

Résonance de la souffrance de l'enfant dans l'institution

Catherine Marneffe ¹

Il en est des institutions comme des personnes : face à la souffrance des enfants toutes se pensent bienveillantes, compréhensives, pleines de sollicitude et animées par le désir de les aider, tant leur souffrance nous interpelle sur nos propres blessures et entraîne compassion et l'envie d'aider à tout prix.

Cependant, dans la durée certaines s'essoufflent, finissent par abandonner leur idéaux, par oublier leurs engagements initiaux et se convaincre que tout ce qui va mal est nécessaire ou inévitable, tant la tâche semble quelque fois ardue et ingrate. Par contre, d'autres – « institutions phares » arbres cachant la forêt – s'efforcent de garder un regard neuf, les yeux du jeune stagiaire, choqué par un ordre injuste, par un règlement stupide et contraignant, par une ambiance étouffante, par un cadre inutilement rigide et trop hiérarchisé qui empêche toute créativité. Elles luttent pour ne pas acquérir le regard de l'adulte désabusé qui se soumet aveuglément à l'administration, d'où l'utilité d'ailleurs pour chaque institution d'inviter massivement les stagiaires à y faire leurs premières armes.

Toutes travaillent dans une marge sociale dont l'ensemble de la population n'a qu'un souhait : oublier qu'elles existent. Difficile, dans ces conditions, de se faire connaître et apprécier, difficile aussi de construire une image de soi très positive.

Le personnel qui y travaille vit avec les « mal-nés », avec l'éventail des « non-intégrables » et des « non-intégrés ». Il y a les enfants non conformes, qui sont les ratés de la grande machinerie biologique, dont les accidents pré – néo et post-nataux (arriérés légers, moyens et profonds, polyhandicapés), mais ce sont aussi les ratés de l'institution familiale ou/et les enfants de parents non conformes : enfants martyrs, psychotiques et les enfants autistes. Ce qui mine le plus le personnel des institutions, IMP, hôpitaux de jour, centres d'hébergement et de l'Aide à la jeunesse, Foyers pour enfants handicapés, mais malgré tout aussi – même si c'est de façon quantitativement moins prononcée, parce que les enfants qu'on y rencontre sont moins difficiles et n'y passe que des périodes courtes – le personnel des crèches et des services d'hospitalisation pédiatrique et pédopsychiatrique, ce qui les mine le plus c'est le symptôme de non-reconnaissance, qui peut s'installer à plusieurs niveaux du système :

¹ Pédopsychiatre, psychothérapeute, agrégée de l'enseignement supérieur, membre du C.A.E.M.
Barakkenbergstraat, 9 - 1540 Herne - Tel/Fax : 02/396.02.67.

- plaintes des familles de n'être pas reconnues dans leurs capacités à élever leurs enfants ;
- plaintes des enfants de n'être pas écoutés par les adultes qui les encadrent ;
- plaintes des équipes et de chaque intervenant en particulier de n'être pas appréciés à la hauteur de leurs investissements horaires et affectifs ;
- plaintes de la direction de n'être pas comprise ou suivie dans son engagement.

Il est évident que l'ensemble ouvre sur un vécu de souffrance usant, ponctué de passages à l'acte à chacun des paliers de l'organisation. Tous les acteurs sont dans une position de frustration dont la généralisation fabrique un univers social basé sur l'infantilisation des relations avec son cortège de sentiments anxieux, dépressifs et de passages à l'acte violents qui se diffusent dans l'ensemble institutionnel et sont souvent sous-estimés, même s'ils sont à l'origine de nombreux dysfonctionnements.

Dès lors, le risque que les mêmes mécanismes, les mêmes relations et dysfonctionnements qui ont entraîné les défaillances familiales émergent dans les relations entre les intervenants et les enfants placés, est bien réel. Mais le placement en institution peut être nocif pour d'autres raisons.

Premièrement, si le placement protège physiquement l'enfant, il ne traite pas les difficultés psychiques engendrées par les traumatismes subis. Un abord thérapeutique concomitant est indispensable pour poser la question du développement intellectuel, affectif, relationnel dont l'enfant aura besoin pour pouvoir mener une existence à peu près normale. Celui-ci est pourtant souvent inexistant.

Deuxièmement, la séparation peut être traumatique en soi et doit s'accompagner même dans l'urgence d'un dispositif d'écoute précis de l'enfant et des parents avant, pendant et après la séparation, ce qui est rarement le cas.

C'est pour ces raisons que la vie en institution peut entraîner une espèce de violence par défaut, en creux. L'abandon et l'absence de soins qu'on reproche aux parents se rencontrent beaucoup plus souvent dans les institutions, qui les justifient par l'absence de moyens matériels, par les règles administratives, le cadre légal ou par l'avarice de l'État.

En outre, contrairement à une idée préconçue, les intervenants contiennent difficilement leur agressivité face aux enfants eux-mêmes. Prendre soin de ses propres enfants dans une société fondée sur la famille nucléaire est déjà une gageure. Comment dès lors s'imaginer que cela sera plus facile envers les enfants des autres, de surcroît perturbés, maltraités et rarement gratifiants et dont les parents ont admis de gré ou de force l'impossibilité d'exercer leur fonction. Et ce d'autant plus que beaucoup d'intervenants se sentent peu soutenus, donc anxieux, perdus et inefficaces et incapables de guérir ces enfants. Le refus chez ces enfants d'aller mieux malgré les interventions professionnelles prépare d'ailleurs le lit de la violence institutionnelle.

L'institution se vit souvent comme une « bonne mère », comme si elle était aux prises avec un seul enfant dont elle aurait la charge, mais aussi comme si ce qu'elle avait à offrir était inévitablement meilleur que ce que les mères des enfants auraient à offrir.

Les travaux sur les institutions indiquant régulièrement cette tendance à se perdre pour l'Institution : c'est un fantasme incestueux de retour au sein maternel, où la différence est niée et l'auto-engendrement devient possible. Le risque c'est qu'à la moindre incartade, les enfants vécus comme « terribles » si pas « terrifiants », issus de cette bonne mère, mais ne répondant pas à ses bonnes intentions, soient rejetés. En plus, beaucoup de ces enfants ont organisé leur fonctionnement psychique d'une manière qui décourage l'adulte d'entrer en relation avec lui pour l'aider. La relation proposée n'est pas vécue comme un apaisement mais comme une source de souffrance psychique. Ils mettent dès lors en place des processus de défense de type « pseudo-indépendance », qui déclenchent des réactions de rejet, d'envie de laisser tomber.

Il est difficile de parler des violences institutionnelles, parce qu'ici le négligeant, le maltraitant, l'abuseur, c'est une personne comme nous, c'est-à-dire un professionnel que nous mettons en cause. Tentons l'exercice pour les psychologues et les psychiatres.

Comme l'évoque Maurice Berger² dans son dernier livre « *Ces enfants qu'on sacrifie au nom de la protection de l'enfance* », peu de « psy » investissent un domaine aussi complexe, qui nécessite de mettre les mains dans le cambouis, d'être présent à certaines audiences, de gérer soi-même des visites médiatisées honteuses. Ici, le psy ne peut se contenter du seul travail intrapsychique. Toutes ces situations réveillent en nous une telle ambivalence, qu'elle doit trouver sa résolution dans l'action, c'est-à-dire agir sur la réalité pour donner cohérence au projet de vie de l'enfant et conséquemment à sa vie psychique.

Le psychiatre ou le psychologue, qui se situe en « seconde ligne » sans jamais avoir été impliqué directement et de manière durable dans ce genre de situations et sans avoir constaté l'échec de certaines théorisations, risque de n'offrir qu'une aide très relative aux équipes auprès desquelles il intervient.

Dans son livre précédent « *L'échec de la protection de l'enfance* », Maurice Berger³ souligne un autre aspect lié au manque d'engagement individuel des pys institutionnels auquel j'ai également été confrontée : l'inefficacité des psychothérapies classiques à un rythme hebdomadaire. Les enfants doivent attendre plusieurs jours la séance suivante avec un psychothérapeute pour pouvoir s'exprimer, alors que ça n'a pas de sens pour eux. Ce sont les personnes les plus présentes auprès de l'enfant, donc souvent les éducateurs, les infirmières, qui sont les mieux placés pour partager les pensées et les émotions des enfants, au moment où ils le ressentent. Ensuite il ne suffit pas d'écouter, mais il faut parler, parce que ces enfants ne peuvent pas prendre conscience de leurs sentiments complexes et contradictoires, que si un adulte les nomme. Or, beaucoup de psychologues et pédopsychiatres institutionnels refusent de s'engager aux côtés des éducateurs, dans le quotidien, et de remettre en question leur méthodes de travail, appliquées directement à partir de leur pratique privée sur l'institution.

Ce qui est particulièrement dangereux pour chaque institution, sachant que l'institution est par définition un endroit artificiel, marginal et carcéral, c'est que l'évolution naturelle de celle-ci en l'absence d'une prise de conscience et d'un investissement perpétuellement renouvelés est une évolution vers la passivité et le désinvestissement, ce qui explique la mauvaise réputation de la plupart d'entre elles.

² Berger, M. *Ces enfants qu'on sacrifie au nom de la protection de l'enfance*, Dunod, Paris, 2005

³ Berger, M. *L'échec de la protection de l'enfance*, Dunod, 2^{ème} Ed, Paris, 2004

En effet, les institutions pour enfants peuvent être violentes, ne fût-ce que parce que chacune a son projet qui transcende celui des personnes qui la font vivre. Elle peut même en avoir plusieurs, l'un officiel, l'autre inconscient. L'un est à peu près constant : toute institution tient à perdurer dans le temps telle qu'elle est, craint tout changement, refuse de s'adapter aux désirs et aux besoins de ses usagers, mais souhaite au contraire adapter à elle tout un qui entre en son sein. A côté des projets pédagogiques, il y a le projet de chaque soignant, le projet de la famille et enfin, puisqu'il existe quand même et que l'institution a été créée pour son bien, le projet de chaque enfant. Mais le projet de l'enfant doit rester dans le non-dit, on ne lui permet guère d'en parler et si son discours est entendu, il ne sera pas considéré comme la formulation d'un projet, mais comme la seule expression de son désir, de son « ça ».

Il faut d'ailleurs remarquer au passage que si tant d'efforts et d'enthousiasme des systèmes traditionnels pour protéger les enfants produisent de si maigres résultats, c'est justement parce que ce « marché des services » auxquels nous contribuons tous est probablement le seul marché, où les demandeurs, c'est-à-dire les soignants, qui n'utilisent jamais ces services et les usagers, c'est-à-dire les parents et surtout les enfants, qui ne demandent rien ne sont pas identiques. L'avis des usagers n'est jamais demandé et la plupart des services sont organisés pour le plus grand confort des soignants et non pas pour celui des enfants. Placés ou hospitalisés, les enfants ne participent d'ailleurs pas aux prises de décisions qui les concernent, ils ne sont pas impliqués dans l'organisation de la vie au quotidien de l'institution ni encouragés à la critiquer. On considère d'ailleurs souvent que les unités de soins tranquilles sont fonctionnelles, alors que toute évolution est conflictuelle. Une maison d'enfants où rien ne se passe, où il n'y a pas de drame et où tout marche bien, démontre qu'il n'y a pas de véritable collaboration entre enfants et adultes, parce que celle-ci est forcément toujours conflictuelle⁴. Le propre de l'enfant et de l'adolescent, c'est l'évolution et toute évolution se vit dans des drames et des conflits, toujours proche de la fracture, donc de la fermeture en ce qui concerne les institutions. Quand on oublie ces vérités, on ne peut arriver qu'à briser les enfants et de courir de grands risques quand ils auront quitté l'institution, d'en faire des délinquants ou des soldats sans âme.

Les institutions peuvent être violentes parce qu'elles sont minées par des conflits entre adultes à l'image des conflits entre les parents qui interagissent avec la relation entre les adultes et les enfants et la dominant. Plus il y a de conflits parmi les adultes d'un service, plus les enfants sont négligés, voire maltraités. Qui d'entre nous ne s'est pas plaint de devoir consacrer plus de temps à résoudre les conflits inter-agences, inter-soignants qu'à essayer de résoudre ceux de la famille, qui se transmettent comme par procuration aux thérapeutes qui défendent les intérêts soit des enfants soit de sa mère ou de son père. A un tel point que D. Anzieu⁵ pense que l'énergie dépensée pour qu'une institution se maintienne est supérieure à celle directement dépensée pour sa tâche.

Enfin, les institutions peuvent être violentes parce qu'elles sont souvent minées par la fatigue et le sentiment d'usure d'une partie ou de la totalité des équipes. L'absence, le flou ou les divergences des différents projets, l'impossibilité d'une guérison idéale, les conflits entre adultes, les conditions de travail et bien entendu la souffrance humaine et les situations extrêmes à résoudre entraînent un sentiment de lassitude, d'impuissance et de « ras-le-bol ». Ce sentiment risque à son tour d'engendrer l'idée qu'on ne peut changer ce qui ne peut l'être et de s'habituer à accepter des violences quotidiennes de la vie ordinaire faites à des enfants ordinaires.

⁴ Korczak, J. Comment aimer un enfant, R. Laffont, Paris, 1978

⁵ Anzieu, D. Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal, Dunod, 2^{ème} Ed., 1981

Si les institutions volontairement perverses sont exceptionnelles, beaucoup plus nombreuses sont celles sans projet pédagogique ou thérapeutique réel, même si aujourd'hui la rédaction d'un projet est une obligation administrative imposée. Or, rivalités de personnes, disqualification de certains rôles, attaque de la hiérarchie disparaissent comme par enchantement, dès que les équipes se centrent sur les « vrais objectifs » à savoir s'occuper du développement affectif et intellectuel des enfants qui lui sont confiés, c'est-à-dire lorsqu'il y a un projet crédible derrière lequel s'engage et que l'équipe s'y engage.

Mais dans son dernier livre, Maurice Berger ⁶ dit littéralement « *L'engagement est une valeur perdue* ». Je le cite encore « *de nombreux éducateurs ne veulent plus s'engager personnellement et n'ont plus dans leur psychisme d'espace d'accueil de l'enfant* ». Cela est vrai pour d'autres soignants. L'enfant peut en effet être « abandonné » par les professionnels dans la mesure où il est laissé seul face à des parents inquiétants, ou face à un vide relationnel parce que peu investi en qualité et en durée par les intervenants ou face à l'absence d'intérêt et de curiosité concernant son état et son avenir, aucun d'eux ne se sentant vraiment responsable lorsqu'il évolue de manière péjorative. Pourtant cela n'empêche pas que cet enfant soit l'objet d'enjeux de pouvoir entre institutions ou équipes ou dans l'institution même.

A ce propos, il y a d'ailleurs une difficulté de plus en plus présente à s'engager, à décider, à poser un acte, or l'absence de décision entraîne des conséquences bien plus graves qu'une quelconque décision inadéquate.

On en veut pour preuve la multiplication des experts et le renvoi systématique de la décision à d'autres services.

L'absence de décision entraîne également la multiplication des intervenants et par là, la dilution des responsabilités, puisque nul ne devra porter la responsabilité d'une telle démission quant à la décision, puisque les apparences ne permettront pas de mettre en évidence un tel dysfonctionnement et que les conséquences pour la vie de l'enfant ne pouvant de ce fait être imputées à personne, les cas étant « géré » par l'équipe.

Si la valeur de la confrontation entre les divers avis dans une équipe va de soi et est sans aucun doute utile, personne ne peut espérer échapper au fait de devoir juger et décider, dans la solitude mais avec les autres.

Ces enfants comme le souligne M. Berger⁷ « *n'appartiennent à personne* », alors que c'est leur attachement à un adulte capable de leur offrir des soins efficaces et la sécurité tout au long de leur enfance qui leur permettront de s'autonomiser et de trouver leur voie.

C'est bien la question qu'il faut se poser : est-ce que nos cliniques, nos services, nos institutions sont suffisamment équipés pour offrir des soins de qualité aux enfants qui vivent avec des parents très défaillants et développent des troubles du comportement de l'instabilité psychomotrice, des déficiences intellectuelles psychogènes à bas bruit, des troubles psychotiques, des troubles de l'attachement ?

⁶ Berger M, *op.cit.*

⁷ Berger M., *op.cit.*

Des soins de qualité qui permettent d'atteindre les 4 objectifs suivants, comme le mentionne M. Berger à longueur de livres, d'articles, de conférences :

- un but cognitif, la capacité de lire, d'écrire, de compter ;
- un but social, la capacité de vivre en groupe ;
- un but affectif, la capacité de ne pas détruire autrui et de ne pas se laisser détruire ;
- un but familial, la capacité pour l'enfant de profiter de ses parents sans être envahi par leurs aspects pathologiques.

On ne peut s'empêcher de remarquer que l'enfant atteint d'une maladie grave ou accidenté de la route aura heureusement droit aux meilleurs soins pédiatriques par une équipe médicale de pointe tandis que les enfants, tout aussi souffrant de blessures graves et profondes mais invisibles parce qu'intrapsychiques, seront confiés à une famille d'accueil, un éducateur au mieux un assistant social, comme s'il était envisageable que les enfants atteints de pathologies organiques équivalentes soient soignés par des passants, des infirmiers au mieux par des généralistes à domicile. Il est donc judicieux de remettre en question nos attitudes professionnelles avant de prétendre pouvoir résoudre les effets nocifs de la violence parentale.

La deuxième question à se poser en permanence est celle-ci : « les institutions que nous représentons ne sont-elles pas plus violentes qu'on ne le pensait au départ, correspondent-elles aux normes éthiques que nous nous sommes données quand nous sommes entrés dans la profession de travailleur social, d'éducateur, de psychologue, de médecin ou de magistrat ? »

Sans poser ces questions nos systèmes d'aide génèrent des résistances relationnelles qui amoindrissent l'efficacité des services offerts.

Si nous prétendons vouloir résoudre la violence dans les familles, il faut manifester une attitude de renonciation à la violence, tant dans notre attitude critique concrète des inégalités et injustices existantes, que dans notre attitude à l'intérieur de l'institution ou de l'équipe dans laquelle on travaille que dans notre relation personnelle avec les patients.

La protection moderne de l'enfant consiste donc à ne rien vouloir faire avec l'enfant maltraité et la personne maltraitante. Elle ne veut pas les séparer, les éliminer, les abreuver de programmes d'éducation ou les punir, elle veut essayer d'entamer une relation personnelle entre l'intervenant, l'enfant et les parents.

Le changement crucial ne concerne pas la possible maltraitance, mais l'intervenant. Ce sont les changements d'orientation chez les soignants et dans les systèmes d'aide qui mettent en route les changements dans les milieux où se sont produits des actes de violence.

Il s'agit en effet de comprendre que ce sont les intervenants eux-mêmes qui représentent le milieu social des personnes en détresse. Cela veut dire pour l'intervenant, se comprendre soi-même en relation avec les autres aussi avec ceux qui peut-être manifestent un problème de manière spéciale. En partie, celui qui aide a lui-même aussi ce problème, sans cela il ne serait pas en mesure de comprendre.

On ne peut pas mettre en cause l'enfant maltraité et ses parents avec leurs troubles, leur passé et leurs malheurs sans mettre en cause en même temps l'adulte qui prétend vouloir les aider.

En réalité, on ne s'occupe bien des enfants et de leurs parents que lorsqu'on les aime et on s'en occupe mal si on ne les aime pas. Il faut se soumettre à une espèce de gymnastique spirituelle, à un auto-entraînement, à un véritable yoga de l'esprit et du corps, pour nous rendre aptes à comprendre, à tolérer et à aimer l'enfant perturbé en face de nous. La même chose est vraie pour les parents maltraitants. Sans cela, on ne fera jamais ni de vraie thérapie, ni de vraie éducation ; on fera du gardiennage ou de la pseudoscience, mais les enfants et leurs parents n'y trouveront jamais leur compte et le manifesteront avec violence³. L'enfant placé peut donc devenir heureux ou malheureux, bête ou intelligent, caractériel ou gentil, obéissant ou contestataire selon la manière dont nous organisons l'institution où il doit vivre. On ne peut pas parler d'enfant placé, sans parler de l'institution, d'enfant hospitalisé sans parler de l'hôpital. Le contre-transfert institutionnel est à l'image du contre-transfert personnel.

En résumé, il faut toujours garder à l'esprit que les seuls programmes d'aide acceptables sont ceux que nous pourrions accepter et utiliser pour nous-mêmes. Combien d'entre nous accepteraient de confier nos propres enfants pour plus d'une journée aux institutions que nous recommandons pour les enfants des autres ?

Ceci soulève une dernière remarque formulée par M. Berger⁸ : *« On ne peut pas reprocher aux parents maltraitants de rendre leur enfant malade. Quelque soit leur nocivité réelle, celle-ci est la conséquence de l'enfance désastreuse qu'ils ont eu à subir lorsqu'ils étaient petits, ce qui les a empêchés d'acquérir le minimum de capacités parentales nécessaires. Par contre, il n'est pas acceptable que certains dysfonctionnements institutionnels participent à la constitution de troubles graves de l'enfant ».*

⁸ Berger M., *op.cit.*