



HAL
open science

Le groupe de grands-parents, une approche familiale du handicap

J. Laviolle

► **To cite this version:**

J. Laviolle. Le groupe de grands-parents, une approche familiale du handicap. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2010, 168 (10), pp.779. 10.1016/j.amp.2010.09.007. hal-00698866

HAL Id: hal-00698866

<https://hal.science/hal-00698866>

Submitted on 18 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Le groupe de grands-parents, une approche familiale du handicap

Author: J. Laviolle

PII: S0003-4487(10)00319-7
DOI: doi:10.1016/j.amp.2010.09.007
Reference: AMEPSY 1251

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Laviolle J, Le groupe de grands-parents, une approche familiale du handicap, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2010.09.007

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Le groupe de grands-parents, une approche familiale du handicap****A grandparents' peer group, a family approach to handicap****J. Laviolle**

Auteur correspondant : Docteur Jean Laviolle, Institut Théophile Roussel, 1, rue Philippe Mithouard, BP 71, 78363 Montesson cedex, France

Adresse email : jean.laviolle@gmail.com

Résumé

Des parents ayant des enfants souffrant de troubles psychiatriques peuvent un jour se retrouver grands-parents ! Au sein de l'Unafam, certains d'entre eux se sont réunis pour partager leurs difficultés et inviter un psychiatre pour animer leurs rencontres.

Au cours de cet exposé, nous dégagerons les principaux axes de réflexion abordés. Nous réfléchirons ensuite sur les mécanismes qui rendent ce groupe fonctionnel.

Mots clés : Associations ; Familles ; Grands-parents ; Psychose ; Transgénérationnel

Abstract

Parents of children suffering from psychiatric diseases can find themselves being grand parents one day! Within Unafam, some of them have met to talk about their difficulties and to invite a psychiatrist to lead those meetings. We outline the main themes of the discussions. Then we study the mechanisms that make the group function.

Keywords: Families; Grand parents; Organizations; Psychosis; Trans generational

Au sein de l'Unafam, un certain nombre de parents devenus grands-parents ont décidé de se mobiliser pour s'informer et réfléchir sur cette spécificité peu approfondie jusqu'à présent. Historiquement, trois groupes existent en France, à Angers depuis 2006, à Nîmes et Paris depuis 2008. En Île-de-France, le groupe s'est créé en juin 2008. Il regroupe une trentaine de participants et comporte deux types de rencontres :

- au « Café de l'École des Parents », réunions mensuelles encadrées par un juriste et une psychologue sur des thèmes déterminés ;

- au siège de l'Unafam, quatre ou cinq rencontres annuelles avec un praticien hospitalier, thérapeute familial. Là aussi, il y a un sujet prévu à la fin de la réunion précédente et un compte rendu écrit est adressé aux participants.

Un certain nombre de thèmes récurrents se retrouvent d'une rencontre à l'autre, nous allons les aborder successivement, avant de réfléchir sur les mécanismes qui rendent ce groupe fonctionnel.

1. La « parole vraie », les mots pour dire la maladie, le silence des petits-enfants

Beaucoup d'interventions ont lieu à propos des échanges avec les petits-enfants. Pour commencer par une grand-mère qui évoque son enfance auprès d'un père délirant qui lui faisait peur : « L'enfant ne parle pas... Je savais qu'il était fou... Je voulais qu'il meure... Personne ne m'en parlait... Les adultes doivent trouver les mots que le petit enfant doit comprendre... Pour dédramatiser la maladie... » Plusieurs participants réagissent : d'abord un grand-père désarmé pour parler à son petit-fils : « Comment pourrais-je lui expliquer la maladie de son père quand il semble prostré, accaparé par ses TOC, je n'en ai aucune idée ? » Le groupe propose diverses réponses : « C'est comme une peur qu'il a en lui... Toi, ça a dû t'arriver d'avoir des peurs... Par exemple, l'autre soir tu avais peur d'avoir un monstre sous ton lit et tu n'osais plus bouger (exemple suggéré par ce grand-père)... Pour ton papa c'est une autre peur, importante pour lui et quand ça lui arrive, il devient comme une statue. L'enfant peut avoir peur d'attraper cette peur... On peut lui dire qu'elle reste à l'intérieur de son papa... »

Les grands-parents se sentent désarmés face au silence parfois lourd de ces enfants, derrière lequel ils perçoivent des difficultés non dites. Ils ne souhaitent pas être inquisiteurs. Une proposition est faite qui serait de dire : « Je vois bien là que tu te tais, je pense que tu as des soucis, si un jour tu as envie de m'en parler, je suis là... Savoir aussi se taire, respecter ses silences... » Il peut arriver que les petits-enfants posent des questions sur un oncle ou une tante malade dont les bizarreries les interrogent. Comment leur répondre ? Avec qui partager ce questionnement ?

2. Notre (juste) place dans la famille

Pour certaines familles, dans une configuration sur trois ou quatre générations, les termes qui reviennent le plus souvent sont : tiraillements douloureux, « fidélités contradictoires », rivalités, avec la famille, la belle-famille.

Les grands-parents sont en général conscients des « fidélités contradictoires » dans lesquelles sont pris les petits-enfants entre la famille d'accueil, le ou les parents, les grands-parents. Par exemple, les réactions de ce petit-fils sont imprévisibles, il ne manifeste aucune tendresse vis-à-vis de ses grands-parents, tout en leur demandant : « Pourquoi je ne suis pas chez vous ? » Il leur demande aussi de lui acheter un téléphone pour qu'il puisse les appeler ! Du fait que leur bien-être est prioritaire, il peut être préférable de s'effacer quand les rencontres avec eux exacerbent les conflits dont ils sont témoins entre grands-parents et le parent malade. L'enfant perçoit ces conflits et ne peut pas toujours en parler. C'est le cas d'une famille dans laquelle le juge n'autorise les visites de la mère à son fils qu'en présence des grands-parents, la mère étant très persécutée par sa propre mère.

L'absence de réactivité souvent ressentie de la part du parent malade est un souci récurrent des grands-parents, ainsi que la question complémentaire qui revient souvent : « Est-ce que je n'en fais pas trop, mais sinon qui va s'en soucier ? »

Il y a aussi la grande question du recours ou non aux instances extérieures (les placements, les demandes de protection des biens, et surtout la question de l'enfant en danger et de l'attitude à avoir). La relation aux services sociaux en lien avec un éventuel signalement d'enfant en danger est toujours passionnée et complexe, reflet d'un double désir : protéger l'enfant et risquer de le perdre s'il est « retiré » et placé en famille d'accueil.

3. La crainte de transmission des troubles psychiques, et la recherche d'une implication personnelle

Elles sont une inquiétude majeure des grands-parents présents dans ce groupe. « On l'a mise dans une sacrée galère cette petite fille », nous dit une grand-mère ayant elle-même vécu, enfant, avec un parent psychotique. Une autre lui répond : « Heureusement, l'alerte se met en route plus vite », du fait de ce qui a déjà été vécu avec le parent malade, une préoccupation récurrente étant de pouvoir « repérer » plus vite que pour la génération précédente les signes avant-coureurs de la psychose : « Mon petit-fils de deux ans et demi ne parle pas beaucoup, comme son papa », « Faites attention de ne pas projeter sur lui vos propres peurs » lui est-il répondu. « Il faut éviter d'avoir des lunettes filtrantes, ne repérant que le négatif... »

Ces grands-parents s'interrogent aussi sur l'avenir des petits-enfants en lien avec l'incertitude sur la santé future du parent malade : « Quand surviendra la prochaine rechute ? » L'éventualité d'un suivi des petits-enfants est toujours quelque chose de très rassurant. La constatation d'une répétition de troubles du comportement du père au fils, dans cette famille où le petit garçon vit avec sa mère et ses grands-parents maternels, suscite des conseils divers sur des recours d'aide extérieure.

Cette crainte de la répétition amène plusieurs grands-parents à s'interroger sur leur implication dans ce processus : « Nous avons peur de recommencer la même chose avec notre petit-fils qu'avec notre fille. » Certains grands-parents sont parfois débordés par l'intensité des sentiments de haine exprimés par leur enfant, et font une démarche de soins pour y réfléchir.

« Qui est malade dans cette famille ? », s'interroge une grand-mère réfléchissant sur sa propre existence et l'évocation de périodes dépressives. Cette question suscite de nombreuses réactions dans ce sens qui évoquent des épisodes dépressifs ou délirants chez les collatéraux.

« Quelle autre implication personnelle dans la maladie de nos enfants ? » se demandent plusieurs grands-parents, en particulier autour de deux thèmes, celui du désir (ou non désir) d'enfant, pour le père et (ou) pour la mère, et le sentiment d'avoir été souvent « surprotecteur » pour un enfant malade, parfois sans raison précise. C'est en prenant conscience qu'elle reproduit cette même attitude avec son petit-fils que cette grand-mère pense qu'elle était surprotectrice.

4. La violence familiale sous toutes ses formes entre les différentes générations

Cette violence peut s'exprimer sous de multiples formes :

- le « flou » dans les attitudes du parent malade est une forme de violence vis-à-vis des jeunes enfants, qui ne peuvent rien déchiffrer dans son comportement ;
- violences verbales et physiques d'un fils sur sa mère, le fils, enfant, ayant été témoin des violences et des menaces proférées par son père sur sa mère. Ce fils a vécu des situations terribles, disant à sa mère : « J'étais prêt à mourir pour toi, maman. » Actuellement, il reporte cette violence sur son frère ou sur sa mère, quand il est sous l'emprise de l'alcool. En revanche, il n'est pas du tout violent avec ses enfants et réagit vivement si sa mère donne un jour une fessée à son petit-fils, l'aîné de ses petits-enfants ;

- dans toutes ces situations, il est dit qu'il ne faut pas « minimiser » ce qui se passe, « c'est mentir pour cacher la vérité », ce qui disqualifie l'enfant, qui dénonce cette réalité de la violence ;

- cette violence peut être celle d'une fille contre sa mère, d'autant plus insupportable que pour ces grands-parents « les droits des grands-parents dépendent des droits de la mère ». C'est-à-dire que si l'état de santé de la mère ne lui permet pas de voir ses enfants, les grands-parents sont eux-mêmes privés de ces rencontres par le juge, cette situation étant en cours de révision. Qui écouter quand l'enfant ne veut pas voir sa mère, que sa mère veut le voir, et que la mère reproche à sa propre mère de ne pas lui laisser voir son fils ?

- dans le cas de personne atteinte de troubles bipolaires, la violence s'exprime de façon très variable. Au cours des accès maniaques, la violence, surtout verbale, s'adresse aux autres en général, aux parents en particulier. Mais les grands-parents sont beaucoup plus inquiets du risque suicidaire au cours des accès mélancoliques, incluant les petits-enfants, heureusement à leur garde.

5. Le besoin de poser des limites, de se préserver

À ce propos, un couple de grands-parents ayant une fille souffrant de troubles bipolaires, soulignent plusieurs points :

- l'alternance de périodes difficiles d'agressivité, de violence ;
- la perception de la complexité de leur fille : « Elle a une partie saine et une partie malade » ;
- une lassitude croissante : « On n'osait rien dire avant parce qu'elle était malade pendant longtemps, maintenant on en a ras le bol ».

Les autres participants répondent avec leurs expériences :

- il y a sûrement des limites à poser, mais il vaut mieux le faire quand on est plus calme, « ne pas dire (non) quand on est excédé », et si possible à distance des périodes critiques. Ce n'est pas facile, une grand-mère veuve est consciente que son fils sait très bien « jusqu'où il peut aller trop loin », et qu'elle-même n'arrive à lui dire ce qu'elle pense que quand elle n'en peut plus ;

- la situation peut s'améliorer si des relations satisfaisantes ont pu être établies avec le psychiatre de leur enfant, permettant d'assouplir le dialogue ;

- pour cette grand-mère veuve qui est en train de refaire sa vie, le projet de retour au domicile d'une fille malade avec sa fillette après des années de galère et une séparation avec le père également psychotique est une situation délicate. Elle a une relation difficile avec cette fille qui l'accapare et redoute sa présence envahissante si son retour se confirme. Elle souligne l'importance pour elle de préserver son nouveau couple.

6. La stigmatisation de la différence

Liée à la maladie psychique, elle se retrouve aussi bien au sein de la famille qu'au niveau de l'école, des réseaux sociaux. La sœur bipolaire d'un handicapé était surnommée « la sœur du bossu » par les autres enfants. Les petits-enfants appellent leur tante « la folle ».

La question d'une grand-mère sur ce qu'elle doit dire à l'école de ses petits-enfants, sur les troubles de leur mère quand celle-ci viendra les chercher, entraîne des réactions intéressantes :

- cette démarche risque de stigmatiser encore plus la mère et les petits ;
- elle court-circuite sa fille, ce qui risque de compliquer leur relation ;
- n'est-il pas préférable d'en parler avec elle, de lui demander si elle peut rencontrer les professeurs, si elle peut participer elle-même aux démarches d'inscription, etc.

7. Réflexions sur le fonctionnement du groupe

Ce qu'en disent les participants : « On change en formulant autrement les situations » ; « Ça nous aide à prendre de la distance, on passe du petit-fils au système familial, on s'occupe de nous, de notre couple » ; « En écoutant d'autres situations, ce groupe a un effet de résonance et apporte des éclairages nouveaux sur sa situation familiale » ; « Ici on nous écoute et j'y ai appris qu'on pouvait poser des limites. »

8. Spécificités d'un tel groupe

On retrouve ici ce qu'on observe en institution dans les groupes soignés/soignants, ou dans des groupes de patients réunis autour de problématiques partagées :

- les capacités d'écoute mutuelle ;

- l'expression de ressentis différents dans des situations à forte charge émotionnelle, chacun pouvant prendre la mesure de points de vue opposés, plus facilement que si le psychiatre ne les exprimait lui-même, d'une tout autre place il est vrai ;

- une fonction contenante et autorégulatrice importante quand un des membres devient un peu trop envahissant.

Ces grands-parents viennent le plus souvent recroquevillés sur une souffrance ancienne, souvent chargés de culpabilité, de sentiment d'impuissance et parfois de ressentiment vis-à-vis de la psychiatrie.

Une fonction essentielle de ce groupe est la reconnaissance de la spécificité de la place des grands-parents dans le défilé des générations. Nous savons bien que l'un des effets pervers de la psychose est précisément de déloger chacun de sa place symboliquement désignée.

La redéfinition progressive des épreuves traversées s'appuie sur plusieurs facteurs :

- le temps, la diachronie, faire préciser comment les choses se passaient à telle ou telle période ;

- mettre en scène les différents acteurs familiaux absents (selon la technique de la « chaise vide »), par des questions du genre « S'il (ou elle) était là, comment réagirait-il (elle) ? » ;

- le repérage des aspects positifs chez leurs enfants, et, quand c'est possible, dans la relation des petits-enfants avec leurs parents, permet de souligner ce dernier lien et limite le risque symbolique de « court-circuit grands-parents/petits-enfants », aux dépens du parent malade.

En se référant aux travaux de Steve de Shazer, repris par Josée Lamarre au Québec, on peut supposer que le moteur d'un groupe comme celui-ci est une logique d'*empowerment* qui peut être définie comme « une rétroaction positive qui contribue à mettre en évidence les forces, les compétences et les relations interpersonnelles pleines de potentiel et de possibilités, auxquelles le patient prêtait peu d'attentions, tout obnubilé qu'il était par les problèmes qui l'accaparaient ».

9. Conclusion

Soulignons l'intérêt de relier cette approche des grands-parents à celle entreprise par H. Davtian et le Dr P. Van Amerongen sur la fratrie, et plus globalement les jeunes proches de malades psychiques.

Cette approche globale intergénérationnelle, transfamiliale (réunissant plusieurs personnes de même tranche d'âge et de familles différentes), va dans le sens des recommandations de la conférence de l'Eufami sur le thème des « enfants oubliés » :

- « On ne peut pas attendre des enfants de parents souffrant de maladie mentale qu'ils portent seuls ce fardeau ;

- « ils sont vulnérables à des problèmes émotionnels et comportementaux et n'ont généralement pas la parole dans la façon dont ils sont traités. Eux et leurs familles ont donc besoin d'un soutien régulier de la part des professionnels de santé, sociaux ou scolaires ainsi que d'une compréhension de leur situation dans leurs communautés locales ;

- « les services qui leur sont destinés devraient se concentrer sur la famille entière, incluant non seulement les parents et les enfants mais aussi d'autres comme les grands-parents qui peuvent assurer un rôle parental. »

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur