



HAL
open science

L'enfant de remplacement entre le rural et l'urbain

Rym CHAABOUNI, Malika Ben Béchir, Wided Homri, Raja Labbane

► **To cite this version:**

Rym CHAABOUNI, Malika Ben Béchir, Wided Homri, Raja Labbane. L'enfant de remplacement entre le rural et l'urbain. 1er Colloque International de thérapie familiale: la famille et le couple à l'épreuve des changements socio-culturels et de la mondialisation, Apr 2015, Gammarth, Tunisia. hal-03991128

HAL Id: hal-03991128

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-03991128>

Submitted on 15 Feb 2023

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.

L'enfant de remplacement entre le rural et l'urbain

Chaabouni R., Ben Béchir M., Homri W., Labbane R.,

Service de psychiatrie « C », Hôpital Razi, La Manouba

Introduction

Les "enfants de remplacement" sont des personnes qui ont été conçus après la mort d'un être proche des parents (enfants, parents...) ou dont le deuil n'est pas réalisé. Sa naissance est une « mise à la place de l'autre ». En effet, il n'est pas seulement conçu pour remplacer mais de se substituer à lui.

L'enfant de remplacement est un bouc émissaire. Il est attendu d'abord pour porter le fardeau dont ses parents tentent de se décharger. Le poids des attentes, exprimées ou non, de ses parents peuvent l'empêcher de prendre en main sa vie, de choisir, de découvrir lui-même et pour lui-même le sens de sa vie. À l'extrême, il s'interdira de chercher son identité propre et envisagera d'autres identités [1]

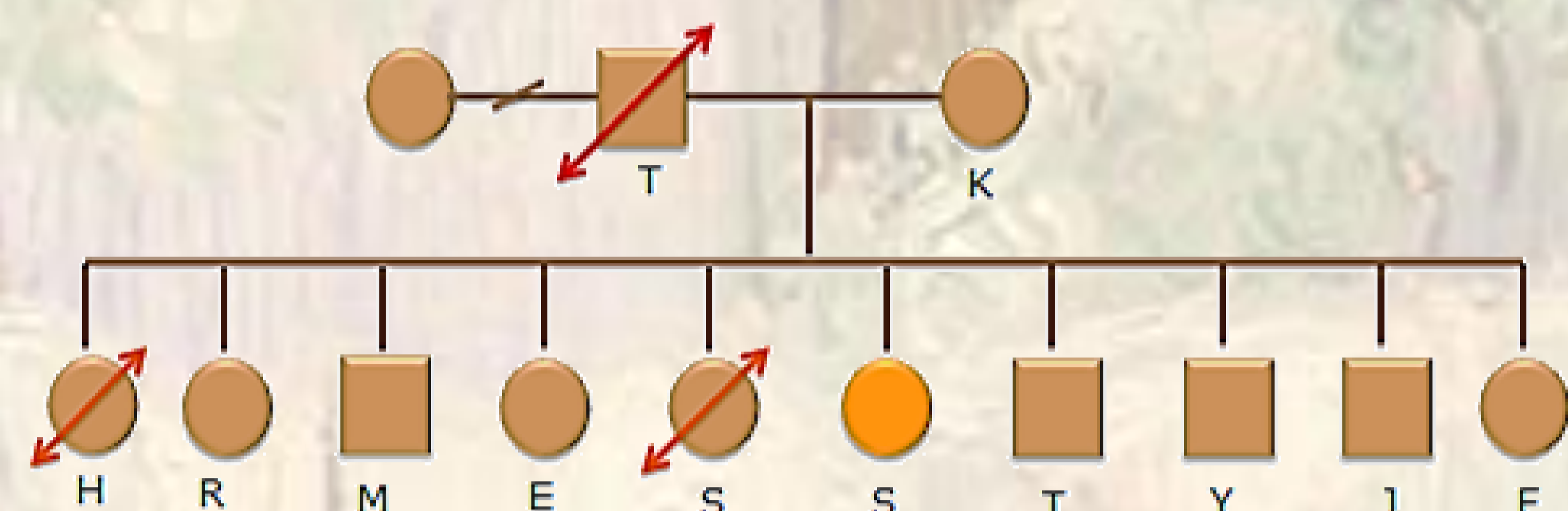
Cas clinique

Mlle S. est âgée de 53 ans, originaire d'un milieu rural (Nefza, Béja) et demeurant dans un milieu urbain. Elle est célibataire et travail en tant qu'infirmière dans un service de chirurgie pédiatrique.

Motif de la consultation : Elle nous a été adressée du service de Neurologie de l'hôpital Razi pour : Troubles de la concentration et de la mémoire et une humeur dépressive. Une description du fonctionnement psychique était préconisée.

Éléments biographiques : Elle est issue d'un mariage non consanguin et scolarisée jusqu'à la 6ème année secondaire.

Arbre généalogique :



À noter que juste avant la naissance de S :

- Une double perte de ses deux sœurs H et S
- La séparation de son père de sa 1ère femme
- Le décès de son grand père maternel

Suite à ces événements → dépression de la mère

Grossesse et enfance : Grossesse non programmée mais désirée.

Avant sa naissance → décès de ses deux sœurs H âgée de 10 ans et S âgée de 3 ans par une insolation pendant la récolte.

Père : est décédé à l'âge de 70 ans (S. avait 29 ans). Lui-même est un enfant de remplacement (il a remplacé son père). Il avait deux femmes et a divorcé de sa 1ère épouse pour stérilité (à la naissance de S). Il est proche de S au point qu'il la chargeait des affaires de l'agriculture dès son jeune âge.

Mère : âgée de 86 ans. Elle est pratiquement absente du discours de la patiente.

Fratrie/ relations familiales : S estime que ses sœurs ne s'occupent pas « bien » de leurs enfants → Elle assume la charge de ses 4 neveux (tous les garçons de ses sœurs) dès l'âge de la puberté.

Vie sociale : Elle n'a pas d'amis/es et ses liens sociaux se limitent à sa relation avec ses neveux.

Vie amoureuse : Deux fiançailles rompues car elle mettait ses intérêts familiaux au dessus de sa vie amoureuse.

Vie professionnelle :

À 3/4 ans : Agriculture : la seule à s'occuper avec son père des affaires de l'agriculture familiale (rural)

À 17 ans : Etudes d'infirmière tout en gérant la terre familiale (rural)

À 21 ans : Infirmière à l'hôpital (urbain)

À 24 ans : Arabie Saoudite : améliorer la situation financière de sa famille

À 29 ans : Décès de son père : Chirurgie pédiatrique (urbain)

→ S. n'a jamais pris un congé annuel pour se reposer et se décrit comme perfectionniste dans son travail au point qu'elle refuse de déléguer des tâches à une autre personne

Résultats des tests projectifs

Mode perceptif : Tendance à saisir les choses dans leurs ensemble au détriment d'une pensée analytique / Difficultés à délimiter le dedans du dehors

Mode d'expression : Utilisation excessive des affects (figure maternelle +++)

Plus de pulsions agressives que libidinales / Manque d'empathie

Problématique : anaclitique

Angoisse : de perte d'objet

Représentation de soi : répercussion anxiogène/fragilité des contenants / Difficulté identificatoire

Images parentales : mère archaïque dépressive et absente / père n'assume pas la position phallique

Mode d'adaptation : marqué par l'inhibition / pensée conformiste et peu stéréotypée

Discussion psychopathologie

Infirmière en chirurgie pédiatrique (urbain) : S. s'occupait particulièrement des enfants atteints de maladies rares et chez qui le risque de mort est élevé. C'est une défense contre l'angoisse de mort, la culpabilité et la mort → enfant de remplacement. De plus, S. gardait les liens avec les familles des enfants malades et les investissait d'une manière excessive.

Congé longue durée de 9 mois (rural) : Durant lequel la patiente a quitté sa maison et est allée à Nefza pour travailler la terre de sa famille. Un travail manuel qui lui rendait heureuse. Cela ressemble énormément aux bricoleurs, aux artisans et jardiniers du dimanche. D'où l'explosion que connaît le bricolage en France. [4]

■ Elle tenait absolument à reprendre son travail au bout de 9 mois. Elle a appris la vente de la terre familiale faite à son insu (les 9 mois de grossesse puis la découverte du bébé)

Le travail de la terre : l'agriculture : Depuis longtemps les psychanalystes ont vu dans les avatars de la sexualité, dans ses échecs, la racine principale de la douleur psychique. Freud avait bien pressenti l'existence d'une autre cause → le rapport du sujet à son labeur. (laborieux et amour : même racine → *lābrum*)

Le grand mystère, disait Lacan, n'est pas l'apparition de l'homo sapiens, c'est celle de l'*homo faber*, le premier primate qui s'est mis à travailler. S'il y a une essence de l'homme, ne faut-il pas la chercher de ce côté-là, dans son rapport au travail ?

Pour S. le travail est une passion. Elle rapporte que depuis son jeune âge l'agriculture représentait une jouissance. C'est une activité partagée avec son père

■ Le 1er acte du travail de l'agronome n'est que le fait d'ouvrir la terre pour déposer ensuite les semences. Et pour l'activité sexuelle le 1er acte est : ouvrir une femme puis déposer les semences [4] (lien avec son père et son congé)

Remplacer un mort : L'enfant, mort en plein développement, reste investi de nombreuses espérances qui ne pourront se réaliser. Il est fortement idéalisé par ses parents, qui gardent de lui le souvenir d'un être parfait.

L'enfant à naître remplit une mission difficile :

■ Dans l'inconscient des parents, il est confondu avec l'enfant mort. Cette identification à l'enfant perdu, idéalisé, est source de comparaison et de compétition impossible à dépasser (S. est idéalisée par son père)

■ L'enfant de remplacement vit identifié à un objet mort. Il doit faire lui-même le deuil de l'enfant perdu par ses parents, deuil que ceux-ci ne sont pas parvenus à élaborer (S. dénie la maladie d'Alzheimer de sa mère : maladie de l'oubli)

Parmi les troubles psychologiques repérés chez la patiente nous évoquons : troubles de l'identité et des identifications / culpabilité / dépression [2] [3]

Troubles structurels et l'enfant de remplacement : Les troubles de l'identité vont du simple sentiment de n'être pas soi-même jusqu'à la confusion psychotique. L'enfant, conçu et élevé dans ces circonstances, est condamné à un non-être, puisqu'il n'a pas été conçu pour lui-même [2]

Il risque d'éprouver des difficultés dans le domaine de l'identité de soi lors de la phase de séparation-individuation et durant l'adolescence [5]

■ Le service de S. rapporte qu'elle « apporte la vie » à l'hôpital. La culpabilité chez elle s'exprime selon deux modes :

- Attitude dépressive, avec sentiment de dévalorisation et d'échec
- Attitude persécutrice avec l'impression que les autres vous accusent ou vous suspectent à propos de la mort de l'enfant précédent [2]

Conclusion

La particularité des enfants de remplacement c'est qu'ils expriment leur difficulté à vivre dans l'ombre de l'enfant mort. De plus ils se confrontent à une lutte permanente contre la pulsion de mort. Notre patiente a dû gérer cette instabilité entre l'urbain et le rural comme elle a fait avec la mort de son père et la maladie (Alzheimer) de sa mère. D'où la difficulté de sa prise en charge.

Références bibliographiques

[1] Alby, N., « L'enfant de remplacement », in *Evolution Psychiatrique* (1974) n° 3, 557-566.

[2] Porot, M., (1996) *L'enfant de remplacement*, Frison-Roche, Paris.

[3] Mazet Ph., Lebovici S., (1996) *Mort subite du nourrisson : un deuil impossible ? L'enfant suivant*, PUF, Paris.

[4] Haddad, G., (2013) *Tripalium. Pourquoi le travail est devenu une souffrance*, Broché, Paris.

[5] Sabbadini, A., « L'enfant de remplacement », in *La psychiatrie de l'enfant* (1989) n°XXXII-2, 519-541.