



Nadine, ou la survie narcissique du conjoint aidant face à la métamorphose du partenaire

Emmanuelle Ballarin-Chamillard

DANS **PSYCHOTHÉRAPIES** 2026/2 Vol. 46 , PAGES 116 À 129

ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 0251-737X

DOI 10.3917/psys.262.0116

Date de mise en ligne : 25/06/2026

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psychotherapies-2026-2-page-116?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Résumé

L'irruption d'une maladie neuro-évolutive au sein du couple âgé engage une crise du lien conjugal qui excède la seule problématique de l'aide. En attaquant les fonctions de reconnaissance et de contenance assurées par le lien conjugal, la maladie agit comme un tiers intrusif, désorganisant les assises narcissiques du lien et exposant le conjoint aidant à une expérience d'inquiétante étrangeté. À partir d'une vignette clinique issue d'un accompagnement psychologique au long cours en plateforme d'accompagnement et de répit, cet article explore les remaniements identificatoires mobilisés pour une survie psychique minimale. Il propose de concevoir le répit psychologique comme un espace transitionnel permettant l'élaboration de la nouvelle réalité imposée par la maladie dans une clinique attentive au temps et au travail du négatif.

Mots-clés

couple âgé, conjoint aidant, inquiétante étrangeté, maladie neuro-évolutive, narcissisme conjugal, répit psychologique, tiers-maladie

Abstract

Nadine, or the narcissistic survival of the caregiving spouse in the face of the spouse's transformation – The onset of a neuro-evolutionary disease within an ageing couple gives rise to a crisis of the conjugal bond that goes beyond the sole issue of caregiving. By attacking the functions of recognition and containment previously ensured by the conjugal relationship, the disease acts as an intrusive third party, destabilizing the narcissistic foundations of the bond and exposing the caregiving spouse to an experience of uncanny estrangement. Drawing on a clinical vignette derived from long-term psychological support provided within a Caregivers' Support and Respite Platform, this article explores the identificatory reconfigurations mobilized in response to this disruption in order to preserve minimal psychic continuity. It proposes to conceptualize psychological respite as a transitional space that enables the elaboration of the new reality imposed by the disease, within a clinical approach attentive to temporality and the work of the negative.

Keywords

ageing couple, caregiving spouse, conjugal narcissism, illness as a third party, neuro-evolutionary illness, psychological respite, the uncanny

Nadine, ou la survie narcissique du conjoint aidant face à la métamorphose du partenaire

Emmanuelle Ballarin-Chamillard

PhD, psychologue clinicienne, thérapeute familiale

Chargée d'enseignement à l'Université de Toulouse Jean-Jaurès

Psychologue clinicienne au sein d'une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants de la Haute-Garonne

Membre associée au sein du pôle Psychopathologie clinique du Vieillissement du Laboratoire LCPI (EA 4591), Université Toulouse Jean-Jaurès, France

emmanuelle.ballarin@univ-tlse2.fr

Introduction

Le vieillissement du couple engage des remaniements psychiques progressifs qui affectent les identifications et l'équilibre du lien conjugal. Les transformations corporelles et les ajustements des investissements libidinaux éprouvent, au fil du temps, la continuité du lien. Lorsqu'ils s'inscrivent dans une temporalité ordinaire, ces remaniements peuvent être progressivement intégrés, soutenus par l'histoire commune et la plasticité du lien conjugal, qui demeure alors un espace d'étayage et de continuité subjective malgré les pertes liées à l'avancée en âge. L'irruption d'une maladie neuro-évolutive introduit une rupture d'un autre ordre. Elle n'instaure pas une crise ponctuelle, mais une crise progressive et durable, altérant le continuum psychique et relationnel du couple. La maladie impose une temporalité étrangère, discontinue et imprévisible, qui désorganise les repères identificatoires, narcissiques et symboliques sur lesquels s'était construite l'histoire conjugale (Charazac, 2015). Pensée comme un processus, elle engage une transformation continue de la subjectivité du sujet atteint et de ses relations (Hirsch et Brugeron, 2019), confrontant le couple à une crise du lien marquée par la métamorphose progressive du partenaire malade.

Dans cette temporalité discontinue, le conjoint malade peut demeurer physiquement présent tout en devenant psychologiquement indisponible de manière imprévisible (Verdon, 2015, 2022). Cette discontinuité empêche l'inscription d'une perte clairement symbolisable et expose le conjoint aidant à une atteinte profonde de son identité relationnelle : qui suis-je encore pour

l'autre ? Le lien conjugal oscille alors entre familiarité et étrangeté, faisant émerger une expérience d'inquiétante étrangeté (Freud, 1919), où le proche demeure présent tout en devenant déroutant.

Si la littérature s'est largement intéressée aux effets psychiques des maladies neuro-évolutives sur la personne malade, les transformations de la position subjective du conjoint aidant demeurent plus rarement interrogées, notamment dans leur dimension narcissique. Cet article soutient l'hypothèse que la maladie affecte les assises narcissiques du conjoint aidant en désorganisant les fonctions de reconnaissance et de contenance du lien conjugal et en mettant à l'épreuve son sentiment de continuité subjective. Nous proposons d'en penser les effets selon un triple mouvement : une altération de la reconnaissance mutuelle, une fragilisation de la continuité subjective chez le conjoint aidant, et la mise en place de remaniements défensifs destinés à préserver une cohérence psychique minimale. L'aidance demeure le plus souvent appréhendée en termes de charge, de stress ou d'épuisement, au détriment d'une analyse de la position subjective du conjoint et des remaniements identificatoires qu'elle implique (Péruchon, 2003 ; Pria-Veillon, 2017). Or, devenir conjoint aidant engage une transformation profonde de l'économie psychique, bien au-delà d'un simple déplacement fonctionnel. L'altération de la reconnaissance mutuelle et de la fonction spéculaire du partenaire fragilise l'aire intersubjective du couple et confronte le conjoint aidant à une perte ambiguë (Boss, 1999), difficilement symbolisable, qui met à l'épreuve

la continuité subjective et les appuis narcissiques du lien (Charazac, 2009, 2015). Dans ce contexte, la maladie s'interpose progressivement comme un tiers étranger au sein du lien conjugal (Ballarin, 2022). Elle désorganise les investissements libidinaux et conduit le conjoint aidant à mobiliser des défenses telles que le clivage de l'objet, le retrait libidinal, ou la recherche de nouveaux appuis identificatoires souvent vécus avec honte et culpabilité. Ces mouvements constituent moins des défaillances que des tentatives de préservation psychique face à un lien conjugal fragilisé, et appellent une attention clinique spécifique au sein des dispositifs d'accompagnement et de répit des proches aidants. À partir d'une vignette clinique issue d'un accompagnement psychologique au long cours en plateforme d'accompagnement et de répit des aidants, cet article analyse les fragilisations et les tentatives de réorganisation des appuis narcissiques chez une conjointe confrontée à la maladie neuro-évolutive de son époux. Le cas de Nadine, dont un certain nombre d'éléments biographiques ont été modifiés afin de préserver l'anonymat, permet d'interroger la manière dont la maladie effracte l'enveloppe conjugale, s'inscrit dans l'espace domestique et altère la dynamique du lien, conduisant le conjoint aidant à mobiliser des défenses pour maintenir une continuité subjective. Dans la continuité de nos travaux sur le répit psychologique (Ballarin-Chamillard, 2023), cette étude de cas montre comment ce dispositif peut constituer pour le conjoint aidant un espace de soutien et d'élaboration du négatif face à l'intrusion durable de la maladie.

Le couple comme support identificatoire et base de sécurité

Le couple peut être envisagé comme une entité psychique spécifique, irréductible à la simple juxtaposition de deux subjectivités. Il constitue un espace intersubjectif au sein duquel chacun trouve un étayage de son identité, appui narcissique essentiel, à travers la reconnaissance et la contenance assurées par le partenaire (Kaës, 2009). Le lien conjugal soutient ainsi la continuité subjective particulièrement sollicitée lors des remaniements identificatoires liés au vieillissement. Bastien et Janssen (2013) ont montré que le couple s'organise autour de pactes inconscients qui assurent sa cohérence relationnelle et son équilibre identificatoire. Tant que ces pactes demeurent suffisamment souples, ils permettent d'intégrer les transformations imposées par le temps. L'irruption d'une maladie neuro-évolutive vient toutefois mettre à l'épreuve cette illusion fondatrice, en introduisant une dynamique durable de dépendance confrontant le couple à la vulnérabilité et à la finitude (Charazac, 2015).

Dans le prolongement des travaux de Didier Anzieu (1985), la maladie neuro-évolutive peut fragiliser le Moi-peau conjugal, entendu comme une enveloppe psychique commune assurant des fonctions de contenance, de protection et de pare-excitation. Cette enveloppe délimite un dedans et un dehors psychiques, soutient la symbolisation et offre aux partenaires une base de sécurité, comparable, chez l'adulte, à la base de sécurité décrite par Bowlby (1988).

Lorsque la maladie introduit durablement le soin dans la relation, une

proximité nouvelle des corps et des psychismes s'installe, susceptible de menacer la fonction contenante de l'enveloppe conjugale. Le partenaire, autrefois investi comme objet désiré et familier, devient progressivement un sujet vulnérable, parfois vécu comme étranger. La fonction spéculaire du lien conjugal s'altère et la capacité du couple à maintenir une aire de jeu et de co-pensée se fragilise, au profit d'une relation structurée par le rapport soignant-soigné, qui redistribue en profondeur les places conjugales. Dans cette perspective, le couple peut être compris, avec Kaës (2009), comme une corrélation de subjectivités fondée sur des compromis identificatoires soutenant le Nous conjugal. Lorsque cette corrélation se trouve désorganisée par la maladie, la reconnaissance mutuelle et la symbolisation partagée se fragilisent, exposant le conjoint aidant à une perte de reconnaissance susceptible d'atteindre son identité relationnelle et son sentiment de continuité subjective. Le lien conjugal tend à se rigidifier autour des impératifs du soin, au détriment de la créativité relationnelle et du jeu intersubjectif (Roussillon, 2008). Avec l'avancée en âge, cette tension s'accroît : la dépendance, entendue comme une construction relationnelle et sociale (Ennuyer, 2003), redistribue les places et peut transformer la fonction liante du couple en charge aliénante. C'est à partir de cette atteinte des appuis identitaires et relationnels du lien conjugal que peut être pensée la souffrance spécifique du conjoint aidant, ainsi que la nécessité de dispositifs tiers capables de soutenir les fonctions psychiques mises en défaut par la maladie.

Le couple, l'habitat et la maison comme enveloppe psychique partagée

La fonction de contenance assurée par le lien conjugal ne se déploie pas uniquement dans l'espace intersubjectif, mais s'inscrit également dans un cadre matériel et spatial : celui de l'habitat commun. Les travaux d'Eiguer (2004, 2006) invitent à penser la maison comme une enveloppe à la fois matérielle et symbolique, étroitement articulée à l'identité et à la continuité subjective de ses occupants.

La maison constitue un support de contenance et de continuité historique, au sein duquel s'inscrivent la mémoire du couple, les objets investis et les rituels du quotidien. Elle participe ainsi au maintien d'un sentiment de sécurité et de cohérence identitaire, tant individuelle que conjugale. À l'instar du Moi-peau décrit par Anzieu (1985), l'habitat trace une frontière entre l'intime et l'extérieur, et soutient les processus de symbolisation.

À mesure que la dépendance s'installe avec l'évolution de la maladie, le *care* s'inscrit concrètement dans l'espace domestique à travers les interventions professionnelles, les aides techniques et les réaménagements contraints. L'habitat tend alors à se transformer en lieu de soins, au risque de perdre sa fonction de refuge psychique et de fragiliser l'identité conjugale qui s'y était déposée. En s'imposant dans le rythme quotidien du couple, le soin peut être compris comme une modalité spatialisée du tiers-maladie : il redéfinit les places et brouille les frontières entre les partenaires. Lorsque la maison ne parvient plus à assurer sa fonction contenante, le

conjoint aidant peut se trouver confronté à une saturation psychique, liée à l'impossibilité de se dégager d'un espace désormais envahi par la dépendance et la maladie.

Les transformations de l'habitat, qu'il s'agisse de réaménagements ou d'un déménagement, peuvent alors être comprises comme des tentatives de *relogement psychique*, visant à préserver une continuité subjective face à l'effraction du tiers-maladie. Lorsque ces tentatives ne suffisent plus, l'entrée en institution peut devenir pensable, non comme un abandon mais comme un déplacement nécessaire du soin hors de l'espace intime, afin de préserver, autant que possible, l'investissement du lien conjugal mis à l'épreuve par la maladie.

La maladie : un tiers désorganisant les assises du lien conjugal

La maladie neuro-évolutive peut être pensée comme un tiers-étranger qui s'insinue progressivement au cœur de l'espace intersubjectif du couple, en modifiant durablement les places, les rythmes et les modalités de reconnaissance qui structuraient jusque-là la relation conjugale (Ballarin, 2020, 2022). En attaquant les fonctions de contenance et de reconnaissance assurées par le lien conjugal, elle fragilise les assises narcissiques du couple et les attentes d'étayage et de continuité portées par le conjoint aidant.

Dans ce contexte, les investissements libidinaux se trouvent progressivement désorganisés. La relation conjugale tend alors à se reconfigurer autour d'une relation aidant-aidé, au prix d'un appauvrissement

érotique et d'un retrait souvent vécu avec honte et culpabilité (Charazac *et al.*, 2017). Le partenaire, autrefois investi comme objet de désir et de partage, devient un objet de soins. Si cette transformation peut constituer une défense nécessaire pour rendre la relation supportable, elle s'accompagne d'une mise à distance affective et d'un figement du lien autour du faire et de l'opérateur, au détriment du jeu et de la co-pensée (Green, 1983, 1993). Face à cette désorganisation, le clivage de l'objet constitue une défense fréquemment mobilisée. Distinguer le partenaire d'avant la maladie et celui d'aujourd'hui permet au conjoint aidant de préserver une continuité interne minimale, au prix d'une ambivalence et d'une culpabilité souvent intenses (Péruchon, 2003). Dans le contexte du vieillissement, ces remaniements prennent une acuité particulière, la maladie du conjoint venant accentuer les vulnérabilités narcissiques liées à l'avancée en âge (Le Gouès, 2000). Les troubles de la mémoire et de l'identification peuvent par ailleurs altérer la capacité du conjoint malade à reconnaître son partenaire comme tel, donnant lieu à des phénomènes de fausses reconnaissances ou de confusion avec d'autres figures d'attachement. Le conjoint aidant se trouve alors confronté à une expérience paradoxale : être auprès d'un partenaire physiquement présent, mais devenu psychologiquement indisponible dans la relation et la reconnaissance conjugale. Cette situation engage une atteinte profonde de l'identité relationnelle du conjoint aidant (Pria-Veillon, 2017) et peut être rapprochée de la notion de perte ambiguë (Boss, 1999), caractérisée par la coexistence paradoxale de la présence corporelle et de l'absence

psychique de l'objet. Dans les maladies neuro-évolutives, cette perte ne se présente pas comme un événement circonscrit, mais comme un processus itératif, réactivé à chaque étape de l'évolution de la maladie, rendant difficile toute symbolisation stabilisée de la perte (Verdon, 2015).

La maladie neuro-évolutive agit ainsi comme un agent majeur de désorganisation du lien conjugal. Elle confronte le conjoint aidant à une perte ambiguë difficilement symbolisable et le conduit à mobiliser des défenses destinées à assurer une survie psychique minimale. C'est dans cette perspective que sera abordée la vignette clinique de Nadine. Il convient enfin de souligner que ces altérations relationnelles ne relèvent pas d'une disparition de la subjectivité du conjoint malade, mais d'une transformation de ses capacités à soutenir les fonctions inter-subjectives attendues dans le lien conjugal, transformation qui engage principalement le travail psychique du conjoint aidant.

Vignette clinique : Nadine, ou la survie narcissique face à la métamorphose du partenaire

Cette vignette n'a pas pour objet de décrire la résolution d'une crise conjugale, mais d'explorer les modalités d'une survie narcissique chez un conjoint aidant confronté à la désorganisation du lien conjugal par une maladie neuro-évolutive.

Nadine, 62 ans, mariée depuis trente-cinq ans à Michel, âgé de 63 ans, prend contact avec la plateforme

d'accompagnement et de répit des aidants afin de bénéficier d'un accompagnement psychologique, trois mois après l'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer de son époux. Elle a identifié ce dispositif à la lecture d'un article paru dans la presse locale et en a pris l'initiative.

La plateforme d'accompagnement et de répit des aidants est un dispositif médico-social¹ financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS), dédié aux proches de personnes atteintes de maladies neuro-évolutives. Elle offre un accompagnement psychologique individuel, des consultations dyadiques ou familiales, et des dispositifs groupaux.

Les entretiens avec Nadine se sont inscrits sur une durée de quatre années, à un rythme variant d'une séance mensuelle à une séance tous les deux mois en moyenne. Les entretiens se sont déroulés dans un cadre de confidentialité distinct des interventions sociales ou organisationnelles liées au soin. Dès le premier entretien, elle demande à être reçue seule, sans la présence de son mari, évoquant une colère intense et le besoin de « faire le point ». Ce choix de cadre, maintenu tout au long du suivi, constitue d'emblée un élément clinique central : cet espace doit demeurer un lieu où Nadine puisse être reconnue autrement que comme aidante, et où le lien conjugal puisse subsister sous une forme psychique non entièrement envahie par la maladie.

L'accompagnement, assuré par une psychologue clinicienne au sein de la plateforme, s'inscrit d'emblée dans une

1. www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/les-plateformes-d-accompagnement-et-de-repit.

visée de soutien et d'élaboration psychique, distincte d'une prise en charge centrée exclusivement sur l'organisation du soin. Il offre à Nadine un espace tiers où peuvent se dire les affects et les conflits suscités par la transformation progressive de son conjoint et par la désorganisation du lien conjugal.

Nadine se présente comme une femme soignée, attentive à l'image qu'elle donne d'elle-même, contraste saisissant avec le bouleversement subjectif qu'elle décrit. Elle rapporte qu'avant même l'annonce diagnostique, elle a découvert que son mari avait contracté d'importantes dettes, plongeant le couple dans une situation de surendettement durable. Cette révélation est vécue comme une trahison majeure, venant fissurer le pacte conjugal. La maladie survient dans ce contexte déjà fragilisé, et Nadine exprime alors le sentiment que « tout s'effondre autour d'elle ».

Au fil des entretiens, Nadine décrit un couple soudé autour d'un idéal de réussite sociale et d'une image valorisée d'eux-mêmes. La séduction et la réussite professionnelle de son mari ont constitué des supports identificatoires majeurs, participant à un contrat implicite de valorisation réciproque qui structurait l'équilibre du lien. Elle évoque également un événement marquant : la perte de sa sœur, suivie du cancer qu'elle a elle-même traversé, période durant laquelle son mari avait occupé une place de soutien déterminante. Aujourd'hui, malgré sa colère, Nadine interprète l'aide qu'elle lui apporte comme un contre-don :

« Malgré ce qu'il nous a fait, je ne peux pas l'abandonner... il a été là pour moi quand ma sœur est morte. »

Cette obligation interne, vécue comme contraignante, nourrit une ambivalence qu'elle peine à élaborer.

Dans ce contexte, le couple est contraint de quitter la maison familiale, que Nadine décrivait comme son « bijou ». Ce déménagement, décidé sous contrainte financière, peut être compris comme une tentative de relogement subjectif. La nouvelle maison, plus petite, est investie comme un cocon protecteur, susceptible de préserver une intimité conjugale fragilisée.

Cependant, à mesure que la maladie évolue, cet espace se voit progressivement envahi par les exigences du soin : interventions répétées de professionnels à domicile, aides techniques, réorganisation des pièces. Nadine évoque le sentiment que la maison se transforme peu à peu en lieu de *care*, perdant sa fonction de refuge psychique. Elle s'éclipse fréquemment lors des interventions des soignants, laissant entrevoir une mise à distance psychique du soin et de ce qu'il représente. La maison, autrefois investie comme espace protecteur, semble alors ne plus soutenir de la même manière l'équilibre du lien conjugal.

Les premiers temps sont marqués par une irrégularité des rendez-vous, le plus souvent justifiée par des obligations professionnelles. Ces absences peuvent être comprises comme l'indice d'un conflit psychique à l'œuvre, traduisant la difficulté de Nadine à investir durablement un espace où pourrait se dire une souffrance qu'elle tente par ailleurs de contenir par l'agir. La stabilité du cadre thérapeutique permet néanmoins de maintenir une continuité malgré ces discontinuités, offrant un

étayage face à l'effondrement progressif des repères conjugaux.

L'intensification du suivi coïncide avec une évolution visible de la maladie sur le corps de Michel. Nadine évoque alors une transformation radicale de son rapport à son mari :

« Je ne supporte plus de le regarder... j'éprouve du dégoût. » « Je ne veux plus qu'il me touche. »

Ces propos témoignent d'un retrait libidinal massif, vécu avec honte et culpabilité. Le corps du conjoint, autrefois investi comme un corps aimé et protecteur, devient un corps étranger et défaillant, mettant à mal l'équilibre identificatoire du lien.

Dans cet espace d'élaboration rendu possible par le cadre du répit psychologique, Nadine s'autorise également à exprimer des pensées qu'elle juge moralement inacceptables :

« Il m'arrive de penser à un autre homme... je me sens coupable, mais je suis encore une femme avec des besoins. »

Cette relation, exclusivement téléphonique, peut être entendue comme un étayage transitoire venant soutenir une sécurité subjective fragilisée. Elle lui permet de retrouver une expérience de reconnaissance et de désirabilité, là où le lien conjugal ne parvient plus à assurer pleinement cette fonction. Nadine verbalise également des pensées morbides jusque-là tues, notamment le désir de rentrer chez elle et de retrouver son mari mort. Loin de traduire un passage à l'acte, ces pensées peuvent être comprises comme

des formations de compromis, exprimant l'épuisement psychique et l'impasse subjective dans laquelle elle se trouve. Le fait de pouvoir les dire dans un espace tiers ouvre progressivement la possibilité de penser autrement la place du soin et d'envisager un relais professionnel.

C'est dans ce contexte de saturation progressive de l'espace domestique et psychique que la question de l'entrée en institution se pose. L'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) n'apparaît pas comme une solution fonctionnelle, mais comme une tentative de déplacement du tiers-maladie hors de l'espace intime, permettant à Nadine de préserver une continuité psychique. Alors que le mythe fondateur du couple, longtemps structuré autour d'une réussite partagée, se fragilise sous l'effet de la maladie et des dettes, l'institution vient redéfinir les places et permettre une distinction plus claire entre lien conjugal et relation de soins. Dans un second temps du suivi, à la demande de Nadine, l'accompagnement s'élargit à des consultations familiales ponctuelles réunissant Nadine et les deux fils du couple autour de cette décision. Ce travail favorise une redistribution des responsabilités et soutient Nadine dans un dégagement partiel de l'assignation exclusive au soin. Il ouvre également un espace de co-pensée autour de la place du conjoint malade, reconnu comme sujet malgré les atteintes de la maladie, et interroge le sens des troubles dans leur articulation à l'habitat et à la dynamique conjugale.

Cette vignette met en évidence la manière dont la maladie neuro-évolutive agit comme un tiers intrusif, désorganisant les fondements du lien conjugal et

contraignant le conjoint aidant à des remaniements défensifs complexes. Le dispositif de répit psychologique apparaît alors comme un espace thérapeutique singulier, non pas réparateur, mais soutenant, dans la durée, une élaboration progressive de la perte et le maintien d'une continuité subjective là où le lien conjugal ne peut plus, à lui seul, assurer ses fonctions de reconnaissance et de contenance.

Discussion

Le cas de Nadine invite à interroger la nature des mouvements défensifs observés. La désobjectalisation à l'œuvre relève-t-elle d'un effondrement du lien ou constitue-t-elle, au contraire, une tentative de maintien d'une continuité subjective minimale face à l'altération des fonctions intersubjectives du couple ?

Cette lecture centrée sur les atteintes des assises narcissiques n'épuise pas la compréhension de la souffrance de Nadine. Celle-ci pourrait également être envisagée sous l'angle de l'épuisement, d'une réaction dépressive ou d'un travail de deuil du couple tel qu'il était. Le choix d'une focale narcissique vise toutefois à éclairer une dimension spécifique de l'expérience du conjoint aidant : la fragilisation du sentiment de continuité de soi, consécutive à l'altération progressive des fonctions de reconnaissance et de contenance assurées jusque-là par le lien conjugal (Anzieu, 1985 ; Kaës, 2009).

La souffrance qui en résulte ne se réduit ni à une surcharge fonctionnelle ni à un épuisement psychologique. Elle engage une atteinte du support identificatoire du lien

et appelle, à ce titre, une attention clinique spécifique au sein des dispositifs d'accompagnement et de répit.

Chez Nadine, la transformation corporelle et psychique du conjoint rend progressivement l'objet conjugal difficilement investissable. Le retrait du regard, l'évitement du corps et le dégoût exprimé peuvent être compris comme des tentatives de mise à distance d'un objet devenu difficilement symbolisable. Dans cette configuration, la mise à distance ne résulte pas d'un désinvestissement imposé par le partenaire malade, mais d'un mouvement défensif du conjoint aidant, visant à préserver une continuité subjective minimale face à l'effondrement des fonctions contenant et spéculaires du lien conjugal (Green, 1983).

Face à cette atteinte, le clivage de l'objet constitue une défense centrale. La distinction entre l'époux d'avant la maladie et le conjoint malade permet de préserver une image idéalisée de l'objet aimé, tout en maintenant une distance psychique nécessaire à la relation de soins. Ce clivage, tel que décrit par Klein (1946), soutient une survie narcissique temporaire, mais s'accompagne d'une ambivalence intense et d'une culpabilité difficilement élaborable, le sujet oscillant entre attachement, rejet et sentiment de trahison de ses idéaux conjugaux.

Ces processus prennent une acuité particulière dans le contexte du vieillissement, où la maladie du conjoint vient redoubler les remaniements narcissiques liés à l'avancée en âge (Le Gouès, 2000). Le conjoint aidant se trouve alors confronté à une double épreuve : celle de son propre vieillissement et celle de la métamorphose de l'autre, fragilisant ses assises identitaires et son sentiment de continuité.

Le répit psychologique comme espace transitionnel

Le répit psychologique peut être défini comme un dispositif clinique visant l'ouverture d'un espace d'élaboration psychique destiné au conjoint aidant, et, dans certaines configurations, à la dyade conjugale. Il ne s'agit ni d'un temps de repos ni d'une délégation de la charge de soins, mais d'un espace transitionnel au sens de Winnicott (1975), permettant de penser les effets subjectifs, narcissiques et identificatoires de la maladie. Ce cadre institue un lieu tiers où peuvent se déposer les affects et les pensées suscités par l'intrusion de la maladie dans le lien conjugal.

L'accompagnement de Nadine met en évidence la fonction tierce essentielle de ce cadre institutionnel. Le répit psychologique offre un espace suffisamment contenant pour accueillir l'effondrement des repères conjugaux sans précipiter l'interprétation ni assigner le sujet à une identité d'aidante sacrificielle. À la différence d'approches centrées principalement sur la charge ou l'épuisement, il permet de travailler la temporalité subjective de la maladie, en soutenant une élaboration progressive des pertes, des remaniements narcissiques et des ambivalences affectives. Il s'inscrit ainsi dans une clinique du temps, attentive aux discontinuités imposées par l'évolution neuro-évolutive.

Cet espace transitionnel permet une reprise partielle des fonctions de reconnaissance et de contenance fragilisées par la maladie. En étant reconnue dans sa souffrance, Nadine retrouve une expérience minimale de continuité psychique et de légitimité affective. Le cadre thérapeutique

joue ici une fonction tierce suppléante, venant temporairement pallier les défaillances du lien conjugal et soutenir la capacité du sujet à penser et à désirer au-delà de son assignation exclusive au rôle d'aidant (Green, 1993). Le répit psychologique permet ainsi de maintenir une distinction essentielle entre le lien conjugal et la relation aidant-aidé, distinction fréquemment brouillée par la progression de la maladie. Il ne vise pas la restauration du couple tel qu'il était, mais soutient l'invention de modalités psychiques viables pour cohabiter avec la transformation du lien (Charazac, 2015). Si, dans certaines situations comme celle de Nadine, le travail s'effectue principalement avec le conjoint aidant, le répit peut, dans d'autres configurations, devenir un espace de soins psycho-partagé pour le couple. Les dispositifs de pauses-café à médiation clinique proposés au sein des plateformes d'accompagnement et de répit illustrent cette possibilité d'un travail dyadique autour des effets de la maladie sur le lien, malgré les atteintes cognitives du partenaire malade (Ballarin-Chamillard, 2023). Ces pratiques rejoignent les consultations psychogériatriques dyadiques ou familiales décrites par Siméon de Buochberg *et al.* (2024), qui soulignent l'intérêt d'un accompagnement inscrit dans une temporalité longue et évolutive.

Limites et enjeux éthiques

Cette clinique met en lumière plusieurs enjeux éthiques. Le premier concerne le risque de disqualification des affects négatifs du conjoint aidant. Colère, rejet, dégoût corporel ou désir d'ailleurs, lorsqu'ils ne

sont pas reconnus comme des réponses psychiques à l'atteinte du lien conjugal, exposent le sujet à une culpabilité délétère et entravent l'élaboration de la perte (Roussillon, 2008). Le travail clinique suppose ainsi un cadre suffisamment stable et contenant pour accueillir ces affects sans les juger ni les banaliser. Un second enjeu réside dans la réduction fonctionnelle de la relation conjugale, pensée exclusivement à travers la dépendance et le soin. Une telle lecture risque d'effacer la dimension relationnelle, désirante et conflictuelle du lien, et d'assigner le conjoint aidant à une position sacrificielle, au détriment de sa subjectivité et de sa capacité à se penser autrement que comme aidant (Ennuyer, 2003). Enfin, l'accompagnement du conjoint aidant interroge la reconnaissance de la subjectivité du conjoint malade. La disqualification progressive de sa parole, souvent justifiée par les troubles cognitifs, peut conduire à des formes d'*autruicide* symbolique, menaçant l'éthique du lien et la reconnaissance de chacun comme sujet, y compris dans la dépendance et la discontinuité (Maisondieu, 2020).

Conclusion

À travers la vignette clinique de Nadine, cet article met en évidence que la souffrance du conjoint aidant ne saurait être réduite à l'épuisement ou à la charge objective du

soin. Elle prend racine dans l'altération progressive des fonctions de reconnaissance et de contenance assurées jusque-là par le lien conjugal, ainsi que dans l'expérience d'une perte ambiguë, marquée par une réciprocité relationnelle devenue incertaine avec un partenaire qui demeure sujet mais dont la présence se transforme. La temporalité propre aux maladies neuro-évolutives, lente, discontinue et imprévisible, confronte le conjoint aidant à des remaniements successifs qui fragilisent la continuité subjective. Cette situation appelle une clinique attentive au temps et aux effets subjectifs de la transformation du lien.

Dans ce contexte, le répit psychologique peut constituer un cadre clinique tiers susceptible de soutenir l'élaboration de cette souffrance narcissique, sans la réduire à une problématique d'adaptation ou de performance de l'aide. En offrant un espace d'accueil des affects ambivalents et du négatif, il permet au conjoint aidant de préserver une continuité subjective minimale lorsque le lien conjugal ne peut plus, à lui seul, assurer ses fonctions de reconnaissance et de contenance.

Penser les plateformes de répit comme des espaces cliniques à part entière revient à reconnaître leur rôle dans l'accompagnement du travail psychique des conjoints aidants et, lorsque cela demeure possible, dans le soutien d'un lien conjugal mis à l'épreuve par la maladie.

Bibliographie

- Anzieu D. : *Le Moi-peau*. 2^e éd. Paris : Dunod ; 1985.
- Ballarin E. : « Un tiers étranger dans le couple », in Darnaud T. et Escots S. (dir.), *L'Intervention auprès des familles : réussir le défi de la co-construction*. Lyon : Chronique sociale ; 2020, p. 145-162.
- Ballarin E. : *Un tiers étranger dans le couple âgé : l'effet du processus d'externalisation sur le couple confronté à une maladie neuro-évolutive* [Thèse de doctorat, Université Toulouse Jean-Jaurès]. 2022. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-04295056>
- Ballarin-Chamillard E. « Le répit psychologique : un outil thérapeutique pour travailler la crise auprès des couples touchés par une maladie d'Alzheimer », *Psychothérapies*. 2023 ; (4) : 217-229. <https://doi.org/10.3917/psy.234.0217>
- Bastien D. et Janssen C. « L'audacieuse clinique du couple », *Cahiers de psychologie clinique*. 2013 ; 40 (1) : 181-203. <https://doi.org/10.3917/cpc.040.0181>
- Bastien D. « L'illusion au cœur du lien. De l'objet transitionnel à la construction du couple : Christophe Janssen, Academia-L'Harmattan 2014, 293 p ». *Cahiers de psychologie clinique*. 2015 ; 44 (1) : 219-221. <https://doi.org/10.3917/cpc.044.0219>
- Boss P. : *Ambiguous Loss: Learning to Live With Unresolved Grief*. Cambridge, MA : Harvard University Press ; 1999.
- Bowlby J. : *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York, NY : Basic Books ; 1988.
- Charazac P.-M. « Régression et confusion dans le couple atteint par la maladie d'Alzheimer », *Cliniques méditerranéennes*. 2009 ; 79 (1) : 139-152. <https://doi.org/10.3917/cm.079.0139>
- Charazac P.-M. « Le travail avec le couple en institution gériatrique », *Dialogue*. 2015 ; 210 (4) : 21-31. <https://doi.org/10.3917/dia.210.0021>
- Charazac P. et Charazac-Brunel M. : « La vie pulsionnelle du couple », in *Le Couple et l'Âge*. Paris : Dunod ; 2015, p. 68-79. <https://doi.org/10.3917/dunod.chara.2015.02.0068>
- Charazac P., Gaillard-Chatelard I., et Gallice I. : *La Relation aidant-aidé dans la maladie d'Alzheimer*. Paris : Dunod ; 2017.
- Cley-Marcel J. : *Le Couple : une approche psychanalytique*. Paris : PUF ; 2002.
- Dupré-Latour M. : *L'Ambivalence*. Paris : PUF ; 2005.
- Eiguer A. « Psychanalyse du déménagement », *L'Autre*. 2001 ; 2 : 509-519. <https://doi.org/10.3917/lautr.006.0509>
- Eiguer A. : *L'Inconscient de la maison*. Paris : Dunod ; 2004.
- Eiguer A. « L'inconscient de la maison et la famille », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2006 ; 37 (2) : 23-33.
- Ennuyer B. : *La Dépendance, un concept contestable*. Paris : Dunod ; 2003.
- Ferrey G. et Le Gouès G. : *Vieillesse et sexualité*. Paris : Masson ; 2008.

- Freud S. : « Pour introduire le narcissisme », in *Œuvres complètes*, vol. XII. Paris : PUF ; 1914/2010, p. 213-245.
- Green A. : *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Minuit ; 1983.
- Green A. « Le travail du négatif », *Revue française de psychanalyse*. 1993 ; 57 (5) : 1335-1356.
- Hazan C. et Shaver P. « Romantic love conceptualized as an attachment process », *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987 ; 52 (3) : 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hirsch E. et Brugeron P. : *Vivre avec une maladie neuro-évolutive : enjeux éthiques et sociétaux*. Toulouse : Érès ; 2019.
- Kaës R. « La réalité psychique du lien », *Le Divan familial*. 2009 ; 22 (1) : 107-125. <https://doi.org/10.3917/difa.022.0648>
- Klein M. « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », *International Journal of Psychoanalysis*. 1946 ; 27 : 99-110.
- Le Goues G. : *L'Âge et le Principe de plaisir*. Paris : Dunod ; 2000.
- Maisondieu J. : « Alzheimer, un diagnostic aliénant par autruicide », in Darnaud T. et Escots S. (dir.), *L'Intervention auprès des familles : réussir le défi de la coconstruction*. Lyon : Chronique Sociale ; 2020.
- Péruchon M. : « L'énigme de la maladie d'Alzheimer : prémises d'une investigation neuropsychanalytique », in Bergeret-Amselek C. (éd.), *L'Avancée en âge, un art de vivre*. Toulouse : Érès ; 2013, p. 339-343.
- Pria Veillon H. « Le lien conjugal à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer : une étude exploratoire auprès de quatre couples lorsqu'un des conjoints atteint de démence est placé en institution », *Thérapie familiale*. 2017 ; 38 (1) : 71-87.
- Roussillon R. : *Le Jeu et l'Entre-je(u)*. Paris : PUF ; 2008.
- Simeon de Buochberg F., Codron F., Rebaud Hilaire E., et al. « La guidance familiale en psychiatrie de la personne âgée : un soin groupal familial à domicile », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement*. 2024 ; 22 (1) : 113-123.
- Verdon B. : « La maladie d'Alzheimer, entre présence et absence à soi-même », in Chabert C., *La Douleur*. Toulouse : Érès ; 2015, p. 225-241. <https://doi.org/10.3917/eres.chabe.2015.01.0225>
- Verdon B. « La maladie d'Alzheimer Entre présence et absence à de soi-même », *Le Carnet Psy*. 2022 ; 251 (3) : 39-42. <https://doi.org/10.3917/lcp.251.0039>
- Winnicott D. W. : *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard ; 1975.