

L'HOPITAL ET LES INSTITUTIONS D'ACCUEIL COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC ET DE CADRAGE (*)

Notre équipe extra-hospitalière existe depuis 11 ans maintenant.

A travers son histoire, je souhaite montrer comment elle a pu s'aménager un espace thérapeutique d'aide aux familles maltraitantes et abusives grâce à l'existence d'autres instances jouant chacune leur rôle, à la place qui est la leur, face à ces problématiques.

L'hôpital en l'occurrence représente un chaînon important dans l'établissement d'un diagnostic et donc dans l'orientation de la prise en charge et dans le placement du cadre permettant le travail thérapeutique.

Je n'aborderai pas la façon dont l'hôpital dans son organisation interne aménage son cadre diagnostic (et l'accueil de l'enfant) mais je tenterai de montrer comment une équipe de soins extra-hospitalière va utiliser l'hôpital dans l'établissement de son propre cadre thérapeutique cette fois.

Il y a 11 ans, nous avons démarré notre action dans la région de Charleroi, fort d'un mandat nous donnant un statut spécifique dans le réseau psycho-médico-social. Nous éprouvions sans doute un certain prestige d'être les spécialistes de ces problèmes, vieux comme le monde, mais qui commençaient alors seulement à être identifiés comme tels.

La pensée collective au sujet de la maltraitance allait, et va toujours, dans le sens d'une « divinisation » du statut de victime qui pousse à « faire quelque chose pour elle » parfois, souvent (?) aux dépens d'une lecture compréhensive des événements portant, tant sur la famille où se passent les faits abusifs et maltraitants que sur les intervenants ayant fonction de les identifier et de les mettre en évidence.

En nous proposant au réseau comme l'équipe qui allait prendre en charge ces problèmes, nous nous prêtions à une fonction de décharge des instances appelantes. Celles-ci nous demandaient d'agir à leur place, de parler à leur place de leurs inquiétudes auprès des parents, d'organiser à leur place la protection concrète de l'enfant en allant -au besoin- à leur place amener leurs inquiétudes face aux autorités judiciaires.

Ceci en fonction de la croyance que les compétences se trouvaient probablement chez nous, en vertu de notre définition, plutôt que chez eux.

Nous entretenions l'illusion sociale que ces situations, certes dérangeantes et interpellantes, étaient l'affaire des spécialistes payés et mandatés pour cela.

Ces situations à multiples facettes ont pourtant la caractéristique d'interroger des disciplines et des instances sociétales multiples. Elles obligent dès lors à en avoir plusieurs lectures impliquant des logiques différentes selon que l'on se situe au niveau de la loi ou de la compréhension psycho-dynamique. En tentant illusoirement de comptabiliser ces différentes logiques pour établir des stratégies d'intervention, nous éprouvions fréquemment des malaises et de l'inconfort.

Je repense à des pratiques très en vogue il y a 10 ans; nous convoquons des tables rondes réunissant les différents intervenants autour d'une famille où nous nous portions garants d'établir une procédure univoque à laquelle les différents acteurs adhéraient niant de la sorte

(*) VANDER LINDEN Reine, psychologue, Aide et Prévention Enfants-Parents de Charleroi.

les singularités liées aux places sociales et aux lectures différentes que l'on faisait à partir de ces places.

Après 2 ans de fonctionnement, une évaluation mit en évidence les difficultés d'aménager un espace de travail thérapeutique alors que cette tâche-là faisait bel et bien partie de nos missions.

Nous commençons aussi à ressentir les effets du backlash (le phénomène décrit par Jackie Roberts en Ecosse et qui pourrait se résumer par l'image du « retour de flamme ». Lorsqu'une équipe se présente comme, spécialiste d'un problème, acceptant d'en débarrasser les autres, elle peut s'attendre à essuyer quelques échecs qui ne lui seront pas pardonnés puisqu'elle a prétendu avoir les compétences pour le prendre en charge).

Il était temps de nous pencher sur nos pratiques et de réfléchir à ce qu'en miroir nous reproduisons du fonctionnement des familles dont nous avons la charge : la confusion des rôles.

Revenons un instant à ces familles pour mettre en évidence ce qui, précisément, crée le malaise de celui qui les observe, que l'on soit confronté à des dynamiques abusives ou violentes, on a l'impression qu'au cœur des relations intra-familiales tout se mélange. Les limites transactionnelles attribuées aux différents rôles familiaux sont floues ou carrément déplacées : la jeune fille devient la femme de son père; l'enfant le thérapeute de ses parents ou le parent de sa fratrie ...

Ces confusions de rôles sont les conséquences immédiates de la parentification telle que la théorise Boszormenyi-Nagy. L'enfant a à assumer les besoins de ses parents sur le plan affectif ou sexuel. Il est contraint à réussir ce que la génération précédente n'a pas été en mesure de réaliser ou encore, il peut avoir à défendre l'un de ses parents contre la violence ou l'emprise des autres.

Bref, il est mis en position de devoir fonctionner comme un aîné, c'est-à-dire comme quelqu'un qui porte des responsabilités plus grandes que celles qui seraient appropriées à son âge dans une relation donnée. Et c'est parce qu'il ne peut les assumer selon la volonté de ses aînés qu'il reçoit les coups ou est l'objet de sévices.

Cette confusion de rôles se rejoue souvent dans le système de protection lui-même.

Les psy et assistants sociaux se mettent à faire des enquêtes. Les médecins prennent à bras le corps les problèmes relationnels. Les juges imposent aux travailleurs du système psycho-médico-social des missions de contrôles ou remettent en question des indications psychothérapeutiques, etc.

Ces formes de confusions, nous en entretenons au sein-même de notre équipe en pensant pouvoir, en 2^e ligne, assumer en même temps un rôle d'aide et un rôle de contrôle.

Ce n'est que lorsque nous avons saisi que nous n'étions qu'une instance à côté et parmi d'autres que nous avons pu commencer à mener un réel travail de protection. Non plus seulement la protection qui garantisse l'intégrité physique de l'enfant mais celle qui s'inscrit dans le long terme (celle au sens où R. Wolf en parle) qui cherche à réaménager sa vraie place à l'enfant, celle dont il a été abusé dans la chaîne des générations, celle qui le rendra plus apte plus tard à respecter à son tour celle de sa progéniture.

Cette protection-là passe par un travail psychothérapeutique qu'il est difficile d'aménager dans un contexte où l'on a à faire, à la fois à la mise en place de mesures de sauvegarde, à la mise en évidence des responsabilités (souvent dans une dynamique d'accusation) et à l'ouverture à un travail de remise en question.

Tout cela nécessite l'articulation des responsabilités des différentes instances intervenantes qui représentent autant de places différentes et donc de positionnements différents.

Au fil de notre histoire, il nous est donc apparu capital, dans le tout premier temps du signalement à notre service, de soigner l'accueil des instances alertantes plutôt que de chercher à établir le contact avec les familles signalées.

Comme service de 2ème ligne par rapport aux intervenants, nous avons à prendre minutieusement en compte les attitudes, l'inquiétude, la perplexité, l'angoisse allant parfois jusqu'à la terreur, la violence dans certains cas ... des intervenants cherchant à trouver un relais. Bref, écouter et requestionner leur propre engagement est indispensable pour les aider à préciser leur identité, leur place et leurs responsabilités face aux situations pour lesquelles ils font appel.

Dès lors, comme 1ère ligne, ils acceptent de jouer leur rôle et de la sorte, posent le cadre qui permettra l'intervention thérapeutique.

Un exemple : une psychologue scolaire nous contacte pour nous signaler qu'un enfant qu'elle voit régulièrement en entretien lui a fait part d'une situation d'attouchements répétés de la part de son beau-père. Sa demande est que nous puissions voir l'enfant à l'insu des parents pour mettre en route des mesures de protection. Elle n'a aucun doute sur la réalité des l'abus mais veut, dit-elle, préserver « sa bonne relation » auprès des parents de l'enfant et donc rester en dehors de l'intervention de sauvegarder qui s'impose.

Comment peut-on imaginer qu'elle puisse rester extérieure aux démarches alors que tout part d'elle. Accepter de voir l'enfant dans un tel contexte signifie se laisser définir comme expert -donc convenir que la psychologue scolaire n'est pas en mesure de faire face- que donc elle perd sa place de 1re ligne et que tout ce qu'elle pourrait aménager à travers la relation à l'enfant et ses parents, relation préexistante aux faits, devient l'affaire d'une 2è ligne qui ne peut dès ce moment qu'être assimilée à une autorité sanctionneuse surtout s'il faut dans la réalité prendre des mesures (signaler en justice, hospitaliser l'enfant, etc.).

Cette pratique de questionnement de l'engagement du signaleur supposait que nous ayons des relais complémentaires et fiables à proposer.

Nous avons alors cherché à développer au sein des différents services hospitaliers pédiatriques (5 sur la région de Charleroi) des cellules d'accueil et de diagnostics opérantes.

L'insertion de psychologues ¹ au sein des structures hospitalières pouvant prendre en charge l'éventuel interrogatoire de l'enfant et son bilan pour prendre ensuite les mesures qui s'imposent en lien ou non avec les référents médicaux de l'enfant (éventuellement signalement en justice ou négociation de mesures de séparation), nous a dégagé d'une étape indispensable, mais invalidante dans l'établissement d'une relation thérapeutique.

Nous avons pu nous rendre compte que lorsque nous n'avons plus à « délimiter le vrai du faux » dans les récits (des faits de maltraitance ou d'abus) que les différents protagonistes

¹La formation de ces personnes a pris diverses formes en lien avec notre équipe :

- discussion de cas
- participation à un séminaire sur l'approche intégrée des abus sexuels (durée 1 an) organisé par l'A.P.E.P.
- nombreuses collaborations, etc ...

Ce travail de formation des équipes hospitalières (long à mener et continuellement à refaire) nous offre un outil précieux dans la prise en charge, au sens très large du terme, de la maltraitance.

amènent nous pouvons atteindre un autre niveau de remise en question chez les auteurs de la maltraitance.

Dégagés d'une assimilation aux services d'enquête de la police, nous n'avons plus à justifier notre diagnostic comme souvent les auteurs d'abus ou de mauvais traitements nous le demandent lorsque les faits ne sont pas clairement établis.

Ce diagnostic et le résultat du bilan, nous les recevons au même titre que les responsables de l'enfant (parents la plupart du temps). C'est sur ce matériel que nous nous pencherons avec eux pour tenter d'ouvrir une remise en question chez eux.

Nous abordons ensemble l'aspect contraignant que peut représenter pour eux la démarche mais en partant de la souffrance de l'enfant objectivée par le bilan psycho-médical (et ensuite par nos contacts avec lui) et non plus seulement en partant des soupçons qui pèsent sur eux et qui sont à éclaircir comme dans une démarche d'enquête.

Il arrive qu'en cours de travail avec nous, de nouveaux faits de maltraitance se présentent. En première ligne alors, mais avec un certain chemin relationnel déjà parcouru, nous intervenons (comme l'a fait précédemment l'hôpital) au besoin pour remettre en place ou renforcer les mesures protectionnelles dans la réalité.

Certaines institutions d'accueil habilitées à recevoir des enfants en urgence peuvent tenir ce même rôle. Elles représentent alors un cadre tiers (non judiciaire lorsqu'il n'y a pas eu de signalement en justice) à nos interventions.

C'est en référence à ce qui y a été mis en évidence au sujet de leur enfant que nous proposons un travail thérapeutique aux familles, que nous réinterrogeons les interactions violentes et/ou abusives.

Un aspect très important de ces prises en charge multi-institutionnelles est la dynamique qui se crée entre elles, avec nous y inclus. Le but n'est certes pas de se mettre d'accord sur un discours, une lecture commune à imposer à la famille ce qui recréerait une forme de totalitarisme redondant par rapport au fonctionnement des familles elles-mêmes. C'est précisément ce que relancent les divergences de positionnements qui est mobilisateur, source de créativité thérapeutique pour notre équipe et les familles; si l'école n'a pas la même position que l'hôpital ou le médecin traitant; c'est parce que l'on peut observer et voir différemment selon la place que l'on occupe. Où l'angoisse a-t-elle été sollicitée le plus fortement ? Pourquoi ? Laquelle de ces différentes instances est-elle la plus proche de l'enfant ? Ou des parents ? Qu'est-ce qui fait que les uns se mobilisent davantage que les autres face à un même tableau ?

Ce cadre de travail élargi aux positions spécifiques des différents acteurs psycho-médico-sociaux offre des possibilités créatrices pour réintégrer les identités et places au sein des familles elles-mêmes.

La maltraitance et l'abus ne sont-ils pas pour une large part, des pathologies, des identités et des places ?