

Dispositions psychiques à l'accueil

Albert CICCONE

Je vais parler de quelques conditions non pas à l'accueil mais à la « posture » d'accueil, à la position psychique d'accueil. Quelles sont les dispositions psychiques nécessaires à cette position ? Quelles caractéristiques peut-on souligner concernant les dispositions psychiques relevant d'une posture d'accueil ?

Je considérerai l'accueil, la posture d'accueil comme une posture « soignante » au sens large. « Prendre soin » de quelqu'un suppose de l'accueillir, d'accueillir ce qu'il vit subjectivement.

Réceptivité active

Tout d'abord, on peut dire que l'accueil est une posture de réceptivité et d'attente. Cette posture suppose d'être réceptif à l'autre, à ce qui vient de l'autre, à ce qu'il montre, ce qu'il exprime, ce qu'il transmet, à ses besoins.

Cela suppose de pouvoir supporter l'attente, de ne pas demander à l'autre de répondre immédiatement à ce qu'on attend, de supporter que l'autre, l'accueilli, ne comble pas immédiatement notre attente.

L'accueil correspond ainsi non pas à une posture passive, mais à une posture active. Il ne s'agit pas d'accueillir passivement. Si l'accueil évoque une attitude de réceptivité, d'attente, il s'agit d'être « activement passif », « activement réceptif ».

C'est pourquoi ce qu'on peut appeler le « travail d'accueil » est particulièrement fatigant. Il est plus facile et moins coûteux d'agir sur l'autre. Être en position d'attente, de « réceptivité active » est beaucoup plus coûteux. Cela demande toute une énergie, toute une exigence de travail.

Pour accueillir, il faut se mettre « en creux ». Si le creux est plein de soi, il n'y a pas de place pour l'autre.

L'état d'esprit de l'accueillant est ainsi caractérisé par une forme de renoncement. Il faut pouvoir investir l'autre pour l'autre et pas pour soi. Ne pas mettre trop de soi entre soi et l'autre.

État de pensée

L'accueil est par ailleurs caractérisé par l'ouverture, la disponibilité interne, la capacité à attendre, à se laisser imprégner par une situation, à se laisser surprendre, autrement dit la capacité à observer sans a priori. On ne peut être exempt de tout a priori, mais la position interne d'accueil suppose de ne pas être aliéné à ses a priori, elle suppose de pouvoir être touché par une situation, de se laisser toucher sans se défendre immédiatement par une explication, une interprétation. Cette position interne suppose de pouvoir observer sans donner immédiatement une explication, une conclusion.

Cette position interne se traduit par une attitude d'observation, d'attention. Il s'agit de pouvoir prendre le temps de vivre une expérience, d'en explorer la réalité émotionnelle pour la comprendre – pas l'expliquer mais la comprendre. Il s'agit là de se mettre véritablement en « état de pensée » pourrait-on dire.

Cette position subjective n'appartient pas exclusivement aux accueillants et ne spécifie pas le travail d'accueil. Elle devrait être ce vers quoi devrait tendre tous les professionnels de la relation, de l'aide, de l'accompagnement, du soin.

Le « transfert » de l'accueillant

Si l'accueillant met du soi entre soi et l'autre, c'est parce que tout accueillant a toujours une attente vis-à-vis de l'accueilli, quel que soit le dispositif d'accueil. Même s'il est ouvert, tolérant, à l'écoute, il a néanmoins – pour ce qui concerne les pratique d'accueil mettant en jeu la famille – toujours une famille idéale en tête, et il appréhende les relations, les interactions qu'il observe ou dans lesquelles il s'engage, à la lumière – ou à la pénombre – de son image de la famille idéale.

Tout accueillant a ainsi toujours une demande, une attente. Tout le problème sera ensuite de répondre à ce que l'autre – l'accueilli – montre, adresse, demande et non pas à ce

que provoque chez l'accueillant ce qu'il montre ou ce qu'il exprime. Plus l'accueillant répond à ce que l'autre provoque en lui (la colère, la déception, etc.) et moins il est en contact avec la réalité subjective de l'autre, avec les besoins de l'autre.

C'est la même chose entre un parent et un enfant. Supposons un enfant qui est en détresse et qui pleure. Plus le parent est en contact avec la détresse de l'enfant et plus il pourra la consoler, la dédramatiser. Plus le parent est envahi par sa propre détresse à lui, sans la reconnaître (et c'est là que se situe le problème), détresse infantile qui n'est pas suffisamment consolée en lui, et plus il demandera à l'enfant de ne pas pleurer pour ne pas faire pleurer l'enfant qui est en lui, pour ne pas lui faire vivre, à lui parent, qu'il est encore un enfant en détresse qui n'a pas été consolé. Le parent ne se comporte pas alors comme un adulte qui console un enfant en comprenant sa détresse (parce qu'il a compris la sienne propre qu'il a reconnue), mais comme un enfant qui demande à l'enfant d'être adulte. Le parent est en demande devant son enfant, qui est alors abandonné à sa détresse infantile.

Donc si l'accueillant est en attente devant l'accueilli, il doit veiller à ne pas être aliéné à ce qu'il attend de lui. C'est cette aliénation qui produit le jugement de valeur (« cet enfant est mauvais, intolérant », « cette mère est mauvaise, inadéquate »...).

On peut ainsi dire qu'il y a toujours un « transfert » de l'accueillant sur l'accueilli. Cela est toujours vrai, pour tout soignant en général. Et cela peut être source de violences « ordinaires » diverses.

Les vocations soignantes, au sens large, émergent toujours des histoires personnelles, et trouvent leurs sources dans des expériences plus ou moins douloureuses ou traumatiques. Le soignant peut avoir été, par exemple, un enfant confronté à l'exigence de soigner son propre parent, sa mère ou son père, ou un membre de sa fratrie ; il peut être soumis à l'impératif de faire exister un parent bienveillant, de perpétuer ou de commémorer une attention parentale et une préoccupation parentale primaire dont il a manqué, qu'il a perdue, qui a été en échec, etc. Dans tous les cas, quelque chose d'une expérience infantile est à réparer chez le soignant. Et le soignant est en attente devant le patient, devant le sujet dont il s'occupe, se préoccupe, qu'il prend en charge. Il attend que celui-ci répare son expérience infantile propre.

Si le soin, l'accueil, s'adresse manifestement au patient, au sujet accueilli, il s'adresse inconsciemment à un autre, objet de transfert, et l'acte de soin sera porteur d'un cortège de sentiments, d'émotions, d'affects qui concernent cet autre et qui chargeront ou infiltreront le lien au patient, au sujet accueilli. Il y a là une source de violence potentielle, car une telle conjoncture n'est bien sûr pas exempte d'ambivalence et de conflictualités de toutes sortes. Le

désir de faire le bien à tout prix peut représenter un contre-investissement de désirs narcissiques tout autres. L'ambivalence, et son pôle « négatif », inconscient, transparaîtra ainsi dans nombre de petites violences quotidiennes.

C'est cette attente de réparation qui rend parfois difficile d'investir l'autre pour l'autre et pas pour soi.

Accepter que donner ne comble pas le manque de l'autre

Non seulement l'accueil suppose d'accepter que l'attente que l'on a ne soit pas satisfaite, mais il suppose aussi d'accepter que le fait de donner – de l'attention, de la préoccupation, du temps, de l'amour – ne comble pas le manque de l'autre.

Combien de fois entend-on des soignants, des éducateurs, des travailleurs sociaux, des familles d'accueil recevant des enfants placés, constater avec regret que tel enfant met en échec tout ce qu'on fait pour lui, alors qu'on lui donne tout ce qu'il n'a jamais eu...

Comment comprendre cela ? Qu'est-ce qui conduit un enfant, par exemple, à toujours fuguer alors qu'on le place dans une famille généreuse qui lui donne toute l'attention dont il a toujours manqué ? Il est classique de constater qu'un enfant maltraité, placé dans une bonne famille d'accueil, va mettre en échec tout le travail fait pour lui.

On peut dire que lorsqu'on n'a jamais été aimé, jamais fait l'objet d'émerveillement, quand jamais personne ne s'est émerveillé de ce qu'on était – quand on était bébé, enfant –, on ne peut pas construire une confiance en soi, et on se vit alors comme mauvais, on éprouve un sentiment coupable de ne pouvoir rien créer de bon, de ne mériter rien de bon.

Cette forme de culpabilité cherchera à être confirmée, continuellement, et poussera à la répétition. C'est pourquoi un enfant maltraité, que l'on place dans un bon environnement, une bonne famille d'accueil, bien attentive, nourricière, va fuguer, être violent, mettre en échec les soins, attaquer les liens.

On peut penser qu'un tel enfant se demande d'abord pourquoi cela lui arrive. Pourquoi n'a-t-il pas eu cette attention plus tôt, pourquoi ses parents ne la lui ont pas donnée, pourquoi ne l'a-t-il pas méritée ?

On peut penser que la mise en échec systématique de l'aide qu'on peut apporter est une répétition de ces maltraitances ou défaillances primaires, et que la répétition à une fonction : essayer de se représenter l'expérience, se l'approprier, la subjectiver.

Pour certains il faut répéter souvent, et longtemps, avant d'aboutir à une telle appropriation.

La répétition est le témoin à la fois de la tentative et de l'échec du travail de pensée, de l'appropriation subjectivante.

Je disais que le soignant, l'accueillant a toujours une attente devant le sujet dont il s'occupe. L'enfant ou le sujet qui met en échec le soin, l'accueil, lutte contre cette attente, comme il a lutté contre les attentes narcissiques de ses propres parents.

En effet, un enfant violent, par exemple, est un enfant qui, entre autres, lutte contre l'héritage narcissique parental. La configuration de l'enfant violent, en famille, est entre autres celle d'un enfant qui résiste devant l'héritage imposé par le parent.

Cet héritage est constitué par les besoins infantiles du parent, besoins infantiles qui n'ont pas été suffisamment reconnus, pris en compte, traités dans l'histoire infantile du parent, et dans son histoire actuelle ; ou bien besoins infantiles qui ont été particulièrement réveillés, réchauffés, à l'occasion d'événements traumatiques, par exemple. Ces besoins vont infiltrer le lien parent/enfant, et l'enfant va ainsi en hériter, dans sa mission réparatrice, le parent demandant à l'enfant, par exemple, d'être une mère pour lui, une bonne mère, en lui faisant vivre l'expérience d'être un bon parent d'un bon enfant...

Il est évident que la façon dont le parent va présenter la réalité, va énoncer les interdits, va poser les limites, etc., sera tributaire du niveau de sa propre demande de réparation de ses expériences infantiles. Plus le parent agira en réponse à l'enfant qu'il a été et non en réponse aux besoins de l'enfant réel, et plus il sera en difficulté devant l'enfant réel, et mettra en difficulté l'enfant réel. On verra alors, par exemple, un parent qui ne peut pas mettre de limites, ou qui ne met des limites que d'une façon cruelle en sortant lui-même de ses limites, tellement il en veut à l'enfant de le mettre en difficulté, d'attaquer son sentiment d'être un bon parent, de ne pas lui faire vivre qu'il est un bon parent, de ne pas réparer son expérience infantile d'échec.

Et cela est valable aussi pour le travail thérapeutique, pour le travail éducatif. Plus l'éducateur ou le thérapeute agit en réponse à ce qu'il vit lui, à ce que l'enfant lui fait vivre, c'est-à-dire en réponse à ses propres besoins à lui, et non pas en réponse aux besoins de l'enfant, et plus il entretient la violence et l'attaque du lien.

Appel à une parentalité interne soignante

La disposition psychique d'accueil, de réceptivité active, d'investissement de l'autre pour l'autre et pas exclusivement pour soi, en appelle à ce je nomme une « parentalité interne soignante ».

De quoi est-il question ? Quelles sont les formes de cette parentalité interne ?

Quelques mots d'abord sur la parentalité en général.

La parentalité, aspects sociaux, politiques

La notion de parentalité est récente. Depuis Thomas Benedek, dans les années 1950, Paul-Claude Racamier dans les années 1960, et d'autres, le terme de parentalité est devenu un terme usuel contemporain. Cette notion confirme la distinction entre « géniteur » et « parent », et elle contrecarre l'idée d'une innéité des dons parentaux. On n'est pas mère ou père de façon innée, on construit une parentalité.

La parentalité est ainsi d'abord une représentation sociale. Elle concerne évidemment les parents, la famille. Elle prend des formes variées. Je ne sais plus qui disait qu'il y a autant de modèles de familles que notre imagination peut en contenir, et que le problème c'est justement les limites de notre imagination.

Qui sont les parents d'un enfant ?

Il faut distinguer les parents *géniteurs* (ceux qui ont donné leurs gamètes), les parents *légaux* (ceux qui sont désignés par le social, qui ont l'« autorité parentale », au regard de la loi), et les parents *psychologiques* (ceux qui aiment et élèvent l'enfant, l'éduquent au quotidien, lui transmettent des valeurs culturelles, morales, etc.). Parfois ces fonctions sont distribuées sur les mêmes personnes, parfois elles sont réparties sur plusieurs personnes, avec toute la conflictualité générée dans l'un comme dans l'autre cas.

La parentalité, comme la famille, est donc une figure à géométrie variable. Les débats récents à propos du mariage pour tous l'ont bien démontré.

La parentalité, on le voit, est une construction sociale qui convoque des points de vue psychologique, biologique, mais aussi sociologique, idéologique et même politique. « C'est par délégation objective du pouvoir d'État et en son nom que les parents s'occupent subjectivement des enfants », écrit le sociologue et philosophe Saül Karsz (2014). « Tout enfant est depuis sa naissance placé », ajoute-t-il. D'ailleurs on doit « déclarer » un enfant

devant le « service de l'État civil ». Certains ont la chance (ou malchance) d'être placés chez leurs parents « biologiques », « naturels », mais pas tous.

L'État est d'ailleurs parfois très laxiste en la matière. Si on demandait aux parents « naturels » ce qu'on demande aux parents « adoptants » par exemple (et peut-être aux parents d'accueil, je ne sais pas), très peu d'enfants seraient placés chez leurs parents géniteurs (ou très peu de couples seraient autorisés à devenir parents) !

La représentation de la parentalité, la désignation ou la reconnaissance de parentalité s'inscrit donc dans un ordre symbolique. Et la parentalité est ainsi inévitablement empreinte d'idéologie. La définition des « compétences » parentales, la représentation d'un exercice « adéquat » de la parentalité supposent une idéologie quant à ce qu'est un parent. Et si on décide que des parents sont inadéquats, c'est bien sûr parce qu'il y a des familles qui dysfonctionnent, qui vont parfois très mal, mais ces désignations ou ces condamnations sont aussi bien souvent l'effet de nos projections, nos idéologies, nos modèles implicites, nos croyances. Et si des interventions et des accompagnements auprès des familles sont tout à fait légitimes, ceux-ci ne sont ni automatiquement fondés, ni forcément pertinents.

La parentalité, aspect psychologique

La parentalité s'explore dans sa dimension sociale (et concerne en particulier les rôles, la place de la mère et du père) mais aussi dans sa dimension psychologique. La parentalité désigne un sentiment, une position qui va intégrer l'identité, participer au sentiment d'identité, modifier l'identité.

La parentalité se construit, elle n'est pas donnée. On devient parent. Et c'est aussi l'enfant qui fait le parent. En même temps que l'enfant se subjective, le parent naît à la parentalité. C'est aussi l'enfant qui fait naître ce sentiment, quand il reconnaît son parent. Et les difficultés, les troubles de la parentalité peuvent être importants quand il n'y a pas cette reconnaissance. Par exemple, quand l'enfant refuse de donner son regard, de regarder son parent, quand il détourne le regard... ou quand il n'est pas gratifiant, quand il ne conforte pas le parent dans son sentiment d'être un bon parent.

La parentalité comme fonction psychique

Si la parentalité contient un aspect social, politique, idéologique, un aspect biologique, un aspect psychologique, elle est aussi une *fonction psychique* (Ciccone, 2014).

La parentalité concerne une expérience subjective, ou une fonction psychique mobilisée chez tout sujet qui doit prendre soin d'un autre, l'aider à grandir, à se développer, à découvrir le monde, à prendre en compte sa vie émotionnelle, à tolérer les turbulences que génère sa rencontre avec le monde, avec la réalité, à surmonter les tourments que lui imposent les aléas de son histoire de vie. La parentalité concerne également la capacité de chacun à prendre soin de lui-même.

Une biparentalité psychique interne

Cette parentalité interne prend la forme d'une « bi-parentalité », sur le modèle de la bisexualité psychique. De même que nous avons tous une bisexualité psychique, nous avons aussi une biparentalité psychique. Celle-ci articule des fonctions « maternelles » et des fonctions « paternelles » (qu'il faudrait peut-être nommer autrement pour ne pas les confondre avec les rôles sociaux des pères et mères réels).

La parentalité est donc interne, elle est intériorisée par chacun dans le jeu des identifications infantiles. Elle est une biparentalité harmonieuse, créatrice, protectrice, si une telle expérience a été suffisamment rencontrée au-dehors comme telle. Elle s'appuie sur un objet interne « harmonieusement combiné », correspondant à l'articulation au-dedans de soi de qualités paternelles et maternelles, d'identifications paternelles et maternelles. « Harmonieusement combiné » si, encore une fois, la parentalité réelle qu'a connue le sujet enfant était elle-même harmonieuse, adéquate ; il en va autrement si le sujet a connu des parents défaillants, non aimant, toxiques, inadéquats, maltraitants.

Mais cette parentalité interne prend des formes beaucoup plus archaïques, et son intériorisation commence très tôt, dès les premiers moments du développement. L'intégration précoce de la biparentalité interne s'opère notamment dans et par le tonus corporel. On peut dire, en effet, que se tenir, se mettre debout pour avancer dans le monde, suppose d'intérioriser et d'articuler une colonne vertébrale, ferme, « paternelle primaire » pourrait-on dire, qui donne un appui et une sécurité à l'expérience d'avancer dans le monde, et une enveloppe, souple, « maternelle primaire », pour s'adapter, s'ajuster, amortir la rencontre avec le monde. Cette articulation donne un appui sûr au sentiment d'identité, soutient et amortit

la rencontre avec le monde. Elle correspond à l'intériorisation des bras parentaux qui soutiennent le bébé : l'enveloppement *fermé* des bras correspond à l'aspect « maternel », et le soutien *ferme* qui donne un appui et empêche de glisser correspond à l'aspect « paternel ».

La biparentalité prendra ensuite des formes complexifiées, lorsqu'elle s'intégrera dans le cadre des identifications secondaires, œdipiennes, constituant entre autres diverses figures surmoïques et idéales internes. On peut dire que les aspects « maternels » de la biparentalité concernent l'accueil, la réceptivité, la contenance, la malléabilité, et les aspects « paternels » la fermeté, la rigueur, la consistance – dans l'expérience subjective et relationnelle.

La parentalité interne rend compte ainsi de la manière dont on peut être pour soi-même mais aussi pour d'autres un couple parental protecteur et structurant, de la manière dont on peut être attentif et prendre soin des aspects infantiles, chez soi ou chez d'autres dont on a la responsabilité.

L'infantile. La bigénérationnalité psychique

La notion de parentalité interne suppose de se représenter, à l'intérieur de chacun, des aspects « adultes », « parentaux » et des aspects « infantiles ».

L'infantile désigne ce qui en soi est un enfant toujours vivant, qui continue de voir le monde et d'interpréter le monde avec ses yeux d'enfant. On ne se sépare jamais de l'enfant en soi. D'une part, l'expérience infantile laisse des traces. Et d'autre part, l'enfant cohabite avec l'adulte que nous sommes devenus, et à côté de l'adulte qui vit dans le monde, il y a toujours l'enfant qui continue de regarder le monde, d'interpréter le monde à sa manière.

Cet infantile est constitué des expériences de l'enfance, mais surtout de la manière dont ces expériences ont laissé des traces, se sont imprimées, et de leur rémanence.

L'infantile a deux faces : celle de l'enfant fragile, impuissant, en détresse, vulnérable, et aussi celle de l'omnipotence, qui est l'effet d'un mouvement défensif pour ne pas éprouver l'état de détresse infantile. La toute-puissance, l'illusion de toute-puissance, l'illusion que l'on est plus fort que la réalité, que l'on n'a pas besoin de se soumettre aux exigences de la réalité, est une croyance infantile, une caractéristique infantile. La toute-puissance infantile est l'effet d'un gonflement narcissique qui cherche toujours à faire taire la douleur d'une détresse infantile. On peut faire taire toute douleur, tout éprouvé de détresse en développant un soi omnipotent, insensible, voire tyrannique, destructeur.

Par ailleurs, si cet infantile est fait d'expériences heureuses, de bonheur, de plaisir, de jeu, il est surtout fait d'expériences malheureuses, de douleurs, de traumatismes, de

souffrances. En effet, on est davantage marqué par les douleurs que par les plaisirs. Il y a des douleurs d'enfant, des peurs d'enfant, qui persistent toute la vie. Même si on sait qu'elles remontent à l'époque infantile, même si l'adulte qu'on est les a dépassées, elles peuvent être toujours là, de façon plus ou moins discrète, secrète, plus ou moins inconsciente, et être réveillées dès qu'un moindre détail les rappelle.

Il y a donc en chacun de soi une part infantile et une part adulte, un enfant et une « parentalité interne ». On peut donc considérer non seulement une « biparentalité », mais aussi une « bigénérationnalité interne ». Celles-ci supportent l'organisation de ce qu'on peut appeler une véritable « famille interne ».

Pour grandir, on peut dire qu'il faut, d'une part, pouvoir intérioriser une parentalité structurante. Cela suppose évidemment que le sujet l'ait préalablement rencontrée suffisamment au-dehors. Avoir à l'intérieur de soi une parentalité qui s'occupe de l'enfant qu'on est toujours est plus facile si on a connu soi-même pour de vrai des parents qui se sont occupés de nous, qui ont été cohérents, protecteurs, consolateurs. Dans le cas contraire, on pourra avoir tendance à se maltraiter, comme on a été maltraité par ses propres parents.

Grandir, apprendre, suppose d'autre part un processus de croissance interne. Je disais à l'instant que l'on retrouve, dans les expériences infantiles, à la fois celles qui relèvent de la dépendance, de la détresse, de l'impuissance, et celles qui relèvent de la toute-puissance, du gonflement narcissique, de l'illusion d'indépendance. On peut dire que si la croissance, avec les douleurs, les renoncements, les transformations, les deuils inévitables, suppose en même temps qu'elle participe à la construction d'une parentalité interne structurante et d'une position adulte, le gonflement omnipotent du narcissisme infantile donnera, lui, au sujet un aspect frauduleusement adulte.

La parentalité soignante

La parentalité est donc toujours une parentalité *soignante*. Elle consiste à « prendre soin » de l'enfant en soi ou des aspects infantiles des sujets dont on s'occupe. La façon dont se déploie ce « prendre soin » sera évidemment tributaire de la façon dont cette parentalité soignante a été rencontrée au-dehors, et a pu être intériorisée par le sujet.

Cette notion peut s'appliquer à tous soignants, tous praticiens qui accompagnent, aident, soignent un autre et qui s'adressent tout particulièrement aux aspects infantiles de cet autre, car ce sont toujours dans les parts infantiles du soi que se situent les souffrances les plus fortes, les plus débordantes, les plus scandaleuses, les plus intolérables, et les besoins de

grandir pour atténuer les effets de ces douleurs. La notion de parentalité peut s'appliquer aussi aux professionnels de l'éducation, « ordinaire » ou « spécialisée », qui s'adressent à tout enfant, à tout sujet, pour soutenir sa capacité et son désir d'apprendre, parfois mis à mal par des histoires plus ou moins désorganisatrices. Cette notion peut s'appliquer aussi à une équipe, une institution, voire au social, au politique. On peut parler de « parentalité institutionnelle », on peut parler de « parentalité sociale ».

La parentalité soignante s'applique évidemment à tous parents, à tous ceux qui exercent une fonction parentale, transitoire (comme les familles d'accueil) ou permanente.

Elle suppose d'abord et s'appuie sur ce qu'on pourrait appeler une « préoccupation soignante primaire », sur le modèle de la préoccupation maternelle primaire dont parle Winnicott (1956), et qu'il faudrait nommer « préoccupation *parentale* primaire », car la préoccupation primaire pour un bébé n'est pas plus maternelle que paternelle.

Une telle préoccupation soignante primaire repose sur et soutient une sensibilité à l'autre, à sa vie émotionnelle, à ses souffrances infantiles. Elle témoigne d'un souci pour les besoins infantiles. Cette préoccupation se cultive, se nourrit, se développe. Elle peut se confirmer par les effets de formation, mais il n'est par contre pas sûr que la formation suffise à construire cette préoccupation soignante primaire, tout comme on peut toujours essayer de former une mère à être mère, aucune formation ne lui apprendra à aimer son enfant.

La parentalité soignante suppose une articulation harmonieuse, à l'intérieur de chacun, entre les aspects maternels et paternels, et une articulation entre les aspects parentaux et infantiles. Elle suppose une distinction entre les aspects maternels et paternels, mais surtout entre les aspects adultes et les aspects infantiles, entre les prérogatives adultes, parentales, et les prérogatives infantiles, à l'extérieur comme à l'intérieur, dans le monde interne. Si cette organisation n'est pas constituée, c'est la hiérarchie qui tient lieu d'organisation, de différenciation— c'est le chef qui prend la place de l'adulte en position parentale —, avec toutes les logiques tyranniques qu'elle va promouvoir, et qui sont anti-développementales (Ciccone *et al.*, 2003). Chaque fois que la hiérarchie prend la place d'une organisation familiale basée sur la distinction entre prérogatives parentales et prérogatives infantiles on est dans une logique de tyrannie-et-soumission, qui est anti-développementale, qui s'oppose à la croissance mentale. Et on peut dire qu'une telle conjoncture se retrouve communément dans un certain nombre de familles et dans beaucoup d'institutions. Les familles organisées sur un mode tyrannique ressemblent davantage à un groupe ou à une bande d'adolescents qu'à une famille. Le parent est un chef puissant (et impuissant en même temps) et non un adulte en contact avec la réalité. C'est un enfant qui fait l'adulte.

La relation parentale comme la relation soignante exigent une distinction des logiques adultes et infantiles, et supposent que le parent comme le soignant s'appuient sur des images parentales internes fiables, protectrices, tout en gardant le contact avec leurs propres expériences infantiles. C'est ce qui permet de s'identifier à l'enfant, au patient et à ses aspects infantiles, et de comprendre les douleurs et souffrances anciennes mais toujours actuelles. Si le parent comme le soignant disposent d'une « famille interne » harmonieuse, ils pourront mobiliser différentes identifications, parentales et infantiles, pour assurer leur travail de soin, d'aide, d'accompagnement des processus de croissance chez les enfants et les patients dont ils ont la responsabilité. Dans le cas contraire, c'est une « organisation hiérarchique » qui dictera les conditions et les termes des praxis. Le parent « fera le père ou la mère », le soignant « fera le psychologue, le psychanalyste », le parent d'accueil « fera le professionnel », déployant et s'agrippant à une identité fruit d'un gonflement du narcissisme infantile plus que d'un processus de croissance. Une telle partie pseudo-parentale masque en général mal son imposture, et une telle hiérarchie interne est toujours redoutable et anti-développementale. Il y a une différence entre « faire le soignant » et « être soignant ».

La parentalité soignante suppose pour le soignant comme pour le parent (ordinaire ou d'accueil) d'avoir gardé le contact avec ses aspects adultes et infantiles. Les expériences infantiles concernent autant les éprouvés de douleur, de détresse, d'impuissance, que les mouvements narcissiques omnipotents. Ce contact avec ces différents aspects de son monde interne et de sa « famille interne » est indispensable pour comprendre la souffrance des parties infantiles des sujets, des patients auxquels on a affaire, comme pour repérer les mouvements narcissiques dans lesquels des aspects infantiles omnipotents se présentent comme frauduleusement adultes et pseudo-matures.

Le contact avec l'enfant en soi concerne aussi la capacité de jouer, de faire appel au ludique. Ne pas oublier l'enfant qu'on a été, ne pas oublier les vertus du jeu, ne pas oublier que c'est par le jeu que se transforment nombres d'épreuves de la vie, d'expériences douloureuses, traumatiques, que c'est par le jeu aussi qu'on apprend, qu'on développe son intelligence, permet de ne pas oublier de jouer avec les enfants, les patients, les sujets tourmentés, traumatisés dont on s'occupe.

Notre « moi ludique » (comme le nomme Salomon Resnik, 1994) est un aspect infantile essentiel à la vie. Le jeu, l'humour, sont des façons extrêmement importantes et pertinentes par lesquelles on peut transformer les difficultés, les obstacles, les échecs. Et par lesquels on peut tout simplement apprendre, grandir. On peut aussi par le jeu apprendre à quelqu'un à grandir. Exercer l'autorité, la parentalité, dire la loi, imposer les interdits, etc.,

chaque fois que l'on peut faire cela avec humour, par le jeu, les effets sont bien plus bénéfiques, et tout apprentissage devrait se faire d'abord et avant tout par le jeu (et non par le forçage). Et il en est de même du travail thérapeutique, qui consiste à jouer, à mettre du jeu dans les rouages des destins tragiques.

Il est extrêmement important pour les éducateurs comme pour les soignants d'être en contact avec leur moi ludique et de le développer. L'humour est un excellent signe de bonne santé mentale.

Au jeu on peut ajouter la créativité en général, celle de l'artiste mais aussi la créativité de tout un chacun.

Conditions à une parentalité soignante et non violente, à un accueil créatif et soignant

Quelles sont les conditions pour que la parentalité soignante, mobilisée dans toute pratique de soin, d'aide, d'accompagnement, d'accueil (familial thérapeutique, par exemple) ait des effets de « soin » ? Quelles sont les conditions pour que l'accueil soit créatif et soignant ?

On a vu la nécessité d'être dans une posture de réceptivité active, de tolérer que notre attente ne soit pas satisfaite, de supporter que le don ne comble pas le manque de celui à qui on donne. On a vu la nécessité d'investir l'autre pour l'autre, de répondre à ses besoins et pas à ce qu'il provoque en nous. On a vu les conditions à une parentalité interne soignante.

On peut ajouter la capacité indispensable de pouvoir s'identifier à celui que l'on accueille (pour une aide, un soin, un accompagnement). Sinon on ne peut rien pour lui. Et il est nécessaire de s'identifier à ce qui est souffrant en lui, c'est-à-dire de façon privilégiée à ce qui est infantile en lui, à ses besoins infantiles.

En même temps, si on s'identifie trop, on risque de mettre du soi entre soi et l'autre, comme je le disais, et de répondre à ses besoins à soi plus qu'aux besoins de l'autre. Et il y a là un équilibre subtil entre la nécessité de s'identifier, et celle de bien répondre à l'autre et pas à soi.

On a vu aussi la nécessité impérieuse d'être là pour de vrai, de ne pas « faire le professionnel », c'est-à-dire, peut-on ajouter, de s'impliquer. Si la parentalité n'est pas impliquée (comme le dit Dominique Thouret, 2004), au plus près des besoins et du rythme de l'autre, on ne peut rien pour lui. On peut très bien théoriser, très bien expliquer, mais on n'aide personne si on ne s'implique pas.

Seule la compréhension donne une aide, pas l'explication. *Ex*-pliquer c'est être hors du pli, hors du rythme de la rencontre. *S'im*-pliquer c'est être dans le pli, dans la rencontre¹. Seule l'implication permet de comprendre, et un sujet qui ne se sent pas compris d'un autre ne peut pas en apprendre quelque chose. On ne peut rien apprendre de quelqu'un qui ne nous comprend pas, même s'il sait très bien tout nous expliquer.

En même temps, cette parentalité impliquée, lorsqu'elle se déploie dans un contexte professionnel, n'est pas dans la vraie vie. On n'adopte pas les enfants ou les patients dont on s'occupe (même si on peut avoir des fantasmes d'adoption). Mais c'est une vraie relation, sinon ça n'aide pas, mais le cadre est factice... C'est tout le paradoxe de la relation soignante, de la « parentalité soignante » des soignants, des éducateurs, des familles d'accueil, d'être une vraie relation authentique, mais dans un contexte factice.

Enfin, j'évoquerai une dernière condition pour permettre à la parentalité des professionnels d'être « soignante » – et peut-être aussi à celle des parents – : un tel travail ne peut se faire, une telle implication ne peut se soutenir, que s'il existe un espace de pensée sur la pratique, un espace d'élaboration des « éprouvés contre-transférentiels », un espace où pouvoir s'approcher de ce que les sujets dont on s'occupe nous font vivre. Cela est d'autant plus important que l'on a affaire à des situations difficiles, à des patients perturbés, à des sujets tourmentés, dont les liens avec lesquels peuvent générer chez ceux qui s'en occupent des affects violents, de l'hostilité, des sentiments de rejet.

Pouvoir penser sa pratique (d'accueillant et autres), partager ce qu'on éprouve, ce qui nous traverse, et notamment les affects légitimes de colère, d'impuissance, voire de haine, est une aide indispensable pour essayer de ne pas répondre à ce que l'autre nous fait vivre mais bien à ses besoins à lui. Et cela devrait être le cas aussi pour la parentalité des parents, « ordinaires », pour qu'ils puissent comprendre, élaborer, penser ce que leurs enfants leur font vivre, et notamment la colère, l'impuissance, l'hostilité, la haine « ordinaire », qui fait partie des liens « ordinaires » avec les enfants « ordinaires ». Des espaces de pensée sur la « pratique de parents », comme sur la pratique professionnelle, existent parfois mais devraient être beaucoup plus systématiques pour assurer une « parentalité soignante ».

¹ Comme le dit Dominique Thouret (2004), se référant à Maldiney (1973, 1991).