

Dans ce plaidoyer qui s'étaye sur une longue expérience clinique, Maurice Berger et Emmanuelle Bonneville interrogent les défauts du dispositif de protection et d'aide à l'enfance. L'idéologie du lien familial peut aboutir au maintien de l'enfant dans son milieu naturel même si ce dernier est gravement inadéquat ou, pire, à des retours anticipés et répétés, après des échecs successifs. L'absence de protocole d'évaluation, le turn over des professionnels, la discontinuité des mesures et des décisions aboutissent souvent à des enfants carencés, déficients, violents...

Les auteurs interpellent les professionnels afin que ceux-ci agissent chaque fois avec une implication renouvelée partant d'une évaluation précise de l'état de l'enfant et de sa famille.

Pour grandir, l'enfant a besoin de sécurité et d'adultes porteurs d'un projet d'avenir pour lui. Seuls des liens stables et protecteurs lui assurent un sentiment de sécurité et de confiance lui permettant de se construire progressivement.

# PROTECTION DE L'ENFANCE: L'ENFANT OUBLIÉ

*Maurice Berger  
Emmanuelle Bonneville*

LECTURES

## Temps d' Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine du développement de l'enfant et de l'adolescent au sein de sa famille et dans la société. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes.

yapaka.be

Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance  
Secrétariat général  
Ministère de la Communauté française  
Bd Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles  
yapaka@yapaka.be



TEMPS D' ARRÊT

yapaka.be

# **Protection de l'enfance : l'enfant oublié**

*Maurice Berger  
Emmanuelle Bonneville*

## Temps d'Arrêt:

*Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...*

Psychiatre et psychanalyste, Maurice Berger est responsable d'un service de pédopsychiatrie du CHU de Saint-Etienne. Il est l'auteur de nombreux ouvrages dont *L'échec de la protection de l'enfance* (Dunod 2005), *Les troubles du développement cognitif* (Dunod 2006). Emmanuelle Bonneville est psychologue clinicienne dans ce même service

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance. Chaque livret est édité à 11.000 exemplaires et diffusé gratuitement auprès des institutions de la Communauté française actives dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse. Les textes sont également disponibles sur le site Internet [www.yapaka.be](http://www.yapaka.be)

### Comité de pilotage:

Jacqueline Bourdouxhe, Françoise Dubois, Nathalie Ferrard, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Roger Nonfils, Philippe Renard, Reine Vander Linden, Jean-Pierre Wattier, Dominique Werbrouck.

### Coordination:

Vincent Magos assisté de Laurie Estienne, Diane Huppert, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

**Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la jeunesse de la Communauté française.**

Éditeur responsable: Henry Ingberg – Ministère de la Communauté française – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles. **Mai 2007**

## Sommaire

<b>L'état des lieux: «le quinté perdant»</b> .....	7
• La déficience intellectuelle .....	7
• Les troubles de l'attachement .....	10
- Un exemple de trouble de l'attachement précocement fixé .....	13
• La violence pathologique extrême .....	16
• Les troubles psychiatriques .....	20
• L'instabilité psychomotrice .....	21
• Caractéristiques communes de ces troubles .....	22
<b>Le traumatisme psychique chronique</b> .....	23
<b>Pourquoi cette situation</b> .....	27
• L'idéologie du lien familial à tout prix .....	27
• Un dispositif de protection de l'enfance sans buts clairs .....	29
• L'absence d'outil d'évaluation .....	32
• L'idéologie de la précarité .....	34
• Le mauvais usage de l'aide à la parentalité .....	35
• L'absence de suivi relationnel spécifique en cas de séparation .....	39
• Une mauvaise utilisation des visites médiatisées .....	44
- Rappel .....	44
- Un dispositif mal compris .....	45
- Des visites médiatisées pour qui et pour quoi? .....	47
- Le déroulement des visites médiatisées .....	48
• L'absence de continuité des intervenants .....	50
• L'absence de protocole spécifique .....	52
• L'absence d'évaluation budgétaire .....	53
• L'absence de recherches structurées .....	54
• L'absence de dispositif spécifique de prise en charge des situations de violence de la part des parents .....	55

<b>Quelles améliorations possibles ?</b> .....	56
• Un changement de loi .....	56
• Introduire une responsabilisation .....	58
• Le développement de plans de formation communs aux acteurs de terrain et aux décideurs de chaque niveau de l'intervention sociale et judiciaire .....	59

*Les propos qui suivent reposent sur la longue expérience d'une équipe de pédopsychiatrie au CHU de Saint Etienne qui, depuis 1979, s'est pour partie spécialisée dans les soins au long cours d'enfants confiés par le dispositif de protection de l'enfance. Ces enfants sont reçus en consultations, ou en hôpital de jour, ou en unité d'hospitalisation à temps plein, ou dans une unité de placement familial spécialisé. L'équipe a effectué elle-même des milliers de visites médiatisées<sup>1</sup>. Des recherches se sont mises en place depuis cette date dont une grande partie s'est poursuivie dans le cadre de la Faculté de Psychologie de l'Université Lyon 2. Par ailleurs, l'un de nous est le vice-président actif d'un réseau de prise en charge des difficultés de parentalité ante, peri, et post-natales.*

*On peut parler de la protection de l'enfance en évoquant de grands et beaux principes. La réalité est autre et montre que la cohérence des prises en charge proposées se heurte à des problèmes humains et financiers. D'une manière générale, on peut dire que l'étape du signalement d'un enfant en situation de danger ou de risque est assez*

---

<sup>1</sup> En Belgique, les termes de visites «encadrées», davantage utilisés et de visites «médiatisées» recouvrent des pratiques très diverses. (NdE)

*bien organisée. 22% de ces signalements<sup>2</sup> concernent des dangers «visibles», c'est-à-dire des maltraitances physiques, sexuelles et des graves défauts de soins comme la malnutrition; les enfants concernés sont ensuite assez bien protégés, d'autant plus qu'en France la responsabilité pénale des professionnels est directement engagée. 78% des signalements se rapportent à ce que nous nommons les traumatismes psychiques chroniques, c'est-à-dire des attitudes parentales répétitivement très inadéquates. Lorsqu'on évalue le devenir des enfants qui y sont soumis, il se révèle être particulièrement médiocre, ce qui constitue un des grands points aveugles de notre société. Etant donné le nombre d'enfants impliqués, le coût financier de leur prise en charge, le retentissement sur la société de leurs comportements tout au long de leur vie, ce problème concerne tous les citoyens.*

*Nous allons détailler quels sont les troubles caractéristiques provoqués par ce type de traumatisme, les processus psychiques en jeu, et enfin les obstacles majeurs qui empêchent l'amélioration de cet état de fait.*

---

<sup>2</sup> Dans cet ouvrage, nous utiliserons les chiffres français qui sont proches des chiffres belges.

## **L'état des lieux: «le quinté perdant»**

Les troubles consécutifs à un traumatisme psychique chronique constituent ce que nous nommons le «quinté perdant» qui se détaille ainsi.

### **La déficience intellectuelle**

---

Elle est fréquente. Les quelques évaluations dont nous disposons nous apprennent par exemple que seuls 32% des enfants placés en famille d'accueil à l'Aide Sociale à l'Enfance avaient atteint un niveau CAP (Certificat d'Aptitude Professionnel, diplôme le plus bas) à l'âge adulte, condition souhaitable pour avoir une autonomie suffisante dans la vie (Mouhot, 2001).

La constitution progressive de cette déficience peut être repérée précocement par la mesure d'un éventuel retard de développement grâce au test de Brunet Lézine utilisable dès l'âge de trois mois, ou grâce à l'échelle de Denver pour le pédiatre. En protection de l'enfance, il est impossible d'évaluer si un enfant de moins de trente mois a un développement normal sans utiliser ce test d'un maniement simple, dont il est nécessaire qu'il soit couplé à une connaissance suffisante de la symptomatologie psychosomatique du nourrisson (hyper ou hypotonie, évitement du regard, etc.). Cette évaluation nécessite des passages successives qui peuvent avoir lieu tous les mois.

Nous considérons comme inquiétant un Quotient de Développement (QD) inférieur à 85 (normal 90-110), l'expérience montrant qu'en dessous, il peut s'avérer difficile pour l'enfant de récupérer ensuite un niveau normal, ainsi qu'une dynamique de développement harmonieuse et continue. Le chiffre du 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. À partir de trente mois, c'est la mesure du QI qui doit être effectuée, le plus souvent grâce au test de WPPSI. Il est fréquent que des enfants soient adressés à notre service de soin à l'âge de cinq ou six ans sans avoir été testés auparavant; la mesure de leur QI effectuée alors montre un niveau très bas, entre 54 et 60, baisse qui s'est constituée progressivement.

On ne peut que s'interroger sur l'indifférence ou le fatalisme de certains professionnels face à cette dégradation chez des enfants nés avec des potentialités intellectuelles normales.

Cette déficience est trop facilement attribuée à la carence, c'est-à-dire à une absence de stimulation de la part des parents. Mais un enfant n'est jamais «seulement» carencé. Il a en même temps subi des rythmes incohérents qui l'ont empêché de pouvoir prévoir ce qui va se produire dans son environnement ou quel va être l'effet de ses gestes et des signaux qu'il émet. Or la possibilité d'anticiper est un des fondements indispensables de la construction de la pensée. De même, l'acquisition des notions de permanence et d'immuabilité autorise l'accès au principe de «règles»: règles de grammaire ou règles de vie.

L'insuffisance du terme de carence peut être démontrée cliniquement dans les circonstances suivantes. Il est fréquent qu'un nourrisson dont le quotient de développement est tombé jusqu'à 65 récupère progressivement un niveau à 80 lorsqu'il est placé dans une famille d'accueil qui lui fournit un maternage adéquat, chaleureux, avec des rythmes réguliers et prévisibles. Mais ses progrès stagnent ensuite et l'enfant présente des comportements d'opposition, de rage qui correspondent aux affects vécus pendant les premiers mois de sa vie et qui nécessitent souvent un traitement spécifique. Ceci montre qu'un tel retard n'est pas dû uniquement à une carence qui pourrait être «réparée» ou compensée par des apports adéquats ultérieurs, et que l'on sous-estime en permanence la complexité de la vie psychique des enfants soumis à des défaillances éducatives parentales importantes.

La défaillance intellectuelle a donc plusieurs autres origines. L'attachement désorganisé-désorienté empêche l'enfant d'explorer le monde (cf. infra). La violence parentale paralyse la pensée: les enfants concernés cessent de réfléchir car penser sur ce qui se passe est trop angoissant pour eux. L'instabilité psychomotrice fréquente entraîne une rupture constante des processus de pensée, l'enfant lâchant en permanence une pensée pour passer à une autre.

Un autre facteur constamment sous-estimé est l'atteinte du schéma corporel: très souvent, les enfants ont été soumis dès petits à des soins pauvres ou incohérents, à l'origine de troubles de la constitution de l'image du corps qui peuvent être évalués par un bilan psychomoteur, et à partir de six ans par le test de la Figure de Rey qui consiste à reproduire une figure géométrique en la copiant puis de mémoire.

Ainsi au cours d'un bain thérapeutique, il apparaît qu'un enfant âgé de cinq ans ne sent 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 une série d'échanges qui procurent du plaisir à chacun. On comprend que cet enfant ne parviendra pas à repérer dans les apprentissages ce qui est devant et derrière, ne pourra pas distinguer les lettres «b» et «d», la différence étant que le demi-cercle se situe devant ou derrière la barre verticale (en dehors de toute dyslexie).

## Les troubles de l'attachement

---

Décrits dès 1958 par Bowlby en Angleterre, ils ont fait l'objet de travaux constants jusqu'à nos jours. La théorie et la clinique de l'attachement constituent le fondement des dispositifs de protection de l'enfance cohérents. Les processus d'attachement portent sur la constitution du sentiment de sécurité (A. et N. Guedeney, 2002).

De manière 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 six et neuf 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 l'enfant s'attache alors sur un mode très pathologique, «insécure désorganisé-désorienté», qui montre qu'il est effrayé, confus, incapable d'utiliser des modalités de contact cohérentes. 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, une réaction persécutée et 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.

Cyrułnik 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 considérer un enfant comme pouvant être résilient a priori. La question à se poser est de savoir si les conditions sont réunies pour qu'il puisse devenir résilient.

Le plus important est l'aspect pronostique: du fait de ses troubles, l'enfant devient 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. Le traitement de ces troubles est souvent très difficile<sup>3</sup>,

---

<sup>3</sup> Voir *À chaque enfant son projet de vie permanent* (2004), p. 50-52.

voire impossible, et un travail psychothérapeutique individuel classique s'avère peu efficace. Et on constate à quel point, à l'âge adulte, ces sujets sont incapables d'avoir des relations stables et tranquilles avec autrui.

Une étude récente montre qu'entre 28 % et 40 % des SDF (selon leur tranche d'âge), ont fait l'objet de placements répétés pendant leur enfance. Fonctionner sans référence à la clinique de l'attachement, c'est se priver d'une boussole essentielle dans nos décisions. Mais si on la prend en compte, il apparaît que de nombreuses décisions judiciaires et certains aspects de nos dispositifs éducatifs sont inadéquats parce qu'ils ne prennent en compte que l'aspect visible et immédiat du danger auquel peut être exposé un enfant.

L'autre danger, tout aussi important, est de ne pas fournir à un enfant séparé de parents maltraitants un lien stable et fiable avec un adulte de référence. Ceci signifie que les longs séjours en pouponnière au-delà de six mois peuvent présenter une nocivité si l'enfant ne bénéficie pas d'une relation privilégiée avec une auxiliaire de puériculture.

Comme l'indiquent les directeurs de la protection de la jeunesse québécoise, un enfant n'est pas un appareil vidéo, il ne peut pas être mis sur «pause» en attendant une décision des adultes concernant son devenir. Il est tout aussi dangereux d'interrompre le lien d'attachement sécurisant qu'un enfant a pu nouer avec sa famille d'accueil, ce qui n'est pas rare lors de tentatives de réintégration chez ses parents, alors que ceux-ci n'ont pas réellement progressé sur le plan éducatif et affectif.

### **Un exemple de trouble de l'attachement précocement fixé**

Ce matin, Mme B. assistante maternelle, nous montre sur son téléphone portable une scène qu'elle a filmée «sur le vif» pendant trois minutes. Avant cette scène, Amandine, neuf ans, fillette placée chez elle depuis l'âge d'un an, vient de refuser de faire ses devoirs d'école avec elle et s'apprêtait à aller s'amuser dans le jardin. L'assistante maternelle lui avait alors dit d'aller dans sa chambre puisqu'elle refusait de faire son travail. Sur le film, Amandine est sur le seuil de sa chambre et crie de rage et de désespoir avec intensité, en faisant des gestes d'attaque de la main, comme des coups de griffes, qui se transforment en gestes d'appel. Cette scène impressionnante a duré une heure dans la réalité. Elle est fréquente.

Amandine est née d'une mère psychotique très inadéquate, angoissée et angoissante, qui s'est occupée seule d'elle pendant les quatre premiers mois de sa vie. Puis, elle a été placée pendant huit mois en pouponnière où elle a été confrontée à une succession de visages d'auxiliaires de puériculture.

Dès qu'elle a été accueillie par Madame B., elle a manifesté un refus des contacts corporels s'accompagnant d'une demande tyrannique d'exclusivité: elle empêchait l'assistante maternelle de téléphoner à des amies, d'être en relation avec son fils âgé alors de dix ans. Mais même maintenant, elle ne fait «rien» de ces moments d'exclusivité, il n'y a pas de plaisir partagé.

On retrouve chez elle le comportement décrit par M. Main (1998), celui d'un enfant pris entre la terreur du rejet et la terreur du contact. Petite,



Amandine n'a pas eu d'autre solution que de solliciter du réconfort auprès de la personne adulte source de la détresse. On mesure la confusion qui accompagne cette forme d'attachement désorganisé-désorienté.

Il est frappant de constater qu'en même temps, Amandine se comporte normalement à l'école et qu'il en a été de même lors d'une expertise psychiatrique, à tel point que l'expert a conclu qu'elle ne présentait pas de trouble de la personnalité. Comment comprendre cela? On peut penser que les troubles d'Amandine n'apparaissent que dans un lien affectivement significatif pour elle, qui l'amène à éprouver un sentiment de dépendance dont elle se défend, processus décrit par P.D Steinhauer (cité in M. Saint Antoine, S. Rainville, 2004). Avec les autres adultes, cette fillette a établi une relation superficielle, en faux-self, qui semble adaptée au premier abord.

Une prise en charge quotidienne en hôpital de jour commence à porter ses fruits au sens où Amandine, après avoir joué seule devant son éducatrice pendant un an en faisant bouger elle-même tous les personnages, parvient maintenant à mettre en scène des jeux symboliques avec cette soignante.

Mais la famille d'accueil est épuisée, lassée, les relations se sont figées entre tous les protagonistes et l'assistante maternelle et son mari ont fini par développer une attitude d'intolérance et de rejet. Nous essayons des aménagements pour tenter de proposer une distance relationnelle moins insatisfaisante. Ainsi nous suggérons qu'Amandine, qui gâche tous les repas pris en famille, puisse manger à la cuisine et ne venir à la table commune que lorsqu'elle en ressent le besoin quitte à en repartir s'il elle s'y sent mal.

Les devoirs sont effectués par des enseignants hors de la maison.

Mais ces aménagements échouent et nous allons probablement devoir envisager un placement pendant la semaine dans un petit lieu de vie où Amandine ne sera « exposée » ni au risque de dépendre d'un seul adulte ni au risque de ne recevoir aucun investissement personnalisé du fait d'un nombre trop important d'éducateurs. Nous espérons pouvoir maintenir en même temps le lien avec la famille d'accueil pendant les week-ends car une rupture de ce lien serait dramatique pour cette enfant.

Par ailleurs, il est prouvé depuis 1989 que les maltraitances et les négligences parentales ont un impact sur le développement du cerveau du nourrisson. Dans une revue récente de la bibliographie mondiale, C. Bonnier (2005), neuropédiatre, confirme l'aspect toxique de l'élevation chronique du cortisol sanguin due à une situation de stress permanent.

L'hippocampe, partie du cerveau droit qui possède la plus importante densité de récepteurs au cortisol, est le plus atteint; or c'est dans cette zone que s'organise la mémoire affective, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement, et la mémoire des apprentissages.

Chez les nourrissons vivant dans des milieux familiaux très inadéquats sur le plan éducatif, les IRM en trois dimensions montrent une baisse du nombre de neurones de 16 % par rapport à l'hippocampe de nourrissons témoins vivant dans des milieux familiaux « suffisamment sécurisants ». D'autres zones cérébrales sont aussi touchées. Le stress précoce et continu atteint donc le cerveau en développement d'une manière qui peut être défini-

tive, ce qui devrait inciter à une meilleure prévention de ces dégâts. En France, ces travaux ne sont pas pris en compte par de nombreux professionnels qui travaillent en protection de l'enfance, comme si la connaissance venait attaquer leurs croyances.

## La violence pathologique extrême<sup>4</sup>

---

Baucoup d'intervenants ne saisissent pas la nature de ce trouble et le confondent avec l'agressivité, laquelle est dirigée vers un interlocuteur précis (un parent ou un autre enfant puîné par exemple), est accessible à la parole, et s'accompagne d'une certaine culpabilité.

De plus en plus d'enfants présentent cette forme de violence qui se caractérise de la manière suivante. Elle apparaît précocement puisque ces enfants frappent dès 15-16 mois, c'est-à-dire dès que la marche libère leurs mains, ce qui leur permet d'attaquer. Leur violence est indifférenciée quant au but et à l'objet visé. Omniprésente, elle est dirigée autant contre les objets que contre les personnes, et n'est pas spécialement destinée aux figures parentales ou d'autorité et de loi. Elle peut s'accompagner de cruauté à l'égard des animaux (mammifères, oiseaux), sans aucun sentiment de culpabilité, l'enfant étant indifférent à la douleur d'autrui. Une fois « enclenchée », l'attaque violente ne peut être interrompue et se déroule jusqu'à son « terme naturel ». L'enfant, irraisonnable, est insensible à toute proposition de compromis ou à la sanction, dénie la gravité de l'acte et efface ses conséquences : on

ne parvient pas à en reparler avec lui, pour lui « c'est terminé ».

Par ailleurs, ces enfants présentent des troubles de la sensibilité corporelle (non-perception de certaines zones), qui sont habituellement peu explorés par les professionnels. Ils recherchent parfois des perceptions douloureuses pour se sentir « vivants ».

Ces troubles se fixent rapidement, souvent dès l'âge de dix-huit mois-deux ans.

On comprend pourquoi parler de la violence des « jeunes » est souvent une inexactitude : cette violence n'a pas d'âge chronologique, simplement ces enfants deviennent plus forts physiquement. Il devient donc impossible de continuer à sous-estimer l'aspect très pathologique de leurs attaques.

Ces enfants ne délirent pas, mais leurs 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. Ces sensations-images resurgissent telles quelles parfois sans aucune raison ; ou lorsque le sujet se trouve en situation groupale, la proximité du corps des autres enfants étant ressentie comme une menace ; ou à l'occasion d'une exigence minime qui déclenche un sentiment de persécution et une forte manifestation de résistance, l'enfant n'étant sensible qu'à la dimension de contrainte subie (E. Bonneville, 2006) ; ou dans d'autres circonstances qui évoquent le passé.

---

4 Berger, 2005 -2007

Contrairement à une idée souvent avancée, un tel enfant n'est pas dans la « toute-puissance ». Il n'a pas eu d'autre choix que de mettre « en lui » l'image terrifiante d'un parent sadique et violent, dans une sorte d'« incorporation » globale (une « identification incorporative introjective » en termes psychanalytiques). En fait, cet enfant est impuissant face au surgissement hallucinatoire de l'image de son père (ou de sa mère) violent en lui, et l'on constate comment dès le début de l'attaque, ces enfants se métamorphosent, leur regard se durcit, leur voix devient grave, leurs insultes sont celles d'adultes. La réponse d'un enfant de cinq ans, qui déclare « C'est papa en moi qui me fait agir ainsi », quand on lui demande pourquoi il essaie sans cesse d'étrangler les autres enfants, montre la force de ce processus. Dans l'histoire de ces enfants, on retrouve le plus souvent les éléments suivants.

- Leurs parents sont fréquemment psychotiques, paranoïaques, psychopathes, incohérents, négligents, délaissants, conséquences de l'enfance désastreuse qu'ils ont eux-mêmes subie.
- Lorsqu'ils étaient nourrissons, ces enfants ont été maltraités physiquement et/ou psychologiquement (soumis à une grande violence verbale). Ou dès leur plus jeune âge, ils ont été soumis au spectacle de scènes de violences conjugales sans avoir jamais été frappés, à une époque où ils ne se sentaient pas complètement différenciés du monde extérieur. 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.

Un autre type d'interaction pathologique a été décrit par C. Rigaud (2001). Il s'agit de la dési-

gnification de l'ensemble des signaux corporels : dès les premiers jours de sa vie, le sujet a vécu une désignification des signes qu'il a adressés à l'autre, une déformation ou une annulation de leur sens. L'accès à la symbolisation devient difficile, voire impossible pour celui qui n'a pu faire l'expérience que ses signes avaient un sens.

Et en conséquence, tout mouvement d'autrui à l'égard de l'enfant peut être vécu par lui comme désignant. Ceci s'est accompagné d'un échec de la séduction primaire au sens où la mère n'éprouvait pas d'attirance pour le corps de son enfant, ne le trouvait pas séduisant, pas mignon. Le rapport de ces parents au corps de leur enfant est très particulier, comme s'ils avaient une mauvaise perception de ses caractéristiques physiques : la taille, le poids, la résistance à la pression,...

Ainsi la mère d'un bébé n'avait aucune idée de la taille du récipient qu'elle devait utiliser pour le bain. Jusqu'à la sortie de la maternité, elle pensait lâcher son enfant dans la baignoire pour adulte remplie d'eau. Quand la puéricultrice, inquiète, va ensuite la voir à domicile et lui demande si elle n'a pas quelque chose de plus adapté, elle sort de son placard un plat à gratin qui est trop petit pour le corps d'un nourrisson.

Les effets sur l'organisation psychosomatique de l'enfant sont considérables. Ces enfants ne peuvent prendre conscience des caractéristiques physiques de leur corps que lorsqu'ils constatent la trace réelle qu'ils laissent dans le corps de l'autre par les coups, morsures, griffures, empreintes laissées sur l'environnement qui va renseigner le sujet sur ses propres propriétés (« je ne pensais pas pouvoir taper aussi fort »).

Beaucoup de ces enfants commettront plus tard des viols et des actes de violence gravissimes. Guy Georges, violeur et tueur en série, a présenté ce type de violence dans sa petite enfance. La quasi totalité des jeunes détenus en prison centrale pour des actes graves a fait l'objet d'un suivi par les services de protection de la jeunesse pendant leur enfance ou leur préadolescence. Aider de tels sujets à penser sur ce qui se passe en eux est toujours ardu, prend de nombreuses années, nécessite une équipe spécialisée, et le résultat est aléatoire.

## Les troubles psychiatriques

---

Il s'agit essentiellement de troubles psychotiques, de dépression chronique, de comportements psychopathiques. Une étude de Mouhot (2003) montre la rapidité de fixité de ces troubles. Dans des situations d'inadéquation parentale importante, si les enfants sont séparés avant l'âge d'un an, 15% présentent des troubles du comportement à l'adolescence dont 5% une pathologie grave. S'ils sont séparés entre un et trois ans, 52% présentent des troubles à l'adolescence dont 21% une pathologie grave.

Une enquête réalisée en Avril 2004 montre que 65% des 52 patients adultes pris en charge dans l'hôpital de jour d'un service de psychiatrie ont été des enfants insuffisamment ou non protégés de maltraitance physique ou psychique importante<sup>5</sup>. Les services de pédopsychiatrie sont actuellement débordés par ces pathologies liées

---

5 Dr Buclier, Hôpital du Vinatier, 2004, travail non publié.

à des traumatismes psychiques chroniques précoces. Ce chiffre est tellement étonnant qu'une nouvelle étude est en cours de réalisation pour vérifier sa validité.

## L'instabilité psychomotrice<sup>6</sup>

---

Elle est très fréquente, et concerne jusqu'à 80% des nourrissons qui ont passé plus de huit mois en pouponnière ou qui ont vécu dans un environnement familial chaotique et imprévisible. Elle est souvent méconnue par les professionnels qui considèrent que l'enfant en question est « éveillé, joueur, vif », confondant un éveil précoce avec, dans ce cas, de l'hyperkinésie.

Cette instabilité est le signe d'une discontinuité pathologique permanente dans le processus de penser: le sujet passe sans cesse d'une pensée qu'il laisse tomber, à une autre, d'une activité à une autre, ce qui l'empêche de construire le moindre jeu élaboré et le moindre scénario. L'instabilité est un véritable poison pour l'avenir de l'enfant, car son agitation permanente et son impulsivité sont épuisantes pour la famille biologique, ainsi que pour une éventuelle famille d'accueil. De plus, les difficultés majeures de concentration empêchent ces enfants de réaliser des apprentissages, et leur scolarité ne peut le plus souvent se dérouler que grâce à la prise régulière de méthylphénidate (Ritaline).

---

6 Il existe plusieurs autres causes à l'instabilité psychomotrice.

## Caractéristiques communes de ces troubles

---

Tous ces troubles se fixent précocement, souvent dès l'âge de 2 ans. Leur nature est méconnue par de nombreux professionnels et leur fréquence est sous estimée. Ils sont difficilement réversibles, et constituent en eux-mêmes un obstacle à leur traitement, dans la mesure où toute proposition de relation peut être vécue par ces enfants comme angoissante et intrusive.

## Le traumatisme psychique chronique

Nous allons décrire maintenant les processus psychiques en jeu dans ces contextes éducatifs et relationnels.

On parle de traumatisme psychique lorsque les capacités de défense d'un enfant face à un événement sont débordées, et ne peuvent plus faire face à un afflux de stimuli désorganisateurs trop importants en quantité et en qualité, donc angoissants, effrayants, douloureux, prématurément érogènes, etc. Pour tenter de «gérer» cela, le psychisme immature de l'enfant ne peut qu'investir toute son énergie dans des défenses rigides, finalement pathogènes, au détriment des fonctions d'organisation, de construction et de création.

- Il n'existe pas une seule, mais différentes sortes de traumatismes 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 (qui consiste par exemple de la part d'une mère à faire sentir à son enfant qu'il est tout pour elle et qu'elle doit donc être tout pour lui, en lui interdisant ainsi d'investir d'autres liens tout en l'investissant lui-même très peu), etc.

Chaque traumatisme provoque des angoisses, des troubles, des mécanismes de défense spécifiques et nécessite des dispositifs thérapeutiques eux aussi spécifiques, même s'ils ont des points communs.

- Lorsqu'un traumatisme est précoce, le sujet ne parvient pas 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 au dépend de ses propres progrès psychiques.
- Tout traumatisme entraîne une sidération de la pensée, d'où, comme décrit ci-dessus, l'importance des tests permettant d'évaluer le niveau de développement et le niveau intellectuel, car ils sont un bon indicateur du niveau de souffrance psychique du sujet.
- 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.
- 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.
- Toute situation traumatique importante répétée entraîne chez l'enfant un multi-clivage dans lequel une partie de lui s'identifie à l'agresseur, une autre partie est angoissée, voire terrorisée, une autre partie encore dénie la gravité de la situation et idéalise le parent car il serait trop inquiétant de reconnaître que l'on dépend d'adultes aussi inadaptés, etc. L'identité de l'enfant est ainsi « atomisée ».
- Tout traumatisme intense peut dépasser les capacités de pensée 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. Il n'y a pas d'écart entre le présent et le passé ; de tels enfants déclarent : « puisque j'y pense, c'est encore du présent ».
- L'enfant vit les sentiments d'angoisse et de terreurs face au vide, à l'abandon 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.
- 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 ».

- Le traumatisme psychique chronique est donc à l'origine d'une indifférenciation entre la pensée de l'enfant 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. Le sujet a pu par exemple totalement intérioriser la violence parentale. Cette indifférenciation explique aussi que certains enfants aillent mal pendant plusieurs jours ou semaine après une rencontre d'une heure avec leurs parents, car cela réveille en eux des traces angoissantes du passé. Ceci se reproduira tant que ces dernières n'auront pas été traitées.

## Pourquoi cette situation

### L'idéologie du lien familial à tout prix

---

Beaucoup de professionnels qui s'intéressent à la protection de l'enfance commencent à travailler dans ce domaine avec le désir de protéger les enfants. Au contact de la complexité des situations, des paroles et des comportements des parents, un certain nombre s'éloigne de leurs intentions originelles. Ils sont alors pris dans ce que nous avons nommé, en 1992, « l'idéologie du lien familial » (Berger, 1992).

Il s'agit d'une théorie toute personnelle et d'une position de principe selon laquelle le maintien du lien physique réel entre l'enfant et ses parents a une valeur absolue et intouchable. Or la valeur d'un lien n'existe pas en soi. Il existe des liens positifs, qui fournissent un étayage indispensable au développement psychique de l'enfant et qui lui permettent d'organiser son monde interne. Il existe des liens négatifs traumatiques qui sont source d'excitation violente, douloureuse, brusque, prématurée, angoissante, des liens gravement désorganisateur, qui ne permettent que l'établissement de processus pathologiques d'attachement, d'identification.

Nous avons montré que l'idéologie du lien familial ne repose sur aucun concept théorique solide et ne rencontre aucune confirmation dans la clinique. Ce qu'une telle idéologie tente d'éliminer en fait, c'est l'ambivalence que chacun doit gérer

en soi-même, le tiraillement interne entre l'identification à l'enfant et l'identification au parent.

L'idéologie du lien familial l'emporte lorsque se produit une identification massive de l'intervenant à la souffrance des parents au détriment de l'identification à la souffrance et à la terreur ressenties par l'enfant. Seule est alors envisagée, par exemple, la violence que constitue une séparation pour les parents, au détriment de la violence ressentie par l'enfant dans certaines situations.

Nous sommes tous soumis à un tel tiraillement, car dans les représentations du lien parents-enfant qui sont alors mobilisées, nous sommes concernés personnellement dans la mesure où nous sommes tous des enfants de parents, et, pour beaucoup, des parents d'enfants.

L'idéologie du lien familial à tout prix entraîne une confusion entre maintien des liens physiques et maintien des liens psychiques, entre le maintien des liens avec la famille et le maintien dans la famille. D'une manière générale, ce dont un enfant petit a besoin prioritairement pour son développement, c'est de pouvoir établir un lien sélectif avec un adulte figure d'attachement sécurisante et il est toujours plus simple pour son organisation psychique que cet adulte soit un (ou ses) parent(s) biologique(s).

Mais en cas de dysfonctionnement parental important, ce besoin vital au niveau psychique doit être assumé par une autre personne. En même temps, la clinique montre que lorsqu'on a dû se résoudre à placer un enfant, il se développe mieux si des liens réguliers peuvent être maintenus avec ses parents, ce qui lui évite d'être confronté à des angoisses d'abandon et de mettre en place un processus d'idéalisation irréaliste.

Ce n'est que dans 5 % des situations d'enfants placés qu'il est nécessaire de suspendre tout contact entre parents et enfant. Ceci concerne des parents qui ont commis des actes extrêmement graves sur leur enfant (strangulation, empoisonnement, etc.), et ce dernier est tellement terrorisé qu'il refuse totalement de rencontrer leur père ou leur mère.

L'idéologie du lien amène aussi à proposer l'accueil de l'enfant dans sa famille élargie lorsqu'un placement s'impose. On constate que cet accueil est souvent fait habituellement sans le minimum de précautions nécessaires concernant les capacités éducatives de cette famille élargie et les relations qu'elle entretient avec les parents biologiques, ce qui fait de cette circonstance une situation à hauts risques (M. Berger, 2005).

L'idéologie du lien familial à tout prix a de nombreuses conséquences: une absence de buts clairs, une législation inadéquate, la non-utilisation d'outils d'évaluation précis, la mise en avant de la précarité pour expliquer des défaillances parentales importantes, une mauvaise utilisation de l'aide à la parentalité et des visites médiatisées, l'absence de prise en charge cohérente, la non-intégration de la théorie et de la clinique de l'attachement.

## **Un dispositif de protection de l'enfance sans buts clairs**

---

Les lois belges et françaises ne se fixent pas comme objectif prioritaire la protection du développement physique, affectif, intellectuel, et social de l'enfant. Elles sont imprégnées par



l'idéologie du lien familial et leur but est essentiellement le maintien de l'enfant dans sa famille, ou son retour s'il a dû en être séparé.

La pratique quotidienne montre qu'elles ne sont pas porteuses d'un projet cohérent et au long terme pour l'enfant. Si certains enfants parviennent néanmoins à bénéficier d'un tel projet, c'est parce que certains professionnels se sont battus avec une ténacité remarquable pour obtenir sa réalisation.

La lecture des textes de références internationaux est elle-même prise dans cette torsion. Ainsi le texte le plus souvent cité est la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) qui considère certes que l'intérêt de l'enfant est primordial, mais qui n'est que peu utilisable car destinée essentiellement aux Etats, en particulier aux Etats totalitaires: elle porte sur le droit de l'enfant à la vie, le droit de garder son nom et sa nationalité, le fait de ne pas enrôler d'enfants comme soldats au-dessous de 15 ans, etc. La CIDE n'est donc pas valable au niveau intrafamilial.

La Déclaration des droits de l'enfant votée à l'unanimité par l'ONU en 1959, sur laquelle la CIDE repose, est escamotée, alors qu'elle stipule dans son Principe 2 que «l'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité» (ceci inclut le développement affectif).

On constate à quel point la lecture faite en France et en Belgique de la CIDE est idéologique

puisque c'est le même texte qui est cité comme fondement des lois québécoises et italiennes qui sont beaucoup plus protectrices pour le devenir des enfants.

Nous avons déjà indiqué une des conséquences de ces lois: si les signalements sont faits d'une manière adaptée et parfois précoce par divers professionnels, les décisions qui s'en suivent sont souvent inadéquates et insuffisamment protectrices.

L'absence de but clair se rencontre aussi lorsqu'est émis l'argument suivant: il faut trouver un équilibre entre les droits de l'enfant et les droits des parents. Mais la loi ne donne pas aux parents de «droits» en soi. Le Code Civil français (article 371-1) indique clairement que «l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. La responsabilité première des parents est celle de protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé, sa moralité et son développement, pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne». Il s'agit d'un droit-fonction qui n'est justifié que par son but et qui ne peut être exercé que dans ce but, c'est-à-dire dans l'intérêt d'un tiers, l'enfant, autre que le titulaire du droit, le parent. C'est un droit qui est donc une somme d'obligations et de responsabilités. Quant aux droits des enfants, ils leur sont consentis en fonction de leur vulnérabilité.

On peut aussi répondre à cette volonté d'équilibre entre les droits de l'enfant et des parents, qu'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?»

## L'absence d'outil d'évaluation

---

Étant donnée l'absence de définition d'un but clair, la France et la Belgique ne disposent d'aucun outil d'évaluation reconnu au niveau national. C'est pourquoi l'état de l'enfant réel et la nature des troubles psychiques des parents ne sont souvent pas évalués de manière adéquate.

Pourtant d'autres pays disposent de tels guides. Ainsi au Québec, le guide d'évaluation des compétences parentales en est à sa troisième version depuis 1995. Quel que soit l'outil utilisé, et en sachant qu'une part de subjectivité persistera toujours, il faut que cette évaluation soit pertinente, étant donnée la rapidité avec laquelle les troubles décrits ci-dessus peuvent se fixer.

Pour cela, l'évaluation doit porter :

- sur le développement cognitif et affectif de l'enfant,
- sur le fonctionnement mental des parents et leur capacité de changement,
- sur l'observation de l'interaction de chaque parent avec l'enfant.

En particulier, un élément fondamental d'évaluation est la capacité pour un parent de jouer avec son enfant à des jeux de teneur transitionnelle, c'est-à-dire des jeux créatifs impliquant une

domestication des mouvements pulsionnels et qui ne soient donc pas excitants; des jeux qui introduisent du faire-semblant; et qui sont partagés, c'est-à-dire dans lesquels il y ait non seulement l'alternance «à toi», «à moi», mais aussi l'acceptation que l'autre modifie le cours du jeu.

Il s'agit là d'un des indicateurs les plus précis de la qualité de la parentalité au sens où le jeu est essentiel pour le développement psychique de l'enfant dès les premiers mois de sa vie, comme l'indique le Children Act (M. Berger; 2004).

Il faut souligner que fréquemment, lorsqu'un enfant est placé en internat pendant la semaine et séjourne chez ses parents pendant le week-end, aucun travailleur social ne va observer la nature des échanges à domicile le samedi et le dimanche. Les professionnels ne disposent donc plus de certains éléments essentiels à connaître pour prendre les décisions ultérieures.

Plusieurs outils d'évaluation sont à notre disposition: jalons de l'hôpital Bellevue, Berger, 2004; *Guide d'évaluation des capacités parentale*<sup>7</sup>, *À chaque enfant son projet de vie permanent*<sup>8</sup>.

Il est à noter que le but de la formation du dispositif de protection de l'enfance au Québec est clair: éviter qu'à l'âge adulte, les enfants concernés ne soient en situation de déficience intellectuelle, d'exclusion sociale, d'errance, d'internement psychiatrique, ou de violence.

---

7 Lien : [http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/evaluation/pdf/guide\\_competences\\_parentales.pdf](http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/evaluation/pdf/guide_competences_parentales.pdf),

8 Lien : [http://www.mtl.centresjeunesse.qc.ca/pdf/programme\\_projet\\_vie.pdf](http://www.mtl.centresjeunesse.qc.ca/pdf/programme_projet_vie.pdf)

Pour cela, il est considéré que tout enfant a le droit d'avoir un projet de vie, avec des parents ou des substituts. Le terme « projet de vie » est défini comme le fait pour un enfant de pouvoir vivre dans une situation stable et permanente, en ayant à sa disposition un lieu d'appartenance et une personne significative afin qu'il puisse acquérir la capacité de créer une relation d'intimité saine avec autrui (M. Berger, E. Bonneville, 2007).

## L'idéologie de la précarité

---

Cette idéologie empêche de prendre en compte les causes réelles des dysfonctionnements parentaux. Certes, la précarité peut aggraver les difficultés éducatives des parents, et dans de nombreuses circonstances elle nécessite que soit mise en place une aide à la parentalité éducative, psychologique, financière, adaptée et cohérente, et non pas une séparation parent-enfant prolongée. Oui, ce problème doit faire l'objet de recherches spécifiques.

Mais le concept de « précarité » est souvent utilisé de manière idéologique pour éviter de reconnaître les troubles psychiques réels de nombreux parents.

Ainsi donc, en juillet 2004, à Drancy, en banlieue parisienne, une gardienne d'immeuble effectuant un remplacement d'été signale la présence dans la rue d'un enfant très mal habillé et l'air mal en point. La police intervient à son domicile et découvre que ses parents ne tirent pas la chasse d'eau et ne jettent aucun détritrus depuis de nombreux mois; il y a quinze centimètres d'excréments et d'immondices dans tout l'appartement.

Les enfants sont dans un état de carence alimentaire important, le dernier ne pesant que quatre kilos à dix-huit mois. Un juge des enfants interviewé explique qu'il s'agit d'un problème de précarité. Pourtant le père avait un salaire régulier et avait acheté un téléviseur à écran plat une semaine avant l'intervention des forces de l'ordre. Il est évident qu'une telle façon de vivre est due à des troubles psychiques.

Et même lorsqu'une situation de précarité existe, il reste à en déterminer l'origine. Ainsi dans une étude portant sur trente suivis d'enfants petits placés au long cours parce que leurs parents sont malades mentaux, il est apparu que la plupart de ces parents étaient en situation de précarité du fait de leur incapacité à gérer la réalité au sens le plus matériel du terme (H. Rottman, 2001).

## Le mauvais usage de l'aide à la parentalité

---

La conséquence directe de l'absence de but clair est le mauvais usage de l'aide à la parentalité. En particulier, beaucoup « d'aides éducatives administratives » mises en place sans qu'un signalement soit effectué auprès du juge des enfants sont décidées dans une optique idéologique, afin d'éviter une « judiciarisation » considérée comme stigmatisante pour les parents.

À tel point que la baisse du pourcentage de situations judiciarisées est considérée dans certains départements comme un indicateur de la bonne qualité du travail accompli, alors que des indicateurs précis concernant l'état des enfants seraient plus pertinents. Or, il apparaît clairement

que parmi les situations où les enfants sont en danger physique et psychique sévère, dans de nombreux cas, si elle ne s'accompagne pas d'une évaluation précise l'aide éducative administrative a eu pour effet de retarder le moment du signalement et la prise de décisions difficiles mais nécessaires. Les enfants sont alors adressés en soin tardivement, dans un état quasiment irrécupérable.

Prenons le problème à partir de la finalité recherchée, ce qui permet de replacer la place de l'aide à la parentalité dans un projet global pour l'enfant. On peut considérer que le développement affectif et intellectuel d'un enfant est à peu près protégé si les objectifs suivants sont atteints :

- que l'enfant sache lire, écrire, compter et qu'il ait un minimum de curiosité et d'envie d'apprendre, condition nécessaire pour avoir un métier et être autonome,
- qu'il soit capable de ne pas taper les autres et de ne pas se faire violenter par eux,
- qu'il soit capable de vivre en groupe, condition pour pouvoir participer à la vie sociale,
- qu'il puisse se sentir bien à certains moments lorsqu'il est en contact avec ses parents, sinon il sera pris à vie dans un cycle d'idéalisation-aspiration/déception-rejet.

Ces objectifs peuvent être atteints principalement grâce à trois dispositifs :

1. Tout d'abord, une aide à la parentalité peut être envisagée, à condition que les parents acceptent cette aide, reconnaissent leur responsabilité dans les difficultés présentes, que l'état de l'enfant ne soit pas encore trop dégradé, et qu'on puisse espérer un changement dans un délai compatible avec un développe-

ment correct de l'enfant, car on constate le plus souvent dans ces contextes que la différence de décalage temporel d'évolution entre parents et bébé ne peut être comblée.

Une telle aide, qui peut s'accompagner d'un placement relais, doit être suffisamment intense, et surtout elle doit s'étayer sur des principes de travail précis, par exemple comment aider un parent à se voir et à percevoir les besoins de son enfant, alors que les concepts utilisés actuellement sont souvent très flous (Berger M., Bonneville E., 2007). Cette aide s'accompagne d'entretiens familiaux au cours desquels on tente d'aborder l'histoire personnelle des parents, car leurs difficultés éducatives sont le plus souvent liées à leur propre enfance désastreuse.

Enfin il est nécessaire que la pathologie personnelle des parents soit soigneusement évaluée, comme le souligne Martine Lamour. Il faut donc se demander pourquoi l'aide à la parentalité est-elle souvent mise en place systématiquement, sans reposer sur une indication précise ?

2. Ensuite, si cette aide échoue, ou si les parents dénieient avoir les moindres difficultés éducatives, une autre possibilité est un projet de vie permanent pour les enfants de certains parents malades psychiatriques chroniques, ou psychopathes en errance perpétuelle, ou toxicomanes, etc., qui ne pourront développer que des compétences partielles. Ils aiment et investissent leur enfant, mais d'une manière très inadéquate du fait de leur pathologie personnelle.

Myriam David (2004) indique que la plupart des parents dont les enfants doivent être pla-

cés ont peu de possibilités de « changer » et se révèlent insensibles aux diverses formes de traitements psychothérapeutiques individuels et en groupe que nous pouvons leur proposer.

Une séparation avec tous les degrés possibles de distanciation, depuis un retour au domicile un week-end par mois jusqu'à des visites médiatisées, est alors la seule solution, à condition qu'un lien stable soit proposé à l'enfant hors de sa famille biologique.

C'est parce que ces enfants peuvent se construire une pensée personnelle bien différenciée de celle de leurs parents qu'ils peuvent éprouver des moments où ils se sentent bien en présence de ces derniers, sans être envahis par l'angoisse. La question ici n'est pas de faire « plus » de séparations, mais de séparer au moins mauvais moment.

3. Enfin, dans les situations de délaissement, c'est l'abandon suivi de possibilité d'adoption qui est le plus adéquat.

Donc la séparation n'est pas notre problème au sens où cette question n'apparaît qu'en troisième ou quatrième position dans notre raisonnement qui se situe dans une logique clinique de protection de l'enfant.

Le problème premier concerne les effets de la dysparentalité sur le corps de l'enfant, et sur ses capacités de nouer des liens et d'accéder à la pensée et à la réalité ; ces effets sont aussi reliés à la durée d'exposition du nourrisson à la dysparentalité.

Si une séparation n'est pas nécessaire, tant mieux, c'est toujours plus simple. Sinon, c'est

dommage, et tout sera plus compliqué car une séparation ne traite pas les dégâts psychiques antérieurs, lesquels vont nécessiter la mise en place d'un dispositif thérapeutique souvent complexe.

La séparation nécessite aussi un accompagnement soigneux de l'enfant confronté à une problématique de double attachement. Enfin, elle doit s'accompagner d'une évaluation précises des effets des contacts entre parents et enfants, une médiatisation insuffisante des rencontres pouvant dans certains cas annuler la protection procurée par la séparation (cf. infra).

## **L'absence de suivi relationnel spécifique en cas de séparation**

---

Myriam David (2000) et H. Rottman, insistent sur la nécessité d'un suivi relationnel des enfants lorsqu'une séparation a dû être mise en place. L'expérience montre que lorsqu'un enfant présente les troubles décrits dans le quinté perdant, les psychothérapies individuelles échouent fréquemment à l'aider car, du fait de leur rythme souvent hebdomadaire, le thérapeute ne parvient pas à être une personne signifiante dans l'existence de l'enfant.

Nous sommes arrivés à la conclusion que seul un dispositif d'écoute spécifique permettait d'entrer dans la vie psychique très complexe de ces enfants, qui ont à faire « un travail de séparation », différent de ce qu'on appelle habituellement un travail de deuil au sens où la personne dont on est séparé garde une réalité plus importante que si elle est décédée. Les sentiments de jalousie, d'abandon, peuvent alors être très présents : que

fait l'autre séparé? Quelles sont ses nouvelles rencontres? Avec qui noue-t-il d'autres liens? La séparation est différente du deuil car elle n'apparaît pas comme définitive et irréversible (J.C. Arfouilloux, 1990). La perte n'a pas la même réalité massive. La survie de l'objet séparé entretient l'espoir de retrouvailles, de reconquêtes. Elle s'accompagne d'une idéalisation du passé, d'une nostalgie d'un paradis perdu qui en fait n'a jamais existé. La surprise est que derrière l'impossibilité de renoncer à l'image idéalisée des parents, on constate fréquemment la présence d'éléments dépressifs mélancoliques (M. Berger, 1997, M. Berger, C. Rigaud, 2001).

Il est alors nécessaire de mettre en place un dispositif d'écoute spécifique dont nous n'indiquons ici que les principes généraux.

1. Il faut un temps très long pour mobiliser la pensée d'un enfant dans de telles circonstances. Ceci nécessite donc qu'il y ait un professionnel fixe pour s'occuper de la situation pendant plusieurs années. Pour cela, nous proposons dans notre service une prise en charge individuelle qui présente les caractéristiques suivantes.
2. Le professionnel, éducateur (trice), infirmier(e), met à la disposition de l'enfant un lien fréquent avec un engagement personnel : il accepte de prendre une place relationnelle importante pour lui.

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.

3. 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 lorsqu'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 vécus 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.

#### 4. 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 l'attitude de ses parents, on ne lui permet pas de s'approprier sa pensée.

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 le psychiatre présent d'une manière inarrêtable, et ceci dure pendant tout l'entretien. Il s'agit de cris inarticulés, et le thérapeute ne sais pas comment intervenir. Ce n'est qu'en reprenant les éléments de l'histoire de cet enfant avec les professionnels qui l'ont connu antérieurement que ce médecin apprendra 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 d'évoquer 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.

## Une mauvaise utilisation des visites médiatisées

---

L'outil «visites médiatisées» est souvent soit inutilisé dans des situations où il serait nécessaire, soit mis en place d'une manière qui en dénature complètement le sens et le rend inefficace. C'est un des points faibles des dispositifs de protection de l'enfance. Il est fréquent que des placements d'enfants se révèlent non protecteurs parce qu'ils ne s'accompagnent pas de visites médiatisées. Nous avons même constaté à de nombreuses reprises comment des enfants placés dès la naissance parce que leurs parents présentaient des troubles psychotiques majeurs ont évolué vers le quinté perdant décrit ci-dessus du fait de la suppression de la médiatisation des rencontres à plusieurs reprises au cours de leur histoire.

### Rappel

Dans certaines situations, loin d'être rares, après une ordonnance judiciaire de séparation, il arrive que le moindre contact de l'enfant avec ses

parents ait des effets nocifs sur son fonctionnement psychique ou psychosomatique, pour les raisons suivantes.

Le comportement des parents est toujours fortement nocif; l'enfant, lors des rencontres, risque d'être soumis de plein fouet à leur pathologie : folie, confusion, perversion, séduction malsaine, menaces, dépression profonde, etc., ce qui l'angoisse et le désorganise durablement. Ou bien la rencontre réveille chez l'enfant des traces angoissantes du passé, sous forme de reviviscences hallucinatoires.

Il est alors nécessaire que la rencontre ait lieu en présence d'un ou deux professionnels. Il faut remarquer que le terme «médiatisé» ne doit pas être confondu avec celui de «médiation», utilisé dans d'autres contextes, comme les situations de divorce. Ici le professionnel n'est pas un médiateur, au sens où il n'a pas une position de neutralité à l'égard des différentes personnes présentes<sup>9</sup>; au contraire nous le constaterons, il doit tenir une indispensable position de protection du psychisme de l'enfant.

### Un dispositif mal compris

Pourquoi ce dispositif est-il si difficile à intégrer par les professionnels? On peut dire que pendant la période où des rencontres médiatisées sont nécessaires, l'intérêt des parents et l'intérêt de l'enfant divergent totalement, et que ce dispositif est celui qui porte le plus atteinte à la représentation que nous avons de la fonction parentale, en même temps que c'est celui qui protège le plus l'enfant. Aussi cette pratique est-

---

<sup>9</sup> Il n'est pas une «médiatrice» qui couperait un angle en deux parties égales, comme le fait remarquer J. Aymard (mémoire de DU, 2005, Faculté de Médecine de Saint-Étienne).



elle celle qui heurte le plus l'idéologie du lien familial, beaucoup plus que le placement, car elle signifie que ce n'est plus seulement vivre ensemble, mais passer un moment ensemble qui a une influence désorganisatrice, nocive sur l'enfant.

Les parents, blessés dans leur amour propre, luttent contre ce dispositif, qui est un des principaux motifs d'appel en justice, en disant qu'ils ne peuvent pas être naturels lors de ces rencontres. Mais en réalité, lorsque la nécessité de rencontres médiatisées est évoquée, c'est parce que les parents n'ont aucun autre mode de contact avec leur enfant qu'une relation de collage complet avec une séduction malsaine, parfois incestuelle; ou un besoin massif d'emprise sur le corps et/ou la pensée de l'enfant; ou une excitation corporelle sous la forme de chatouilles ou de baisers sur tout le corps; ou des phrases destinées à rendre l'enfant envieux; ou des messages tordus et contradictoires qui embrouillent son esprit; ou même des propos menaçants ou une violence physique. Ou encore, le parent attribue en permanence à l'enfant ses propres pensées et sentiments. Ou le vide relationnel est tel que le parent passe la visite à nourrir son enfant, jusqu'à l'indigestion lorsqu'il s'agit d'un nourrisson, sans pouvoir lui proposer d'autre forme d'échange.

Quand on freine les excès de ce genre de relation, oui, le parent n'est pas « naturel » au sens où il est incapable de proposer un mode de relation différent, dans lequel son enfant soit pris en compte comme sujet différencié pouvant exprimer des désirs personnels.

En même temps, dans les visites médiatisées, un certain « calme » s'installe qui permet à l'enfant, si on le soutient, de poser des questions importantes pour lui concernant son histoire, ou aux

professionnels de parler aux parents et à l'enfant du mode de relation qu'ils observent entre eux, et de demander ce que cela peut faire à l'enfant. Si un jeu est proposé par l'enfant ou le professionnel, il apparaît que le parent a souvent beaucoup de difficulté à jouer avec un support, ce qui est distinct des échanges excitants corporellement décrits ci-dessus. Pourtant, le jeu n'est-il pas un des modes de communication les plus naturels entre un parent et son enfant ?

### **Des visites médiatisées pour qui et pour quoi ?**

Nous touchons là un problème important. Depuis qu'il a été créé par Myriam David en 1960 pour permettre les relations entre des mères psychotiques et leur nourrisson, ce dispositif a été clairement défini comme ayant pour but de permettre des contacts entre parents et enfant en protégeant l'enfant de la pathologie parentale<sup>10</sup>. Les visites médiatisées sont faites pour les enfants, non contre les parents. C'est ce qu'on a trouvé de « moins mal » pour permettre ces contacts.

Dans ce cadre sécurisant, l'enfant peut ainsi rencontrer son parent sans être soumis à des excitations extrêmes et traumatiques. Ceci lui permet, dans un second temps, de se différencier de ce parent ; grâce au dispositif protecteur, il est moins en proie à des moments de terreur plus ou moins hallucinatoire en présence du parent, et il commence à voir ce dernier comme il est, ni pire, ni meilleur, sans se laisser envahir par la pathologie parentale ou par des images du passé. Il peut commencer à sortir de son monde imaginaire : il compare l'image qu'il a de ses parents, angoissante ou idéalisée, souvent fixée dès sa petite

---

<sup>10</sup> Et dans le cas des mères schizoïdes, pour les protéger elles-mêmes de leurs propres réactions lorsqu'elles se trouvent en présence de leur nourrisson.

enfance, avec le parent réel et actuel. Et ceci lui permet de remanier ces images en fonction du présent. Grâce à cela, il ose peu à peu exposer sa manière personnelle de penser, et maintenir son point de vue face à son père ou à sa mère, en s'opposant s'il le faut.

On constate que le deuxième objectif des rencontres médiatisées n'est donc pas de traiter la relation parents-enfant, ni de permettre le retour de l'enfant chez ses parents, ce qui est illusoire dans la plupart des placements précoces, mais de favoriser le développement affectif de l'enfant. De plus, les visites médiatisées, par-delà leur aspect contraignant, permettent à un certain nombre de parents d'avoir des moments relationnels agréables et authentiques avec leur enfant, ce qui ne s'était jamais produit, et les parents seront aussi gagnants<sup>11</sup>.

### **Le déroulement des visites médiatisées<sup>12</sup>**

Rappelons que le rythme et la durée des visites médiatisées dépendent essentiellement de l'état de l'enfant avant et après la visite<sup>13</sup>. Des rencontres trop longues et/ou trop rapprochées annulent totalement leur effet protecteur.

D'une manière générale, le rythme moyen de quarante-cinq minutes à une heure par mois, parfois tous les deux mois, est suffisant, car la

---

11 Il en est de même dans le contexte particulier suivant : une femme qui a de réelles capacités maternelles, est sous l'emprise d'un compagnon violent qu'elle aime ou qui la terrorise au point qu'elle n'ose pas le quitter. Face à la dangerosité de cet homme à son égard ou à l'égard de l'enfant, il ne reste parfois pas d'autre solution qu'un placement accompagné de visites médiatisées qui, elles seules, permettent à la mère d'avoir un moment de relation tranquille avec son enfant. Inversement, il existe des hommes sous emprise.

12 Berger M., 2005

13 Lien : Cf. [www.mtl.centresjeunesse.qc.ca/pdf/programme\\_projet\\_vie.pdf](http://www.mtl.centresjeunesse.qc.ca/pdf/programme_projet_vie.pdf), À chaque enfant son projet de vie permanent, p. 59-70 : «Encadrer les contacts parents-enfant».

nécessité même de mettre en place ces visites signifie un dysfonctionnement parental important qui s'accompagne d'effets désorganiseurs majeurs sur l'enfant.

De nombreux professionnels n'ont pas intégré le principe suivant : ce n'est pas le cadre des visites médiatisées en lui-même qui permet à l'enfant de se sentir en sécurité et de pouvoir penser plus tranquillement en présence de ses parents, mais la manière dont la rencontre est gérée.

Il faut être conscient qu'il existe deux sortes de protection. La première est physique, et a comme seul but d'éviter qu'un enfant ne soit frappé, touché sexuellement, ou enlevé au cours d'une rencontre avec ses parents. C'est insuffisant dans la plupart des situations. La deuxième sorte est psychique et a pour but d'éviter que l'enfant ne soit désorganisé par les attitudes et les paroles de ses parents.

Ceci nécessite :

- que les professionnels présents soient toujours les mêmes, et que la visite soit annulée ou reportée s'ils sont absents,
- que la médiatisation soit effective de la première à la dernière minute de la rencontre, car c'est souvent à la fin, dans le couloir où il est le plus difficile de contrôler la situation, que le parent dit les paroles qui déstabilisent l'enfant,
- que toutes les paroles échangées puissent être entendues des professionnels, et si besoin interrompues parce qu'elles sont inquiétantes pour l'enfant, puis reprises avec lui après la rencontre.

Donc les visites médiatisées doivent avoir lieu dans un lieu clos, et ne pas se dérouler en plein

air, ou au domicile des parents, ou dans un lieu collectif, comme cela arrive dans les points rencontres qui reçoivent aussi des parents et enfants dans des situations de divorce compliqué.

Il est évident que lorsqu'un parent déclare à son enfant, et c'est très souvent la première chose qu'il dit dès qu'un professionnel s'éloigne, qu'il va faire en sorte que cet enfant revienne dormir à la maison, ce dernier croit ce parent, et c'est la parole du juge qui est ainsi balayée et ne fait plus tiers entre parents et enfant. Voilà pourquoi les courriers et les échanges téléphoniques doivent eux aussi être médiatisés, et on ne doit pas accepter qu'un parent offre un téléphone portable à son enfant, car nous avons constaté que c'était presque toujours dans le but bien précis de transgresser la médiatisation.

Enfin certaines visites médiatisées doivent être individualisées. Ainsi est-il le plus souvent préférable que chaque enfant soit reçu séparément avec ses parents, car un parent qui n'est pas parvenu auparavant à avoir une attitude éducative adéquate avec un enfant est plus débordé encore lorsqu'il est en présence d'une fratrie.

## L'absence de continuité des intervenants

---

Souvent, le turn-over des professionnels est tel que les enfants ne parviennent pas à bénéficier d'une figure d'attachement stable, alors que les services sociaux anglais doivent, comme premier objectif, « s'assurer que les enfants sont attachés à un adulte capable de leur offrir des soins efficaces et la sécurité tout au long de leur enfance ».

Un principe général est qu'on ne peut obtenir de stabilité des professionnels que s'ils éprouvent du plaisir dans leur travail et que si ce dernier a un sens cohérent pour eux, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas.

Les services de protection de l'enfance fournissent à l'enfant un confort matériel adéquat, mais qu'en est-il de son bien-être psychique?<sup>14</sup> Dans beaucoup de situations, l'enfant est « abandonné » par les professionnels et laissé seul face à des parents inquiétants, ou face à un vide relationnel, ou face à une absence d'intérêt et de curiosité concernant son état et son avenir.

Penser l'enfant comme étant la possession de ses parents permet d'éviter l'engagement des professionnels. J. Cartry (2004) cite la théorie qu'il a entendue fréquemment, selon laquelle plus un enfant connaît d'adultes, plus il fait d'expériences relationnelles, alors qu'en réalité, seule la relation avec un ou deux adultes prévisibles, suffisamment présents, s'impliquant de manière stable dans la préoccupation de l'enfant, permet de tirer profit de la multiplicité des relations suivantes. J. Cartry souligne aussi que de nombreux éducateurs ne veulent plus s'engager personnellement et n'ont plus dans leur psychisme d'espace d'accueil de l'enfant. Souvent, ils enjoignent à des enfants placés en internat d'être autonomes au-delà de leurs possibilités, en oubliant que normalement, cette capacité se développe grâce à un fond de continuité relationnelle procuré par les parents ou d'autres adultes, ce qui n'est précisément pas le cas.

---

<sup>14</sup> De même que certains juges prennent en compte l'aspect physique de la maltraitance, mais plus difficilement son aspect psychique.

L'engagement est une valeur perdue et beaucoup de professionnels (travailleurs sociaux, éducateurs, administrateurs, psychologues, pédopsychiatres, juges) ne sont pas prêts à faire l'effort de s'identifier aux sentiments difficiles que ressentent les enfants. C'est dommage, car grâce aux vingt-huit ans de recul de notre service, nous avons constaté que le fait que le même intervenant investisse un enfant sur une longue durée permet à ce dernier de se construire de manière beaucoup plus solide, d'amortir l'intensité des fréquentes turbulences qui surviennent à l'adolescence et de mieux en comprendre le sens.

Ainsi, souvent, un enfant qui subit des dysfonctionnements parentaux majeurs « n'appartient » à personne. Ses parents l'investissent d'une manière inadéquate, et ils 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. En même temps, il est fréquemment peu investi en qualité et en durée par les intervenants, aucun d'eux ne se sentant vraiment responsable lorsqu'il évolue de manière péjorative. Cela n'empêche pas que cet enfant soit l'objet d'enjeux de pouvoir entre institutions.

## **L'absence de protocole spécifique**

---

Nous sommes là confrontés au grave danger, suivant l'expression d'André Carel, que peut représenter l'expertise psychiatrique dans ces situations, si elle est réalisée par des collègues n'ayant jamais effectué la prise en charge globale et prolongée d'une seule de ces situations.

Pour ce genre d'expertise, il est nécessaire que les conditions suivantes soient réunies pour éclairer la justice. Il ne suffit pas que parents et enfants soient reçus séparément, il faut que l'observation de l'interaction de l'enfant avec chaque parent soit effectuée. L'expert doit avoir pris connaissance des principaux rapports éducatifs effectués au fil des années et des solutions déjà tentées. Il doit rencontrer un membre de l'équipe éducative qui s'occupe actuellement de la situation, ce qui lui évitera d'être induit en erreur par un parent qui parvient à contenir sa pathologie pendant le moment ponctuel de l'expertise. Il doit savoir évaluer précisément le développement cognitif d'un bébé et d'un enfant plus grand, car l'angoisse, les troubles de l'attachement, les troubles du schéma corporel touchent prioritairement les capacités de penser et la curiosité.

Une expertise qui ne remplit pas ces conditions est critiquable.

## **L'absence d'évaluation budgétaire**

---

Le coût réel de la protection de l'enfance n'est volontairement pas chiffré de manière longitudinale. On est habituellement capable d'indiquer quel est le coût du dispositif de protection de l'enfance lui-même. Mais la médiocrité des résultats a des conséquences beaucoup plus importantes pendant toute la vie d'adulte du sujet. Il n'est pas rare que des professionnels aient essentiellement pour objectif de « gérer » des situations jusqu'à ce que l'enfant atteigne 18 ans, âge au-delà duquel il ne se trouve alors plus sous leur responsabilité.

La déficience intellectuelle sera alors prise en charge par l'Éducation Nationale, les troubles psychiatriques par le Ministère de la Santé, la violence par la justice et le système pénitentiaire, et l'absence d'autonomie du sujet pendant toute son existence dépendront des Ministères chargés de fournir des allocations d'État.

Les comparaisons effectuées en janvier 2005 montrent que le coût jusqu'à 60 ans d'un trajet de vie pour un enfant placé en famille d'accueil stable de l'âge de un an à vingt ans est de 445 000 euros (en France) alors qu'il peut monter à 920 000 euros si le sujet a été exposé de zéro à deux ans à des interactions familiales gravement défectueuses (Berger M., 2005) et placé à partir de l'âge de quatre ans.

## **L'absence de recherches structurées**

---

Nous constatons régulièrement la difficulté, voire l'impossibilité, de mettre en place des recherches concernant l'évaluation du devenir des enfants en fonction des décisions prises. En effet, ces recherches ne sont pas entendues par les structures officielles comme une évaluation de l'état de l'enfant, mais comme une évaluation de leur fonctionnement.

Nous avons constaté en France les obstacles majeurs qui ont été mis pour entraver la réalisation de ces travaux. Or aucun dispositif ne peut progresser s'il ne commence pas par reconnaître ces échecs.

## **L'absence de dispositif spécifique de prise en charge des situations de violence de la part des parents**

---

On constate quotidiennement comment les enfants soumis aux parents les plus violents restent exposés à ces derniers à cause de la peur que ressentent les travailleurs sociaux et même les juges face à ces parents.

La non-reconnaissance de cette crainte empêche de mettre en place des protocoles spécifiques pour les parents violents.

# Quelles améliorations possibles ?

## Un changement de loi

---

Tant qu'un changement de loi n'aura pas lieu, aucun autre changement ne sera possible. Une loi cohérente devrait être construite selon la logique suivante<sup>15</sup>.

- L'intérêt de l'enfant est le principe premier qui doit sous-tendre toutes les décisions et les interventions. Ce principe a préséance sur tous les autres. Cet intérêt risque d'être compromis ou est considéré comme compromis lorsque l'enfant est en situation de danger, ou ne reçoit pas ce qui est essentiel pour répondre à ses besoins fondamentaux<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Nous nous référons, entre autres, à la version 1994 de la loi québécoise sur la protection de la jeunesse.

<sup>16</sup> Il faut mentionner ici que le 10/01/2007, à l'Assemblée Nationale, l'ensemble des partis politiques se sont opposés au Ministre de la Famille (qui représentait la position des organes officiels et judiciaires) et ont fait voter un amendement essentiel dans la future loi sur la protection de l'enfance: «L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux, et affectifs, ainsi que le respect de ses droits, doivent guider toutes décisions le concernant». Deux autres amendements visent à améliorer la stabilité du projet de vie de l'enfant. «On doit veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés dans son intérêt supérieur», ce qui est destiné à éviter les ruptures intempestives de lien avec une famille d'accueil bien investie. Et «Lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée pour une durée supérieure à deux ans, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir. Un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement au juge des enfants». Reste à voir de quelle manière les tenants de l'idéologie du lien familial à tout prix vont tenter de les contourner ou de les vider de leur sens.

- 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. Un tel principe nécessite que les besoins minimum d'un enfant en fonction de son âge soient précisés clairement: physiques, intellectuels, sociaux et affectifs, incluant le besoin de sécurité émotionnel et la possibilité de s'attacher de manière stable à un adulte attentif.

- Le but de toute intervention auprès d'un enfant et de ses parents est de mettre fin à la situation préjudiciable à la sécurité ou au développement de l'enfant, et d'éviter qu'elle ne se reproduise.<sup>17</sup>

- Six sortes de risques doivent être pris en compte et nécessitent chacun 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 la responsabilité de leur enfant en maintenant ce dernier dans son milieu familial.

-Si cela se révèle impossible dans un délai raisonnable, 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. La nouvelle loi québécoise (2006) précise ces délais:

---

<sup>17</sup> Alors que dans le dispositif français, l'enfant est fréquemment réexposé à la situation de risque lors des tentatives de retour dans sa famille.

la durée d'un placement ne doit pas dépasser 12 mois pour un enfant de moins de deux ans, 18 mois pour un enfant âgé de 2 et 5 ans, et 24 mois après 6 ans, incluant la durée du placement avant la décision judiciaire. Au-delà, un projet de vie stable doit être mis en place. Un abandon suivi d'adoption doit être envisagé dans les cas de négligences graves et d'abandon de fait au-delà de six mois ou d'un an selon les États.

## **Introduire une responsabilisation**

---

Personne n'est vraiment responsable lorsque les enfants dont il est question ici évoluent de manière péjorative. L'état psychique de ces sujets ne leur permet ni de se formuler qu'ils ont été privés de possibilité d'évoluer autrement au niveau de leurs capacités affectives et intellectuelles, ni de mener une action en justice pour demander réparation. Ainsi aucun retour ne peut diminuer les dysfonctionnements actuels.

Face à cette situation, certaines associations de protection de l'enfance pourraient représenter l'enfant au civil et au pénal lorsque des bilans très insuffisants ou des décisions inadéquates l'ont privé d'un développement intellectuel et affectif à peu près correct, en portant plainte pour préjudice subi contre les professionnels concernés, magistrats (l'État) et psychiatres inclus.

La nature humaine est ainsi faite que tant que les professionnels, à tous les niveaux, n'auront pas de comptes à rendre concernant les décisions qu'ils prennent ou ne prennent pas, rien ne changera.

## **Le développement de plans de formation communs aux acteurs de terrain et aux décisionnaires de chaque niveau de l'intervention sociale et judiciaire.**

---

De telles propositions sont parfois qualifiées de «révolutionnaires». En réalité, elles ne représentent qu'une mise à niveau adaptée aux connaissances actuelles.

En l'absence de dispositif cohérent centré sur le devenir de l'enfant, on constate que certains professionnels réussissent cependant à obtenir des résultats appréciables pour les enfants dont ils s'occupent, mais ceci souvent au prix d'efforts anormalement importants et d'oppositions à leurs propres institutions. Une motivation à toute épreuve est nécessaire.

Les autres enfants évoluent vers les graves difficultés indiquées ci-dessus. Dans aucun autre domaine n'existe un tel hiatus entre nos connaissances et les pratiques. Un certain nombre de politiques, d'administrateurs et de professionnels sur le terrain fonctionnent avec l'arrogance tranquille de l'ignorance assumée.

Les manques majeurs que présentent les lois belge et française sur la protection de l'enfance (y compris malheureusement la future loi française) amènent à penser qu'il n'y a actuellement aucune raison pour que cet état de fait change dans les vingt ans à venir. Sans la mise en place des trois améliorations sus-citées, seule l'augmentation inévitable et inexorable du nombre de sujets présentant une violence pathologique extrême et les

perturbations qu'ils provoqueront dans notre vie quotidienne amèneront peut-être à réévaluer cette question plus rapidement, et encore, pas forcément dans le sens du soin et de la protection.

«Pourquoi la vérité s'avance-t-elle toujours si seule et si fragile?» Bartholomé De Las Casas<sup>18</sup>

## Bibliographie

---

- Arfouilloux J.C., *Dépendances et ruptures en institution de soins*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 38, 4-5, p. 270-272., 1990
- Berger M., *Les séparations parents-enfant à but thérapeutique*, Paris, Dunod, 1992.
- Berger M., *L'enfant et la souffrance de la séparation: divorce, adoption, placement*, Paris, Dunod, 1997.
- Berger M., *L'échec de la protection de l'enfance*, 2004. Les jalons d'évaluations des défaillances parentales (chapitre 7) sont repris en intégralité dans le «Guide d'évaluation des compétences parentales du Québec», 2004.
- Berger M., a, *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique*, Paris, Dunod, 2005.
- Berger M., b, *Ces enfants qu'on sacrifie... au nom de la protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2005.
- Berger M., Rigaud C., «*Différence entre travail de deuil et travail de séparation*», Prisme (Canada), 36, p. 44-52, 2001.
- Berger M., Manic Y., Pastrana H., «*L'accompagnement des mouvements émotionnels et psychiques de l'enfant, confronté à la séparation*», in livre collectif «*La protection de l'enfance: maintien, rupture et soins des liens*», p. 153-168, Fleurus, 2005.
- Berger M., Bonneville E., André P., Rigaud C., «*L'enfant très violent : origine, devenir, prise en charge*», en cours de parution dans la Revue de Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2007.
- Berger M., Bonneville E., «*Théorie de l'attachement et protection de l'enfance au Québec*», en cours de parution dans la revue Dialogue, 2007.
- Bonneville E., «*À la rencontre du traumatisme des liens chez l'enfant placé*». DEA, Faculté de Psychologie, Université Lyon-2, 2003.
- Bonneville E., «*Une solitude extrême, hors du temps*». Accueil n°3, Enfance et Familles d'adoption, 1-4, 2006.
- Carty J., *Cahier du soir d'un éducateur*. Paris, Dunod, 2004.
- David M., *Enfants, parents, famille d'accueil*. Ramonville Saint-Agne, Eres, 2000.
- David M., *Le Placement familial, De la pratique à la théorie*, Paris, Dunod, 2004
- Mouhot F., «*Le devenir des enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance*», Devenir, vol. 13, 1, p. 31-66, 2001.

---

18 in «*La controverse de Valladolid*», J.C. Carrière, Acte Sud, 1999.



- Mouhot F., «*Séparation parents-enfant: impact de l'âge des enfants sur leur évolution*», Psychiatrie de l'enfant, XLVI, 2, 2003, p. 609-630, 2003.
- Rigaud C., «*Violence et contention: la fonction phorique du soin*». Diplôme d'études approfondies de Psychopathologie et Psychologie Clinique (DEA), Université Lumière Lyon II, 2001.
- Rottman H., «*L'Enfant face à la maladie mentale de ses parents. Place des rencontres médiatisées dans le placement familial*», Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 49, p. 178-185, 2001.
- Saint Antoine M., Rainville S., «*Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic*», Prisme, 44, p. 184-201, 2004.

## **Prenons le temps de travailler ensemble.**

La prévention de la maltraitance est essentiellement menée au quotidien par les intervenants. En appui, la Cellule de coordination de l'aide aux victimes de maltraitance a pour mission de soutenir ce travail à deux niveaux. D'une part, un programme à l'attention des professionnels propose des publications, conférences, séminaires et formations pluridisciplinaires. D'autre part, des actions de sensibilisation visent le grand public (spots tv et radio, livres pour enfants, ados et parents, blog, autocollants, cartes postales,...).

L'ensemble de ce programme de prévention de la maltraitance est le fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction Générale de l'Aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE). Diverses associations (Ligue des familles, services de santé mentale, plannings familiaux...) y participent également pour l'un ou l'autre aspect.

Se refusant aux messages d'exclusion, toute la ligne du programme veut envisager la maltraitance comme issue de situations de souffrance et de difficulté plutôt que de malveillance ou de perversion... Dès lors, elle poursuit comme objectifs de redonner confiance aux parents, les encourager, les inviter à s'appuyer sur la famille, les amis... et leur rappeler que, si nécessaire, des professionnels sont à leur disposition pour les écouter, les aider dans leur rôle de parents.

Les parents sont également invités à appréhender le décalage qu'il peut exister entre leur monde et celui de leurs enfants. En prendre conscience, marquer un temps d'arrêt, trouver des manières de prendre du recul et de partager ses questions est déjà une première étape pour éviter de basculer vers une situation de maltraitance.

La thématique est à chaque fois reprise dans son contexte et s'appuie sur la confiance dans les intervenants et dans les adultes chargés du bien-être de l'enfant. Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la « bienveillance », la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.

Ce livre ainsi que tous les documents du programme sont disponibles sur le site Internet :

**yapaka.be**

## Temps d'Arrêt:

*Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...*

### Déjà paru

- L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents. Collectif.
- Avatars et désarrois de l'enfant-roi. Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.\*
- Confidentialité et secret professionnel: enjeux pour une société démocratique. Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.\*
- Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Reine Vander Linden et Luc Roegiers.\*
- Procès Dutroux; Penser l'émotion. Vincent Magos (dir).
- Handicap et maltraitance. Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.\*
- Malaise dans la protection de l'enfance: La violence des intervenants. Catherine Marneffe.\*
- Maltraitance et cultures. Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux. Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter, agir: le risque de la confusion. Serge Tisseron.\*
- Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles. Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale. Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo Patricia Laloire, Françoise Mulkay, Gaëlle Renault.\*
- L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale? Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.\*
- Voyage à travers la honte. Serge Tisseron.\*
- L'avenir de la haine. Jean-Pierre Lebrun.\*
- Des dinosaures au pays du Net. Pascale Gustin.\*
- L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance: qu'en penser aujourd'hui? Pierre Delion.\*
- Choux, cigognes, «zizi sexuel», sexe des anges... Parler sexe avec les enfants? Martine Gayda, Monique Meyfroot, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe.\*
- Le traumatisme Psychique. François Lebigot.\*
- Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire. Danièle Epstein\*
- À l'écoute des fantômes. Claude Nachin

\*Épuisés mais disponibles sur [www.yapaka.be](http://www.yapaka.be)