réalité corporelle » du père pour la construction des identifications primaires de l'enfant, qu'il définit de cette manière : « relation marquée par la qualité et la force de l'affect » (36). Par ailleurs, et ce point nous intéresse particulièrement, la « réalité corporelle » du père est primordiale pour l'instauration des triangulations précoces, qui, si elles permettent le développement de la triangulation intrapsychique, ne s'en inscrivent pas moins dans une réalité quotidienne d'interactions à trois.

Sans doute faut-il ici considérer le contexte historique et sociétal. Nous avons, dans la partie précédente, évoqué des théories élaborées au cours du XXème siècle, avant les années 1960. La place du père au sein de la société et de la famille a significativement évolué ces dernières décennies. Le père est certainement impliqué bien plus tôt et de manière plus importante dans les soins à son enfant. Le père et la mère, de plus en plus, partagent les soins de maternage au quotidien.

Nous pouvons même remonter au temps de la grossesse : le père est sollicité et présent pour les rendez-vous médicaux, la préparation à l'accouchement, l'accouchement en lui-même...

Nous pointerons que les structures de soins peinent cependant à accueillir ces pères à la mesure de leur implication : de manière générale, le père a peu de place au sein des « maternités » ou « unités mère-enfant »... Toutefois, on peut également considérer que ces lieux restent en priorité dédiés aux mamans du fait de la spécificité de la fonction de la mère par rapport à la fonction du père.

Nous avons en face de nous un père présent dans le quotidien de sa compagne enceinte, puis de son bébé. Nous rappellerons que, de manière physiologique, ce sont les gènes provenant des chromosomes paternels qui permettent la formation du placenta au début de la grossesse. Le placenta, cet organe « tiers » entre mère et embryon puis fœtus, indispensable à la survie et la protection du bébé durant la vie-intra-utérine, viendrait-il déjà signer la présence du père dans l'utérus ? Présence et fonctions très réelles, mais aussi très symboliques....

## **2. Une « triade primaire »**

---

La première triangulation a très certainement lieu dans l'espace intrapsychique des parents, lors de la grossesse (37). Les parents préparent le passage d'une relation à deux à une relation à trois, et déjà des interactions se font dans la réalité de la grossesse entre les différents protagonistes.

De plus en plus nombreux sont les auteurs qui considèrent que l'on doit prendre en compte la triade père/mère/bébé dès le début de la vie de l'enfant. Pour Françoise Dolto, la triangulation s'institue d'elle-même dès la conception (38). Lebovici considère que la dyade mère-enfant n'existe pas en tant que telle car elle est toujours contextualisée par le père, permettant une tiercéisation (39). Pour finir, citons Frascarolo : « le temps de la dyade primaire est dépassé [...] l'enfant naît dans une polyade de base » (40).

Nous reprendrons les travaux de M. Lamour pour développer l'idée d'une triade primaire, qu'elle nomme aussi « nid triadique » (41). Ce nid triadique se construirait à partir de l'histoire des parents et de leur vécu inconscient, et serait le contenant psychique des interactions à trois à venir. La triade serait ainsi « l'unité primaire, les dyades se construisant à l'intérieur de cette unité sociale de base » (41).

Si l'enfant a des interactions à la fois avec sa mère et son père, et joue un rôle majeur dans la parentalisation de son père et de sa mère (par ce qu'il peut leur renvoyer d'émotions, d'affects), il ne faut pas oublier l'un des côtés du triangle : la relation parent-parent et son rôle dans le « devenir parent de cet enfant ». Chacun va s'appuyer sur l'autre et son regard pour construire sa façon d'être parent. L'étayage narcissique de l'autre parent est un pilier de ce processus de construction (41). E. Fivaz, à ce sujet,

---

parle de la nécessité d'alliances coparentales « suffisamment bonnes » pour permettre l'émergence de la triangulation (42).

C. Gérard avance l'hypothèse que les places de chacun des parents dans les relations précoces doivent être équilibrées entre elles pour permettre ensuite la symbolisation des parents dans le psychisme de l'enfant (36). Ainsi, un parent qui aurait une place « trop importante » dans la réalité, c'est-à-dire une relation à l'enfant insuffisamment triangulée par l'autre parent, ne pourrait être vécu par l'enfant sur un mode autre que celui du réel. Ceci compromettrait l'accès au symbolique et au fantasme.

### **3. Les compétences précoces du bébé pour des interactions triadiques**

Le fœtus, déjà, ferait la distinction entre les signaux venant du père et ceux venant de la mère (29). Effectivement, nous imaginons par exemple assez aisément les différences pouvant exister entre la voix de la mère perçue depuis l'intérieur même du corps, et celle du père, extérieure au ventre maternel. Nous pouvons penser qu'il en va de même pour les signaux corporels, affectifs...

Les observations d'interactions entre parents et nourrissons âgés de quatre mois mettent déjà en évidence des compétences triadiques chez le bébé (43). En effet, l'enfant percevrait très précocément le tiers, et ferait la distinction entre les différents modes de relation auxquels il est confronté.

Des études ont montré que le bébé s'attache spécifiquement à chacun des parents et à toute personne interagissant régulièrement avec lui (44). Par ailleurs, l'enfant

---

percevrait le mode d'attachement de chacun des parents et ceci influencerait sur son comportement avec l'un et l'autre (45).

#### **4. Les spécificités de la fonction du père au quotidien**

Il est évident, comme nous l'avons déjà souligné, que les pères sont de plus en plus impliqués dans les soins dits de « maternage », et donc assument une partie de la fonction maternelle.

Toutefois, de manière physiologique, la relation de l'enfant à la mère est différente de celle au père, car marquée par le lien intra-utérin.

Nous avons déjà évoqué le rôle que peut jouer le père pour la relation mère-bébé, rôle de protection et de liaison (33).

Debray propose l'image de la mère comme contenant pour le bébé, à la fois physique mais aussi psychique, et du père comme contenant pour la dyade (46). On imagine alors le père comme système pare-excitatoire, contenant des angoisses maternelles d'une part, et des pulsions agressives du bébé d'autre part. Arrêtons-nous sur l'exemple des mères et de leurs bébés séparés à la naissance, le plus souvent parce que le bébé doit être transporté en service spécialisé. Durant la période où maman et bébé n'auront pas de contact, le père sera le lien entre l'une et l'autre, apportant photos, nouvelles, mais aussi apaisement et réassurance.

Le comportement du père dans les soins à l'enfant diffère de celui de la mère, parce que le père est une personne autre, avec son vécu propre, et de sexe différent (47). Leurs modes d'interaction sont forcément différents.

La relation du bébé à l'autre passe en premier lieu par l'éprouvé corporel. Or, la relation corporelle du bébé avec son père sera différente de celle avec la mère. Certains auteurs, notamment issus de la psychologie du développement, proposent l'idée que la mère cherche à calmer, reconforter l'enfant, tandis que le père est dans une relation davantage empreinte de ludisme, plus « stimulante » (29). Au travers de ses travaux de recherche, J. Le Camus décrit les mères comme « plus enveloppantes, plus douces, plus conventionnelles », et les pères « plus physiques, plus heurtés, plus perturbateurs » (48). Pour D. Paquette, la mère représente quelque chose de la sécurité, et le père amène lui à l'exploration, elle appelle cela le « pôle d'activation » (49).

Il est intéressant de noter cette idée d'une complémentarité des fonctions parentales. La mère va bien entendu jouer également avec l'enfant, mais peut-être faut-il entendre que son style sera différent de celui du père. Quant à la question de la « sécurité », peut-être le père pourra-t-il d'autant plus favoriser l'exploration chez son enfant qu'il apporte un cadre sécurisé et contenant à ses expériences.

### **III. Le « tiers séparateur » : le chemin de l'individuation**

#### **Introduction : Le mythe de l'androgynisme et quelques réflexions préliminaires**

Le Banquet, de Platon, relate une soirée au cours de laquelle plusieurs convives sont amenés à faire un discours sur le thème de l'amour. Le célèbre discours d'Aristophane met en scène l'androgynisme, comme genre humain des origines de l'humanité. L'androgynisme est décrit comme un être de forme sphérique, pourvu de quatre membres

---

supérieurs et quatre membres inférieurs, avec deux visages opposés l'un à l'autre. Les androgynes s'attirent un châtiment de Zeus pour avoir tenté de s'attaquer aux Dieux : ils sont scindés en deux parties. Voici ce qu'il advient alors : « [...] chaque moitié, regrettant sa propre moitié, s'accouplait à elle ; elles passaient leurs bras l'une autour de l'autre, elles s'enlaçaient mutuellement dans leur désir de se confondre en un seul être, finissant par mourir de faim, et , en somme, de l'inaction causée par leur refus de faire quoi que ce soit l'une sans l'autre. En outre, quand une de ces moitiés était morte et que l'autre survivait, cette survivante en cherchait une autre, et elle s'enlaçait à elle, aussi bien quand elle avait rencontré une moitié de femme, [...] aussi bien quand c'était une moitié d'homme. De cette façon l'espèce humaine disparaissait. » (50).

Faut-il y voir une métaphore de l'état d'indifférenciation du tout début de la vie, qui serait un paradis perdu que l'on passe sa vie à rechercher ? Mais qui rendrait possible l'amour et le désir en créant un « manque ».

Racamier a décrit l'antoedipe comme le moment du « conflit des origines », c'est-à-dire le moment où l'enfant, mais aussi la mère, sont pris entre le désir de la différenciation et celui de l'indifférenciation. Ce conflit est rendu possible par l'interdit qui est alors posé : le « tabou de la confusion des êtres » (51).

Dans le discours d'Aristophane, la scission est vécue comme une vraie déchirure, punition divine suprême. Cependant, la séparation a une vraie fonction, celle de l'individuation. L'individuation est l'acquisition du sentiment d'être séparé, d'être un, sujet. Il s'agit d'un aspect fondamental du développement du petit d'Homme. La séparation peut être vue comme une coupure, un déchirement, mais aussi comme une

---

étape majeure de la vie. Se séparer, se détacher, se décoller, sans forcément être déchiré. La fonction paternelle a un rôle crucial à jouer là, amenant à l'individuation en permettant la triangulation. C'est peut-être sa fonction première. En cela la question de la fonction paternelle et de la triangulation me semble indissociable de celle de la séparation. Pour cette raison, j'ai choisi de traiter de cette question dans la partie qui va suivre. Nous nous éloignerons peut-être en apparence à certains moments du sujet principal, à savoir la triangulation, mais je pense que la notion de tiers est en réalité bien présente en filigrane.

Le processus de « séparation-individuation », théorisé par M. Mahler puis P. Blos, est présent tout au long de la vie, mais connaît deux temps forts : la petite enfance, et l'adolescence.

## **A. La petite enfance : internalisation de l'objet primaire pour pouvoir s'en détacher**

### **1. L'état d'indifférenciation comme préalable indispensable au processus de séparation-individuation**

On peut faire l'hypothèse que lors des premières semaines de la vie, le nouveau-né fonctionne en « circuit clos », comme un système se suffisant à lui-même. En effet ses désirs sont satisfaits, il ne différencie en rien ses actions propres de celles de la mère, et on peut ainsi l'envisager comme une monade omnipotente (ou n'ayant pas conscience de sa dépendance totale). On peut imaginer que les seuls éléments qu'il

---

peut distinguer sont l'agréable/le plaisir et le désagréable. C'est la phase que Margaret Mahler nomme « phase d'autisme normal » (52). Freud avait utilisé la métaphore de l'œuf dans sa coquille pour représenter le bébé à ce stade du développement, avec l'idée d'une fermeture au monde extérieur (53). A cette phase, dans une situation idéale, l'adaptation de la mère aux besoins de l'enfant est maximale.

S'ensuit le début d'une prise de conscience par le bébé de l'existence de « l'objet-satisfaisant-les-besoins » (52). Le nourrisson perçoit progressivement que ses besoins ne sont pas satisfaits de manière « magique » ou hallucinatoire. Une légère inadéquation entre besoins du bébé et réponses de la mère est nécessaire à cette étape du développement, que Mahler situe aux environs du deuxième mois. Il s'agit de la même notion que celle développée plus haut, de mère « suffisamment bonne » (14), mais pas (ou plus) « toute bonne ». Nous entrons alors, selon M. Mahler, dans la « phase symbiotique normale » (52). M. Mahler décrit une unité duelle mère-bébé, symbiotique au sens d'indifférenciée. Il n'y a pas de limites à l'intérieur de cette dyade, la seule limite perçue par le bébé étant celle entre la dyade et l'environnement extérieur.

Cette façon d'envisager le développement de l'enfant ne me semble pas incompatible avec l'idée, développée dans la partie précédente, d'une triade primaire. En effet, à ce stade du développement, l'enfant perçoit davantage la fonction maternante que la personne en tant que telle, et l'on peut considérer que nous utilisons le mot « mère » par convention. Le père peut également être cet « objet-satisfaisant-les-besoins », en alternance avec la mère par exemple. De la même façon, on pourra alors considérer cette unité duelle, symbiotique, entre l'enfant et la personne qui lui apporte les soins.

Lors du passage à la phase symbiotique, c'est comme si la coquille de l'œuf se craquelait (52), le nourrisson devenant plus sensible aux stimuli extérieurs, mais ne pouvant les décoder seul. Il a besoin de sa mère pour cela, comme pare-excitatoire ou « Moi auxiliaire ».

C'est en cela que ce passage par un état d'indifférenciation est indispensable au processus d'individuation : l'enfant doit pouvoir s'appuyer sur son parent pour comprendre l'environnement et adapter son comportement. Ce parent a un rôle fondamental de décrypteur, et de repère solide. C'est comme s'il prêtait à son enfant ses yeux pour voir le monde.

## **2. Prémices de l'individuation**

John Bowlby, dans ses célèbres travaux sur la théorie de l'attachement, pense la figure d'attachement comme une « base de sécurité » (54). Paradoxalement, il faut avoir pu s'attacher de manière sécurisée pour pouvoir par la suite se détacher sereinement et s'attacher à d'autres.

Lorsque le développement se passe bien, en présence d'un environnement qui permet à l'enfant d'être en confiance, l'enfant va pouvoir internaliser ce « Moi auxiliaire ». Pour André Green, l'objet primaire (la mère) devient un cadre psychique sécurisant au travers duquel l'enfant peut regarder le monde (55). On note que ce cadre ayant été introjecté par l'enfant, le parent n'a plus besoin de lui « prêter » ses yeux : il a un peu des yeux du parent en lui. De là va se développer la capacité d'être seul, selon

Winnicott, parce que la mère reste présente dans le monde interne de l'enfant en permanence (56). Winnicott voit la capacité d'être vraiment seul comme « un des signes les plus importants du développement affectif » (56).

Le processus de séparation-individuation est soutenu par le développement psychomoteur de l'enfant : la maturation cognitive, sensorielle, motrice, va favoriser l'acquisition progressive par l'enfant du sentiment d'être séparé. L'acquisition de la marche va entraîner une séparation physique de fait, et donner à l'enfant l'occasion de s'essayer à la séparation et au retour. L'enfant, à partir de sa « base de sécurité » va pouvoir explorer l'environnement. L'exploration sera d'autant plus aisée que l'attachement s'est développé sur un mode « sécuritaire ». C'est le stade où l'enfant peut commencer à s'éloigner et jouer seul, tout en venant régulièrement vérifier la présence effective de ses parents.

Pour illustrer ceci, nous pouvons prendre l'exemple des « Maisons vertes », pensées par Françoise Dolto. Il s'agit de lieux, développés à la fin des années 1970, ayant pour but de préparer les mères et les enfants à la séparation. F. Dolto les décrit comme un intermédiaire entre le domicile et la crèche (ou la garderie ou la maternelle) (57). Le principe des « Maisons vertes » repose sur l'accueil du parent et de son enfant, de manière libre, pour un temps d'échanges et de rencontres, tant pour la mère que pour l'enfant. On note que la présence du parent est indispensable, l'enfant ne pouvant être accueilli seul. F. Dolto dit : « [...] pour que la sécurité (ce qu'est la mère pour son enfant) soit introjectée par lui, il faut qu'elle ait été témoin compatissant de la peine éprouvée par lui, de ses expériences et qu'elle l'en ait consolé. Il faut qu'elle lui permette d'affronter à nouveau le danger en même temps qu'elle, présente sans angoisse, et

---

qu'elle lui parle du « danger » auquel il désire se mesurer, en le soutenant par des paroles... » (57). L'étayage de la mère, par sa présence, ses paroles (décryptage du « danger » ressenti par l'enfant), et la répétition de cet étayage va permettre à l'enfant de pouvoir faire sans la mère. Cet étayage est peu à peu internalisé par l'enfant qui peut y avoir accès en dehors de la présence de la mère.

Dans les Maisons vertes, on prépare à la séparation de deux manières. D'une part, ce sont des temps où mère et enfant ne sont pas collés l'un à l'autre, parce que la mère rencontre d'autres adultes et l'enfant peut jouer, seul ou avec d'autres. L'enfant peut donc y expérimenter son fonctionnement autonome en présence de sa mère. C'est, pour Winnicott, la première étape de la capacité d'être seul : être seul en présence de la mère (56). Ici l'enfant pourra faire des va-et-vient entre son jeu et sa mère. Il fait l'expérience également de voir sa mère occupée par autre chose que par lui, peut-être prendre plaisir à une activité qui lui appartient, à elle. D'autre part, la séparation à venir (mise à la crèche...) est mise en mots pour l'enfant. On y apprend à la mère à parler à l'enfant, ce qui signifie déjà mettre du tiers et ne pas rester dans des éprouvés corporels en miroir, rappelant l'état d'indifférenciation.

Une séparation qui se ferait de manière brutale, sans paroles, et sans l'expérience des premiers allers-retours entre l'éloignement et la proximité, ne constituerait qu'un déchirement, sans permettre que s'élabore véritablement un décollement mère/enfant préalable à l'individuation. Il ne s'agirait que d'une souffrance rappelant à l'un combien la présence de l'autre lui est indispensable pour vivre.

---

On voit bien que la présence physique et psychique du parent, de manière fiable, dans les premiers temps du développement, fait partie intégrante d'un processus de séparation et d'individuation qui se déroule de manière harmonieuse.

Nous terminerons sur la question de l'agressivité. Les absences de la mère sont source de pulsions agressives de la part de l'enfant. La colère, la haine permettent à l'enfant de se différencier de l'objet, et en cela jouent un rôle clé dans le processus de séparation-individuation. Il faut cependant pour que ces pulsions s'expriment et jouent leur rôle développemental, que l'enfant puisse haïr sans craindre de perdre : que l'objet soit suffisamment solide pour supporter cela, et continue à aimer.

Le troisième des trois organisateurs du développement selon Spitz est l'acquisition du « non » (58) : c'est en s'opposant que l'enfant va prendre conscience de son individualité propre. On retrouvera d'ailleurs cette dimension fondamentale de l'opposition à la période de l'adolescence.

## **B. L'adolescence : se détacher de l'objet interne pour investir des objets extérieurs**

### **1. Une phase de régression nécessaire au remaniement psychique**

L'adolescence commence avec la puberté, période physiologique de modifications corporelles aboutissant à l'acquisition des caractères sexuels et de la fonction de reproduction. Le corps change, le jeune adolescent est confronté à des pulsions nouvelles. Le corps se sexualise, et par conséquent les liens aussi : ce corps « change

maman en une femme et papa en un homme potentiellement désirables » (59). Les pulsions oedipiennes se réactualisent. Il y a urgence à la séparation car les fantasmes deviennent réalisables (fantasme d'inceste, fantasme de meurtre, liés aux éprouvés oedipiens).

Sur le plan psychique, l'équilibre de la phase de latence est complètement chamboulé. Les différentes instances psychiques doivent se remanier pour faire face et s'adapter à ces nouveautés. Ce remaniement va passer par une phase normale de régression vers des vécus archaïques, indispensable pour permettre une maturation ultérieure (60). On repérera des éléments archaïques dans les recours à l'agir des adolescents, dans les phénomènes de clivage menant à l'idéalisation (le bon objet idolâtré) et/ou au rejet, dans des vécus et comportements de fusion (avec un groupe de pairs, une star, une idéologie politique...). L'adolescent se trouve donc aux prises avec des vécus d'indifférenciation, en même temps que les pulsions oedipiennes refont surface, le tout dans un corps sexué. Ceci est source d'angoisses importantes.

L'enjeu majeur va être l'acquisition de l'autonomie. L'adolescent doit se désengager des liens infantiles aux parents afin de sortir d'une relation de dépendance aux imagos parentales. En même temps, il prend conscience qu'il a encore besoin de l'appui de ses parents. « Ce dont j'ai besoin, cette force des adultes qui me manque, est ce qui menace mon autonomie naissante. Le dilemme de l'adolescent devient : comment, pour trouver la sécurité et les atouts qui me manquent, me nourrir des adultes sans être complètement dépendant d'eux ? » (61). Pour résoudre ce dilemme, l'adolescent va chercher des substituts parentaux auprès de ses pairs. On comprend alors que ce mode de relation se fait encore sur un mode infantile. Il est néanmoins important que

---

l'adolescent, en quête de liens avec les pairs, puisse de cette manière s'inscrire dans sa génération, et au-delà dans la société. Il faudra pouvoir ensuite se dégager d'une relation aux pairs sur le mode de la relation aux imagos parentales ; faute de quoi cet adulte en devenir restera dans une position de dépendance envers les autres.

Ce détachement des objets internes a pour but final de pouvoir investir de nouveaux objets extérieurs. L'adolescent part à la recherche de nouveaux objets d'amour, mais aussi de nouveaux objets de haine, dans le monde extérieur. Il s'agit de se dégager d'une forme d'aliénation aux objets internes. L'adolescent devient responsable de sa vie, en capacité de choisir (60).

## **2. Pouvoir réaménager les liens parents-enfant**

Prendre de la distance d'avec ces représentations internes des parents qui ont jusqu'à guidé l'enfant ne se fait pas sans heurt. La première étape va se caractériser par l'opposition, comme lorsque le petit enfant découvrait qu'il était sujet et pouvait dire « non ». L'adolescent commence par critiquer, rejeter ce qui a trait aux parents. Dns un autre registre, le rejet protège également d'un rapprochement qui deviendrait incestueux.

Il est intéressant de noter que ce comportement d'opposition doit être transitoire. En effet, si le processus de désengagement et d'individuation a pu s'opérer, l'adolescent/le jeune adulte n'a plus besoin de s'opposer pour affirmer son identité. La persistance d'une attitude d'opposition traduirait au contraire le maintien d'un lien de

dépendance : les choix de l'adolescent ne sont alors pas les siens, mais la négative de ceux des imagos parentales (60).

Les « troubles du comportement », si présents à l'adolescence, sont souvent à entendre comme des difficultés du jeune à se séparer et s'individuer. Des comportements violents, délictueux ou autres vont dans la majorité des cas amener à une rupture avec la famille. N'y avait-il pas d'autre façon de se séparer pour cette famille ? Le résultat en est une séparation de fait, souvent illusoire en réalité car les liens ne peuvent pas être réaménagés de façon apaisée. L'adolescent reste dépendant d'une séparation nécessaire dans le réel, faute de quoi son économie psychique est menacée.

### **C. Quand l'individuation est mise à mal : réflexions psychopathologiques**

Il semble intéressant de compléter ces notions concernant les processus de séparation et d'individuation par des éléments d'ordre psychopathologiques, à l'œuvre dans les situations où ces processus sont mis à mal. Nous prendrons l'exemple de l'anorexie mentale et du trouble de la personnalité de type état-limite. Il ne s'agit pas ici d'être exhaustif, en effet d'autres troubles psychiques peuvent être en lien avec des difficultés de séparation et d'individuation. A l'inverse, si dans un certain nombre de cas d'anorexie mentale ou de trouble de la personnalité état-limite on peut repérer ce type de mécanismes, il ne s'agit pas non plus d'établir un lien systématique entre ces troubles et des éléments de difficulté autour de l'individuation.

## 1. L'anorexie mentale à l'adolescence

Parmi les conduites fréquemment rencontrées au sein de nos populations adolescentes en structure de soins, on note les addictions en tout genre. On peut comprendre ces conduites addictives chez l'adolescent comme la tentative de substituer une dépendance à une autre, lorsqu'il est particulièrement difficile de se défaire des liens de dépendance à la famille.

Au sein des pathologies addictives, arrêtons-nous un instant sur les troubles du comportement alimentaire, et plus particulièrement l'anorexie restrictive. L'adolescente (la pathologie touche classiquement les jeunes filles) vient mettre un frein aux transformations corporelles visant à faire d'elle une jeune adulte. Elle imprime à tout son être une forme de maîtrise morbide. Ce faisant, elle inhibe les pulsions corporelles et psychiques nouvelles. On peut faire l'hypothèse que dans un certain nombre de situations cela permet notamment d'éviter la séparation, rendue indispensable par ces différentes pulsions. Le corps reste enfant, la relation aux parents est sans danger et peut être maintenue sous les mêmes modalités.

Un autre aspect de la pathologie me semble intéressant à étudier ici. Ce que vient dire la patiente, c'est qu'elle peut vivre sans manger. Elle n'est pas assujettie à cette nécessité humaine : s'alimenter. Elle est au-dessus de ça, au-dessus des lois de la nature. On retrouve une forme de toute-puissance qui rappelle celle du petit enfant avant que la fonction paternelle permette la castration symbolique, petit enfant qui est encore dans un vécu de toute-puissance mais aussi de fusion. Mais qui peut vivre sans

manger ? Le fœtus, nourrit par le cordon ombilical qui lui apporte tout ce dont il a besoin sans qu'il ait besoin d'agir pour cela.

La naissance vient marquer le premier interdit pour l'enfant, interdit du vampirisme (interdit de « boire » le sang de la mère) (62). Cet interdit est posé par la première étape de la castration symboligène selon Dolto : la castration ombilicale (63). La jeune fille reproduit donc une forme de lien placentaire par sa symptomatologie, à une période où l'on devrait observer un mouvement de prise de distance et d'individuation.

## **2. La personnalité de type état-limite**

### a) Contexte

L'état-limite, décrit pour la première fois en 1884 comme « l'état frontière avec la folie », se situe au carrefour des pathologies de type névrotiques, psychotiques et psychopathiques. Sa compréhension sur le plan psychopathologique et structural varie selon les auteurs, cependant on retrouve des éléments communs, notamment en ce qui concerne les manifestations cliniques. On notera en particulier la dimension dépressive ainsi que les angoisses d'abandon.

### b) L'impossibilité d'élaborer la séparation

Pour Bergeret, la personnalité de type état-limite se constitue dans des situations où la triangulation oedipienne n'a pas pu jouer pleinement son rôle d'organisateur du psychisme (7). Il s'agit de situations où les modalités d'attachement, et donc les interactions précoces, se sont trouvées perturbées. Les causes en sont multiples et le

plus souvent intriquées, depuis les carences d'étayages, les difficultés voire pathologies parentales, jusqu'à la prématurité et aux pathologies du nourrisson.

Il n'y a pas d'élaboration possible de la position dépressive, qui mène rappelons-le à la configuration oedipienne (7). Toutefois, Misès précise que l'enfant a acquis la perception de la mère comme un objet total, ainsi que la différenciation soi / non-soi (64). En revanche, c'est l'intégration des angoisses de séparation et la résolution de l'ambivalence qui vont être difficiles voire impossibles : l'enfant ne peut tolérer l'existence chez lui de sentiments d'agressivité envers la mère, en même temps que de sentiments d'amour (64). Il ne peut prendre le risque d'abimer ou de détruire l'objet. La meilleure défense contre cette ambivalence reste le mécanisme de clivage (bon objet/mauvais objet et clivage du Moi). La relation triangulaire oedipienne reste partielle : le père est principalement utilisé par l'enfant comme une défense contre l'intrusion et le risque d'engloutissement que représente la relation à la mère, que l'enfant ne parvient pas à mettre à distance (64). Pour A. Green, la différenciation père/mère ne se fait pas tant sur la différence des sexes et des fonctions que sur le clivage bon/mauvais, inexistence ou présence transitoire/présence envahissante. Il s'agit de deux facettes qui ne pourraient constituer qu'un seul objet total. En cela, A. Green parle de « bitriangulation » (65).

L'absence est impossible à élaborer, la mère étant vécue comme « trop » présente mais la séparation comme dangereuse. En découle une difficulté à constituer la représentation (qui est une manière pour l'enfant de faire face à l'absence), et par conséquent la pensée. Le psychisme va être dominé par le vide ; le sentiment de vide est d'ailleurs une plainte que nous retrouvons chez nos patients états-limites.

Bergeret parle de la personnalité de type état-limite comme d'une maladie du narcissisme (7). Les assises narcissiques, qui trouvent leur origine dans les interactions précoces, sont fragiles, laissant une faille narcissique.

L'internalisation des premiers objets pour se créer un monde interne solide et rassurant ne s'est pas réalisé de manière entièrement satisfaisante, laissant l'enfant (puis l'adulte) dans une forme d'insécurité permanente. En effet, sans sa « base de sécurité » (l'adulte qui lui apporte les soins), cet enfant ne parvient pas sentir en sécurité. C'est en cela que la séparation est vécue comme dangereuse.

On peut également imaginer que des parents eux-mêmes « blessés dans leur propre narcissisme » (64) restent dans une relation à leur enfant de type narcissique. On entend par là qu'ils sont en difficulté pour investir l'enfant comme un objet réel, qui va s'individualiser, différent de l'enfant qu'ils avaient imaginé et différent d'eux-mêmes. L'enfant va alors être sous cette « emprise narcissique » (64), qui ne lui permet pas de constituer sa propre identité et son propre désir.

La relation d'objet demeure une relation à deux, dans un lien anaclitique à l'autre : le sujet se vit bien comme étant séparé et non dans le vécu de fusion que Bergeret attribue à la structuration psychotique (7), mais il doit s'appuyer sur l'autre pour vivre. A noter que cette relation peut être vécue avec chacun des parents, sans pour autant réaliser une triangulation (« bitriangulation » d'A. Green ou encore « triade narcissique » de Grunberger (66)).

---

On reste dans un registre de dépendance à l'objet. En effet, l'angoisse contre laquelle se défend le sujet « état-limite » est l'angoisse de la perte d'objet, qui entraînerait la dépression (7). La question de la séparation n'a pas pu être élaborée. Pour faire le parallèle, le sujet de structuration névrotique, donc pour qui la triangulation oedipienne a été possible et organisatrice, est en proie à l'angoisse de castration selon Bergeret (7).

L'Œdipe n'étant pas « liquidé », le surmoi (« héritier de l'Œdipe ») ne peut pas se mettre en place de façon complète. Il demeure une forme de surmoi plus archaïque, plus « tyrannique », où les nuances et l'ambivalence sont moins présentes. Comment alors répondre aux exigences de ce surmoi, à des idéaux démesurés, sinon par la dépression ?

Le diagnostic de trouble de la personnalité ne peut être posé qu'à l'âge adulte, le fonctionnement psychique de l'enfant étant en maturation et amené à être remanié, notamment à l'adolescence. On pourra retrouver en clinique chez l'enfant des troubles en lien avec ce mode de développement psychique, sans que cela ne signifie nécessairement une évolution vers un trouble de la personnalité. C'est ce que Misès nomme « les pathologies limites de l'enfance » (64). Dans la clinique, ce sont des enfants en proie à des angoisses dépressives comme nous l'avons vu. Cette souffrance peut se manifester de diverses façons. Un retrait évoquant une symptomatologie dépressive est possible, mais peu fréquent ; on observe plus fréquemment des défenses contre ce sentiment de vulnérabilité, de vide, de tristesse et de dépendance. Ce sera là des comportements d'agitation psychomotrice et/ou d'agressivité. On peut retrouver des tableaux d'absence d'intérêts et d'idées, avec des

troubles des apprentissages. Des manifestations psychosomatiques sont également possibles.

Ces sujets risquent de se construire sans parvenir à avoir une identité propre, comme nous l'avons vu plus haut, en « faux self », et/ou en présentant des attitudes de déni et « pseudo-compensation » de cette fragilité narcissique. C'est ce que Misès nomme le « soi blanc » et le « soi grandiose » (64). Les mécanismes de défense restent archaïques, avec notamment le mécanisme de clivage : l'autre est vécu tantôt comme tout bon, tantôt comme tout mauvais. L'autre est surtout vécu comme objet auquel s'appuyer et se soumettre, sans prendre en réelle considération ce qu'il est, ce qui fait son individualité. En somme toutes les individualités sont déniées : tant celle du sujet que celle de l'objet.

## **Conclusion de la partie I : triangulation et contextualisation sociétale**

J'ai beaucoup parlé dans cette première partie de la mère et du père. Il serait juste de pointer qu'au regard de notre société actuelle, beaucoup d'enfants ne grandissent pas dans une famille composée d'un homme et d'une femme, mais dans une famille qui peut être monoparentale, ou homoparentale... Comment penser la triangulation dans ces situations ? Par ailleurs, on note un réel changement de la place de l'homme et de la femme dans la société depuis plusieurs décennies. Envisager la mère comme la personne apportant les premiers soins à l'enfant, son « premier interlocuteur privilégié », peut paraître une conception dépassée.

---

Je reprendrai, pour à la fois résumer cette première partie mais aussi aborder ces questions sociétales, les travaux de Jean-Pierre Lebrun dans son ouvrage Fonction maternelle fonction paternelle (19). Il y rappelle comment le concept d' « autorité parentale » a supplanté celui d' « autorité paternelle » dans le code civil en 1970, dans une volonté d'égalité homme/femme tout à fait légitime. La femme n'est plus considérée comme soumise à son époux de la même façon que l'enfant, mais bien en tant que sujet responsable au même titre que l'homme. S'ensuit l'apparition du terme de « parentalité » au milieu des années 1980, renvoyant aux « réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents » (19). Pour Lebrun, ce terme contribue à envisager les parents comme un couple d'éducateurs, chacun ayant le même rôle à jouer, la même fonction auprès de l'enfant. Or, par le simple fait qu'il s'agit de deux adultes distincts, il existe là une différence fondamentale. Les parents ne sont pas les deux mêmes et en cela il y a rencontre entre eux, mais aussi forcément des points de « non-rencontre ». Ils vont d'emblée s'adresser à l'enfant selon deux modalités différentes. Ensuite, Lebrun décrit une dissymétrie dans leurs fonctions auprès de l'enfant, qui ne signifie pas que l'un aurait moins de valeur que l'autre, mais que le rôle de l'un dans le développement de l'enfant n'est pas le même que celui de l'autre. La mère (le plus souvent celle qui a porté l'enfant), est dans une relation très corporelle avec l'enfant, d'emblée plus intime. Elle est présente, dans le réel. Elle ouvre tout de même au symbolique en introduisant le langage, et donc le père dans le discours. Le père est représentant du symbolique, puisque sa reconnaissance se fait entièrement sur un mode symbolique. Le père est d'abord plutôt absent, et va devenir présent via le langage. La complémentarité de ces fonctions amène donc au symbolique : ainsi se transmet l'humanisation (19).

---

Le père a besoin de la reconnaissance symbolique qui vient de la mère, mais aussi d'une légitimité lui venant d'ailleurs. Pour Lebrun, la société actuelle, en prônant un égalitarisme qui tend à gommer la dissymétrie entre fonction maternelle et fonction paternelle, ne permet pas d'appuyer le père dans sa tâche. Si le père ne parvient pas à occuper sa fonction, alors l'enfant devra seul se décoller de la mère, tâche extrêmement compliquée. Le risque pour l'enfant est le refus de se soumettre à l'autorité, venant d'un autre que la mère qui n'est pas reconnu, et la persistance d'une forme de toute-puissance qui n'a pas pu être entamée par le père (pas de castration symboligène). Car le père ne doit pas être vu comme le « second », mais bien comme le « deuxième » interlocuteur de l'enfant, qui introduit tous les autres...

On peut prendre les choses à l'inverse : ce « deuxième interlocuteur » de l'enfant, introduit par le discours du « premier autre », est celui qui remplit la fonction paternelle, qui permet l'accès au symbolique. On peut imaginer transposer cette réflexion, pour Lebrun, à un couple homoparental par exemple, l'important étant cette asymétrie entre les rôles de l'un et l'autre.

Lorsqu'un parent seul élève son enfant, l'intervention sur un mode symbolique se jouera par d'autres tiers (grands-parents, école...). Ce parent aura la plus lourde tâche de favoriser seul le processus de séparation-individuation de son enfant.

Il me paraît impossible de chercher à établir une règle générale, chaque situation familiale étant singulière. Ce qui semble important en revanche, c'est de pouvoir définir clairement les liens entre les protagonistes, dans un souci de repérage pour l'enfant, et faire référence à la double filiation de l'enfant. En effet, « dans l'ordre symbolique, la famille n'est jamais monoparentale » (21).

---

## **PARTIE II**

### **COMMENT PENSER L'IMPLICATION DES DEUX PARENTS DANS LES PRISES EN CHARGE D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS EN CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE : REFLEXIONS A PARTIR DE RENCONTRES AVEC DES PROFESSIONNELS**

#### **Introduction**

La demande de soins fait suite, dans la plupart des cas, à un symptôme de l'enfant. Or, qu'est-ce que l'enfant vient exprimer par son symptôme ? Selon Ortigues, on peut envisager le symptôme comme l'expression d'un questionnement de l'enfant sur ses repères, une lutte pour se faire une place dans la société en cherchant à se repérer en tant qu'enfant de ce père et cette mère (67). Nous avons vu plus haut que la triangulation oedipienne est en quelque sorte une « grille de repérage » pour l'enfant, pour se situer au sein des générations et dans les rapports entre les sexes. « Que nous enseignent les symptômes sinon qu'un être préfère souffrir plutôt que d'abandonner un questionnement plus important pour lui que le principe de plaisir ? » (68). En considérant les choses sous cet angle, on voit à quel point la question oedipienne est au cœur de la problématique lorsqu'un enfant est pris en charge en pédopsychiatrie. Comment le soignant peut-il alors prendre en compte cette donnée dans un but thérapeutique ? Ou peut-être la première question à poser devrait être : comment ne pas être « anti-thérapeutique » ?

Je fais l'hypothèse que si l'enfant se débat avec la question de ses repères, il est primordial de penser dès le départ les repères de la prise en charge – le cadre. Nous pouvons aisément envisager que la place de chacun des parents dans la prise en charge fait partie de ce cadre. La prise en charge d'un enfant présuppose, sur le plan légal, l'accord des parents (nous y reviendrons par la suite). Au moins l'un des deux parents est donc d'emblée impliqué, et c'est une condition sine qua non à la prise en charge. Cependant, la volonté d'impliquer les deux parents dans la prise en charge dépasse largement le seul aspect médico-légal. Il s'agit de légitimer la prise en charge pour l'enfant par le fait qu'elle prend appui sur ses deux parents. Par ailleurs, on imagine facilement dans quel conflit de loyauté peut se retrouver pris un enfant qui serait suivi alors que l'un des deux parents n'est pas d'accord pour cela – ou n'a pas été consulté.

Comment faire lorsque cette démarche de soins n'émane que d'un parent, pour aider l'enfant à se situer dans sa double filiation ?

## **I. Méthodologie**

Nous avons choisi de nous pencher sur cette question au sein des prises en charge en consultation, et non sur l'ensemble des soins qui peuvent être proposés en pédopsychiatrie (hospitalisation de jour ou à temps complet, CATTP...). Il nous semblait préférable de nous centrer sur des suivis en consultations, contexte dans lequel les questions qui ont mené à ce travail de thèse ont été soulevées.

---

Cependant, il pourrait être intéressant qu'une réflexion soit menée sur cette question concernant d'autres types de soins, hospitaliers notamment.

Nous avons mené des entretiens semi-dirigés auprès de professionnels, pédopsychiatres et psychologues, ayant une activité au moins en partie de consultations en psychiatrie infanto-juvénile.

L'objectif de ces entretiens était d'avoir un échange avec ces professionnels sur leurs pratiques cliniques, de réfléchir avec eux sur ce qu'il est possible d'imaginer, d'inventer, pour travailler avec un enfant dans des situations où l'implication des deux parents dans la prise en charge ne va pas de soi.

L'idée en était de dégager des axes de réflexion, des pistes pour travailler dans ces situations.

Il s'agit donc d'une démarche de questionnement, autour d'une problématique pour laquelle, je pense, il n'existe pas de « bonne réponse » ou de solution idéale. Il ne s'agissait en aucun cas de porter un jugement sur les pratiques des professionnels qui ont été rencontrés, mais bien de chercher les éléments les amenant à construire leur cadre de prise en charge de telle ou telle manière.

Neuf professionnels ont ainsi été rencontrés, six pédopsychiatres et trois psychologues, travaillant sur cinq sites différents. Il y avait trois hommes et six femmes, d'âges variables, d'obédiences diverses. Certains travaillent sur des CMP recevant des enfants de tous âges ; d'autres prennent en charge plus spécifiquement certaines tranches d'âge (0-3 ans ; 3-10 ans ; adolescents). Je connaissais certains d'entre eux pour avoir travaillé avec eux lors de mes stages ; d'autres au contraire m'étaient inconnus.

Pour le recrutement de ces professionnels, j'ai fait part de mon travail à plusieurs médecins chefs de pôle ou référents d'unités, qui ont transmis les informations auprès de leurs collègues, avec la possibilité de me contacter pour ceux qui étaient intéressés.

Les questions posées lors des entretiens semi-dirigés sont retracées en annexe page 128.

Ces entretiens demandaient aux professionnels de se livrer autour de leur pratique clinique. Il nous a semblé primordial de préserver au maximum l'anonymat, et pour cette raison les entretiens ne sont pas retranscrits de manière intégrale dans ce travail. Nous avons choisi d'en faire apparaître des extraits illustrant les différents points abordés. Ces extraits sont retranscrits entre guillemets et en italique tout au long de la deuxième partie de ce travail.

Nous nous sommes posé la question de la méthode d'analyse des entretiens. L'objectif n'était pas de faire une description des pratiques cliniques mais d'amorcer une réflexion, à partir de notre propre expérience et de celle des professionnels rencontrés. Pour cette raison, nous n'avons pas choisi d'utiliser de méthode d'analyse qualitative standardisée.

Nous avons regroupé l'ensemble des réponses en fonction des différents thèmes abordés, et avons ensuite ouvert la discussion pour chacun de ces thèmes.

## **II. Aspect légal de l'information et l'accord du deuxième parent**

On peut distinguer chez les professionnels interrogés trois façons de procéder en ce qui concerne l'aspect légal de l'information et l'accord des deux parents.

Pour certains, il est indispensable avant de débiter une prise en charge d'obtenir l'accord écrit de chacun des parents. Ainsi, si l'un des parents n'est pas présent au premier rendez-vous, un courrier lui est adressé pour l'informer de la demande de prise en charge et recueillir son accord. S'il n'y a pas de possibilité d'entrer en contact avec ce parent (rupture complète des liens...), il peut être demandé au parent présent d'attester par écrit de cette impossibilité de recueillir l'accord du deuxième.

Pour d'autres, le deuxième parent doit être informé de la démarche, mais cette information ne relève pas nécessairement de la structure de soins : c'est avant tout le parent porteur de la démarche qui doit en informer le second.

*« De manière légale, dans les soins ambulatoires, il n'y a pas nécessité à informer les deux parents s'ils sont séparés. C'est ce qui a été évoqué par la légiste de l'établissement. C'est le parent qui doit informer le deuxième parent. On doit dire au parent : « vous pouvez informer l'autre parent ». »*

Enfin, certains professionnels ont l'habitude d'informer eux-mêmes, par courrier, le parent absent, sans pour autant être en attente de leur accord explicite.

*« On a une règle, c'est-à-dire avoir l'accord au moins implicite de l'autre. »*

*« On informe d'emblée le parent qui appelle de la nécessité légale que soit informé l'autre parent de cette démarche, de recueillir son accord. On invite d'abord les parents à le faire eux-mêmes, ça paraît naturel et légitime que les choses se passent de cette manière-là. [...] On informe l'autre parent, je ne suis pas dans la recherche absolue qu'il donne forcément son accord. Ce qu'il faut c'est qu'il soit informé. Et même si les parents le font entre eux, je trouve que c'est important qu'il parte quelque chose de chez nous, d'un accueil, d'une information personnalisée. »*

Cette diversité de pratiques peut surprendre. Il est alors intéressant de se pencher sur le cadre légal existant.

De manière générale, le médecin doit, sauf cas d'urgence, « s'efforcer de prévenir [l]es parents » d'un mineur à qui il donne des soins et « obtenir leur consentement » (article R4127-42 du code de la santé publique) (69). Le terme de « parents » signifie ici plus précisément : « titulaires de l'autorité parentale ». Mais est-ce que l'accord d'un parent suffit pour l'instauration de soins ?

L'article 372-2 du code civil nous dit : « A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant » (70), ceci que les parents soient en couple ou séparés.

Un acte réputé « usuel » peut donc se faire avec le seul accord d'un des parents.

Dans le domaine de la santé, et plus précisément de la pédopsychiatrie, quels sont les actes considérés comme usuels ?

---

Cette question n'est pas tranchée de manière précise dans les textes de loi. Il est ordinairement admis qu'une consultation de routine est un acte usuel, tout comme les soins obligatoires (vaccinations...), les traitements d'infections bénignes de l'enfant, ou encore les soins habituels pour tel enfant présentant telle pathologie chronique. En revanche, une hospitalisation nécessite l'accord des deux parents, ainsi que la mise en place d'un traitement lourd comprenant des effets indésirables.

Il n'y a pas de consensus concernant l'instauration d'une prise en charge pédopsychiatrique ambulatoire.

Concernant la jurisprudence, on retrouve l'interdiction pour le psychiatre de suivre un enfant si l'un de ses parents lui a fait connaître son opposition (Cour d'Appel de Nîmes, 15/09/09).

On notera tout de même que pour les cas de figure nécessitant l'accord des deux parents, c'est tout autant le professionnel que le parent ayant demandé le soin qui est tenu d'informer le deuxième parent. Un médecin a ainsi été sanctionné pour ne pas avoir recherché l'accord de la mère avant de pratiquer une circoncision rituelle sur un enfant à la demande du père (Cour d'Appel de Paris, 29/09/00).

Les données légales sont donc soumises à l'interprétation institutionnelle qui en est faite, en l'absence d'éléments jurisprudentiels plus clairs. Ceci permet aux professionnels de conserver une certaine latitude dans les aménagements qui sont pensés autour de l'implication des deux parents dans les prises en charge, et peut-être surtout une adaptation « au cas par cas », porteuse de sens pour les familles et les soignants.

---

Par ailleurs, un juriste se penchant sur cette question va s'interroger sur ce que dit la loi en matière d'autorité parentale partagée ; le professionnel de pédopsychiatrie ne peut se contenter de ce seul aspect purement légal. D'autres éléments entreront en ligne de compte pour penser l'implication des deux parents dans la prise en charge, comme l'intérêt de l'enfant, l'intérêt pour les soins, ou encore l'articulation avec le cadre posé par le soignant. S'appuyer sur le cadre légal est nécessaire, mais n'est pas suffisant. Nous sommes ici en présence de deux registres complémentaires mais bien distincts : le registre légal, et la cadre thérapeutique.

### **III. L'entrée dans les soins**

#### **A. Le secrétariat**

La démarche de soins débute lors du premier contact de la famille avec le CMP. L'interface entre le(s) parent(s) et le thérapeute va être le secrétariat.

Selon les sites, et selon la lecture institutionnelle de la question légale de l'accord des deux parents, les choses vont être bien différentes.

Le recueil d'informations peut être plus ou moins protocolisé, plus ou moins directif. Dans certains sites on dira d'emblée au parent qui appelle que l'autre parent doit donner son accord, on demandera les coordonnées du deuxième parent en cas de séparation. Ailleurs, on prendra note des informations données spontanément, et le reste sera discuté en entretien.

---

On peut également d'emblée demander la présence des deux parents. D'autres soignants préféreront observer qui se mobilise et comment lors du premier entretien, avant toute demande venant de l'institution.

*« Les secrétaires sont « briefées » pour essayer de faire venir les deux parents, dans les courriers de prise de rendez-vous aussi on a indiqué que la présence des deux parents est indispensable. »*

*« Si c'est un couple marié on ne va pas forcément indiquer aux deux parents de venir dès la prise de rendez-vous [...] Si c'est un couple séparé, on le sait car on pose la question au téléphone, d'emblée on demande les coordonnées des deux parents. »*

*« Parfois c'est dès le dossier qu'on voit s'il y a une place ou pas [pour le papa]. Parce que la secrétaire n'aura pas noté, parce que la maman n'aura rien dit. Je trouve que ça aussi c'est un signe. Je trouve ça bien que la secrétaire se laisse aller à la façon dont la maman formule la demande et ce qu'elle en dit. Parfois le papa n'apparaît pas. »*

En évoquant dès le premier appel au secrétariat la nécessité de l'accord, voire de la présence, des deux parents pour la prise en charge, le risque est peut-être de voir un parent rompre la démarche de soins. En effet, si la question du deuxième parent est délicate, il peut être nécessaire en entretien de prendre le temps d'expliquer ce qui motive notre demande, mais aussi et surtout de comprendre ce qui fait fracture dans cette famille. Parvenir à une implication des deux parents dans la prise en charge de

---

l'enfant sera peut-être un travail à part entière, qui prendra plusieurs séances. Dans ces situations, on peut imaginer qu'une règle énoncée dès la prise de contact comme une obligation, sans que le parent se sente entendu, rende les choses plus compliquées ; ceci d'autant plus que la démarche d'appeler n'a peut-être pas été simple pour le parent. On peut faire l'hypothèse que si la problématique se situe justement autour des liens à chacun des parents, donc qu'on a tout intérêt à chercher à impliquer le père et la mère, cela va être délicat et va nécessiter un travail en amont.

Toutefois, énoncer dès le secrétariat que l'accord des deux parents va être nécessaire permet de poser les choses de manière institutionnelle, comme un processus systématique. La famille peut être rassurée de faire le constat que cette demande ne la vise pas elle particulièrement mais s'inscrit dans un cadre institutionnel et légal. Cette condition lui est posée avant même qu'on ne connaisse ses difficultés propres.

Le secrétariat va donc avoir le rôle d'accueillir la famille, mais aussi de poser certains éléments du cadre institutionnel, qui seront repris par le professionnel.

## **B. Les premiers rendez-vous**

Les premiers rendez-vous constituent pour le pédopsychiatre un temps d'évaluation clinique. On peut penser cette évaluation de manière plus large : qui est présent ? De quelle façon évoque-t-on ou non un parent absent ?

---

*« C'est systématiquement dans mon esprit, qu'il y a deux parents. Après, chercher à les rencontrer, ce n'est pas tout de suite, d'emblée ou systématique, c'est vraiment en évaluant la situation familiale. [...] En majorité on rencontre les mamans en premier lieu, donc est-ce que cette maman parle du papa, ou est-ce que l'enfant en parle, est-ce que moi j'arrive à en parler dès la première consultation, ou pas du tout ? Je me laisse un peu aller dans ce qu'ils vont m'amener. Je trouve que c'est la meilleure façon de voir quelle place ils occupent. Si spontanément il fait partie du discours, il est inscrit, là je vais demander s'il est informé, s'il est au courant. Parfois il est tout de suite introduit. Parfois on ne l'entend pas du tout. Parfois moi-même je vais l'oublier. [...] Je me laisse un peu imprégner de ce que vont ramener l'enfant comme le parent sur l'autre parent : qui en parle, comment on en parle, ce qui est dit ou pas. Selon cela, je m'autorise ou non à en parler. Je me l'autorise forcément à un moment donné. Sur le plan éthique, et symboliquement pour l'enfant, c'est important d'introduire ses deux parents. Mais la temporalité n'est pas la même si c'est introduit dès la première consultation, si c'est clair, ou si c'est soumis à quelque chose d'un peu lourd, s'ils sont séparés et qu'on ne peut pas en parler. Je respecte la temporalité des gens et je vais introduire l'autre parent au moment où ça me paraît judicieux. »*

Pour la majorité des professionnels, c'est à ce moment qu'est introduite la question de l'autre parent, et de son implication dans les soins. Ce parent est évoqué lors des entretiens, comme une première façon de lui donner une place dans les soins.

---

*« Je commence avec le parent qui vient. [...] Je n'exige rien sauf si à l'énoncé de la prise de rendez-vous je pense qu'il peut y avoir un intérêt à ce que les deux parents soient là. Ce n'est pas très fréquent. Systématiquement j'évoque la question parentale, et le conjoint (en général c'est le père qui n'est pas là) est systématiquement évoqué. En général je pointe que je rencontrerai le père, ça fait partie du schéma obligatoire dans ma représentation. [...] Donc à la première rencontre avec le parent qui vient on nomme quelque chose de l'absent, en général je poursuis les deux ou trois entretiens initiaux avec le parent qui vient tout en invitant l'autre à venir et en demandant à la mère de prévenir le papa. »*

*« En général je dis toujours que j'invite l'autre parent au CMP. Si la personne ne veut pas, je vais essayer de le retravailler plus tard, mais normalement je dis clairement que je veux voir l'autre parent au CMP. Et si je n'arrive pas à voir l'autre parent, j'essaie de demander des renseignements pour montrer que je sais qu'il existe et qu'il est là. »*

*« On amène l'idée que ce serait bien que le père vienne, ne serait-ce qu'une fois. »*

Il s'agit par conséquent d'un moment « clé » dans la prise en charge. L'un des professionnels interrogés évoque d'ailleurs la difficulté à inclure un parent plus tardivement dans un suivi.

---

*« Plus on laisse passer le temps moins les papas ont envie de venir. On essaie au maximum de les inclure dans les trois premières consultations maximum parce qu'après il y a des choses qui sont dites et c'est plus compliqué. »*

Pour certains, se pose la question de la légitimité de poursuivre la prise en charge au-delà de ces premières rencontres si les deux parents n'ont pas été rencontrés.

*« Ce ne sera peut-être pas lors du premier entretien [que je rencontrerai les deux] mais dans le deuxième en tout cas. J'essaie d'expliquer aux parents que je n'engagerai pas de suivi si je n'ai pas vu les deux, ou chacun (parce que parfois ils ne veulent pas être reçus ensemble s'ils sont séparés). »*

#### **IV. Pourquoi associer les deux parents à la prise en charge ?**

##### **A. Intérêt de rencontres effectives avec les deux parents**

*« « Il est informé, il n'est pas contre, mais il ne viendra pas ». Quand on dit ça, ce qui est embêtant, c'est qu'on parle à sa place. »*

En premier lieu, la rencontre avec chacun des parents permet de donner au père et à la mère la place à laquelle ils ont droit, et leur permet d'exprimer leur accord ou désaccord, leur demande pour leur enfant (ou leur absence de demande).

---

Le professionnel va passer de la représentation qu'il s'est forgée de ce parent à partir de ce qu'il en a entendu à une rencontre concrète. On s'aperçoit dans la pratique à quel point ces représentations sont souvent bien loin de ce qu'on perçoit dans le lien direct au parent. Il sera plus difficile de se décaler du discours de l'enfant et du parent présent si c'est notre seul « accès » à l'autre parent.

*« C'est ce que j'explique souvent aux enfants et aux parents : j'aime bien avoir la représentation du problème selon chacun des parents. Souvent le regard posé n'est pas le même, c'est informatif. »*

Dans la majorité des cas le parent partage, au moins en partie, le quotidien de l'enfant. On peut donc imaginer qu'il est confronté au symptôme qui motive le recours au CMP et en a sa propre vision et compréhension.

Par ailleurs, dans une vision plus systémique des choses, la rencontre avec le père et la mère peut être considérée comme partie intégrante de l'évaluation, permettant d'amener au clinicien des éléments de la dynamique familiale.

*« Ça me semble quelque chose de nécessaire pour comprendre, et aussi pour voir les interactions parent-enfant en entretien. Ça permet déjà de percevoir des choses au niveau de la symptomatologie, du fonctionnement familial, qu'on n'a pas forcément quand on voit un seul parent. »*

Le parent est également partie prenante de l'aspect thérapeutique de la prise en charge. Si un traitement médicamenteux est introduit, les parents seront les garants

de la bonne prise de celui-ci ; de façon plus large et systémique, on peut considérer qu'une prise en charge en pédopsychiatrie signifie forcément un travail avec l'enfant et ses parents. En effet, si « un bébé tout seul, ça n'existe pas », comme le dit Winnicott, l'enfant et même l'adolescent sont eux aussi en interdépendance avec le système familial. Il me paraît primordial d'inclure les parents dans la prise en charge, aussi bien pour avancer dans la compréhension de ce qui se joue pour l'enfant, que dans un objectif thérapeutique. Citons pour illustrer ceci les situations dans lesquelles l'enfant amène à la consultation ses inquiétudes pour son (ses) parent(s). Comment aider cet enfant sinon en reprenant ses inquiétudes avec les parents ? Dans cette perspective, un travail avec un seul des parents peut occulter tout un pan de la problématique.

*« Si je le rencontre c'est parce qu'il peut soit contribuer à l'évaluation de cet enfant et m'aider à poser un diagnostic ou en tout cas des propositions d'aide, soit c'est pour travailler avec lui aussi sur des changements qui seraient utiles pour cet enfant. »*

Enfin, l'espace de la consultation peut permettre de (re)donner une place à un parent qui, pour des raisons pouvant être diverses, se trouve à l'écart de ce qui se joue pour son enfant. La question de la triangulation peut de cette manière être travaillée au travers de rencontres avec les deux parents.

*« Parfois c'est primordial, quand les troubles sont en lien avec ça. Alors il faut absolument s'appuyer sur les deux. Parce qu'il y a quelque chose qui peut se construire en consultation, sur la place qu'on peut leur donner, et qui peut*

---

*parfois un peu se transposer au quotidien. Dire : « vous aussi vous êtes important pour votre enfant, pour telle et telle raison ». »*

## **B. Le registre symbolique et la question de la loyauté**

Sur le plan symbolique, comme nous l'avons développé dans la première partie, l'enfant est inscrit dans une filiation avec une mère et un père, et a besoin de cette configuration triangulée, cette double référence pour grandir.

*« Parce que c'est ça qui fonde l'histoire et le récit de vie d'un enfant, c'est qu'à la base il y a un homme et une femme. Ça existe et c'est là quoi qu'on en dise. L'idée n'est pas non plus de s'acharner et de se dire qu'on doit forcément en parler. Il faut entendre comment les gens en parlent, c'est leur récit de vie à eux, est-ce qu'ils évincent le tiers ou non ? Et les enfants dans les entretiens en parlent ou n'en parlent pas, ou ils s'agitent, ou ils ne s'adressent qu'à nous pour parler de l'autre parent quand ils sentent que face au parent il ne faut rien dire, ou ils sont silencieux mais ils jouent et réagissent fortement. Pour eux c'est une question fondamentale, et pour nous aussi. On peut percevoir comment les symptômes peuvent s'inscrire dans le fait qu'on ne parle pas d'un parent ou que l'autre parent est absent. Il y a des situations cliniques où c'est en lien. Je dirais même qu'il y a des situations cliniques où c'est uniquement en lien avec ça. »*

---

*« Cet enfant est l'enfant des deux parents donc il semble important à la fois qu'il vienne en son nom propre de petit enfant et qu'il sache que c'est fait avec ses parents. Cela légitime quelque part ce qui va se faire ici pour lui. »*

L'enfant éprouve envers ses parents un devoir de loyauté. Il s'agit de la loyauté dite « verticale », qui s'ancre dans les origines et le fait d'avoir reçu la vie, et qui sera en général la plus forte (71). Les autres formes de loyauté sont dites « horizontales » (fratrie, amis, conjoint...), et ne sont pas marquées par le même caractère indéfectible.

Quand être en accord avec un parent signifie forcément être en désaccord avec l'autre, l'enfant se retrouve dans une impasse. C'est ce qu'on nomme « conflit de loyauté », ou encore « loyauté clivée » (71).

Nous sommes amenés à rencontrer en consultation des enfants se trouvant dans cette posture. Un travail doit alors se faire avec la famille sur la place de chacun, et la reconnaissance de ce que vit l'enfant (72). Ces situations sont le plus souvent en lien avec des séparations parentales conflictuelles.

Lorsque les parents n'ont pas le même avis concernant la prise en charge en CMP, la question de la loyauté chez l'enfant va être soulevée.

*« Je pense qu'un enfant qui entame un travail de psychothérapie avec quelqu'un doit avoir l'assentiment au minimum passif de ses deux parents, sinon il va être pris dans des conflits de loyauté terribles et il va avoir du mal à s'en dégager. »*

*« Parce que venir à un endroit où on sait que son papa ne veut pas qu'on vienne, c'est un peu lourd. Si les parents sont séparés et que l'enfant voit que l'autre parent vient aussi, ça cautionne quelque chose de plus léger pour lui. Parce que c'est lui qu'on emmène, même si ce n'est pas toujours lui le premier concerné par les troubles ou celui qui doit faire un travail. »*

Comment peut se positionner l'enfant s'il sait/sent que l'un des parents n'est pas d'accord avec la prise en charge (alors même que le professionnel l'ignore parfois) ? Une des réponses que l'on peut imaginer est une forme de « pseudo adhésion » au suivi : l'enfant vient, mais ne livre rien au thérapeute. S'attacher à recueillir au minimum l'accord de chacun des parents est donc un préalable indispensable à une prise en charge.

## **V. Une rencontre systématique avec chacun des parents ?**

### **A. Place concrète ou place symbolique ?**

Doit-on s'attacher à rencontrer le père et la mère, ou davantage à donner une place à chacun sur un plan symbolique ? Sur ce point, les pratiques divergent, même si de façon générale les professionnels adoptent une posture souple pouvant être adaptée aux situations rencontrées.

---

La majorité des professionnels cherchent à rencontrer les deux parents au cours d'un rendez-vous.

*« De la manière la plus générale bien entendu je cherche à rencontrer les deux parents. [...] La règle habituelle, c'est que le deuxième parent, en l'occurrence le père, on puisse le rencontrer au moins une fois. C'est d'essayer dans la mesure du possible. »*

*« J'essaie que les parents soient impliqués. [...] Neuf fois sur dix on essaie de faire venir les parents. »*

*« Je cherche à rencontrer les deux parents, c'est même pour moi une condition indispensable avant de pouvoir engager un suivi psychologique. Ça a évolué au fur et à mesure de ma pratique. Quand j'ai commencé au CMP ce n'était pas comme ça, et c'est au fur et à mesure, en voyant que les suivis ne bougeaient pas forcément, que la problématique de l'enfant n'avancait pas, que de plus en plus j'ai perçu et je me suis convaincue de l'intérêt de voir les deux parents. »*

Pour d'autres, c'est la place qui est donnée symboliquement à chaque parent qui importe le plus, et ça ne passe pas nécessairement par la présence physique aux entretiens. Il va s'agir de faire exister le père et la mère dans le discours, et souvent de contacter le parent absent pour lui permettre de venir s'il le souhaite.

*« Je ne suis pas obligé de le rencontrer pour le faire exister symboliquement. »*

---

*« Il y a deux parents, on leur offre la possibilité d'être là, de venir ou d'être présent sous quelle que forme que ce soit, on les informe, et c'est comment eux ils prennent ou non cette place. [...] De manière spontanée je ne mets jamais à l'écart un parent, quel que soit son fonctionnement. »*

## **B. Situations dans lesquelles les professionnels vont particulièrement rechercher à rencontrer le père et la mère**

La problématique de l'enfant et la situation conjugale des parents peuvent être des éléments « d'alerte » pour les professionnels sur la vigilance à avoir autour de l'implication des deux parents dans les soins, et de la nécessité d'une rencontre physique avec chacun des parents.

### **1. Situations de séparation parentale et/ou conflits intrafamiliaux**

De manière générale, les situations dans lesquelles les parents sont séparés vont appeler à cette vigilance, et a fortiori les situations de séparation conflictuelle.

*« Notamment les situations de séparation. J'essaie de mobiliser les deux parents, et même symboliquement, je fais attention à mettre un rendez-vous quand c'est la semaine du père, un rendez-vous quand c'est la semaine de la mère. Surtout quand il y a des situations de divorce compliqué, quand je pense que l'origine du mal-être de l'enfant est en lien avec la relation familiale, la situation du couple. »*

---

*« Dans les conflits parentaux et les divorces je pense qu'il faut voir les deux, chaque parent peut apporter quelque chose à l'enfant et si n'en voit qu'un, il y a le risque d'être dans un parti pris. »*

*« [...] les deux parents quand il y a quelque chose de complexe au niveau parental, souvent reliquat d'une histoire conjugale mal réglée et dont l'enfant fait les frais, étant lui-même acteur de la tentative de réparation du lien entre les parents. »*

*« Les situations qui me sont venues tout de suite sont les situations de séparation parentale où il y a encore un conflit très vif et souvent un conflit où la conjugalité est encore très présente, avec des conflits de loyauté pour les enfants. Conflits de loyauté ou pas d'ailleurs, parce qu'il y a des enfants qui ont pris carrément le parti d'un parent, mais c'est quand même difficile de se construire sur ce registre-là. »*

Les professionnels cherchent à se décaler d'un regard unique sur l'enfant et la situation familiale, et de donner la parole à chacun. Dans ces situations, on se rend compte que la rencontre physique de chacun va être nécessaire.

## **2. Situations dans lesquelles la présence d'un tiers semble primordiale**

---

Dans le même ordre d'idée, il semble important de rencontrer chaque parent lorsque la problématique de l'enfant se situe autour de la question du lien et des relations intrafamiliales.

Chercher à rencontrer les deux parents va parfois relever directement de la volonté du professionnel d'amener « du tiers », tiers « séparateur » mais aussi tiers « porteur », contenant de la dyade mère-enfant.

*« Je pense très vite à voir le père quand je sens qu'il y a des situations d'emprise maternelle. Là, je me dis qu'il faut absolument que je le voie. [...] Et peut-être que je convoque plus facilement les pères après 3 ou 4 ans quand je sens qu'il va falloir entrer dans l'Œdipe et qu'il faut que le système triangulaire soit bien ancré. »*

*« Je sais que j'y pense aussi sur des dépressions maternelles, quand je sens qu'il y a besoin de holding, de soutenance, et que quelqu'un apporte quelque chose à l'enfant quand la maman ne peut plus. »*

*« [...] pour les très jeunes, les problématiques de séparation, cela permet de poser, de reprendre les choses, la place des uns et des autres. »*

Enfin, les prises en charge d'adolescents semblent également nécessiter plus particulièrement l'implication des deux parents : parce que l'adolescent interroge le système familial par ses troubles, parce qu'il est en quête de repères identificatoires...

## **C. Situations dans lesquelles la rencontre avec un parent sera parfois évitée**

### **1. Situations de maltraitances**

Dans les situations de maltraitances ou suspicion de maltraitances d'un parent sur l'enfant, les professionnels sont soucieux de protéger l'enfant, mais aussi l'espace qui lui est proposé au CMP.

*« Quand il y a une situation où le parent est mis en cause pour des faits de maltraitance, psychologique ou sexuelle, je ne vais pas forcément chercher à le rencontrer [...] Je m'assure qu'il y a l'accord écrit et que le père est au courant, s'il n'est pas déchu de ses droits, mais je ne vais pas chercher à le rencontrer, pour que cet adolescent puisse investir l'espace. »*

*« Dans les cas de parent en prison, de maltraitance, ou de mère maltraitée par le mari, dans les cas de menaces, etc... on ne va pas faire venir les deux parents ici. Non seulement on risque de mettre l'enfant et les autres personnes en danger, mais en plus ici l'enfant ne va pas investir du tout, au niveau de l'alliance ce sera une catastrophe. »*

Si la protection physique et psychologique de l'enfant revient aux services judiciaires et sociaux, c'est la question de l'alliance de l'enfant dans les soins, et de l'investissement de l'espace proposé qui est mise en exergue dans ces situations.

---

Il me semble important de se référer au cadre posé sur le plan judiciaire. Il faut rappeler ici que les situations de déchéance de l'autorité parentale sont en pratique exceptionnelles, y compris lorsque le parent a été reconnu coupable de maltraitances sur l'enfant. Il s'agit ensuite de savoir si le parent a le droit d'être en contact avec l'enfant ou non. Il paraît assez évident qu'on ne pourra pas envisager un entretien parent-enfant s'il y a une interdiction de contact du parent avec l'enfant. En tant que soignant, peut-on à l'inverse « décider » qu'un entretien en présence du parent sera délétère, en dehors de toute interdiction judiciaire ?

En premier lieu, cette interrogation nous renvoie aux situations dans lesquelles une mesure d'investigation judiciaire est en cours. Les inquiétudes pour l'enfant sont donc bien là (et peuvent émaner de la structure de soins elle-même), mais parfois aucun jugement n'a été posé. Il y a également la question de la maltraitance psychologique, plus difficilement identifiable. Le professionnel de santé mentale peut être un acteur de première ligne pour le repérage de ce type de maltraitance. Enfin, nous sommes parfois confrontés à des éléments qui nous interpellent dans le lien parent-enfant, mais pour lesquels l'information aux services sociaux ne paraît pas justifiée ou appropriée. Il s'agit notamment de situations relevant du champ sanitaire et non du champ social. La nature même de ce qui est repéré comme « maltraitance » peut donc être très différente selon les cas, et la réponse apportée sera à adapter à la situation.

On peut tout d'abord s'appuyer sur la réalité quotidienne de l'enfant : dans bon nombre de cas, même en l'absence de jugement posé, l'enfant n'a pas de contact avec le parent. Quel serait alors le sens d'une rencontre provoquée par le soignant ?

Par ailleurs, les professionnels évoquent également la possibilité de différencier les espaces : le parent peut être rencontré seul par le professionnel, ou par un autre professionnel du CMP. Ainsi, le parent est impliqué dans la prise en charge et un travail peut s'amorcer avec lui. De cette manière, il n'est pas imposé à l'enfant ou l'adolescent d'être directement confronté à son parent, même si une place est proposée à celui-ci.

*« [...] il y a des situations où clairement je n'avais pas demandé à voir les deux parents : les situations de maltraitance, les situations où par exemple un enfant a révélé des maltraitances sexuelles et il n'y a pas encore de jugement posé, l'enquête est en cours. Je vais attendre un peu surtout si l'enfant refuse qu'on rencontre le parent, ou le deuxième parent ne sera pas forcément reçu par moi. Si la clinique semble aller dans le sens d'un trauma, je vais peut-être surseoir. »*

*« [...] des enfants ou des adolescents pour lesquels c'était insupportable. Cela m'a fait remettre en question une sorte de systématisme de faire venir le parent. Avec des retours aussi de situations qui m'ont interrogé, où j'avais eu une alliance plutôt bonne avec l'enfant, et où après avoir vu le deuxième parent, [...] c'était plus compliqué [...] »*

Nous avons abordé ici les cas de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avérée, l'enfant exprimant ou non sa volonté de ne pas voir son parent.

Qu'en est-il des situations dans lesquelles l'enfant refuse la rencontre avec son parent, en dehors de toute problématique de maltraitance ?

## **2. Quand l'enfant refuse de voir son parent**

---

*« Il y a le cas où un enfant, surtout un adolescent, refuse explicitement qu'un de ses parents soit là, dans ce cas on ne va pas chercher à ce que les deux parents soient là. Après on le travaille : « pourquoi tu ne veux pas qu'il soit là ? ». Cela peut être manipulateur de la part de l'autre parent, ou ça peut être ce qui fait difficulté avec le parent. »*

*« Si un enfant ne veut pas... il y a tout de même la nécessité que l'autre parent soit informé, qu'il puisse être accueilli s'il le souhaite et donc on délèguera en fonction des situations soit à l'assistante sociale, soit à un autre thérapeute, en général médical, pour que les choses soient plus institutionnalisées. »*

En tant que professionnel, comment répondre à ce refus de l'enfant ? Doit-on le respecter, dans l'idée que c'est l'enfant notre patient et que c'est avant tout un espace pour lui que l'on propose ? Serait-ce privilégier l'alliance avec lui ?

En premier lieu, il faut distinguer le refus de l'enfant de voir son parent, et le refus de l'enfant qu'un professionnel rencontre son parent, ce qui est beaucoup plus rare. La confusion entre ces deux niveaux pourrait aboutir pour le professionnel à se sentir « enfermé » dans une situation où l'enfant refuse de voir son parent, et ne pas pouvoir imaginer une rencontre dans un espace autre.

Par ailleurs, ce serait attribuer à l'enfant un pouvoir important, une forme de toute-puissance, que de le laisser décider de l'implication ou non de son parent dans les soins. Cela le mettrait dans une place qui n'est pas la sienne. De manière générale et au quotidien, l'enfant n'a pas à donner son accord pour que ses parents exercent leur autorité parentale, et plus largement leur rôle de parents. Comme dans de nombreuses

situations cliniques que nous pouvons rencontrer, on imagine combien il peut être insécurisant pour un enfant ou un adolescent de s'apercevoir que le cadre n'est pas tenu par l'adulte mais qu'on lui en laisse les rênes.

D'autre part, comme l'évoque le professionnel ci-dessus, la question de l'emprise d'un parent sur le discours de l'enfant et du conflit de loyauté doit être soulevée.

On peut imaginer une position intermédiaire : prendre en compte la volonté de l'enfant, tenter d'y mettre du sens et travailler à partir de ce refus, tout en restant garant du cadre pensé pour cette famille. Si un entretien en présence du parent et de l'enfant ne semble pas souhaitable, il peut être proposé de recevoir ce parent dans un espace différent de celui de l'enfant. Le professionnel aura ainsi entendu la demande de l'enfant, tout en garantissant une place aux deux parents dans la prise en charge.

#### **D. Comment donner une place à un parent non présent aux rendez-vous ?**

Pour une raison ou pour une autre, la rencontre avec un parent peut être impossible. Nous développerons par la suite de manière plus précise des situations pratiques pour lesquelles le parent ne peut être rencontré.

Des professionnels ont évoqué lors des entretiens la nécessité en premier lieu que le thérapeute « ait en tête » ce parent.

*« Pour l'enfant, symboliquement, ce n'est pas la même chose en tant que thérapeute si on ne l'accueille qu'avec son parent réel qui est là, ou si on a dans la tête la maman, ou d'autres personnes... [...] Parce que pour eux dans le réel*

---

*c'est parfois la même chose, ils n'ont pas l'autre parent à la maison qui s'occupe d'eux, mais par contre ils en entendent parler, ou ils entendent des mauvaises choses sur lui, ils ont des paroles, des images, des représentations. Finalement on est un peu pareil quand on ne travaille pas avec le parent dans le réel : on a des hypothèses.»*

Garder à l'esprit le parent absent va permettre de le nommer, d'en parler. C'est de cette façon que le soignant pourra se référer à ce parent dans le discours, et tenter de ne pas être un témoin d'une relation duelle parent-enfant qui cautionnerait une référence unique pour l'enfant.

*« Je le nomme symboliquement « c'est ton père il y a des liens, maintenant il n'est pas là, ce n'est pas parce qu'il n'est pas là qu'il ne compte pas », enfin quelque chose de ce registre-là. [...] J'essaie de ne surtout pas le disqualifier, ne pas disqualifier l'absent. J'essaie quand même de le situer symboliquement comme éventuellement en lien à la fois avec la psychopathologie rencontrée et en même temps en tant que garant au minimum passif de la prise en charge. »*

On peut donc évoquer ce parent, mais aussi le faire exister, réfléchir avec l'enfant et le parent présent aux éléments qu'il pourrait apporter s'il était là. Dans un souci pour son enfant, que penserait-il du suivi ? Que pourrait-il dire de son enfant ?

Les systémiciens utilisent une chaise vide pour symboliser l'absence d'un membre de la famille et lui donner toute sa place, « le faire parler ».

On peut également travailler avec l'enfant la question de l'identification à ce parent : « En quoi ressembles-tu à papa/maman ? De qui tiens-tu ? ».

---

*« C'est aussi dans les entretiens, même s'ils ne sont pas là, que l'on fait apparaître dans le questionnaire tout ce qui a rapport avec le papa, ce qu'il peut penser du suivi, de la problématique. On est dans la subjectivité de la maman, cela se fait dans le cadre de l'entretien. De la même manière avec l'enfant. »*

On peut travailler avec un parent seul la question de ce qui est dit à l'enfant sur l'autre parent. Les situations de parent décrit comme violent, maltraitant, vont particulièrement mettre en exergue ce questionnaire. Qu'en dire à l'enfant, de quelle manière ? Dans tous les cas, il me semble important de prendre comme point de départ de cette réflexion le désir et les valeurs du parent présent. Que pense-t-il important de dire à l'enfant ? L'espace thérapeutique peut être vu comme un lieu permettant l'émergence de la réflexion en présence du soignant. Si le soignant « assène » au parent la bonne façon de faire (quelle est-elle ?), comment le parent peut-il se l'approprier, et que reste-t-il de la dimension thérapeutique ?

*« Une question que je pose souvent aux mamans seules, je pense ici à la périnatalité, c'est : « est-ce que vous allez dire à votre enfant qu'il y a un père ? ». Ce père il faut pouvoir en dire quelque chose. On peut le faire vivre quand même. »*

## **VI. Comment prendre contact avec un parent ?**

On peut imaginer bien des façons différentes d'entrer en contact avec un parent qui n'est pas présent aux rendez-vous : lui envoyer un courrier l'informant que l'on est à sa disposition pour le rencontrer, lui envoyer une « convocation » à un rendez-vous déjà déterminé, l'appeler, passer par l'intermédiaire du parent présent, voire de l'enfant, pour demander sa présence...

De manière assez générale, les professionnels n'ont pas une façon de faire, mais utilisent l'un ou l'autre de ces outils en fonction des situations.

*« Souvent pour les contacter, je demande aux personnes à qui j'ai à faire ce qui va être mieux, comme je ne les connais pas. Je leur dis « il y a plusieurs façons de faire, qu'est-ce que vous pensez qui est le mieux ? Est-ce que c'est vous qui informez et qui donnez les moyens d'avoir un rendez-vous, est-ce que vous informez si vous pouvez, et moi j'écris ou je demande à la secrétaire qu'elle téléphone ? ». »*

### **A. Par un courrier ?**

L'utilisation du courrier permet de garder une distance. Le parent n'est pas tenu de donner une réponse de façon directe à un professionnel, contrairement à un appel téléphonique.

---

*« J'essaie soit la voie courrier, soit le téléphone. Souvent le courrier dans un premier temps parce que c'est moins direct, les gens se sentent moins obligés de répondre, moins obligés de dire oui que s'ils me répondent tout de suite au téléphone. Après je ne m'acharne pas non plus. Je ne vais pas envoyer quinze courriers, je ne vais pas harceler. Il y aura eu un courrier, peut-être un petit coup de fil ou un message, et j'informe l'autre parent en disant que j'ai écrit un courrier au deuxième parent pour lui dire qu'il est le bienvenu. Il faut trouver la bonne mesure. »*

Le courrier peut avoir plusieurs fonctions : informer le parent du suivi, demander son accord, lui proposer un temps de rencontre, lui faire part de la nécessité de son implication dans la prise en charge, ou encore « convoquer » à un rendez-vous dont la date et l'heure sont fixés dans le courrier. L'envoi d'un courrier permettra aussi de signifier à l'enfant et au parent présent le souci du soignant pour l'autre parent.

*« C'est rare que j'envoie un rendez-vous directement. La première raison qui me vient, ce n'est pas forcément la plus valable, c'est qu'on a tellement peu de place qu'on ne peut pas se permettre d'envoyer des rendez-vous comme ça dans le vide. Sinon il y a des courriers aussi où on demande aux gens de nous contacter, leurs disponibilités. Et aussi parce que d'une certaine manière, je n'ai pas forcément à devancer leur désir. »*

Envoyer un courrier disant « vous êtes attendu tel jour à telle heure » ou envoyer un courrier de mise à disposition pour rencontrer le parent sont deux démarches très différentes. Dans le premier cas, l'injonction du rendez-vous ne permet pas de prendre

en compte la volonté du parent, ses contraintes... Un parent qui serait réticent pour venir au CMP risque de ne pas se sentir accueilli mais dans l'obligation de venir, sans être écouté pour autant.

Cependant, comment faire quand le parent ne répond pas à un courrier de mise à disposition ?

On peut joindre à la mise à disposition des explications au parent sur l'importance de sa venue pour la prise en charge de son enfant, par exemple : « nous avons besoin de votre point de vue de parent pour la prise en charge de votre enfant, qu'en pensez-vous, de quelle façon pourrait-on se rencontrer ? »

En attendant d'avoir une réponse du parent, il semble important de rester vigilant à souligner auprès de l'enfant et du parent présent le manque de ce deuxième parent dans le cadre de la prise en charge. Mettre en place le suivi de façon « classique » reviendrait à annuler l'importance portée à l'implication de ce parent, puisque présent ou pas, la prise en charge se déroulerait de la même manière. Nous reviendrons sur ce point par la suite.

## **B. Par un appel téléphonique ?**

De la même façon que pour le courrier, il y a plusieurs façons de se servir de l'appel téléphonique pour contacter un parent.

L'appel peut être passé par le secrétariat, ou par le thérapeute lui-même. Si l'appel est passé par le thérapeute, ça peut être en dehors de la consultation avec l'enfant, ou au contraire pendant le rendez-vous, parfois même avec le haut-parleur.

On imagine que pour un premier contact, il est délicat de passer un appel en présence de l'enfant et du parent présent, car on ne sait pas de quelle manière cet appel va être reçu. En revanche, ça peut être un moyen de faire participer un parent à l'entretien, de façon préparée, lorsque celui-ci ne peut pas être présent physiquement (par un éloignement géographique par exemple, ou une hospitalisation...).

La question pour le professionnel d'appeler ou non lui-même un parent en dehors de la consultation est souvent associée à la question de la confidentialité. Nous développerons ce point par la suite. Ici, il s'agit de prendre contact afin d'informer du suivi, de recueillir l'accord, et de proposer une rencontre. Je pense que ceci peut être facilement expliqué à l'enfant.

Si l'appel téléphonique met le parent dans une situation de « confrontation » directe au professionnel, il permet peut-être plus facilement d'établir un lien et d'expliquer au parent en quoi consiste la prise en charge et pourquoi on le sollicite. On peut se dire non pas que le parent *doit* s'exprimer, mais qu'il *peut* s'exprimer. En cela, ça peut être intéressant que l'appel soit passé par le soignant en personne.

Courrier ou téléphone ? Il n'y a sans doute pas de solution idéale ni de réponse tranchée à avoir. Selon les situations, l'un et/ou l'autre sera utilisé, en fonction de ce que l'on aura perçu du parent qui n'est pas là.

*« J'ai la situation d'une maman, dont j'ai l'idée qu'elle souffre beaucoup des troubles de son fils et qu'elle a beaucoup de mal à être en lien avec lui, donc je*

---

*ne l'ai jamais appelée directement au téléphone. Peut-être que ça aurait un effet, je n'en sais rien, je ne sais même pas si j'ai son numéro d'ailleurs, mais par courrier ça laisse la possibilité de dire non, de ne pas répondre. Ça dit quand même : « on pense à vous, on sait que vous êtes là, on sait que vous avez un enfant qui vient ici, avec qui on travaille ». »*

### **C. Par l'intermédiaire du parent présent ?**

Le professionnel peut-il se satisfaire d'informations passées au parent non présent par l'intermédiaire du parent demandeur ?

On note que dans la pratique, les choses peuvent être vécues différemment par les professionnels en fonction de la situation conjugale des parents. En effet, lorsque les parents sont en couple, le soignant ne se sent pas forcément légitime à contacter lui-même le deuxième parent. Les parents étant ensemble, le présumé pour le soignant est un accord préalable entre eux pour les soins.

*« Quand ils sont ensemble, je n'ai pas d'autre moyen que de passer par madame. Je ne me vois pas appeler monsieur. »*

Cette question évoque pour moi certaines expériences auxquelles j'ai été confrontée au cours de mon internat. J'ai en tête plusieurs situations de parents en couple pour lesquelles je recevais le papa après quelques rendez-vous avec la mère et l'enfant. Je ressentais alors à quel point le père était mal à l'aise voire très réticent avec la question

---

de la prise en charge de son enfant, sans s'y opposer franchement. Ce sont des éléments que je n'avais pas imaginés ni perçus avant de rencontrer le père.

Nous pouvons tenter de nous appuyer sur le cadre légal pour réfléchir à cette question, tout en gardant à l'esprit que les registres éthique et légal s'entrecroisent mais ne se superposent pas. Notre réflexion ne peut donc se résumer à l'interprétation de la loi. Sur le plan législatif, nous avons vu que chacun des parents est supposé agir avec l'accord de l'autre parent pour ce qui concerne les actes usuels ; pour les actes non usuels, l'accord de chacun doit être explicite, et ceci de manière indépendante de la situation conjugale des parents. En se situant sur le registre de la loi, si l'on considère la prise en charge en pédopsychiatrie comme un acte non usuel, alors le professionnel doit avoir l'accord des deux parents quelle que soit la situation du couple.

Peut-être peut-on s'appuyer sur le cadre légal pour expliquer que l'accord – et donc la rencontre – des deux parents est nécessaire, en laissant le soin au parent présent de prévenir son conjoint. Si la rencontre ne s'avère pas possible, alors dans ce deuxième temps un contact téléphonique peut s'envisager.

Dans le cas de parents séparés, on peut se dire que d'une manière naturelle, le parent qui fait la démarche de venir au CMP doit / va en informer l'autre parent. Ceci est souvent le cas lorsqu'il y a une bonne entente entre les parents. Néanmoins, le fait que l'institution fasse elle-même un geste vers ce deuxième parent va contribuer à lui signifier l'importance de son implication, et permettre d'amorcer un accueil dans un lieu que ce parent n'a pas forcément choisi.

---

*« Je trouve que c'est important qu'il parte quelque chose de chez nous, d'un accueil, d'une information personnalisée. »*

La démarche du parent envers l'autre parent et la démarche du professionnel se situent à des niveaux différents. Il me semble important d'inscrire la démarche vers l'autre parent dans un cadre institutionnel, identique pour toutes les familles, et de se dégager de l'intermédiaire du parent présent et donc des éventuelles tensions entre eux.

*« Quand ils sont séparés, quelle que soit l'ambiance, ou le lien qu'ils ont entre eux, je passe rarement par le parent qui vient en consultation pour transmettre l'information. Parce que j'ai l'impression d'utiliser ce parent pour transmettre. Qu'est-ce qu'il va transmettre, comment il va transmettre ? Ce sera forcément chargé par l'enjeu de la consultation. [...] Je le dis à l'enfant : « j'ai envoyé un courrier à ton papa/ta maman, peut-être qu'il ne viendra pas, il a le choix. » Quoique dise l'autre parent après, une fois sorti... L'enfant a entendu ça et ça lui laisse quelque chose d'un peu plus paisible. »*

#### **D. Par l'intermédiaire de l'enfant ?**

La question se pose de la pertinence de remettre à un enfant un carton de rendez-vous destiné à son parent, ou encore de lui proposer de discuter avec son parent de ce qui fait que celui-ci ne veut pas venir au CMP.

---

*« On propose à l'enfant de demander à son parent : c'est mettre l'enfant acteur de sa thérapie, ça peut permettre un moment de discussion avec leur parent. Mais quelque part ça peut être encore plus maltraitant pour l'enfant, ça peut être « ton père ou ta mère ne veut pas se mobiliser ». »*

Le risque peut être de confier à l'enfant un rôle qui n'est pas le sien. Les adultes, et en particulier ses parents, sont les personnes qui ont le devoir de s'inquiéter pour lui et de prendre les décisions le concernant. Si l'enfant doit être celui qui mobilise le parent, les rôles s'inversent. Par ailleurs, ce serait exposer l'enfant au risque de se heurter à un refus.

## **VII. Situations cliniques**

### **A. Quand il n'est pas possible de rencontrer le deuxième parent**

#### **1. Quand le parent est décédé**

Selon les familles, le sujet sera plus ou moins facilement abordé dans l'entretien.

*« Pour un parent qui est décédé : il est dans ma tête à moi, il est forcément quelque part dans la tête de l'autre parent. Comment ? Est-ce qu'il est accessible ? Comment il se traduit chez l'enfant, dans son langage, dans son comportement, comment il est représenté ? C'est peut-être l'enjeu majeur. Comment ça se parle ? Comment ça se joue ? Comment ça se dit au quotidien ?*

---

*Comment inversement on n'en parle pas ? Parce que soi-même parfois, on sait que l'autre parent est décédé mais à aucun moment on ne se sera autorisé à en parler. »*

Comment parler de ce parent décédé, comment le faire exister ?

*« Si le parent est décédé, je symbolise l'absence, j'essaie d'amener l'enfant et le parent survivant à symboliser l'absence. Le parent doit être là, je le nomme, je le positionne en tant que tel, non pas au sens de « ton père aurait aimé que tu viennes me voir » mais plutôt « parle-moi de ton père, qu'est-ce qu'il peut y avoir comme lien entre ta souffrance et le fait que ton père ne soit plus là ». »*

On peut s'appuyer sur des éléments très concrets, par exemple des photographies de ce parent.

Des professionnels s'attachent par ailleurs à rechercher d'autres figures parentales pour cet enfant.

*« Par exemple un beau-parent qui fait office auprès de cet enfant de figure d'attachement et éventuellement de substitut maternel ou paternel, là [...] je recevrai le beau-parent. »*

S'il est important de prendre en compte ces tiers de la vie quotidienne de l'enfant, il me semble nécessaire d'être vigilant à ce que ça n'occulte pas la question du parent décédé et de la filiation. Il n'est pas toujours simple en tant que professionnel d'évoquer

---

un décès, d'autant plus si le sujet est tû au sein de la famille et/ou reste très douloureux. Le risque pourrait être de faire comme la famille et passer sous silence cet élément de l'histoire de l'enfant, faisant « comme si » une personne de l'entourage avait remplacé le parent.

## 2. Quand le parent vit à distance

Lorsqu'un parent ne peut être rencontré du fait d'un éloignement géographique, la plupart des professionnels proposent de « faire avec » cet élément de réalité en incluant le parent dans les soins par le biais de courriers informant régulièrement des « étapes » de la prise en charge (entretiens en individuel, bilan psychomoteur...), mais aussi par des appels téléphoniques.

*« Un parent qui est trop loin, à l'autre bout de la France ? J'appelle, j'ai souvent déjà fait un appel téléphonique, un rendez-vous téléphonique. Le contact téléphonique permet d'amorcer quelque chose et le parent à ce moment-là vient me voir lorsqu'il est dans la région. »*

Pour illustrer l'intérêt de cette pratique, je reviendrai sur la situation exposée en introduction de ce travail. Je suivais en CMP Louis, un enfant de neuf ans. Le contact téléphonique a permis d'amener la vision qu'avait le père de son fils et de la situation familiale, bien différente de celle de la mère.

Dans cette situation, ne pas contacter le père par téléphone nous aurait privés d'éléments importants. Suite à cet appel, il devenait possible de s'appuyer sur la

---

position du père durant les entretiens, même en son absence. Cela a permis un décalage par rapport à la demande maternelle.

*« Si le parent est trop éloigné sur le plan géographique, si l'enfant est d'accord et que c'est faisable on peut faire un contact téléphonique. Mais il faut que ça se fasse en présence de l'enfant, notamment lorsqu'on est en thérapie. »*

Ici, le thérapeute propose que l'appel se fasse en présence de l'enfant. On peut faire le parallèle avec la possibilité ou non de recevoir un/les parent(s) seul(s) au cours du suivi de l'enfant. Les positions divergent sur ce point.

C'est la question de l'alliance avec l'enfant qui se pose. Si l'on a reçu l'enfant seul, il peut s'inquiéter de ce qui sera potentiellement retransmis aux parents en dehors de sa présence. Par ailleurs, le soignant peut s'interroger sur la pertinence de recevoir des informations par les parents, sans pouvoir pour autant les reprendre avec l'enfant. Cependant, il peut s'avérer très riche dans certaines situations de proposer cet espace au(x) parent(s). Je pense notamment à cet espace comme un lieu pour aborder des éléments concernant l'histoire des parents, ou le couple parental, en lien avec la problématique de l'enfant. Les parents n'ont pas toujours trouvé les mots pour en parler avec leur enfant, et dans ce cas on peut envisager l'entretien avec les parents seuls comme un préalable à un entretien avec la famille où les choses seront reprises avec l'enfant.

Dans d'autres cas, il peut s'agir d'éléments n'ayant pas à être discutés en présence de l'enfant. J'ai ainsi rencontré une famille à plusieurs reprises, les parents étant tous deux très inquiets des potentielles répercussions de leur séparation pour leur enfant. Après évaluation, je constatais que leur petite fille ne présentait aucun trouble. Les

---

parents étaient très culpabilisés, et il a été intéressant de pouvoir travailler cet aspect lors d'entretiens avec les parents seuls. On peut imaginer que ce travail avec les parents a peut-être permis d'éviter que les interactions parents-enfant ne soient impactées par cette culpabilité.

Enfin, on voit des situations dans lesquelles le symptôme de l'enfant est avant tout le reflet de son inquiétude pour son parent. L'enfant est alors lui-même demandeur que son parent puisse être entendu dans un espace individuel : j'ai pu être surprise de constater à quel point l'enfant se saisissait d'une proposition que je rencontre le parent seul. On peut dans ce cas recevoir le parent dans le cadre d'un travail sur la parentalité, et/ou travailler avec lui l'idée d'une démarche de soins personnelle en CMP adultes.

Afin de permettre cette dissociation des espaces sans mettre à mal la possibilité pour l'enfant d'investir les soins, sans doute faut-il prendre le temps de le sécuriser suffisamment en explicitant ce qui sera retransmis ou non aux uns et aux autres.

Ainsi, on peut imaginer des échanges téléphoniques avec un parent éloigné sur le plan géographique qui dépasseraient la seule question de son accord pour le suivi, pouvant aborder par exemple la vision du parent des troubles de son enfant.

### **3. Quand le parent absent est tenu à distance par le parent demandeur**

Plusieurs professionnels évoquent des situations dans lesquelles le parent amenant l'enfant au CMP refuse que l'autre parent soit contacté. Ce refus du parent vient mettre à mal la prise en charge, et les professionnels peuvent être en difficulté pour se positionner.

Doit-on nous-mêmes refuser de poursuivre la prise en charge dans ces conditions, alors même qu'un suivi nous semble nécessaire pour l'enfant ? Doit-on respecter cette

---

volonté du parent ? Peut-on se contenter de donner une place au parent dans le discours ?

*« Si le père est à distance, ça dépend de l'analyse que j'en fais. Si c'est une distance active mise en place par la mère, j'essaie de requalifier le père, j'essaie de le voir, dans tous les cas je me dégage de la pression maternelle par rapport à ça auprès de l'enfant. »*

Accepter l'interdiction du parent que l'on implique l'autre reviendrait à dire que c'est le parent qui décide du cadre de la prise en charge et non le professionnel. On accepterait que ce parent soit « au-dessus » des règles de l'institution, mais aussi de la loi car il ne reconnaît pas l'autorité parentale du deuxième parent. Le thérapeute cautionnerait une forme d'évincement du parent, du tiers. Quel sens aurait un discours à l'enfant du type : « ce que pense ton père à ton sujet est important, tu es tout autant l'enfant de papa que de maman », alors que dans les faits l'avis du père n'est pas recherché ?

Toutefois, mettre fin à la prise en charge viendrait peut-être tout autant confirmer une forme de toute-puissance du parent présent.

Quel intermédiaire trouver dans ces situations ?

On peut proposer l'idée de poursuivre des rencontres avec l'enfant et son parent, considérées comme des entretiens « préliminaires » à la prise en charge et nommées comme telles (20), en expliquant que la prise en charge proprement dite ne peut être débutée qu'après un contact avec les deux parents pour obtenir leur accord. L'objet de ces entretiens va être notamment de travailler cette question du tiers. Ainsi, on

---

propose un accueil à la famille, tout en signifiant que l'absence d'un des parents dans la prise en charge ne nous permet pas de travailler de la manière habituelle. On souligne que les conditions du cadre ne sont pas remplies, qu'il y a un manque, et ceci de manière régulière afin de garantir que l'on ne pourra pas se contenter de cette situation.

#### **4. Quand il y a eu rupture de contact avec un parent**

La situation va être différente selon la possibilité ou non d'obtenir des coordonnées de ce parent.

##### a) Quand on a les coordonnées du parent

Si le parent qui est là nous transmet les coordonnées de l'autre parent, les questions qui se posent vont être les suivantes : y a-t-il un sens à ce que nous contactions ce parent ? Si oui, de quelle manière ? Est-il pertinent de rencontrer ce parent ? Est-il pertinent d'envisager une rencontre parent-enfant au CMP ?

*« Pour les parents où il n'y a plus de contact et si la problématique ne tourne pas autour de ça, je ne pense pas que j'essaierai de joindre le parent. Maintenant pour les cas de figure où la problématique est autour de ça [...] j'attendrais quand même qu'il y ait une rencontre entre le parent et l'enfant. Je ne pense pas être là pour faire de la médiation, ce n'est pas un lieu de médiation. S'il n'y a plus du tout de contact, il faut voir depuis combien de temps, si ça fait des années ou quelques mois. [...] Grosso modo, si cela se définit en*

---

*termes d'années, je pense que j'attendrai que le contact se fasse avant de l'interpeller.»*

Pour une raison ou pour une autre, le parent a décidé de rompre les liens avec son enfant ou a été dans l'incapacité de les maintenir. Si nous avons soutenu l'idée que nous nous devons de donner sa place à chacun des parents en consultation, nous sommes là en présence d'un parent qui n'a pas pu ou n'a pas voulu prendre/garder cette place auprès de son enfant. Il me paraît illusoire mais aussi potentiellement néfaste pour l'enfant de tenter d'impliquer dans les soins un parent qui s'est complètement retiré du quotidien. En effet, l'enfant pourrait avoir des attentes auprès de son parent, déçues si l'engagement de celui-ci ne dépasse pas le cadre du CMP. Pour ces raisons, proposer au parent un rendez-vous, seul ou en présence de l'enfant, ne me semble pas devoir être envisagé d'emblée.

Se pose néanmoins la question d'un contact.

*« J'ai le cas pour une maman. Elle n'apparaît pas, enfin elle apparaît dans le discours mais apparemment elle a totalement désinvesti ses enfants. Elle n'est pas du tout désinvestie sur le plan légal, mais elle a quitté monsieur et elle ne rencontre plus ses enfants. [...] Je l'informe par courrier du déroulement du suivi, mais je n'ai eu aucun retour. [...] Qu'est-ce qui fait que cette maman je ne l'appelle pas ? C'est parce que je la sens en grande difficulté par rapport aux troubles de son fils et je ne veux pas la mettre en obligation de me dire quelque chose, que ce soit oui ou non. »*

Dans cette situation, le soignant a choisi d'informer la mère par des courriers afin de lui laisser la possibilité de se manifester, tout en respectant sa prise de distance. La mère peut choisir de répondre ou non.

Plusieurs soignants ont ainsi évoqué l'idée de « *faire des démarches dans la limite du raisonnable* ».

b) Quand on n'a pas de coordonnées pour le deuxième parent

Si l'enfant et le parent présent n'ont plus aucune forme de contact avec l'autre parent et n'ont pas de coordonnées, cet élément de réalité limite les démarches possibles.

*« Si le père est aux abonnés absents, qu'on n'a pas de coordonnées, là je fais avec l'épreuve de réalité c'est-à-dire que je le nomme symboliquement « c'est ton père il y a des liens, maintenant il n'est pas là, ce n'est pas parce qu'il n'est pas là qu'il ne compte pas », enfin quelque chose de ce registre-là. Je dis quand même que s'il donne des nouvelles, je suis à sa disposition pour le voir. »*

Se pose tout de même la question de la confiance à accorder à un parent qui nous dit ne pas avoir de coordonnées à nous donner pour l'autre parent.

*« Dans le cas de rupture de contact, maintenant j'essaie quand même de demander à l'assistante sociale de s'assurer que la famille n'est pas connue des services sociaux, de chercher si le père est déchu des droits ou pas. Maintenant, s'il n'y a plus de contact, je suis amenée quand même à engager un suivi. Ça pose la question de savoir si réellement il y a une rupture ou pas,*

---

*on est toujours amené à faire plus ou moins confiance au parent qui vient nous amener l'adolescent. »*

Effectivement, il semble difficile d'entamer un travail avec un enfant et un parent en mettant en doute cette parole du parent, pour une question d'alliance avec le parent mais aussi avec l'enfant. Il est nécessaire de demander au parent son accord pour prendre contact avec les services sociaux. Peut-être cette démarche peut-elle être présentée au parent présent comme systématique dans les situations où l'on ne peut avoir aucun contact avec l'un des parents, soulignant ainsi notre souci pour la place des deux parents auprès de l'enfant.

## **B. Quand un parent ne s'engage pas dans les soins pour son enfant**

### **1. Quand un parent refuse de venir aux rendez-vous**

Nous avons discuté de l'importance qu'une place soit faite au père et à la mère d'un enfant pris en charge. Cependant, nous sommes parfois confrontés à des situations où un parent refuse de participer aux entretiens, tout en ayant donné son accord pour le suivi de son enfant (par téléphone par exemple). Selon les cas, ce refus peut être entendu de façons diverses.

---

*« C'est embêtant. Je préfère qu'il vienne et qu'il râle. Je peux reprendre ça, je fais un recadrage. [...] Si j'arrive à les faire venir, en gros ça marche. Il y a une alliance et c'est utile avec l'enfant après. »*

Ce que soulève ce dernier extrait d'entretien, c'est la potentielle ambivalence de l'accord de ce parent pour les soins. Le parent, tout en ayant dit qu'il était d'accord, refuse dans les faits de s'impliquer. En ne venant pas aux rendez-vous, il empêche toute discussion autour de son positionnement. On pourrait l'entendre comme : « je vous donne mon accord tant que ça se passe sans moi », ce qui en dit long sur ses réticences à des soins psychiques.

Cet accord en demi-teinte peut-il suffire à sécuriser l'enfant ?

On peut aussi imaginer que le parent demande au thérapeute de « soigner » son enfant sans s'impliquer lui-même, revenant à considérer que le « problème » viendrait entièrement de l'enfant. Cette vision shunte l'aspect systémique de la symptomatologie, et l'idée que ça peut être au niveau des interactions qu'un travail doit s'effectuer.

On peut également s'interroger sur l'enjeu de ce refus au sein de la famille. Etait-ce le seul moyen qu'avait ce parent pour manifester son opposition à une prise en charge ?

*« Creuser pourquoi il ne veut pas venir. Est-ce que c'est une opposition à sa femme ? Est-ce que c'est une opposition à la psychiatrie ? Est-ce que ce sont des craintes du papa ? Est-ce que c'est un jeu de coalition ? »*

---

D'autres professionnels proposent d'envisager ce refus de venir comme une posture de défense du parent.

*« Je l'entends tout à fait. Je pense que je peux comprendre, ça témoigne aussi de sa propre difficulté. A partir du moment où il me dit qu'il ne veut pas venir mais qu'il me donne son accord pour son enfant, je pense qu'on peut respecter ça. Il faut distinguer refus pour lui et refus pour son enfant. »*

Le parent, de par sa propre histoire par exemple, est mis à mal par l'idée de rencontrer un psychologue ou un pédopsychiatre. En donnant tout de même son accord pour son enfant, il reconnaît la nécessité pour son enfant d'un suivi et lui permet d'en bénéficier, même si lui n'est pas prêt à s'impliquer personnellement dans cette démarche.

La difficulté réside alors dans le fait que le travail ne va se faire qu'avec un parent, alors même que deux parents sont présents au quotidien auprès de l'enfant.

Le refus d'un parent d'être présent aux rendez-vous peut aussi être sous-tendu par d'autres raisons : le parent peut penser que tout va bien pour l'enfant (nous y reviendrons par la suite) ; il peut être inquiet mais ne pas accorder de crédit à une prise en charge en CMP ; enfin, ça peut être le reflet de son absence de mobilisation pour son enfant.

Parvenir à comprendre dans quel cadre on se trouve va être aidant pour s'ajuster au mieux à la famille.

Comment ce refus du parent peut-il être parlé auprès de l'enfant ?

*« Je l'acte. Il m'arrive de faire un courrier disant : « j'entends que vous ne souhaitez pas venir, cependant je suis à votre disposition » et je dis à l'enfant : « ton père ne souhaite pas venir, s'il change d'avis je suis à sa disposition ». Je fais tout pour ne pas le disqualifier. Je nomme l'absence, je nomme le fait qu'il ne veuille pas venir et que peut-être c'est une position qui changera et ensuite je travaille cette question avec lui. »*

*« Il faut expliquer à l'enfant que le parent a le droit de ne pas vouloir venir, que ce n'est pas qu'il n'est pas d'accord ou qu'il est fâché, et que l'on n'est pas fâché non plus contre l'autre parent. »*

Une idée peut être de transformer ce refus du parent pour y mettre du sens pour l'enfant. Essayer, en s'appuyant sur le parent présent, de chercher ce qui peut être à l'origine de ce refus, sans disqualifier le parent.

*« J'ai une situation comme ça, les soins continuent quand même, mais c'est vrai que c'est un peu bancal. C'est un peu dur parce qu'on peut avoir beaucoup de projections sur la personne qui n'est pas là, parce qu'elle ne peut pas donner sa parole. Mais on avait essayé de comprendre avec la maman pourquoi il ne voulait pas venir, pourquoi c'était si difficile. On en avait dit que c'était un monsieur qui, dans son enfance, a été pris à parti entre sa mère et son père, et que ses parents ne lui ont peut-être pas trop appris les compromis et le dialogue. C'est une idée... dire que ce n'est pas son truc, on ne lui a pas donné cette chance et donc il ne peut pas.»*

On peut ainsi postuler auprès de l'enfant que ce parent est « empêché » de venir. « Quelque chose » en lui l'empêche d'être présent, quelque chose qui peut-être le dépasse. Cette façon de formuler les choses contribue à préserver le lien parent-enfant.

Quels moyens utiliser pour tenter de mobiliser ce parent ?

*« On essaie de l'amener à venir. On dit qu'on aimerait bien le voir, qu'on reste disponible, qu'il sera informé, soit par sa femme, soit par nous s'il le souhaite. On est toujours disponible pour le recevoir et expliquer ce qu'on fait. Mais on ne va pas aller le chercher, on essaie de le motiver à venir, en tout cas on s'arrange pour qu'il soit informé du suivi. »*

*« Je serai peut-être amenée quand même à lui proposer de venir pour une restitution de bilan, quelque chose qui reste vraiment axé sur l'enfant. »*

On retrouve l'idée de ne pas se positionner dans un « bras de fer » avec le parent, opposition sans tiers qui perd tout sens. On va essayer de comprendre ce refus avec les éléments dont on dispose, proposer d'autres modalités de contact que la rencontre physique, et rester disponible pour accueillir ce parent.

## **2. Quand un parent n'est pas en demande de soins pour son enfant**

En premier lieu, ceci nécessite de s'interroger de manière plus générale sur la notion de demande dans les soins. En pédopsychiatrie, dans la majorité des cas le parent pointe un ou plusieurs symptômes chez l'enfant, ayant motivé la demande de consultation. Ceci constitue la demande du parent. L'enfant, lui, peut exprimer une demande d'être aidé fondée sur d'autres motifs, ou ne rien attendre des soins. Voici la demande de l'enfant. Le soignant, en fonction de son évaluation et de ses inquiétudes, va répondre sur un registre encore différent. Ces trois niveaux se recoupent plus ou moins selon les situations, ou au contraire sont complètement disjoints. A cela, il faut ajouter la demande du deuxième parent.

*« Qui doit être en demande ? Car après tout il y a plein d'enfants qui viennent ici et qui ne sont pas en demande. C'est l'un des deux parents ou les deux qui ont demandé. On ne va pas forcément répondre à cette demande-là de toute façon. Beaucoup de parents nous font des demandes, et ce n'est pas du tout ça qu'on va travailler avec leur enfant. »*

Le parent ayant donné son accord pour les soins, faut-il forcément qu'il soit en demande de soins pour son enfant ?

Les difficultés liées à l'absence de demande d'un des parents ont été soulevées pour moi à l'occasion d'une situation rencontrée en CMP. Je suivais une petite fille de 4 ans, Olivia, amenée par la mère devant un retard de langage. Je l'ai rencontrée à quelques reprises avec sa maman. Olivia présentait effectivement un retard de langage mais également un retard psychomoteur plus global. Après quelques rendez-vous au cours desquels j'évoquai le père et l'intérêt que je puisse le rencontrer, il a pu

venir au CMP. Il a dit lors de cette rencontre qu'il était d'accord pour que sa fille soit suivie si sa compagne le souhaitait, mais que lui-même ne percevait pas de difficultés pour Olivia, et pensait qu'il n'y avait pas besoin d'une prise en charge ou d'autres investigations. Monsieur était en retrait lors de ce rendez-vous ; il n'a pas été possible de se rejoindre sur des préoccupations communes pour Olivia. Il n'est pas revenu au CMP par la suite.

Dans cette situation, j'ai certes pu recueillir l'accord et l'avis du papa, mais en poursuivant la prise en charge de la même façon après avoir rencontré le père me disant qu'il n'en voyait pas l'intérêt, j'avais le sentiment de ne pas avoir pris en compte sa position. Je me suis dit que d'une certaine façon, ça n'était pas très différent d'une situation où l'on n'aurait pas sollicité l'accord du père. Ça revenait à passer le message à l'enfant : « on peut ne pas tenir compte de ce que pense papa ». Cependant, il me semblait primordial qu'Olivia bénéficie d'une prise en charge.

Cette situation illustre la différence existant entre l'application d'un protocole (ici : obtenir l'accord des deux parents) et le sens que ça va prendre dans la prise en charge. On peut avoir l'accord du père et de la mère sans pour autant que l'enfant entende : « la prise en charge prend appui sur papa et maman ».

Je pense que l'on peut distinguer deux types de situations : celles où l'enfant/l'adolescent présente une pathologie pédopsychiatrique à proprement parler (trouble du spectre autistique, épisode dépressif, trouble du comportement alimentaire...) ou des troubles objectivables graves (conduites auto et/ou hétéro-agressives, retard développemental...), et celles où l'on est sur un registre plus psychologique que pédopsychiatrique.

Dans les premières situations, le pédopsychiatre peut se positionner en tant que médecin pour expliquer aux parents les inquiétudes médicales, de la même façon que le ferait un autre spécialiste. Il peut proposer l'idée que c'est sa position de médecin qui lui permet de percevoir ces éléments d'inquiétude, et en tant que parents le père et la mère peuvent percevoir d'autres aspects de leur enfant. Ainsi on justifie la prise en charge sur le plan médical, tout en entendant que le parent n'ait pas la même vision des choses.

La question du déni du parent par rapport aux troubles de son enfant interpelle tout de même le thérapeute, notamment dans les cas les plus graves (tentative de suicide, anorexie mentale, autisme...) où un travail autour de la reconnaissance par le parent des troubles de l'enfant sera indispensable et lié étroitement à la prise en charge thérapeutique.

Dans les autres situations, le soignant peut rester plus « neutre » par rapport à la demande.

*« On en discute, pourquoi l'un est d'accord et pas l'autre ? Qu'est-ce qui fait que sa femme est inquiète ? Est-ce que c'est lié à cette maman qui a tendance à être inquiète ? »*

*Il peut dire : « elle est toujours comme ça ».*

*Alors on va dire : « ah oui vous êtes comme ça ? Depuis que vous êtes enfant ou depuis que vous êtes maman ? »*

- Quand il était petit j'étais inquiète, pendant la grossesse, j'ai eu peur parce que... » C'est peut-être l'histoire de la mère, ou alors il y a eu des problèmes de santé quand l'enfant était petit, etc...

J'essaie de leur dire : « on va se revoir, vous me direz s'il y a besoin d'un suivi ou pas. On en discute, peut-être deux ou trois évaluations ».

Le sens c'est de ne pas faire coalition, de ne pas se positionner pour Monsieur ou pour Madame, contre Monsieur ou contre Madame, mais essayer de voir et demander à l'enfant. C'est pour ça que je demande à l'enfant en premier : « pourquoi tu viens d'après toi ? » »

L'idée de proposer quelques séances d'évaluation et d'en rediscuter tous ensemble me semble une piste particulièrement intéressante. On peut imaginer tout aussi bien une poursuite du suivi qu'une mise à disposition après ces quelques séances.

Par ailleurs, une demande de soins d'un parent qui n'est pas partagée par l'autre interroge le professionnel sur des troubles qui ne seraient présents qu'avec l'un des deux.

« J'ai une situation comme ça. J'ai quand même continué les soins. Je devais reconnaître qu'il y avait un gros problème relationnel entre la mère et le fils, et pas tellement entre le père et le fils. Donc je pouvais entendre que lui ne comprenait pas pourquoi il y avait des soins. Ils étaient séparés et monsieur n'avait pas tellement de problème avec son fils. J'ai quand même continué, j'ai dû lui dire qu'entre la mère et le fils il y avait des choses à régler, et puisque lui

---

*apportait des choses qui étaient bonnes à son fils, de temps en temps je voulais le voir pour savoir ces choses-là. »*

*« Ça peut être informatif sur la nécessité d'un travail parent-enfant avec le parent demandeur. Peut-être que c'est réel : l'enfant peut dire « quand je suis avec papa ça va, quand je suis chez maman ça crie ». Dans ce cas il y aura peut-être un accompagnement parent-enfant, et un travail thérapeutique enfant. »*

La difficulté va être de pouvoir dire à ce parent que l'on a besoin de s'appuyer sur lui sans disqualifier l'autre parent. Cela peut passer par l'idée que les interactions mère-enfant et père-enfant sont différentes, que l'enfant fait vivre des choses différentes à chacun des parents.

*« S'il n'a pas demandé il peut accepter d'entendre que l'autre parent, par rapport à ce qu'il vit avec son enfant, a besoin de soutien, d'un accompagnement, de travailler ça. »*

Enfin, certains leviers peuvent être trouvés pour que les deux parents et le soignant se rejoignent autour d'une inquiétude pour l'enfant. Ça peut être le discours entendu par le parent sur l'enfant à l'extérieur de la structure de soins.

*« C'est souvent comme ça au début, mais quand on est amené à le revoir et qu'on prend contact avec l'école pour réunir des éléments, et que confronté au discours de l'école ou confronté au discours d'un orthophoniste en libéral, on se rend compte*

---

*qu'il y a des difficultés, ça ouvre quand même quelque chose. [...] Souvent je demande au papa de prendre contact avec l'école, avec les gens qui suivent l'enfant pour qu'il se rende compte de ce qu'il en est. »*

### **3. Quand un parent s'oppose aux soins**

Il arrive relativement fréquemment que le parent amenant l'enfant dise que l'autre parent ne veut pas que l'enfant soit suivi, ou encore qu'il ne l'a pas prévenu de la démarche parce que « de toute façon il sera contre ».

En revanche, les professionnels interrogés sont unanimes pour dire qu'il est extrêmement rare d'être confronté à une opposition « active » d'un parent aux soins.

*« Parfois les mamans disent : « non, Monsieur ne veut pas, il m'a dit non, il dit que les psychologues c'est pour les fous ». Finalement j'essaie d'avoir les coordonnées, et en ayant les coordonnées j'appelle le papa : peut-être qu'il a des réticences, mais en expliquant le cadre d'intervention, ça dédramatise les choses. Au moins il est déjà au courant, je suis dans le circuit, donc il y a un sens qui est posé sur mon travail. Souvent je me rends compte que ça permet aussi d'amorcer un travail, et l'ado est apaisé parce que j'ai l'accord donc j'ai réglé le problème. Ça permet aussi à la mère de se décentrer de : « il ne veut pas, monsieur a toujours été comme ça », on sort du discours disqualifiant que les parents peuvent avoir à l'égard de l'autre. »*

Là encore, il va s'agir en premier lieu d'entendre le refus de ce parent, d'essayer avec lui d'y mettre du sens.

*« J'ai déjà eu ça, plutôt des papas, parfois assez agressifs, assez remontés. L'idée, c'est vraiment de saisir ce qu'il y a derrière. « Qu'est-ce qui fait que vous n'êtes pas d'accord, comment vous voyez les choses ? » En principe on arrive quand même au moins à calmer, à apaiser. »*

*« Je n'ai pas eu beaucoup cette situation. Quand il n'est pas d'accord je dis de venir me le dire. J'explique que je vais être très embêté, je propose qu'il vienne. Assez souvent, quand il vient et qu'il peut dire qu'il n'est pas d'accord, c'est un « pas d'accord » parce que la seule manière d'exister c'est de s'opposer, et donc une fois qu'il a été entendu sur ce qu'il avait à dire et qu'on a pu un peu déplacer les choses, en règle générale il peut être d'accord. En règle générale, après être venu ça s'arrange. »*

On retrouve l'idée que dans la majorité des cas, s'opposer est une façon pour le parent de prendre sa place et de garder la main sur les décisions prises pour son enfant. L'objectif va être de pouvoir amener ce parent à prendre sa véritable place en se positionnant en fonction de ce qu'il pense être l'intérêt de son enfant. Pour sortir d'une position paradoxale où le parent veut « exister » pour son enfant en interrompant des soins peut-être nécessaires pour lui, il va falloir sécuriser suffisamment le parent sur la place qui lui sera donnée tout au long de la prise en charge.

Abordons maintenant les situations où un parent exprime son refus de façon ferme et sans que la discussion ne soit possible.

Sur le plan légal, lorsque les parents sont en désaccord, l'un souhaitant qu'un suivi soit mis en place alors que l'autre exprime son refus, les choses paraissent claires et reposent sur l'évaluation du médecin du degré d'urgence et du caractère indispensable ou non des soins.

Dans le cas de soins paraissant urgents et/ou indispensables, le médecin saisit le Procureur de la République par le biais d'un signalement exposant la situation. C'est ensuite les autorités judiciaires qui se positionneront concernant la mise en place des soins.

Dans les autres situations, le médecin n'est pas autorisé à suivre l'enfant. Le parent en demande de soins pour l'enfant peut saisir le Juge aux Affaires Familiales afin que celui-ci tranche sur cette question.

Sur un plan symbolique, si la prise en charge ne peut pas avoir lieu parce qu'un parent s'y oppose, sans tenir compte de l'avis de l'autre parent, de l'enfant et du professionnel, ce parent est en position d'un « décideur » unique pour l'enfant. De la même façon que pour un suivi entièrement décidé par un parent seul, la triangulation autour de l'enfant est mise à mal. La saisine du Juge aux Affaires Familiales (qui ne peut être fait que par un parent et non par un professionnel), est une manière d'amener de la fonction tierce dans ce qui se joue pour l'enfant, quelle que soit la décision rendue.

## **VIII. Tiers autre que le parent**

Mes rencontres avec des professionnels de pédopsychiatrie pour aborder la question de l'implication des deux parents dans les soins ont soulevé la question des tiers autres que les parents potentiellement impliqués dans les suivis.

Concernant ces tiers que l'on peut être amené à rencontrer, il faut distinguer deux cas de figure :

- Les tiers présents avec l'un des parents aux rendez-vous, faisant partie de l'entourage proche : le plus souvent beaux-parents, mais aussi grands-parents, tante, oncle...
- Les situations d'enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), dans lesquelles interviennent des référents ASE, des assistantes familiales et/ou des éducateurs.

### **A. Tiers de l'entourage**

Le soignant peut chercher à rencontrer telle ou telle personne de l'entourage de l'enfant parce qu'il perçoit qu'il s'agit d'une figure d'attachement pour l'enfant, ou parce que cette personne partage tout ou partie du quotidien de l'enfant.

*« Chercher dans l'environnement des personnes qui vont être des aidants pour l'enfant ou pour l'ado. »*

---

*« Dans l'exemple de cette grand-mère, c'est vraiment une deuxième maman. Ne pas la prendre en compte, ce serait nier la réalité du quotidien de l'enfant. »*

*« [A propos des beaux-parents :] Est-ce qu'il ne faudrait pas le faire automatiquement, est-ce que ça ne changerait pas notre façon de voir les choses, de travailler, est-ce qu'on ne passe pas à côté de ressources pour l'enfant ? Je trouve que symboliquement c'est leur donner une place, en rencontrant les deux lieux de vie, c'est important. On ne peut pas shunter la belle-mère ou le beau-père alors que l'enfant vit une semaine sur deux ou les trois quarts du temps avec eux. »*

Dans d'autres situations, le professionnel fera le constat que le parent est venu accompagné sans que ça n'ait été parlé avant, ou encore le parent, l'enfant et/ou cette tierce personne elle-même fera la demande d'être impliquée dans les soins.

*« C'est laisser la place au parent, mais aussi accueillir le membre de la famille qui est là, parce qu'il n'est pas là pour rien. Parfois il étaye le parent, parfois il prend la place... mais si on l'évince, le parent dont il prend la place ne sait plus quoi faire. Ce n'est pas pour rien s'il a laissé l'autre prendre sa place. On peut jongler comme ça, tout en rappelant aux autres membres de la famille qu'on est là pour les parents, donc que les parents sont « prioritaires », mais que eux sont bienvenus. Ce n'est jamais pour rien que les parents viennent accompagnés. Et ça les aide, ce n'est pas simple de venir rencontrer quelqu'un pour ses enfants, parfois on peut avoir besoin de son propre parent. »*

---

*« J'ai déjà reçu une maman et sa sœur. C'était compliqué parce que c'était une maman qui n'avait pas de permis, donc elle avait besoin d'être véhiculée ici. Et je pense aussi que c'était une dame très fragile sur le relationnel et les émotions, et qu'elle se servait de sa sœur comme soutien. »*

Impliquer, par la présence physique ou dans le discours, des personnes de l'entourage dans les soins est parfois pour le soignant une façon d'introduire du tiers auprès de l'enfant.

*« Ce que j'ai travaillé, c'était qu'elle s'appuie sur des tiers : soit qu'elle trouve un travail pour elle, soit qu'il aille à la garderie ; et qu'elle ait du soutien et qu'elle ne soit pas seule face à son enfant. [...] Le grand-père était très important pour l'enfant. On a travaillé avec du tiers même s'il n'y avait pas de père. »*

On se situe ici dans les cas où il n'est pas possible d'impliquer le père (famille monoparentale, rupture de contact, décès...). Le professionnel cherche à amener des éléments de triangulation pour sortir d'une relation duelle mère-enfant.

Peut-on considérer que ces éléments tiers tiennent la même fonction que ne le ferait le père ? C'est-à-dire : le père en tant que tiers a-t-il une spécificité ou est-il un « tiers comme les autres » ?

La spécificité du tiers « parent » me semble être la filiation, la transmission intergénérationnelle, et par là amener à la différenciation des sexes et des générations, dont nous avons parlé précédemment, ouvrant à la manière de se situer au sein de la

---

société. Cette dimension ne pourra être introduite auprès de l'enfant de la même manière par un tiers qui n'est pas son parent.

La spécificité de ce tiers « parent » réside également dans le fait de détenir l'autorité parentale : lorsqu'il y a deux détenteurs de l'autorité parentale, les décisions pour l'enfant ne sont pas le fait d'une personne « référence unique » mais bien d'un accord entre le père et la mère (ou sont censées l'être au regard de la loi).

Dans le contexte d'une prise en charge en CMP, le risque pourrait être de ne plus avoir en tête la question du parent absent, parce que d'autres tiers seraient présents auprès de l'enfant et sembleraient « combler » l'absence du parent. Le soignant serait « faussement rassuré » sur l'idée que la triangulation est bien en place pour l'enfant.

Ces tiers peuvent jouer un rôle important pour l'enfant, mais pour autant il me paraît important de repositionner dans le discours la place du parent et de différencier ces deux aspects.

Lorsqu'un parent est complètement absent auprès de l'enfant, signifier ce manque permet déjà d'introduire du tiers, de lui donner une place, et de rappeler que le parent n'est pas remplaçable.

Afin d'appuyer cette distinction entre la fonction du parent auprès de l'enfant et la fonction d'autres membres de l'entourage, l'idée de s'attacher à recevoir en premier lieu les parents, ou au minimum à recueillir (dans la mesure du possible) leur accord à tous deux avant d'ouvrir l'entretien à un autre membre de l'entourage, me semblent intéressante.

---

*« J'ai quelques lignes de force maintenant qui sont : d'abord les parents, et ne pas avoir accès aux autres si je n'ai pas le feu vert des parents, mais ne plus m'interdire de recevoir. »*

*« Ce que j'essaie, c'est de faire par étage. J'essaie souvent que ce soient les parents que je reçoive en premier. S'il y a un beau-père ou une belle-mère, j'insiste pour recevoir le parent avant de recevoir le beau-père ou la belle-mère, pour une histoire de loyauté pour l'enfant. Je pense que je prends un certain nombre de précautions oratoires sur quelle va être la place du beau-parent : on est plus sur le quotidien, c'est une aide par rapport au quotidien... »*

## **B. Intervenants sociaux**

Les inquiétudes pour l'enfant peuvent parfois être amenées par une personne autre que le parent. Ça peut être le cas dans les situations où la famille est en contact avec des intervenants sociaux (dans le cadre d'une mesure d'aide éducative à domicile par exemple). L'éducateur ou l'assistante sociale sont parfois un appui pour les parents dans la démarche de soins. On va alors proposer le plus souvent, si c'est la demande des parents, de réaliser une partie du rendez-vous en présence du travailleur social et une autre partie avec la famille uniquement.

*« D'une certaine manière que quelqu'un soit porteur, pas forcément de la demande mais qu'il y ait une préoccupation pour l'enfant. Alors elle n'est pas*

---

*forcément reçue beaucoup mais est reconnue comme personne accompagnante et porteuse de la préoccupation. »*

Dans le cas des enfants confiés à l'ASE, la rencontre avec les parents est beaucoup moins évidente. Cela va évidemment être fonction de la situation : les parents ont-ils un droit d'hébergement ou de visite ? Médiatisé ou non ?

On s'aperçoit dans la pratique qu'il n'est pas simple d'impliquer dans la prise en charge les parents de ces enfants, parce que c'est le plus souvent les intervenants sociaux qui sont à l'origine de la démarche de soins, et l'enfant vient aux rendez-vous accompagné par les adultes de son lieu de vie (assistante familiale, éducateur).

*« Quand la demande émane de la famille d'accueil ou sur les conseils de l'assistante sociale, on reçoit en première intention l'enfant placé dans son lieu de vie (avec la famille d'accueil ou avec la référente s'il est en maison de l'enfance). Si l'enfant est placé, dans 70% des cas je ne rencontre pas les parents, je rencontre la personne du lieu de vie. Et après ça enchaîne rapidement avec l'espace thérapeutique. Mais c'est vrai que quelque part on shunte la question des parents avec les enfants placés. »*

Il est bien sûr intéressant de pouvoir rencontrer ces personnes qui interviennent auprès de la famille et sont au contact de l'enfant au quotidien.

Toutefois, comme nous l'avons vu les parents restent dans la grande majorité des cas les détenteurs de l'autorité parentale : il n'est donc pas possible de se passer de leur accord pour les soins. Par ailleurs, on peut imaginer que dans ces situations tout

---

particulièrement la parentalité est interrogée et au cœur des problématiques. L'impasse ne peut pas être faite sur la question des parents auprès de l'enfant.

Dans ces situations souvent délicates, impliquer les parents ne va pas de soi et demandera au professionnel une attention et une énergie particulières. Cependant, c'est probablement à ce prix que le suivi est porteur de sens pour la famille, et qu'un véritable travail pédopsychiatrique de fond peut se faire.

Là aussi, plusieurs aménagements du cadre sont imaginables dans la pratique : des temps de rencontre avec les parents et l'enfant si des droits de visite sont autorisés, des temps de rencontre référent-parents-enfant, ou encore un accueil des parents en dehors de la présence de l'enfant.

### **C. Le thérapeute comme tiers ?**

Nous avons exposé dans la première partie de ce travail l'importance de la triangulation pour l'enfant, c'est-à-dire l'importance qu'il puisse se référer à chacun de ses parents et ne soit pas pris dans une forme d'influence unique dont il serait difficile de se dégager et prendre de la distance pour s'individuer.

Nous avons ensuite cherché à réfléchir sur la manière dont le travail en CMP peut permettre de replacer le père et la mère comme co-décideurs pour l'enfant, chacun constituant un des deux piliers de référence pour l'enfant.

Nous avons vu que d'autres tiers existent auprès de l'enfant et peuvent contribuer à amener du « différent » auprès de l'enfant ; cependant, nous avons pu voir que ces

tiers ne peuvent pas venir à la place d'un parent, n'ayant pas cette relation de filiation et n'étant pas détenteurs de l'autorité parentale.

De la même façon, il pourrait être tentant pour le soignant de se positionner en tant que tiers dans une dynamique parent-enfant qui serait peu triangulée. Pourtant, si le but de la thérapie est de pouvoir faire sans le thérapeute, c'est avec les ressources de la famille qu'il va être intéressant de travailler, et de pouvoir mettre en place des aménagements qui tiennent même en l'absence du professionnel.

## **Conclusion de la partie II**

Ces rencontres avec des pédopsychiatres et des psychologues ayant des expériences diverses se sont avérées extrêmement enrichissantes pour moi. Confronter mes quelques expériences cliniques à la diversité des situations qu'ils m'ont évoqué a permis d'élargir de façon considérable ma réflexion. De façon très pragmatique, j'ai beaucoup appris au travers de leurs témoignages sur la façon d'amener les choses à une famille, ou de reprendre telle ou telle situation avec un enfant. Je pense également aux retours qu'ils ont pu me faire sur la façon dont leurs pratiques ont évolué au fur et à mesure de leur expérience clinique. Par ailleurs, certains évoquaient le fossé qui existe parfois entre leur « idéal » et la réalité : réalité institutionnelle, économique...  
Eléments que nous devons prendre en compte dans le quotidien des CMP.

J'ai été également marquée lors de mes rencontres avec ces soignants par leur capacité de remise en question, leur volonté d'avancer dans la réflexion, se disant toujours qu'il y a à penser, à faire... Je pense notamment à la question de l'implication

des beaux-parents, qui reste encore assez marginale mais est une vraie interrogation pour grand nombre de professionnels. J'ai pu prendre conscience qu'il s'agit là d'interrogations bien vivantes, vouées à se poursuivre et ne jamais trouver de réponses toutes faites.

Il était intéressant de pouvoir mener cette réflexion de façon conjointe au travers de ces échanges, en dehors de tous les mécanismes contre-transférentiels qui peuvent exister lorsque nous sommes aux prises avec la situation d'une famille. En effet, on est parfois « empêché » ou « gêné » dans notre pensée sur la façon d'impliquer les deux parents lorsque nous sommes en contact avec la famille : on peut être en difficulté pour évoquer le deuxième parent au vu d'une histoire familiale complexe, et ne pas parvenir à proposer un espace pour ce parent par exemple.

---

## CONCLUSION

Nous arrivons au terme de cette réflexion sur la place du père et de la mère dans les prises en charge pédopsychiatriques. Après avoir repris sur un plan théorique l'importance d'interactions triangulées pour le développement d'un enfant puis d'un adolescent, nous avons tenté de dégager des pistes pratiques concernant la façon dont le professionnel peut impliquer les deux parents au sein des suivis.

Ce qui ressort le plus de notre réflexion et des témoignages que nous avons recueillis, c'est peut-être la nécessité d'une adaptation à chaque situation, la nécessité de faire au « cas par cas ».

Cette souplesse du professionnel s'articule néanmoins avec des éléments de cadre : cadre légal, cadre institutionnel, cadre thérapeutique. Ces différents cadres s'entrecroisent mais ne se confondent pas. Le cadre légal ne peut suffire à lui seul à guider les pratiques, et les cadres institutionnel et thérapeutique ne peuvent être élaborés en dehors de tout aspect légal. La référence à un cadre pour le professionnel permet déjà d'amener du tiers.

Le professionnel a un « idéal » de cadre thérapeutique, qui va être confronté à la singularité de chacune des situations rencontrées. Il y aura alors peut-être un écart entre l'idéal du professionnel et la réalité de la situation (l'impossibilité de rencontrer un parent par exemple). Pouvoir repérer, parler, penser cet écart va permettre de se décaler de l'impossibilité et d'amener une dimension symbolique dans la démarche de soins. Le cadre thérapeutique est de cette façon amené à être sans cesse réinterrogé.

Cette continuelle mise en question garantit un cadre porteur de sens pour la famille, car pensé pour elle ; il s'oppose en cela à une démarche qui serait protocolisée.

Comme nous avons pu le voir tout au long de la deuxième partie, nous avons en effet la chance de pouvoir aménager de multiples façons l'espace de rencontre avec une famille. Les parents peuvent être reçus à deux ou séparément, seuls ou en présence de l'enfant. Ils peuvent être ou non accompagnés d'un membre de l'entourage. Ils peuvent être reçus par un deuxième professionnel. Ces rencontres peuvent être ponctuelles ou régulières. Un parent peut être contacté par téléphone ou par courrier. On peut se mettre à disposition, on peut proposer d'emblée un rendez-vous... On voit que l'arbre des possibles peut ainsi se déployer. Choisir l'une ou l'autre de ces solutions en tenant compte de la singularité de la problématique familiale pourra permettre d'approcher au plus près de l'enfant et de ses deux parents.

---

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Green A. La mère morte. In: Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Editions de minuit. Paris; 1983.
2. Fréjaville A. Le triangle œdipien dans la tourmente. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2003 May;51(3):129–36.
3. Sophocle. Oedipe Roi. Les Belles Lettres. 1958.
4. Freud S. Contribution à la psychologie de la vie amoureuse. *Revue de recherche psychanalytique et psychopathologique*. 1910;2.
5. De Mijolla A. Dictionnaire international de la psychanalyse. Calmann-Levy. 2002.
6. Freud S. Totem et tabou. Paris: Payot; 2013. 145 p.
7. Bergeret J. Psychologie pathologique: théorique et clinique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
8. Klein M. Le complexe d'Œdipe. Paris: Payot & Rivages; 2006.
9. Klein M, Jones E, Baranger W. Développements de la psychanalyse. Paris: PUF; 2009.
10. Segal H. Le complexe d'Oedipe aujourd'hui. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*. 1999;24:pp. 153–61.
11. Golse B. Œdipe précoce, triangulations partielles et objets narcissiques. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 2014 Aug 1;Vol. 4(1):61–74.
12. Golse B, Roussillon R. La Naissance de l'objet, Une co-construction entre le futur sujet et ses objets à venir. Paris: Presses Universitaires de France; 2010.
13. Freud S. Pulsions et destins des pulsions. Paris: Payot & Rivages; 2012.
14. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1989. p. 285–91.
15. Bernateau I. La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant*. 2009 Mar 24;51(2):425–55.
16. Bion WR. Théorie de la pensée. *Revue française de psychanalyse*. 1964;vol. 28(1):pp. 75–84 (10 pages).
17. Piaget J. La construction du réel chez l'enfant. Neuchatel; Paris: Delachaux & Niestlé; 1977.
18. Lacan J. L'agressivité en psychanalyse. In: *Ecrits*. Editions du Seuil. 1966.

19. Lebrun J-P. Fonction maternelle, fonction paternelle. Paris, France, Belgique: Éditions Fabert; 2011. 54 p.
20. Ortigues M-C, Ortigues E. Comment se décide une psychothérapie d'enfant ? Paris, France: Heures de France; 2005. 184 p.
21. Durif-Varembont J-P. Quand des mères seules demandent à un psychothérapeute homme de fournir une image de père à leur enfant... Dialogue. 1988 Sep 1;(101):105–12.
22. Noël R, Cyr F. Comment penser la fonction du père? Vers une vision systémique de la fonction de triangulation. Filigrane. 2010;19(1):91–106.
23. Jaoul H. Indications de séparation. In: Maltraitance : maintien du lien ? Fleurus. 1995.
24. Freud S. Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904. Paris: Presses universitaires de France; 2006.
25. Dolto F, Dolto-Tolitch C. Les étapes majeures de l'enfance. Halmos C, editor. Paris, France: Gallimard; 1994. 289 p.
26. Fréjaville A. Œdipe, ses complexes et notre époque. Revue française de psychanalyse. 2002 Mar 1;66(1):129–44.
27. Clerget J. Nom-du-père et filiation. In: De la place du père : entre mythe familial et idéologie institutionnelle. La pensée sauvage. 1997.
28. Winnicott DW. Jeu et réalité: l'espace potentiel. Paris: Gallimard; 1971.
29. Noël R, Cyr F. Le père : entre la parole de la mère et la réalité du lien à l'enfant. La psychiatrie de l'enfant. 2010 Feb 19;52(2):535–91.
30. Julien P. Les trois dimensions de la paternité. In: Places du père violence et paternité. Presses universitaires de Lyon. Lyon; 1992. p. 167–73.
31. Korff-Sausse S. Préface. In: Le complexe d'Oedipe. Payot; 2006.
32. Krymko-Bleton I. Le père confus. A propos du débat autour des "nouveaux pères." In: Dossier paternité. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.; 1990.
33. Golse B. L'être-bébé: les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse, et à la phénoménologie. Paris: Presses universitaires de France; 2006. 331 p.
34. Brown LJ. The Early Oedipal Situation: Developmental, Theoretical, and Clinical Implications. The Psychoanalytic Quarterly. 2002 Apr 1;LXXI(2):273–300.
35. Winnicott DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In: Jeu et réalité: l'espace potentiel. Paris: Gallimard; 1971.
36. Gérard C. Les triangulations précoces. Revue française de psychanalyse. 2010 Oct 26;74(4):1125–39.
37. Lotz R, Dollander M. Dynamique triadique de la parentalisation. Devenir. 2004 Dec 1;16(4):281–93.
38. Dolto F. Lorsque l'enfant paraît. Paris, France: Ed. du Seuil; 1977. 189; 217; 186 p.

39. Lebovici S. Texte inaugural. In: La problématique paternelle. Toulouse: Erès; 2001. p. 21–48.
40. Frascarolo F. Ancrages pour la paternité. In: La problématique paternelle. Toulouse: Erès; 2001. p. 163–8.
41. Lamour M. Paternalité et interactions familiales père-mère-nourrisson [Thèse de Doctorat d'Etat]. [Paris V]: René Descartes; 2000.
42. Fivaz-Depeursinge É. L'alliance coparentale et le développement affectif de l'enfant dans le triangle primaire. *Thérapie Familiale*. 2003 Sep 1;24(3):267–73.
43. Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A. Le triangle primaire: le père, la mère et le bébé. Paris: Éditions O. Jacob; 2001.
44. Lamb ME. L'influence du père sur le développement de l'enfant. *Enfance*. 1997;50(3):337–49.
45. Steele H, Steele M, Fonagy P. Associations among Attachment Classifications of Mothers, Fathers, and Their Infants. *Child Development*. 1996 Apr 1;67(2):541–55.
46. Debray R. L'objet en personne : la réalité paternelle. *Revue française de psychanalyse*. 1997;61(2):425–34.
47. Gozlan-Lonchamp A, Lamour M, Lebovici S. Transmission intergénérationnelle et processus de paternalisation-filiation. *Enfance*. 1997;50(3):435–41.
48. Le Camus J. La fonction du père dans les premières années de la vie de l'enfant: perspectives ouvertes par la psychologie du développement. In: La problématique paternelle. Toulouse: Erès; 2001. p. 75–93.
49. Paquette D. La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance*. 2004;56(2):205.
50. Platon. *Le Banquet ; Phèdre*. Paris: GF-Flammarion; 1992.
51. Racamier P-C. *Antoedipe et ses destins*. Paris: A. PSY. G. Editions; 1989.
52. Mahler M, Dupont J. Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-héron*. 2013 Jun 1;213(2):59–73.
53. Freud S. Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique. In: *Oeuvres complètes*. Paris: Presses Universitaires de France; 1998. p. 11–32.
54. Bowlby J. *Attachement et perte*. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
55. Green A. *Le travail du négatif*. Paris: Editions de Minuit; 1993. 397 p.
56. Winnicott DW. La capacité d'être seul. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot; 1989. p. 325–33.
57. Dolto F. Nous irons à la Maison Verte. In: *La cause des enfants*. Paris: Robert Laffont; 1985. p. 505–63.
58. Spitz RA. *Le non et le oui: la genèse de la communication humaine*. Paris: Presses universitaires de France; 2008.

- 
59. Jeammet P. Paradoxes et dépendance à l'adolescence. [Paris]; Bruxelles: Éditions Fabert ; Yapaka.be; 2009.
  60. Blos P. The second Individuation Process of Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1967;162–86.
  61. Jeammet P. Gérer la distance relationnelle aux objets d'attachement: une des tâches essentielles de l'adolescence. In: *L'adolescence aujourd'hui*. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2005.
  62. Delion P. *L'enfant et son psychisme*. Paris: Dunod; 2014.
  63. Dolto F. *L'image inconsciente du corps*. Paris: Éd. Points; 2014.
  64. Misès R. *Les pathologies limites de l'enfance: étude clinique et psychopathologique*. Paris: Presses Universitaires de France; 1990.
  65. Donnet J-L, Green A. *L'enfant de ça psychanalyse d'un entretien: la psychose blanche*. Paris: Éd. de Minuit; 1973.
  66. Grunberger B. *Le narcissisme: essais de psychanalyse*. Paris: Rivages & Payot; 2003.
  67. Ortigues E, Ortigues M-C. *Que cherche l'enfant dans les psychothérapies?* Toulouse: Erès; 2002.
  68. Ortigues E. *La forme et le sens en psychanalyse*. In: *Que cherche l'enfant dans les psychothérapies ?* Toulouse: Erès; 2002.
  69. France, Markus J-P, Cristol D, Peigné J, Sprungard S. *Code de la santé publique*. Paris: Dalloz; 2014.
  70. France. *Code civil*. Paris: Dalloz; 2013.
  71. Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Oxford, England: Harper & Row; 1973. 408 p.
  72. De Becker E. *L'enfant et le conflit de loyauté : une forme de maltraitance psychologique*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2011 Jul;169(6):339–44.

---

## ANNEXES

### Entretiens semi-dirigés

- 1) Cherchez-vous à rencontrer chacun des parents à l'instauration de la prise en charge d'un enfant ?  
Pourquoi ?
  
- 2) Y a-t-il des situations où vous êtes particulièrement attentif à l'implication de chacun des parents dans la prise en charge ?  
Si oui, lesquelles (contexte familial, psychopathologie, motif de la demande, âge de l'enfant...) ?
  
- 3) Quelle est votre façon de procéder :
  - S'il est impossible de rencontrer l'un des parents (décès, rupture de contact, éloignement géographique...) ?
  
  - Si l'un des parents ne souhaite pas venir aux rendez-vous ?
  
  - Si vous avez rencontré chacun des parents, mais que l'un d'eux n'est pas en demande de soins pour l'enfant (sans s'y opposer néanmoins) ?
  
  - Si l'un des parents s'oppose activement aux soins ?

4) Vous arrive-t-il de recevoir un tiers à l'entretien qui n'est pas le parent ?

Si oui dans quelles situations ?

**AUTEUR : Nom : LEMOINE ROBARDEY**

**Prénom : Maïté**

**Date de Soutenance : 13 octobre 2015**

**Titre de la Thèse : Soins ambulatoires en pédopsychiatrie et triangulation : réflexion autour de l'implication du père et de la mère dans la prise en charge d'un enfant en**

**Centre Médico-Psychologique**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : DES de Psychiatrie**

**Mots-clés : pédopsychiatrie, parents, père, mère, triangulation, tiers, psychiatrie infanto-juvénile, enfant, centre médico-psychologique**

**Résumé :** Contexte : L'enfant grandit en s'inscrivant dans une double filiation. Ces interactions triangulées vont jouer un rôle essentiel dans le développement de l'enfant, et notamment dans sa capacité à s'individuer. Les soins en pédopsychiatrie ne peuvent faire l'impasse sur la question du père et de la mère de l'enfant pris en charge, tant du point de vue légal que psychothérapeutique.

Méthode : Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de pédopsychiatres et psychologues exerçant en centre médico-psychologique, afin d'échanger sur les pratiques professionnelles concernant l'implication des deux parents dans les prises en charge d'enfants et d'adolescents en centre médico-psychologique. L'objectif était d'en dégager des axes de réflexion sur la façon dont le soignant peut donner leur place aux deux parents dans le suivi d'un enfant.

Résultats : Loin d'être une démarche protocolisée, la nécessaire prise en considération du père et de la mère des enfants suivis en centre médico-psychologique peut se faire de manière très diverse en fonction des situations cliniques rencontrées. D'une place symbolique, donnée à un parent au travers du discours du soignant, à des rencontres concrètes, l'éventail des possibilités pour le professionnel est large. Cette souplesse va permettre de faire exister le tiers pour l'enfant quelle que soit la configuration familiale rencontrée, tout en cherchant à s'articuler aux exigences des cadres légal, institutionnel, et psychothérapeutique.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI  
Monsieur le Professeur Vincent DODIN  
Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Michel LIBERT**