

Protection de l'enfance et traumatisme psychique

Maurice Berger ¹

I. INTRODUCTION

Il existe deux sortes de dispositifs de protection de l'enfance : ceux qui, comme c'est le cas en France et en Belgique, sont centrés sur la famille, c'est-à-dire en fait sur les parents; et ceux qui sont centrés sur l'enfant. Tous ont, officiellement, la volonté de protéger physiquement l'enfant du "danger visible", c'est-à-dire des maltraitements physiques, sexuelles, et des graves défauts de soins (22 % des signalements), et ils y parviennent le plus souvent. Par contre, en ce qui concerne la prévention des traumatismes psychiques (78 % des signalements) et la diminution de leur impact, leurs divergences sont les suivantes.

Les dispositifs centrés sur la famille ont pour but de maintenir l'enfant "à tout prix" avec ses parents. Ils ne parviennent pas à intégrer le fait que certains adultes sont incapables d'évoluer au niveau de leurs capacités éducatives, et qu'un enfant peut rester en lien avec sa famille sans vivre forcément dans sa famille. Ces dispositifs sont non évaluateurs car toute évaluation viendrait battre en brèche la croyance selon laquelle leur objectif est le bien-être de l'enfant. Les seules évaluations considérées comme intéressantes portent sur la baisse du nombre de situations judiciairisées, et sur la proportion d'enfants placés. Dans ces dispositifs, la situation de l'enfant peut être d'autant plus compromise qu'aucun intervenant ne se sent vraiment responsable lorsqu'il évolue de manière péjorative ; alors qu'en même temps, ses parents ont une représentation tellement irréaliste de ses besoins qu'ils sont incapables d'exiger un projet de soins et de vie cohérent pour lui de la part des professionnels.

Les dispositifs centrés sur les besoins de l'enfant ont pour but de permettre à un enfant de se développer normalement au niveau affectif et intellectuel. A cette fin, ils cherchent quels modes de prise en charge vont rendre possible la satisfaction de ses besoins essentiels. Si grâce à une aide adaptée, les parents parviennent à atteindre cet objectif, le maintien de l'enfant dans sa famille est la solution préférable ; si ce n'est pas le cas, il faut trouver une solution extra-familiale. Ces dispositifs dissocient donc le fait d'être un parent biologique de la fonction parentale. Ils sont évaluateurs et donc respectueux des personnes, enfants et parents. Ils apprécient en permanence l'état de l'enfant, les compétences éducatives des parents, et les résultats des actions entreprises. Leur but est de permettre à l'enfant d'acquérir la capacité d'apprendre, de contenir ses pulsions violentes, de vivre en groupe, et si c'est le cas, d'aider certains parents à vivre une réalité douloureuse pour eux : la confrontation à leurs limites.

¹ Chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU Saint Etienne. Professeur associé en psychologie clinique à l'Université Lyon II. Membre de la Société Française de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Le risque majeur est de chercher à construire un compromis "à la française" entre ces deux dispositifs. En effet, il est impossible de créer un modèle "mixte", parce que les besoins minimums qui doivent être satisfaits pour qu'un enfant se développe correctement sont "indivisibles" et ne se situent pas dans le registre de la négociation. Un projet qui ne s'étaye pas sur cette logique n'est pas porteur d'un devenir pour les enfants.

D'une manière générale, un point essentiel est fréquemment négligé dans les dispositifs de protection de l'enfance : *le travail sur l'indifférenciation pathologique entre l'enfant et le parent*, que l'on rencontre dans toute situation de traumatisme psychique. Pourtant les conséquences qui découlent de cette indifférenciation sont très lourdes, comme nous allons le constater.

II. LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

Définition : on parle de traumatisme psychique lorsque les capacités de défense d'un enfant face à un évènement sont débordées, et ne peuvent plus faire face à un afflux d'excitations désorganisatrices trop importantes en quantité et en qualité, donc angoissantes, effrayantes, douloureuses, prématurément érogènes, etc.

1. Il n'existe pas une seule, mais *différentes sortes de traumatismes*, habituellement répétitifs, la violence, l'abus sexuel, les négligences graves, l'imprévisibilité, le délaissement parental, l'exposition au spectacle de violences familiales, l'implication dans la folie parentale ou des relations perverses, une séduction narcissique, etc. On peut remarquer que les traumatismes visibles, comme les coups, entraînent normalement une protection plus rapide. Chaque traumatisme provoque des angoisses, des troubles, et des mécanismes de défense spécifiques et nécessite des dispositifs thérapeutiques eux aussi spécifiques, même s'ils ont des points communs.
2. Lorsqu'un traumatisme est précoce, le sujet, qui ne se différencie pas encore complètement du monde extérieur, ne parvient à situer l'origine de ce qui ne "va pas", ne perçoit pas si cela vient de lui ou du monde extérieur. Ceci entraîne une "*culpabilité primaire*", c'est-à-dire le sentiment très ancré que si ses parents sont inadaptés, c'est à cause de lui. Et son corollaire, *la pensée sacrificielle* : l'enfant peut en arriver à penser qu'il parviendrait à améliorer la situation en se suicidant ou en consacrant sa vie à soigner la folie de ses parents aux dépens de ses propres progrès psychiques.
3. *Tout traumatisme entraîne une sidération de la pensée*, d'où l'importance des tests de niveau permettant d'évaluer le quotient de développement et le quotient intellectuel, car ils sont un bon indicateur du niveau de souffrance psychique du sujet. Le diagnostic de carence est habituellement insuffisant pour expliquer un retard intellectuel (cf. infra).

4. Tout traumatisme peut entraîner chez l'enfant *une tentative pour le maîtriser, en le provoquant activement*. Afin de ne plus être passif, le sujet initie lui-même la situation traumatique. On sait à quel point certains enfants peuvent ainsi transformer des familles d'accueil normales en familles maltraitantes. De plus, tout traumatisme psychique grave auquel l'enfant a survécu peut entraîner *un comportement "addictif"*, dans lequel l'enfant éprouve une grande excitation, voire même de la jouissance à recréer la situation angoissante à laquelle il a survécu.
5. Tout traumatisme psychique peut provoquer une sorte de syndrome de Stockholm, l'enfant étant à la fois très angoissé par ses parents, et n'ayant en même temps *pas d'autre choix que de chercher du réconfort auprès d'eux*.
6. Toute situation traumatique importante répétée entraîne chez l'enfant *un clivage* dans lequel une partie de lui s'identifie à l'agresseur, une autre partie est angoissée, une autre partie encore dénie la gravité de la situation et idéalise le parent, car cela serait trop angoissant de reconnaître que l'on dépend d'adultes aussi inquiétants.
7. Lorsque l'enfant est identifié à l'agresseur, ou maintient idéalisée l'image de parents très défaillants, on constate comment *le traumatisme psychique chronique est à l'origine d'une indifférenciation entre sa pensée et celle de ses parents*. Du fait de cette indifférenciation, une séparation parent-enfant, lorsqu'elle est inévitable, ne fait souvent que protéger l'enfant à un niveau physique, mais n'entraîne pas de progrès psychique suffisant. C'est aussi cette indifférenciation qui explique que certains enfants aillent mal pendant plusieurs jours ou semaine après un contact avec leurs parents, car cela a réveillé en eux des traces angoissantes du passé, ce qui se reproduira tant que ces dernières n'auront pas été traitées.
8. Tout traumatisme intense peut dépasser les capacités de représentation du psychisme de l'enfant, et *s'inscrire alors dans son psychisme sous la forme de sensations corporelles ou d'images à l'état brut*, sans que l'enfant puisse faire la différence entre ce qu'il pense et la réalité. Par la suite, le risque existe en permanence que ces sensations et images ne ressurgissent sous une forme hallucinatoire. L'indifférenciation concerne en effet l'absence d'écart entre le présent et le passé : de tels enfants déclarent : *"puisque j'y pense, c'est encore du présent"*. Ainsi une jeune fille de dix-neuf ans qui est arrivée dans notre service dans un état psychotique à l'âge de quatre ans suite à des maltraitances très graves, est capable maintenant de tenir régulièrement un travail, de gérer son budget, de vivre dans un appartement en étant autonome tout en gardant des relations avec sa famille d'accueil et ses parents. Mais quand, à la demande d'un journaliste, nous lui proposons de venir témoigner de son itinéraire et de ce qui s'est passé pour elle lorsqu'elle était en soins, elle répond qu'elle ne veut pas car elle craint que cela ne la confronte aux images du passé et qu'elle ne se sente mal ensuite.
9. L'enfant vit les sentiments d'angoisse et de terreurs face au vide ou à la violence dans *la solitude la plus totale* car il n'a à sa disposition aucun adulte capable de s'identifier à ce qu'il ressent.
10. Les processus évoqués ci-dessus *se fixent rapidement*, souvent en dix-huit mois, et nous en constaterons les conséquences cliniques.

11. *La pensée comme différenciateur.*

Tant qu'un enfant ne s'est pas construit une pensée différenciée de celle de ses parents, il existe un risque important qu'il ne se remette en acte ou en pensée dans la situation traumatique passée, soit avec ses parents, soit avec d'autres enfants, dans un rôle actif ou passif. Dans notre équipe, nous posons donc comme principe que *le plus puissant différenciateur qu'on connaisse pour un enfant, c'est de l'aider à penser, afin qu'il parvienne à identifier ses sentiments, ce qu'il ne peut faire que s'il a un adulte de confiance avec lequel il peut les partager, et que si cet adulte l'écoute d'une manière adaptée.*

Quant au plus puissant indifférenciateur, c'est le clivage, véritable poison de l'esprit de l'enfant, qui nécessite une approche complexe et aléatoire. Même si on n'arrive jamais complètement à réduire ce clivage, on peut aider l'enfant à s'en dégager en grande partie.

12. On peut résumer ainsi *les principales modalités d'indifférenciation* qui se fixent dans le psychisme de l'enfant soumis à une importante inadéquation éducative parentale.

- "Je ne sais pas ce qui est moi et pas moi, en particulier lorsqu'une image de mon parent violent surgit en moi".
- "Je ne sais pas où est la cause, si ce qui va mal vient de moi ou de l'extérieur".
- "Je ne sais pas ce qui est bon et mauvais, et j'ai du plaisir à reproduire des situations dans lesquelles je souffre".
- "Je ne fais pas la différence entre les images du passé et le présent".

A cela il faut ajouter deux troubles fréquents : un attachement désorganisé désorienté et des troubles de la représentation de soi.

13. *Une forme particulière du traumatisme psychique chronique : l'absence de figure d'attachement sécurisante.*

Une place particulière doit être faite à la théorie et à la clinique de l'attachement qui sont fondamentales, tout en les articulant avec d'autres aspects du fonctionnement psychique. Un exemple de la complexité de cette articulation est souligné dans la phrase de Freud qui indique que "l'identification est la première forme d'attachement". L'attachement n'est qu'une des composantes du lien précoce, d'autres composantes existent simultanément, comme le cheminement de l'indifférenciation à la différenciation, la constitution du sentiment d'identité, l'instauration de la transitionnalité, la construction de la relation à l'objet. Comme l'indique Bowlby, *l'attachement concerne spécifiquement la constitution du sentiment de sécurité*, en particulier pendant la première année de la vie. De manière très simplifiée, on peut dire que pour se développer normalement, un enfant a dès ses premiers mois besoin d'établir un lien sélectif avec un adulte qui soit une figure d'attachement *stable, fiable, prévisible, accessible*, capable de comprendre ses besoins et d'apaiser ses tensions, et qui lui permette de se sentir en sécurité chaque fois qu'il est en situation de détresse et de grande inquiétude. Lorsque l'enfant a intériorisé, entre l'âge de 6 et 9 mois, une image maternelle sécurisante, *il développe un sentiment de confiance en lui et dans les autres qui lui permet de s'éloigner pour explorer le monde.* Un adulte peut procurer à un enfant ce sentiment de sécurité sans être forcément son parent biologique.

Les nourrissons nouent des relations d'attachement même avec les parents les plus négligents et les plus maltraitants. Mais il s'agit alors d'un mode d'attachement très pathologique : selon Steinhauer (1999), dans 82 % des groupes familiaux à risque (maltraitance, négligence, maladie mentale d'un parent, toxicomanie, etc.), l'enfant développe un attachement « insécure désorganisé-désorienté » qui montre qu'il est effrayé, confus, incapable d'utiliser un mode de contact cohérent. Cela se manifeste par son refus de dépendre de l'adulte même lorsqu'il est anxieux, une incapacité de conserver les bons moments sans les détruire par la suite, une réaction agressive à toute attente ou exigence sans capacité d'admettre ses torts, un état de rage constant, des troubles de l'apprentissage, et même, lors d'un changement de cadre de vie, par une angoisse d'allure psychotique : c'est quand le monde extérieur change que le sujet réalise qu'il n'y a rien de solide, de permanent à l'intérieur de lui. Cyrulnik précise qu'*un enfant qui présente un attachement désorienté-désorganisé ne peut pas devenir résilient*, et que seule l'expérience précoce d'un attachement sécurisant permet la constitution de la résilience. On ne peut donc pas « évaluer les facteurs de résilience » de l'enfant mais se poser la question de savoir si les conditions sont réunies pour qu'il puisse devenir résilient.

Le plus important est l'*aspect pronostique* : un enfant qui n'a pas développé avant deux ans une capacité d'attachement impliquant un minimum de sécurité conservera de graves séquelles affectives, sociales et cognitives. L'enfant devient alors lui-même un obstacle à l'élaboration d'un projet de vie dans un environnement plus favorable, comme un placement familial si cela s'avère nécessaire. De plus, on constate qu'un enfant qui a dû être placé précocement est soumis en permanence à un danger majeur, celui d'être retiré de son milieu d'accueil, de perdre sa figure d'attachement sécurisante, car lorsqu'il va mieux, il arrive que certains professionnels veuillent "tester" s'il peut retourner chez ses parents, même si ces derniers n'ont pas évolué. De telles ruptures, qui sont incompréhensibles pour l'enfant, laissent des séquelles importantes, l'enfant refusant ensuite de nouer à nouveau des liens s'il est replacé dans une famille d'accueil, car il craint que ces liens ne soient rompus à tout moment, d'une manière qui sera totalement hors de sa maîtrise. Enfin un autre danger est constitué par le fait de ne proposer aucune figure d'attachement à un enfant placé en institution. Comme l'indiquent les directeurs de la Protection de la Jeunesse québécois, un enfant n'est pas un appareil vidéo, cela ne se met pas sur pause (2005).

Fonctionner sans référence à la clinique de l'attachement, c'est se priver d'une boussole essentielle dans nos décisions. Mais si on prend en compte l'importance pour un enfant de bénéficier d'une figure d'attachement fiable, sécurisante et accessible, une grande partie des décisions judiciaires et de nos dispositifs éducatifs se révèlent gravement inadéquats.

14. *Les troubles du schéma corporel et de la représentation de soi.*

Cet aspect, fréquemment non exploré et sous-estimé, est à l'origine de troubles importants de l'apprentissage : très souvent, les enfants ont été soumis dès petits à des soins pauvres ou incohérents qui sont à l'origine de troubles de la constitution de l'image du corps. Ces derniers peuvent être évalués par un bilan psychomoteur et le test de la Figure de Rey (Berger, 2004). Un nourrisson n'investit que les zones corporelles qui sont impliquées dans un échange libidinalisé avec sa mère. Ainsi au cours d'un bain thérapeutique, il apparaît qu'un enfant ne ressent pas qu'il a un dos. Sa mère l'a laissé dans son berceau pendant des mois, et nous savons qu'un bébé ne prend conscience des différentes parties de son corps que si elles sont investies dans un échange qui procure du plaisir à chacun.

On comprend que cet enfant ne parviendra pas à repérer dans les apprentissages ce qui est devant et derrière. Par exemple, il ne pourra pas distinguer les lettres "b" et "d", la différence étant que le demi cercle se situe devant ou derrière la barre verticale (hors dyslexie).

III. DEUX EXEMPLES DE TROUBLES DE LA DIFFERENCIATION

1. La violence pathologie extrême chez l'enfant

Ce type de violence se définit de la manière suivante. Elle concerne un sujet individuellement (il s'agit donc d'un domaine différent des violences "groupales"). Elle n'est pas dirigée spécialement contre les figures parentales ou d'autorité et de loi. Elle peut apparaître n'importe quand, n'importe où, sans raison, elle est omniprésente, irraisonnable, dirigée autant contre les objets que contre les personnes. L'enfant est insensible à toute proposition de compromis ou à la sanction, son attaque violente ne peut être interrompue et se déroule jusqu'à son "terme naturel". Une frustration minime peut parfois être à son origine, mais dans ce contexte, cette frustration n'a qu'un rôle de "prétexte". Elle n'est suivie d'aucun sentiment de culpabilité ; l'enfant violent est indifférent à la douleur d'autrui. Il est par ailleurs parfaitement au courant de ce qui permis ou non. Il existe un déni de la gravité de l'acte, et un effacement de ses conséquences : il est impossible d'en reparler avec l'enfant car pour lui, "c'est du passé".

- L'enfant présente des troubles de la sensibilité corporelle qui sont habituellement peu explorés par les professionnels (non perception de certaines zones corporelles). Il recherche parfois des perceptions douloureuses pour se sentir "vivant".
- Il ne délire pas, mais ses accès de violence sont *des équivalents hallucinatoires*. Le sujet subit la reviviscence, le re-surgissement en lui de sensations et de sentiments qu'il a éprouvés dans le passé, le plus souvent à la période préverbale, dans des circonstances où il se trouvait impuissant, débordé, terrifié, et dans la solitude la plus totale car sans adulte avec lequel partager ce qu'il ressentait. Ainsi un enfant de cinq ans déclare, quand on lui demande pourquoi il essaie sans cesse d'étrangler les autres enfants : « *C'est papa en moi qui me fait agir ainsi* ». Contrairement à une idée souvent avancée, un tel enfant n'est pas dans la « toute puissance ». Plus petit, il n'a pas eu d'autre choix que de mettre « en lui » l'image terrifiante de son père, individu extrêmement sadique et violent, dans une sorte d'incorporation globale (en termes psychanalytiques, on parle d'identification introjective). En fait cet enfant est *impuissant* face au surgissement hallucinatoire de l'image de son père (ou de sa mère) violent *en lui* (Berger, 2004). Ces sujets n'ont donc aucune liberté interne, au sens où ils sont totalement débordés par ce qui se passe en eux et insensibles à ce qu'ils font subir à l'autre ; ils n'ont pas « la liberté de ne pas taper ».

Le même processus a lieu pour des enfants exposés dès qu'ils sont tout-petits à des scènes de violence conjugale sans jamais avoir été frappés. Ces enfants ont vécu ces scènes à une époque où ils ne se sentaient pas complètement différenciés du monde extérieur, et ils ressentent la violence comme s'ils en étaient partie prenante. Un bébé dont la mère est frappée quand elle le porte dans les bras, se vit comme un bébé tapé, mais aussi, et c'est le seul moyen dont il dispose pour ne pas sombrer dans l'angoisse la plus totale, comme l'agresseur tout-puissant.

Pour ces raisons, nous pouvons affirmer actuellement que *ce type de violence n'a pas d'âge biologique*, même si ses effets dévastateurs s'expriment plus fortement à l'adolescence, au sens où elle s'est structurée dès les premiers mois de l'existence ; *et on peut souvent en faire le diagnostic dès l'âge de quatorze-quinze mois*, lorsque la marche libère les mains de ces nourrissons qui tapent alors n'importe qui, n'importe quand, sans être accessibles à la parole, au maternage, à la sanction.

Beaucoup commettront plus tard des viols et des actes de violence gravissimes. Le nombre de jeunes qui correspondent à ce tableau clinique se situe entre 5 000 et 8 000 en France. Cette clinique de l'indifférenciation, de l'incorporation brute de la violence d'autrui, est très difficile à traiter. Aider de tels sujets à penser sur ce qui se passe en eux est toujours ardu et prend de nombreuses années. Sans détailler ici les principes d'une telle prise en charge, on peut cependant en souligner quelques aspects qui en montrent la complexité :

- Il est nécessaire que l'équipe concernée ait une attitude « anti-effacement ». Dans ce registre, « pardonner », quelles que soient les excuses présentées, ne sert à rien ; au contraire même, ces sujets se servent du « pardon » accordé pour effacer l'acte commis, l'annuler, et faire comme s'il n'avait eu aucune conséquence sur autrui. La réflexion doit porter sur ce qui s'est passé juste avant l'acte, c'est-à-dire sur ce que le sujet violent a pensé et ressenti à ce moment-là, ce qui permet de travailler sur les surgissements hallucinatoires.
- Il est inévitable de prescrire des neuroleptiques à une dose suffisante, non seulement pour diminuer la dangerosité à l'égard des autres enfants et des adultes, mais aussi pour permettre à ces sujets de penser, sinon ils sont sous tension comme un fil électrique dénudé, suivant l'expression de P. Jeammet.
- Il est nécessaire pour ces enfants de disposer, à certains moments et pour une durée variable, d'un lieu contenant, ce qui va les aider à penser hors de tout contact « excitant » avec les autres. Cette réflexion n'est possible que s'il leur est proposé en même temps un entretien individuel quotidien avec un éducateur et/ou un psychologue ou un psychiatre, pour les aider à anticiper leurs débordements pulsionnels.
- Enfin, dans un tel contexte, une séparation d'avec les parents, souvent inévitable, n'a aucun effet sur le comportement violent si elle ne s'accompagne pas de visites médiatisées² strictement protégées du début à la fin de la rencontre ; or le sens de ces visites n'est pas intégré par un certain nombre de professionnels français.

Un tel travail doit être maintenu pendant des années, ce que très peu d'équipes sont à même de faire.

Ce survol rapide montre le prix à payer pour une protection précoce insuffisante. Les psychiatres et psychologues, souvent débordés, risquent de sous-estimer l'aspect hallucinatoire des comportements violents et de renvoyer ces situations aux institutions socio-éducatives. Et combien de juges des enfants ont conscience de la pathologie qu'ils laissent s'installer lorsqu'ils maintiennent des enfants exposés à des coups ou au spectacle de scènes de violence extrêmes et répétées, ou, si une séparation est décidée, lorsqu'ils ne décident pas de visites médiatisées dans de tels contextes ?

² Rencontres parents-enfants qui n'ont lieu qu'en institution et en présence de professionnels.

2. La séduction narcissique

Un exemple (extrait de Berger M., 2005)

Lorsque Mme G entre dans mon bureau, Mehdi, six ans trois mois, se met à califourchon sur ses genoux sans une seconde d'hésitation. Immédiatement s'installe une atmosphère « d'amour total » sans nuage, et même à certains moments, d'exclusion des autres personnes présentes (moi-même et un médecin stagiaire). Mère et enfant se sourient, se collent l'un contre l'autre en s'étreignant et se couvrent mutuellement de baisers pendant de longues minutes. Quelqu'un d'étranger à la situation qui entrerait dans la pièce à ce moment trouverait aberrant de ne pas rendre cet enfant à sa mère. Ce qui pose problème, dans cette scène idyllique, c'est que Mme G n'est venue voir son fils au maximum qu'une dizaine de fois depuis sa naissance, alors qu'elle avait la possibilité de le rencontrer beaucoup plus souvent, et qu'après les deux dernières rencontres, pourtant médiatisées, Mehdi est allé mal pendant plusieurs mois. Il s'est mis à tout détruire dans sa famille d'accueil, cassant les objets, agressant verbalement adultes et enfants en permanence. Il a découpé les rideaux de sa chambre qui avaient été installés à sa demande, puis a brisé son bureau. Il est devenu tellement odieux, ne respectant rien, que le placement a failli devoir être interrompu. À l'école aussi, la situation a été difficile : deux jours après la rencontre avec sa mère, Mehdi était considéré comme inintégré car très agressif. Et la thérapeute qui le reçoit ne peut plus travailler avec lui actuellement : il est dispersé, déphasé dans ses affects, rit en évoquant des sentiments pénibles, se referme complètement à certains moments, ou transgresse le cadre de la consultation.

Revenons à la rencontre entre Mehdi et sa mère. À peine leur étreinte un peu desserrée, Mme G prévient les critiques de son fils en lui expliquant qu'elle n'est pas venue le voir parce qu'elle est tombée malade et a dû être hospitalisée pendant deux jours. Puis elle se met à parler à voix basse. Je distingue quand même : « *On va faire le nécessaire pour que je puisse avoir mon fils avec moi* ». Malgré la pluie de baisers réciproques qui se poursuit, je prends la parole en indiquant que Mehdi ne va pas bien et qu'il a des problèmes à l'école. Ce dernier refuse d'expliquer à sa mère de quelles difficultés il s'agit, et elle-même ne le demande pas. Aucun nuage ne trouble donc leur relation. La phrase suivante de Mme G est : « *Maman t'a manqué ?* », phrase très ambiguë puisqu'un parent « normal » ajouterait au moins : « *Tu m'as beaucoup manqué* ». Elle indique ensuite qu'à Noël, elle avait pensé offrir un train électrique à son fils, mais que cela n'était pas de son âge (ce qui est discutable, Mehdi avait alors six ans) ; et qu'elle a aussi pensé lui faire un cadeau d'anniversaire, mais qu'elle n'avait pas son adresse (alors qu'il aurait suffi qu'elle se mette en contact avec l'assistante sociale de l'Aide sociale à l'enfance). Puis avec un sourire extrêmement séducteur et sur un ton qui contient une pointe de reproche, elle questionne : « *Tu ne m'as pas fait un dessin ?* », phrase étonnante de la part de cette mère qui n'a pas amené de cadeau pour son fils qu'elle n'a pas vu depuis de nombreux mois et qui lui en demande un. Mehdi, inquiet, lui demande : « *Tu n'es pas malade, aujourd'hui aussi ?* » On constate comment il est pris dans un lien particulier, le terrorisme de la souffrance : cette mère se présente comme étant fragile, malade et hospitalisée, et il est impossible pour un enfant d'exprimer sa colère à l'encontre d'un parent qui est dans cet état. De plus, de tels propos créent une préoccupation chez l'enfant qui éprouve alors le besoin d'être près de sa mère pour surveiller si elle ne va pas trop mal, avec l'idée qu'il pourra la protéger.

Lorsqu'à la fin de l'entretien, je tente d'expliquer à Mme G pourquoi ses absences d'une durée imprévisible sont difficiles à vivre pour son fils, elle ne veut rigoureusement rien entendre et se révèle totalement incapable de se remettre en cause.

Mehdi reçu seul

Lorsqu'il a été reçu seul auparavant, Mehdi a déclaré : « *Lorsque je vois ma maman, ça ne va pas, moi je sais que je vais mieux quand elle n'est pas là* ». Il trouve anormal que sa mère ne soit pas venue à de nombreuses visites et à certaines audiences chez le juge. Quand je lui demande quelles raisons il imagine à cela, il répond : « *Parce qu'elle ne pense pas à moi* ». Puis, tout d'un coup, il change complètement de « registre » et déclare : « *Si ma mère demandait au juge des enfants des visites fréquentes, ce serait bien, elle ne m'oublierait pas* ». A-t-il déjà pu demander à sa mère pourquoi elle ne venait pas ? Il répond qu'il ne l'a jamais fait car il craindrait qu'elle ne se fâche. Elle partirait alors tout de suite, ne reviendrait plus, et ce serait de sa faute à lui. Il parvient quand même à ajouter qu'il est en colère contre elle à cause de ses absences. Je lui explique que cela doit être compliqué pour lui car lorsqu'il la rencontre, il se trouve devant une dame qui est jolie, douce et gentille. Il acquiesce et il ajoute que sa mère est tout pour lui. Je reprends alors ce qu'il a pu ressentir pendant les longs moments où sa mère ne venait pas, mais il est incapable de les évoquer, comme s'il avait oublié ces moments d'attente interminable. Il parvient quand même, avec mon aide, à préciser que dans ces circonstances, il était triste, il aurait aimé recevoir un petit mot de sa part, ou à d'autres moments, il pensait qu'elle était morte. Puis il ajoute immédiatement : elle ne m'avait pas oublié mais, la pauvre, c'est elle qui était triste. On est là devant un processus de clivage qui se reproduit en permanence pendant toute l'expertise : à certains moments, Mehdi critique sa mère de ne pas penser suffisamment à lui, et dans la seconde qui suit, il bascule dans l'espoir illusoire que sa mère s'occupera parfaitement de lui et avec constance. Il va même jusqu'à inverser les causalités : c'est en autorisant des visites fréquentes à sa mère qu'on fera en sorte qu'elle ne l'oublie pas, comme s'il fallait qu'elle ait son fils sous les yeux pour penser à lui. Il y a deux Mehdi, un qui vit dans l'espoir permanent que sa mère va le reprendre ; et un autre qui a envie d'être tranquille dans sa famille d'accueil, et de grandir avec le moins de soucis possibles.

On comprend pourquoi chaque réapparition de la mère vient profondément perturber l'équilibre psychique de Mehdi. Mme G fonctionne sur un mode de « séduction narcissique ». Lorsqu'elle voit son enfant, elle établit une relation de grande intimité, excluant tout tiers, dans laquelle elle lui indique qu'il est tout pour elle et qu'elle doit donc être tout pour lui : « *Est-ce que je t'ai manqué ? Tu ne m'as pas fait un dessin ?* » (ceci étant dit comme un reproche). Toute rencontre de l'enfant avec sa mère ne peut être vécue par lui que comme remettant en question le lien qu'il a établi avec sa famille d'accueil. Mais la séduction s'accompagne d'abandon. Il est impossible pour un enfant de comprendre comment peut disparaître une mère qui l'aime autant et qui le dit avec autant de charme. Ceci le laisse dans une attente permanente délétère qui l'empêche d'investir tranquillement d'autres liens, le fait se sentir lui-même mauvais – car si une mère aussi aimante ne vient pas, ce ne peut être que de sa faute –, et l'amène à éprouver une sorte de rage constante qu'il ne peut pas diriger contre sa mère, et qu'il exerce donc sur les objets et les personnes proches.

Voilà pourquoi des contacts non médiatisés même brefs ne font qu'aggraver de telles situations, car ils exposent l'enfant de plein fouet à cette forme d'emprise que constitue cette séduction.

On constate donc que derrière le concept de délaissement, peuvent se mettre en place des processus d'indifférenciation extrêmement puissants qui ne sont pas traitables sans visites médiatisées gérées non pas comme un acte social mais comme un lieu de travail psychique. Il est aussi nécessaire de proposer à l'enfant un autre lien stable, qui sera d'autant mieux investi par l'enfant qu'un juge l'y autorisera en lui indiquant clairement qu'il n'est pas obligé de rester dans l'attente du retour de parents gravement délaissants, et qu'il peut s'installer tranquillement dans le lieu de vie où il est accueilli.

IV. QUELQUES REFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE

Apparaissent alors les questions suivantes : comment évaluer l'impact de cette indifférenciation, comment en convaincre les juges des enfants, comment avoir des experts expérimentés et capables d'évaluer ces situations, car la séduction narcissique par exemple, pour un expert qui n'a pas une expérience reposant sur une pratique thérapeutique dans le domaine de la protection de l'enfance depuis de nombreuses années, n'est qu'une forme d'amour comme les autres.

Examinons quelques conséquences des constatations précédentes dans la prise en charge quotidienne. Trop souvent, si l'enfant est soumis à un danger important, on se contente de lui proposer des "soins hôteliers", c'est-à-dire un toit, mais pas un devenir, ceci pour ne pas blesser les parents. Or c'est respecter ces derniers que de permettre à leur enfant d'avoir une vie meilleure que la leur, grâce à une scolarité adéquate qui lui donne plus d'autonomie, et grâce à des capacités relationnelles qui lui permettent de nouer des liens plus harmonieux avec les autres. Voici les points auxquels il me semble important d'être attentif.

1. L'état de l'enfant est notre principal guide³

Dès qu'on se décentre un tant soit peu de l'évaluation de son état et de ses besoins, les facteurs émotionnels l'emportent chez les professionnels, à son détriment, et il n'existe plus de cadre de référence pour un projet cohérent. Ainsi un avocat déclare, à propos d'une situation où nous demandons le maintien rigoureux de visites médiatisées, que "le cadre doit évoluer afin d'envoyer un signal aux parents". Mais ce n'est pas nous qui décidons de la possibilité de modifier le cadre, c'est la clinique de l'enfant, et dans ce cas, il apparaît que ce dernier n'a pas encore une pensée suffisamment différenciée pour que les visites médiatisées soient supprimées, puisque quelques mois auparavant, chaque contact non médiatisé entraînait une sidération de sa pensée pendant une semaine avec une incapacité d'apprendre à l'école.

³ Cf. les jalons d'évaluation, Berger, 2005, chap. 7 ; "Le guide d'évaluation des capacités parentales" (http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/evaluation/pdf/guide_competences_parentales.pdf) ; et "A chaque enfant son projet de vie permanent" (http://www.mtl.centresjeunesse.qc.ca/pdf/programme_projet_vie.pdf).

2. Dans cette évaluation, *l'observation des interactions parents-nourrissons* est essentielle, elle doit concerner les modalités d'attachement, les autres modalités d'investissement réciproque qui se situent parfois dans un registre seulement imaginaire, ainsi que les modes de relation d'objet.

3. L'évaluation *du niveau des capacités développementales et intellectuelles* de l'enfant est essentielle.

Comme nous l'avons dit, un retard est trop facilement attribué à la carence, c'est-à-dire à une insuffisance de stimulation. Mais il a le plus souvent plusieurs origines. L'attachement désorganisé-désorienté empêche l'enfant d'explorer le monde. L'instabilité psychomotrice fréquente entraîne une rupture constante des processus de pensée, l'enfant lâchant en permanence une pensée pour passer à une autre. A cela s'ajoutent les effets des distorsions du schéma corporel. De plus, la violence parentale paralyse la pensée : les enfants concernés cessent de réfléchir car penser sur ce qui se passe est trop angoissant pour eux. Ceci apparaît bien lorsqu'un nourrisson très négligé doit être placé dans une famille d'accueil. Dans un premier temps, son QD remonte rapidement, par exemple de 67 à 80. Cette amélioration est liée à la mise en place d'un maternage adapté, de rythmes prévisibles, la possibilité d'anticiper étant un des fondements de la vie psychique. Mais cette évolution bute ensuite sur les problèmes affectifs, angoisses de diverses natures, apparition d'une agressivité massive, etc., qui se sont constitués au cours des premiers mois. Le QD stagne et ne peut reprendre sa progression que lorsqu'un travail psychothérapeutique, éventuellement une thérapie associant l'enfant et l'assistante maternelle est mise en place.

L'évolution vers cette déficience peut être repérée grâce au *test de Brunet Lézine utilisable dès l'âge de trois mois*, ou pour le pédiatre grâce à l'échelle de Denver. Cette évaluation nécessite des passations successives qui peuvent avoir lieu tous les mois sans "effet d'apprentissage" du test par le nourrisson. Le chiffrage du Quotient de Développement (QD) est d'autant plus intéressant qu'il permet d'évaluer les effets de la prise en charge proposée. Un QD qui stagne ou continue à diminuer signifie que le cadre de prise en charge est inadéquat, au contraire d'un QD qui progresse régulièrement. A partir de trente mois, on mesure le QI, le plus souvent grâce au test de WPPSI.

4. *L'état de l'enfant avant et après les rencontres avec le parent* est aussi un moyen précis d'évaluer l'état psychique de l'enfant.

V. LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

On constate que pour avoir une action cohérente, *il est donc nécessaire d'avoir un lieu d'observation individuel de l'enfant ainsi que de la relation qu'il a avec ses parents*. Ceci nécessite aussi qu'il y ait *un professionnel fixe* pour s'occuper de la situation pendant plusieurs années. En effet, il faut un très long temps pour mobiliser la pensée d'un enfant dans de telles circonstances. Pour cela, nous proposons dans notre service une prise en charge individuelle qui présente les caractéristiques suivantes.

1. *Un lien fréquent* est mis à la disposition de l'enfant avec un engagement personnel de l'éducatrice (ou l'éducateur ou l'infirmier(e)), laquelle accepte de prendre une place relationnelle importante pour lui. Ce lien est stable dans la durée : dans notre service, la relation ne s'arrête pas lorsque l'enfant atteint un âge fixé institutionnellement, mais peut se poursuivre après sa majorité. Il est fortement souhaitable que ce genre de lien soit proposé le plus tôt possible dans l'histoire de l'enfant car il servira à comprendre et à *contenir les turbulences de l'adolescence*.

Le moment de prise en charge avec un éducateur référent n'a pas forcément besoin d'avoir une fréquence quotidienne. Ceci est souhaitable à l'hôpital où nous recevons des enfants qui vont très mal, mais nous avons constaté que ce type de travail est efficace en internat au rythme de deux fois par semaine, une supervision étant alors souhaitable.

2. Ce type de lien s'accompagne d'une curiosité saine et respectueuse concernant la vie psychique de l'enfant. Pendant le temps de la prise en charge, *le but est d'aider l'enfant à s'approprier et à identifier ce qu'il ressent*, en particulier à rendre moins confus ses sentiments et ses perceptions corporelles, sans craindre de lui nommer les sentiments extrêmement intenses qu'il peut éprouver . Ainsi lorsque une fillette de douze ans déclare *"mes parents m'aiment trop"*, l'éducatrice ne se contente pas de cette formulation et demande : *"que veux-tu dire par "trop" ?"* La fillette explique alors qu'elle trouve que ses parents acceptent trop facilement, "pour son bien", qu'elle aille en famille d'accueil et qu'il y ait des visites médiatisées : ceci signifie le faible amour qu'ils ont pour elle. Elle ajoutera plus tard : *"je suis excédée de faire semblant d'aimer ma mère et d'être aimée par elle"*. C'est cette possibilité de parler à une personne, présente de plus dans la vie quotidienne de l'enfant, qui lui permet de se construire une pensée personnelle. L'adulte prend aussi une place de "témoin impliqué" avec lequel, pour la première fois, l'enfant peut partager des sentiments qu'il a vécu jusqu'alors dans une solitude totale.

C'est souvent seulement parce qu'il bénéficie de ce type de lien qu'un enfant parvient peu à peu à penser que ce qui se passe dans sa famille, tant au niveau de la négligence que de la sexualisation des relations, n'est pas adéquat. Sans cet étayage spécifique, comme la plupart des enfants dans de tels contextes, il considère cela comme normal. Ainsi Marie, six ans et demi, demande au bout d'un an de prise en charge quelle langue parle sa mère ? Elle a compris, par comparaison avec le mode de communication qu'elle a avec l'éducatrice, que sa mère est psychotique et utilise un langage sans logique et qui n'est pas approprié pour un enfant. Soulignons qu'habituellement, l'éducatrice ne peut nommer l'inadéquation parentale, ceci est inutile ou met l'enfant en situation de tiraillement entre l'affection qu'il éprouve à l'égard de son éducatrice et à l'égard de ses parents. Il faut attendre que l'enfant soit prêt à se formuler les failles importantes dans la fonction parentale de ses père et mère pour en parler avec lui.

Il est nécessaire, dans ces circonstances, que ce soient les mêmes personnes qui écoutent l'enfant, participent aux entretiens familiaux et aux visites médiatisées, et reprennent leur contenu avec lui. Sinon il est très compliqué, voire impossible, de comprendre ce que l'enfant amène comme matériel en prise en charge. Ainsi au cours d'une visite médiatisée, Marie déclare à sa mère qu'elle a un bébé dans son ventre. Sa mère, psychotique, répond en demandant à l'éducatrice que l'on fasse un examen gynécologique pour vérifier si sa fille est enceinte. Cela souligne l'indifférenciation majeure qui règne entre cette mère et son enfant, cette mère pouvant imaginer que sa fille de six ans et demi peut être enceinte comme elle même l'a été.

3. *Comment écouter un enfant ?*

Il n'est pas naturel d'écouter un enfant parler de choses graves. Pour cela, nous prêtons attention aux points suivants.

- Tout d'abord, parler avec un enfant ne signifie pas être gentil avec lui ou le protéger d'éléments traumatiques. Ainsi lorsqu'un parent ne vient pas aux visites médiatisées, certains intervenants disent que c'est peut-être parce que le parent est malade ou parce qu'il travaille. Ceci empêche l'enfant de laisser venir à son esprit des sentiments de déception, d'abandon et de colère. Il est préférable de demander à l'enfant ce qu'il en pense, sinon, en l'empêchant de critiquer ses parents, on l'empêche de s'approprier sa pensée.
- Il faut éviter de prendre comme allant de soi ce que dit un enfant, car cela signifierait qu'on pense la même chose que lui (cf. l'exemple de la fillette qui déclare "mes parents sont trop gentils").
- Laisser l'enfant trop longtemps dans un processus répétitif est délétère pour lui. Il ne suffit donc pas d'écouter un enfant, il faut aussi lui parler de ce qu'il ressent, de ce dont il se défend, et si besoin ne plus permettre la répétition de jeux non créatifs.
- La compréhension du matériel amené par l'enfant ne peut souvent se faire qu'après avoir repéré dans quel mouvement transférentiel il est produit. Ainsi au cours d'un entretien, un enfant de dix ans hurle contre moi d'une manière inarrêtable, qui dure pendant tout l'entretien. Il s'agit de cris inarticulés, et je ne sais pas comment intervenir. Ce n'est qu'en reprenant les éléments de son histoire avec les professionnels qui l'on connu antérieurement, que j'apprendrai qu'il a été soumis au spectacle de scènes de disputes conjugales violentes qui duraient pendant des heures sans s'arrêter. Le seul moyen qu'il a évoqué ces moments traumatiques, angoissants, auxquels il a été soumis de manière répétitive dès bébé est de les mettre en scène avec le thérapeute. C'est à partir de là qu'on pourra mettre des mots sur ce qu'il reproduit.
- Il est nécessaire d'accepter l'indifférenciation entre l'enfant et soi à certains moments, ce qui signifie qu'on ne sait plus ce qu'on représente pour l'enfant. Ceci souligne la nécessité pour les professionnels qui s'engagent ainsi d'avoir un lieu où être écoutés eux-mêmes.

VI. LA NECESSITE D'UNE LOI REELLEMENT PROTECTRICE

Actuellement, les dispositifs de protection de l'enfance français et belges n'ont pas comme objectif énoncé la protection du développement affectif intellectuel de l'enfant. Le but est-il le bien-être de l'enfant ? Ou est-il que l'enfant demeure ou retourne absolument dans sa famille ? Cette absence de ligne définie plonge dans la confusion de nombreux professionnels. *Aucun progrès ne peut être espéré sans la définition d'un but clair*, d'une "commande sociale" émanant du Parlement dans le cadre d'une nouvelle loi. Sans cela, c'est en vain que l'on augmentera le budget social et sanitaire consacré à ces situations.

On entend souvent dire qu'il faut trouver un équilibre entre les droits de l'enfant et les droits des parents. Mais il n'y a pas de symétrie possible. L'enfant petit est immature, sa personnalité est en développement, il est vulnérable, totalement dépendant de son environnement pour la satisfaction de ses besoins, à la différence de ses parents il n'a pas ou il a peu la parole pour exprimer ce qu'il ressent et émouvoir les professionnels, et il n'est représenté par aucun groupe. Les questions prioritaires devraient être : « *Comment va l'enfant réel ?* », et : « *Comment protéger son développement en fonction de ce que nos connaissances les plus récentes nous permettent d'affirmer ?* » En place, la devise de certains professionnels est souvent "*l'enfant peut bien supporter ça*". Par ailleurs, l'idéologie familialiste amène à considérer qu'il faut toujours donner une nouvelle chance aux parents, sans préciser que c'est l'enfant qui sert de testeur, et à combien de tests successifs il doit être soumis pour obtenir une preuve. De même, il est souvent affirmé que tout parent peut évoluer, alors dans d'autres pays, on utilise pour certains parents les concepts d'irrécupérabilité parentale, ou d'incapacité parentale durable. Dans le même état d'esprit, *l'aide à la parentalité est utilisée d'une manière trop systématique, sans en avoir posé l'indication*. Or, pour être efficace, elle nécessite que les parents acceptent cette aide, reconnaissent leur responsabilité dans les difficultés présentes, que l'état de l'enfant ne soit pas encore trop dégradée, et qu'on puisse espérer un changement dans un délai compatible avec un développement correct de l'enfant.

Pour cet ensemble de raisons, on constate que pour qu'un dispositif de protection de l'enfance soit réellement efficace, il est nécessaire que la loi soit construite selon la logique suivante, comme elle l'est dans certains pays :

- l'intérêt de l'enfant, défini comme la protection de sa sécurité et de son développement intellectuel et affectif, est le principe premier, ayant préséance sur tous les autres.
- il est relié à la satisfaction des besoins de l'enfant qui doivent être précisés clairement : physiques, affectifs, intellectuels, sociaux ;
- la loi n'a pas pour objectif la satisfaction de tous les besoins d'un enfant, mais vise la satisfaction minimale des besoins essentiels, sans laquelle son développement est considéré comme compromis ;
- le but de toute intervention auprès d'un enfant et de ses parents est de mettre fin à la situation préjudiciable au développement de l'enfant ou à sa sécurité, et *d'éviter qu'elle ne se reproduise*⁴ ;
- six sortes de risques doivent être prises en compte et nécessitent chacune une évaluation spécifique : l'abandon, la négligence, *la maltraitance psychique*, la maltraitance physique, les abus sexuels, et l'existence de troubles importants du comportement, ce dernier point signifiant que la clinique peut être déterminante pour le judiciaire ;
- chaque fois que cela sera possible, *on amènera les parents à assumer différemment leurs responsabilités* en maintenant l'enfant dans son milieu familial ;

⁴ Alors que dans le dispositif français, l'enfant est fréquemment réexposé à la situation de risque lors des tentatives de retour dans sa famille.

- si cela se révèle impossible dans un délai raisonnable⁵ pour l'enfant, on mettra en place avec diligence un projet de vie extérieur à la famille assurant des liens affectifs stables si besoin jusqu'à la majorité ;
- un abandon suivi d'adoption doit être envisagé dans les cas de négligences graves et d'abandon de fait au-delà de *six mois*.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER M. (2004), L'échec de la protection de l'enfance, Paris, Dunod.

BERGER M. (2004), Ces enfants qu'on sacrifie... au nom de la protection de l'enfance, Paris, Dunod.

Bilan des directeurs de la Protection de la jeunesse (2005)

www.acjs.qc.ca

STEINHAUER P. (1999), Recognizing and management of attachment disorders in children. Ottawa : National teleconference, Child Welfare League of Canada.

⁵ Ce délai est clairement chiffré dans certains pays, six mois en Italie pour des parents totalement délaissants par exemple. On chiffre aussi la durée totale de placement en institution tolérable pour un enfant, qui prend en compte le temps de placement antérieur à l'audience judiciaire (6 mois pour un enfant de moins de 24 mois ; 12 mois pour un enfant de moins de 5 ans), avant que soit proposé un projet stable cohérent.