

Les maladies neurodégénératives s'invitent et les pertes se succèdent

Ivy Daure

DANS **LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES** 2021/6 n° 388, PAGES 14 À 19
ÉDITIONS **MARTIN MÉDIA**

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.388.0014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2021-6-page-14?lang=fr>



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



Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

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.



Ivy Daure

Psychologue
clinicienneDocteure
en psychologieEnseignante
à l'université
de BordeauxMembre du CR
du *Journal des
psychologues*

Les maladies neuro et les pertes

L'annonce d'une maladie dégénérative grave bouleverse tout le système familial et nécessite un accompagnement spécifique, lequel portera sur la maladie et ses conséquences sur l'ensemble du groupe et sur chacun des individus le composant.

La prise en charge des maladies telles que la maladie de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer et les myopathies¹, est obligatoirement lourde compte tenu de la gravité des affections et de la progressivité des atteintes, mais aussi de la suspicion ou la confirmation d'une origine génétique impliquant de manière encore plus incisive les descendants et les ascendants.

Sur le plan psychologique, alors que l'on imagine aisément la souffrance, les difficultés pour le malade et pour son entourage, l'accompagnement psychologique n'est pas toujours recommandé aux familles ni demandé par les familles.

Le suivi en cabinet libéral ne peut qu'être sur mesure et, dans ce contexte, nous pouvons et nous devons nous autoriser certaines libertés dans l'espace de soin. Il n'est pas rare que, dans ces accompagnements de la famille autour de la maladie, nous puissions rencontrer le système au complet, ou le couple, la fratrie, mais aussi, individuellement, les membres du système.

Cette mobilité, ce cadre évolutif et mouvant, en opposition à la rigidification des corps ou de la perte de mobilité physique, sont au service de l'évolution du système et des besoins de chacun, souvent orientés par le rythme de l'avancée de la maladie.

Cet article, à la lumière de deux expériences cliniques, traitera de l'importance du suivi psychologique pour ces familles,

Les maladies d'Huntington, d'Alzheimer, de Parkinson, de Charcot, sont des maladies neurodégénératives ayant en commun qu'elles affectent le système nerveux, entraînant la mort de ses cellules. Comment y faire face, alors que l'issue est inéluctable et fatale, pour ne pas emporter avec soi ses proches, ne pas se laisser submerger par le désespoir ? Les deux cas cliniques exposés racontent quel fut le cheminement effectué pour retrouver un peu d'espoir et recouvrer une certaine paix.

du rôle du psychologue dans l'élaboration d'une clinique spécifique, mouvante et émouvante.

DE L'ANNONCE À LA DEMANDE : LE PREMIER ENTRETIEN AVEC ALINE

Depuis que le diagnostic de la maladie d'Huntington a été confirmé pour sa mère, Aline évite de lui rendre visite : « Avec son sale caractère, elle a éloigné tout le monde. » Aline est interne en médecine, elle comprend très bien ce que représente un diagnostic de maladie d'Huntington et a très peur pour elle.

La maladie s'est développée tardivement chez sa mère, à l'âge de 57 ans, même si Aline pense que les troubles cognitifs, les troubles de l'humeur, et son caractère pénible étaient certainement déjà des manifestations de l'affection Huntington.

Gisèle, la mère, était une femme très dynamique, impliquée dans de nombreuses associations, et menait une vie politique en Creuse.

Aline requiert un rendez-vous : elle se sent débordée, à 25 ans elle a du mal à « tout assumer ». Fille cadette

dégénératives s'invitent se succèdent

d'une fratrie de deux enfants, son frère aîné de 30 ans est parti vivre en Allemagne pour ses études, il y a plus de dix ans. Les relations avec leur mère ayant toujours été très difficiles, elle n'arrive pas à compter sur son soutien pour remplir les démarches.

Le père est *persona non grata* pour la mère ; ils ont divorcé l'année du départ d'Aline de la maison. Pour Aline, le père a voulu se libérer du calvaire qui était de vivre avec cette femme, extrêmement conflictuelle, « parano », en permanence fâchée, agressive. « Je peux compter seulement sur les deux

sœurs de ma mère. Elles habitent dans la région là-bas.

Ma grand-mère qui n'a pas été diagnostiquée Huntington est morte en fauteuil roulant. J'ai quelques souvenirs, mais pas beaucoup de lien avec cette grand-mère qui est décédée quand j'avais 5 ans. »

Tout se bouscule. Aline a beaucoup à dire, elle s'est renseignée sur la maladie et le fait presque de manière obsessionnelle chaque jour. Elle lit et relit des textes, des articles sur la maladie, son évolution, les tests génétiques, etc. Lors de ce premier entretien, nous étudions les ressources dont elle peut disposer ; elle a des amis, ses tantes, son père, même s'il ne peut pas agir directement avec la mère et son nouveau compagnon. Aline est en couple depuis le début de ses études de médecine ; son ami, un peu plus âgé qu'elle, est ingénieur. La question de la maternité inquiète beaucoup Aline, car elle sait que le risque d'avoir le gène et de développer la maladie est de 50 % pour un enfant dont un des parents est malade.

L'entretien est très émouvant, durant lequel la jeune femme exprime son impuissance et sesangoisses.

L'effet isomorphique est évident. Aline est débordée ainsi que le thérapeute, du fait du ressenti d'avoir de nombreux axes de travail à aborder, qu'il y a beaucoup à faire. Ainsi, l'urgence du soin de la mère, les questions autour des tests

génétiques, l'état émotionnel de la jeune femme, ses projets d'enfants, l'histoire des relations conflictuelles entre elle et sa mère, son sentiment de solitude et de responsabilité qu'induit la situation de sa mère, n'en sont que quelques-uns.

L'isomorphisme évoque donc une forme de similitude, de symétrie entre les ressentis émotionnels et la posture.

L'isomorphisme est un concept emprunté des mathématiques par les systémiciens « lorsque deux structures peuvent être superposées de manière isomorphique, à chaque élément d'une structure correspond un élément de l'autre structure, en ce sens que chacun des éléments joue le même rôle dans leurs structures

respectives² ». L'isomorphisme évoque donc une forme de similitude, de symétrie entre les éléments du système ou les ressentis émotionnels et la posture.

L'isomorphisme n'est pas un état ou une place recherchée par le professionnel, mais plutôt une sorte d'écho qui s'impose à lui. Selon Salvador Minuchin (1998), il participe au *joining*, « attitude qui vise à entrer en contact avec des aspects particuliers et émotionnellement importants du "monde" de l'interlocuteur » (2008).

Catherine Ecuyer³ cite, à ce sujet, les travaux de Hannelore Schröd de la façon suivante : « l'isomorphisme est une étape par laquelle il faut que nous passions pour la compréhension et le changement de la problématique ». Elle ajoute : « C'est en recherchant les isomorphismes que nous pouvons obtenir des informations précieuses sur le fonctionnement de la famille, sur notre propre fonctionnement et celui de l'institution. » (Schröd, 2004.) →

Notes

1. Maladies neuromusculaires.
2. Pugin J., 2005, Site IDRES, Récupéré le 28.8.2013 de <http://www.systemique.be>
3. Ecuyer C., 2014, *Isomorphisme et synchronicité, outils en supervision, Travail de diplôme Haute École fribourgeoise de travail social*, Genève, Centre de formation (CEFOC).

→ Malgré cela, la posture encombre au premier abord, c'est seulement après une métalecture, une compréhension de ce sentiment d'empressement et le lien trouvé avec l'état d'Aline que l'expérience isomorphique peut devenir une aide dans l'accompagnement de la jeune femme. Nous comprenons, alors, l'importance de suivre le rythme du discours d'Aline sans nous laisser dépasser par les nombreuses questions envahissantes et, de ce fait, ralentir peut être utile.

LA MALADIE D'HUNTINGTON ET LES PERTES SUCCESSIVES

La maladie d'Huntington est une maladie du cerveau rare, génétique, héréditaire et dégénérative. La prévalence est d'un cas pour 10 000 personnes dans les pays européens. La plupart du temps, la maladie se développe chez l'adulte entre 35 et 55 ans ; à partir des premiers symptômes, l'espérance de vie est de 15 à 20 ans en moyenne. Les atteintes au niveau cérébral provoquent des troubles sur les plans cognitif, émotionnel ou psychiatrique et moteur. Dans le cas de Gisèle, c'est surtout son entrée dans la maladie avec les troubles de l'humeur qui l'ont rendue incontrôlable, intraitable, selon la perception de son entourage.

En effectuant un retour sur les temps clés de l'histoire familiale de la maladie – il est ici question d'une maladie qui affecte la famille dans son fonctionnement, ses relations et sa structure –, à l'aide d'une sorte de frise du temps, Aline revient sur des moments de la vie familiale et du comportement de sa mère qu'elle n'avait jusqu'alors pas associés à la maladie. Voici certaines étapes⁴.

1. « *Au moment de l'adolescence de mon frère, ma mère devait avoir une quarantaine d'années et, parfois, fréquemment même, elle était incontrôlable, agressive. C'était l'enfer pour mon frère et pour nous tous, mais surtout pour mon frère.* »
2. « *Ma mère a commencé à avoir des problèmes au travail, elle était souvent très mécontente, fâchée contre les gens et elle refusait de consulter des médecins. D'après elle, c'étaient les autres le problème.* »
3. « *J'avais 14 ans et mon frère était déjà parti de la maison. Mon père a accepté un travail dans une autre région,*

il y restait la semaine et ne rentrait que le week-end.

Je pense qu'il voulait échapper à ma mère. Mais moi je suis devenue un peu son seul interlocuteur, ça n'a pas été facile. »

4. « *Ma mère a perdu son travail, elle n'avait plus de contrats. Elle était brillante, elle écrivait des discours, occupait des postes à responsabilité dans les collectivités, mais, je crois, qu'elle n'était plus gérable pour les collègues et je pense qu'elle était un peu déconnectée.* »

5. « *Je suis partie en internat au moment du lycée. Quand j'y pense aujourd'hui, tout le monde a quitté cette maison, tout le monde a fui ma mère. Elle est restée seule avec sa maladie. On ne savait pas qu'elle était malade, on pensait que son caractère difficile et sa dépression étaient les seules causes de son état.* »

6. « *Quand j'ai eu mon bac, je suis partie faire médecine dans une autre ville et, pendant les deux premières années, j'allais très peu à la maison. À cette même période, mon père a quitté ma mère. J'étais plongée dans les études, je me noyais pour ne pas être disponible⁵.* »

Observer l'histoire par la fenêtre de la maladie permet à Aline d'avoir une certaine indulgence envers sa mère et d'intégrer ce tiers, l'intrus qu'est la maladie. Cette proposition du « plus-un » de la maladie, dont parle Philippe Caillé (1996), ouvre la perspective de déresponsabiliser Gisèle de certaines de ses actions et de proposer à Aline la possibilité de penser une mère avant et après la maladie.

Ces pertes multiples, qu'Aline peut décrire dans les événements cités, laissent entendre comment la maladie a impacté la vie familiale, tel un rouleau compresseur. Son évolution met à mal, progressivement, la vie familiale, professionnelle, amicale et amoureuse de Gisèle et par conséquent celle de ses enfants. Aline se sent isolée : elle a avec son frère peu de lien depuis des années ; du côté de son père, en dépit des affects positifs qui les lient, elle sait qu'elle ne peut rien lui dire sur le passé ou quand ça ne va pas pour elle, il a beaucoup de mal à l'entendre, à accepter qu'elle souffre.

La maladie s'est accélérée les dernières années, le diagnostic était une évidence pour Aline. Elle fait l'hypothèse que sa mère était au courant depuis longtemps et qu'elle n'en a parlé à personne.

En parler en thérapie procure à Aline, dit-elle, une autre perspective sur son histoire, sur l'histoire de sa famille et l'aide à assumer les nombreux changements qui ont été nécessaires depuis deux ans, à savoir : la mise sous tutelle de sa mère, l'intervention journalière du service à domicile, le passage de sa mère au fauteuil roulant. Aline a décidé d'entamer une recherche génétique « *pour savoir, pour envisager l'avenir* ».

Notes

4. Ce récit a été changé à certains endroits, en gardant l'idée centrale et restant au plus proche du contenu livré en séance, de façon à garder l'anonymat pour des raisons déontologiques évidentes.

5. Nous n'avons pas souhaité expliciter ici tous les moments cités par Aline, estimant que cela n'apporterait pas plus d'éléments significatifs à cet article.



DE L'ANNONCE À LA DEMANDE : LE PREMIER ENTRETIEN AVEC GILLES ET LUCIE

Gilles et Lucie demandent un entretien pour le couple. Ils arrivent ensemble, Madame a une sorte d'atèle à la main. Ils se montrent très proches physiquement, très complices par leurs regards et sourires.

C'est la première fois qu'ils s'adressent à un psychologue annonce d'emblée Monsieur. Ils ne viennent pas parce que leur couple va mal, le couple va très bien, mais parce qu'ils ont appris, il y a quelques semaines, une mauvaise nouvelle. Ils pleurent et restent silencieux quelque temps, puis Madame prend la parole. Nous respectons ce silence, le ton est grave et la prudence nous semble essentielle dans ce genre de situation.

Madame explique qu'elle est « victime de la maladie de Charcot ». La formulation est inhabituelle, mais très significative de ce qu'elle et son mari vivent. Leur fils de 20 ans est à l'université ; ils ne lui ont pas encore parlé, parce qu'ils sont sous le choc et parce qu'ils ne veulent pas le perturber, expliquent-ils. Le jeune homme répondant au prénom de Nino vit chez ses parents, bien qu'il dorme souvent chez sa copine. Les parents

craignent que la tragique nouvelle le perturbe et l'entrave dans ses études.

Gilles et Lucie ont respectivement 49 et 47 ans ; ils sont cogérants d'une entreprise qu'ils ont créée il y a 20 ans. La maladie et son lot de pertes et de désespérance les freinent dans les projets d'expansion en cours, même si Lucie continue à aller travailler tous les jours.

Leurs parents ne sont pas informés, personne ne l'est, hormis le médecin de famille qui, choqué par l'annonce, n'a pas été en mesure de leur proposer grand-chose tellement il était bouleversé, selon le couple.

Le couple fait bloc, mais tout est confus, la « *Maison couple* », selon les termes de Robert Neuberger (2014), nécessite d'être réorganisée, restructurée, alors qu'ils n'ont pas demandé ce changement, ils doivent faire avec, l'assumer.

Si nous considérons que le « plus-un » représenté par la maladie affecte la structure du couple, alors cela va fatalement changer la nature de leur relation et de l'attachement qu'ils éprouvent. Lucie le comprend très rapidement, elle l'évoque lors de ce premier entretien, comme pour vérifier, se débarrasser de cette crainte devant un témoin.

Observer l'histoire par la fenêtre de la maladie permet à Aline d'avoir une certaine indulgence envers sa mère.



→ « On va vivre l'horreur avec cette maladie, je ne sais pas si Gilles va supporter, s'il va vouloir rester. »

Son mari la rassure, il lui affirme qu'il sera toujours là, qu'ils vont se battre ensemble. Il lui prend la main, ils pleurent. On observe dans cet échange, et durant de nombreux autres moments de l'entretien, ce que Michel Delage (2008) appelle « la mutualité des esprits », à savoir cette capacité de certains couples d'accéder facilement au monde interne et aux vécus émotionnels de l'autre. « Je sais ce que tu penses », « Tu sais ce que je vais dire », « Je comprends ce que tu ressens », sont des formulations qui ont ponctué l'entretien.

Sans traitement, la maladie de Charcot impose une réalité injuste dans laquelle la perte est inéluctable.

Le besoin d'exclusivité, de rester dans le duo fermé qui forme le couple, les conduit à ne rien révéler à quiconque, même pas à Nino. Pour l'instant, ils prétendent que Lucie a une tendinite et qu'elle se rend à des examens pour en savoir plus.

Il est aisé d'imaginer que leur état émotionnel les trahit sur la gravité de la maladie de Lucie, mais nous ne soulevons pas la question et, à la fin de l'entretien, nous notons leur besoin de faire cette grande traversée ensemble, mais qu'il sera toujours temps de récupérer des coéquipiers en chemin. Ce besoin de rester à deux est peut-être une étape.

LA MALADIE DE CHARCOT ET LES PERTES CONSÉCUTIVES

La maladie de Charcot est aussi connue sur le nom de « sclérose latérale amyotrophique » (SLA). Cette maladie dégénérative qui a une faible incidence héréditaire, souvent d'origine aléatoire, altère les muscles de manière progressive, jusqu'à l'atrophie des bras et des jambes.

L'incidence en France est de 1 000 cas par an et l'espérance de vie est de 3 à 5 ans au moment du diagnostic. Les troubles de l'élocution rendent la communication verbale difficile, voire impossible, et les troubles de la déglutition entraînent souvent de la malnutrition. Sur le plan intellectuel, tout est préservé, mais le malade devient peu à peu prisonnier, muet, dans son corps.

Dans le cas de Lucie, la maladie a émergé tôt, étant donné la moyenne d'âge qui est de 55 ans, et elle se développe aussi très vite. Nous pouvons constater des changements se produisant quasiment chaque mois. Sans traitement, la maladie de Charcot impose une réalité injuste dans laquelle la perte est inéluctable.

En colère contre les soignants, la maladie, l'impuissance, l'incompréhension de ce qu'ils vivent, Gilles semble épuisé et, pourtant, lui et Lucie mettent en place les séances de kinésithérapie, les rendez-vous au centre hospitalier, les visites de l'ergothérapeute, à l'insu de Nino. Avec mille précautions, nous réévoquons l'importance pour Nino d'être informé de ce qui se passe pour sa maman : il peut avoir envie et-ou besoin d'intégrer la nouvelle, de s'adapter et pour cela il lui faut du temps. Pour les parents, lui annoncer la maladie de sa mère ne peut se faire sans pleurs, alors ils préfèrent se taire, même s'ils savent qu'il leur faudra y parvenir.

Nous proposons qu'ils invitent Nino à une séance, une fois qu'ils auront franchi l'étape de l'annonce, mais ils sont catégoriques : « Nino ne viendra jamais voir un psy, il est trop cartésien, trop pragmatique pour ça. »

Au bout de quelques mois de suivi, nous estimons que l'alliance thérapeutique est bonne. Nous suggérons, donc, au couple de les recevoir séparément afin que chacun puisse exprimer ses ressentis personnels. La proposition a été bien accueillie.

Avec la progression de la maladie, Lucie a dû adapter sa voiture. Elle vient seule en entretien ; nous l'aidons à enlever et mettre son manteau, ouvrir les portes. Elle investit cet espace où elle pleure beaucoup, ce qu'elle évite de faire avec Gilles pour ne pas l'inquiéter.

De son côté, en entretien individuel, Gilles explique, qu'il est dévasté, mais qu'il se bat, qu'il aimerait que Lucie soit plus combative. Nous avançons avec lui le fait que, face à des deuils successifs, Lucie a à peine le temps de récupérer d'une perte qu'une nouvelle s'impose. Et nous l'invitons à exposer tout ce qu'il accomplit pour elle dans la vie quotidienne, depuis quelques mois. Au fur et à mesure qu'il énumère, il se rend compte qu'il la maquille, lui lave les cheveux, la coiffe, l'aide à boutonner ses vêtements, à fermer son pantalon, ouvrir les portes, à mettre ou enlever son manteau. La liste continue... Les pertes sont énormes, Monsieur réalise le courage de Lucie de supporter tant d'épreuves. Nino ne pose pas de questions et ses parents ne disent toujours rien. Nous insistons un peu plus.

Au retour des vacances d'été, ils racontent avoir mis Nino au courant, sans être entrés dans les détails et sans avoir précisé le nom de la maladie. Mais Nino ne souhaite pas venir en entretien avec eux, ni seul, ni dans ce lieu, ni avec un autre psychologue.

Le suivi se poursuit régulièrement, alternant entretiens de couple et individuels, dans le cadre de l'accompagnement aux deuils liés à l'évolution de la maladie. Un suivi individuel *stricto sensu* avec un autre professionnel est inenvisageable

autant pour Gilles que pour Lucie, ils rappellent l'importance de ce lieu pour le couple.

Après deux ans de suivi, Lucie ne peut plus se rendre au cabinet, nous proposons d'organiser la séance à domicile⁶ durant laquelle nous pourrions entendre le couple et Nino à cette occasion. Les parents sont dubitatifs. Nino accepte et une rencontre extrêmement touchante a lieu.

C'est une famille pudique et unie qui est devant nous. Nous questionnons un peu Nino sur ce qu'il sait au sujet de la maladie de sa mère. Il explique avoir rapidement compris et avoir vu sur les enveloppes de l'hôpital de quoi il s'agissait ; puis il a surfé sur Internet et n'a pas voulu embêter les parents avec des questions, car « *c'était déjà assez difficile pour eux* ».

Un peu comme les parents qui désiraient épargner Nino en ne lui révélant pas la réalité de la maladie. Cette forme de protection ressemble fortement à du non-dit, mais qui, dans cette famille, ne semble pas être vécu ainsi.

Nous interrogeons Nino sur ses doutes, ses craintes, ses peurs pour sa mère, pour son père et pour lui-même. « *Pour maman, elle pleure beaucoup, ça me gêne un peu, je crois qu'elle a mal et ça ne me plaît pas. Pour papa, c'est que, quelquefois, je le trouve perdu et un peu fatigué. Pour moi, j'ai eu peur d'avoir le gène, mais j'ai entendu ma mère dire à ma grand-mère au téléphone que ce n'était pas une forme génétique.* »

Les parents sont très émus et ont pu constater que leur fils a grandi. Il est désormais un homme qui cherche et trouve ses propres réponses, qui tente de les protéger. Ayant rapidement saisi la situation, il a pris le parti de ne pas les déranger, sans colère, mais cela a signifié aussi de la solitude pour lui.

À la fin de cet entretien, nous demandons à Nino s'il souhaite venir en parler seul au cabinet dans le cadre de ce travail familial, et échanger autour de sa famille telle qu'elle est aujourd'hui, telle qu'elle a été et comment il imagine la suite.

À la surprise de ses parents, Nino a répondu positivement, il reviendra tous les deux mois. Alors qu'un suivi individuel ailleurs n'est pas envisageable pour lui, le soutien dans ce cadre familial est possible.

CONSIDÉRATIONS FINALES

L'accompagnement des personnes, des familles et des couples, dans le processus de vivre malgré ces maladies que nous appelons l'événement aux trois « i » – indésirable, inéluctable et implacable –, suppose de la part des professionnels de très grandes disponibilité et souplesse dans l'utilisation ou mise en place du cadre qui s'apparente ici à du sur-mesure.

La violence de l'annonce et de l'évolution progressive inéluctable et implacable de la maladie avec sa déferlante de symptômes provoque ce que Michel Delage nomme la « *déchirure intime* ». L'auteur la définit ainsi : « *Toutefois, il est des situations où c'est l'espace intersubjectif lui-même qui se déchire. La catégorie du familier se perd ; à sa place surgit celle de l'étranger, voire de l'étrange.* » (2008.)

Cette déchirure a lieu quand un des protagonistes de la relation vit une expérience qui le change profondément et par conséquent influence la nature de la relation. Les maladies neurodégénératives deviennent elles-mêmes le facteur qui signifie le changement, mais l'évolution et les pertes presque quotidiennes d'autonomie, d'aisance, transforment l'expérience de vie, les rôles et les missions de chacun.

Il faut une bonne dose de résilience, à l'intérieur du système, pour suturer cet intime déchiré, tisser de nouveaux liens et retrouver une certaine paix ainsi qu'un peu d'espoir pour soi et les autres.

Le psychologue doit, dans ces situations, évoluer avec tact, face à tant de douleur, et, dans la mesure du possible, accompagner les personnes à réinventer leurs relations, à retisser des liens, à renouer les affects, pour eux et les générations à venir. ▶

Note

6. C'est notre première expérience de travail à domicile.

FORMATIONS PAR Christine ARBISIO

Psychologue clinicienne, psychanalyste,
Maîtresse de conférences à l'université Paris-13
Auteure : Le bilan psychologique avec l'enfant
Clinique du Wisc-v

FORMATION Approche clinique du Wisc-v

Une formation de 4 jours à Paris en 2021
20-21 septembre et 18-19 octobre



POSSIBILITÉS DE FORMATIONS SUR SITE

Renseignements, inscriptions, tarifs et programmes : CAPCLINIK
15, rue Duguay-Trouin – 75006 Paris
Courriel : capclinik@gmail.com – Tél. : 06 71 31 36 58

Site internet : www.capclinik.fr

