

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007-2008

N°162

THESE

Pour le

DIPLOME D' ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de PSYCHIATRIE

par

Laure VELLY-DRU

Née le 26 Juillet 1979, à la Roche sur Yon

Présentée et soutenue publiquement le 30 Octobre 2008

**« FAMILLES SANS QUALITES » ?
PEDIATRIE, PEDOPSYCHIATRIE ET ACCES AUX SOINS**

Président du jury & Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur AMAR

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	p 12
1^{ère} PARTIE : ETRE PARENT	p 15
I. La parentalité : un concept récent	p 16
II. L'exercice de la parentalité	p 18
A. <u>Approche anthropologique</u>	p 19
B. <u>Approche juridique</u>	p 20
C. <u>Approche psychodynamique</u>	p 22
III. L'expérience de la parentalité	p 23
A. <u>Le désir d'enfant</u>	p 23
1. <i>Perspective psychanalytique</i>	p 23
2. <i>Perspective systémique</i>	p 25
3. <i>Désir d'enfant et désir de grossesse ?</i>	p 25
B. <u>La parentification</u>	p 26
1. <i>Chez la mère</i>	p 26
a) Une crise identitaire maturative	p 26
b) Régression narcissique et sollicitude maternelle primaire	p 27
c) Vie fantasmatique et ambivalence maternelle	p 28
2. <i>Chez le père</i>	p 31
IV. La pratique de la parentalité	p 33
A. <u>La théorie de l'attachement</u>	p 33
1. <i>Ou l'histoire d'une polémique...</i>	p 33
2. <i>Description des concepts princeps</i>	p 35
a) Le besoin d'attachement : un instinct	p 35
b) Le système d'attachement proprement dit	p 36
c) Les autres systèmes motivationnels	p 37
d) Les stratégies conditionnelles d'attachement	p 40
3. <i>L'attachement au fil des âges...</i>	p 41
4. <i>Evaluation des patterns d'attachement</i>	p 42
a) Chez le nourrisson : la <i>Strange Situation</i> et l' <i>Attachment Q-Sort</i>	p 42
b) Chez l'enfant et l'adolescent	p 44
c) Chez l'adulte : l' <i>Attachment Adult Interview</i>	p 44
d) Corrélation entre <i>Strange Situation</i> et <i>Adult Attachment Interview</i>	p 45
5. <i>Attachement, représentations et transmission intergénérationnelle</i>	p 45
a) Les modèles internes opérants	p 46

b) Le mécanisme d'exclusion défensive	p 47
6. <i>Pour conclure...</i>	p 48
B. <u>Les interactions parent-enfant</u>	p 49
1. <i>Les compétences des nouveau-nés</i>	p 49
2. <i>Les interactions comportementales</i>	p 50
3. <i>Les interactions affectives</i>	p 51
4. <i>Les interactions fantasmatiques</i>	p 51
5. <i>Les interactions symboliques</i>	p 53
V. En bref...	p 54
 2^{ème} PARTIE : « FAMILLES À PROBLÈMES MULTIPLES » OU L'ITINÉRAIRE D'UN ENFANT À RISQUE	p 55
I. La « parentalité exposée »	p 56
A. <u>Vulnérabilité de l'enfant</u>	p 56
B. <u>Vulnérabilités parentales</u>	p 58
1. <i>Pathologie mentales et troubles de la personnalité</i>	p 58
2. <i>Situations de carence et de précarité</i>	p 58
3. <i>Les traumatismes</i>	
C. <u>Transmission transgénérationnelle</u>	p 60
1. <i>Des influences nécessaires à la formation du psychisme mais également potentiellement pathogènes</i>	p 60
2. <i>Présupposés théoriques de la transmission transgénérationnelle</i>	p 61
a) Désorganisation des liens de filiation par l'inflation du système narcissique de filiation	p 61
b) Théorie de la crypte et du fantôme	p 61
c) Mécanisme d'identification à l'agresseur	p 63
II. Les familles « à problèmes multiples » : un enjeu très actuel	p 65
A. <u>Paysage descriptif : entre confusion et souffrance...</u>	p 67
1. <i>Jordan et sa famille : l'histoire d'une rencontre impossible</i>	p 67
2. <i>Insécurité et précarité des conditions de vie</i>	p 68
3. <i>Une configuration familiale particulière : prédominance des mères et fragilité des figures masculines</i>	p 69
4. <i>Une succession de ruptures</i>	p 72
5. <i>Une désorganisation générale de la vie familiale</i>	p 73
6. <i>Une perturbation des interactions parents-enfant</i>	p 73
a) Une pauvreté interactionnelle	p 74
b) Discontinuité et insécurité des interactions	p 78
c) Le poids des interactions fantasmatiques	p 79
B. <u>L'histoire d'un enfant dans la tourmente...</u>	p 80
1. <i>Jordan et sa fratrie : « des enfants en souffrance »</i>	p 80

2. <i>Une clinique de la carence</i>	p 82
a) Carence par insuffisance : aspect quantitatif	p 83
b) Carence par distorsion : aspect qualitatif	p 85
c) Carence par discontinuité des liens : séparations itératives	p 93
3. <i>Approche psychopathologique des troubles</i>	p 94
a) Troubles de l'identité et difficultés d'individuation	p 94
b) Troubles de l'attachement	
4. <i>Quelques mots sur la carence paternelle</i>	p 99
C. <u>« Famille sans qualités » : mythe ou réalité ?</u>	p 100
D. <u>Jordan et sa famille : épilogue...</u>	p 103

3^{ème} PARTIE : UN ACCÈS AUX SOINS ENTRAVÉ

I. Accès aux soins : droit de l'enfant ou pression sociétale ?

A. <u>Une évolution législative : de la protection à la prévention</u>	p 106
1. <i>Une évolution du regard sociétal sur l'enfant</i>	p 106
2. <i>L'enfance en risque de danger : des chiffres inquiétants</i>	p 107
3. <i>Loi du 5 mars 2007 : réforme de la protection de l'enfance</i>	p 111
a) Deux objectifs principaux et quatre principes fondateurs	p 112
b) Une responsabilisation des parents	p 114
c) Primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire : les informations préoccupantes	p 114
d) Aménagement du secret professionnel	p 115
e) Une modification des conditions d'accueil	p 116
f) Place privilégiée de la formation	p 116
4. <i>Le concept de bientraitance</i>	p 117
B. <u>Ethique, soins et prévention</u>	p 118
1. <i>Une évolution de la clinique pédopsychiatrique ?</i>	p 118
2. <i>Prévention de la souffrance de l'enfant ou d'une délinquance prédictive ?</i>	p 119

II. Un accès aux soins entravé : des résistances à plusieurs niveaux

A. <u>Rappels sur la notion d'accès aux soins</u>	p 124
1. <i>Le besoin de soins</i>	p 124
2. <i>L'offre de soins</i>	p 125
3. <i>La demande de soins</i>	p 127
B. <u>Les résistances des familles</u>	p 128
1. <i>La non-demande de soins</i>	p 128
a) Une absence de perception des troubles de l'enfant	p 128
b) La peur du changement	p 129
c) Des croyances et des fantasmes à l'égard du système de soins	p 129
d) Une réticence à toute aide extérieure	p 130
e) La déliaison	p 132
2. <i>Des problèmes logistiques</i>	p 134

3. <i>Une différence de temporalité</i>	p 134
4. <i>Demande par un tiers</i>	p 135
a) Les médecins traitants, médecins de PMI et pédiatres	p 135
b) L'école	p 136
c) Le secteur social	p 136
d) La justice	p 136
C. <u>Du côté des professionnels...</u>	p 137
1. <i>Du point de vue des partenaires sociaux</i>	p 138
a) Formation et défaut de repérage des troubles	p 138
b) Une tolérance vis-à-vis de troubles plus ou moins gênants ?	p 139
2. <i>Du point de vue des professionnels de santé : des réticences...</i>	p 140
a) Un dispositif de soin peu adapté à ces familles	p 140
b) Un contre-transfert négatif source de contre-attitudes	p 141
3. <i>Etre confronté à l'enfant dit "cas social"</i>	p 143
a) Sacralisation et marginalisation de l'enfant dit "cas social"	p 143
b) Vocation d'assistance et roman familial	p 145
4. <i>Légitimité de l'intervention des professionnels de santé dans la sphère sociale ?</i>	p 147
D. <u>Des pistes nouvelles : "aller au devant et au plus près des familles..."</u>	p 149
1. <i>Des équipes mobiles de consultation</i>	p 149
2. <i>Le soin à domicile</i>	p 150

4^{ème} PARTIE : L'HOSPITALISATION EN PÉDIATRIE : UN CHEMIN PRIVILÉGIÉ VERS LE SOIN

p 151

I. Mise en place d'un projet de soins : le travail avec les parents	p 152
A. <u>Manuel et sa famille</u>	p 152
1. <i>Données anamnestiques</i>	p 152
2. <i>La rencontre avec Manuel</i>	p 154
3. <i>La rencontre avec sa famille</i>	p 156
4. <i>Les liens avec les autres professionnels</i>	p 158
5. <i>Un projet de soins multidisciplinaire</i>	p 158
B. <u>Intérêts de l'hospitalisation en pédiatrie</u>	p 160
1. <i>Une porte d'entrée accessible : les urgences pédiatriques</i>	p 160
2. <i>Neutralité, sécurité et contenance de l'Institution</i>	p 161
3. <i>Le pédopsychiatre : un intervenant de l'équipe pluridisciplinaire</i>	p 162
4. <i>Un dispositif novateur : l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger</i>	p 162
C. <u>Accompagner l'émergence d'une demande de soins : un travail de liaison</u>	p 163
1. <i>Création d'une alliance thérapeutique</i>	p 163
a) Des mesures concrètes immédiates (somatiques, sociales)	p 164
b) Holding et contenance du cadre thérapeutique : restaurer un	

sentiment de sécurité	p 165
c) Travail de la demande de soins	p 166
2. <i>Miser sur les compétences des familles</i>	p 168
3. <i>Mesure de protection si nécessaire</i>	p 170
D. <u>Des limites inévitables</u>	p 171
1. <i>Miranda et sa famille</i>	p 171
2. <i>Des discontinuités inéluctables</i>	p 178
a) Des temporalités différentes : temps de la pédiatrie, temps de la pédopsychiatrie et temps des familles	p 178
b) Des ruptures de liens épisodiques	p 179
3. <i>Quand les professionnels s'en mêlent (s'emmêlent) ...</i>	p 180
II. Accueil des adolescents placés : le travail avec l'ASE	p 182
A. <u>Marie</u>	p 182
B. <u>Un apaisement des situations de crises</u>	p 187
1. <i>Le service de pédiatrie : un refuge en temps crise</i>	p 187
2. <i>Amorcer une alliance thérapeutique</i>	p 189
3. <i>Mise en sens des symptômes : « des maux aux mots »</i>	p 190
4. <i>Un temps de concertation</i>	p 191
C. <u>Des enjeux entre les institutions</u>	p 192
III. Le travail en réseau : un maillage à tricoter autour des familles ...	p 196
A. <u>Un décroisement nécessaire</u>	p 196
B. <u>Des écueils à éviter</u>	p 197
1. <i>La confusion des tâches</i>	p 197
2. <i>Le manque de confidentialité</i>	p 198
3. <i>La lourdeur du réseau</i>	p 198
4. <i>Des temporalités différentes</i>	p 198
C. <u>Quelle place pour le psychiatre ?</u>	p 199
CONCLUSION	p 200
GLOSSAIRE	p 204
ANNEXE	p 205
BIBLIOGRAPHIE	p 214

INTRODUCTION

« De quelque côté que nous nous tournions, le sort de l'enfant est en jeu. Il faut définir le sens de nos efforts pour l'améliorer »

Robert Debré, 1978

Quelques décennies plus tard, les paroles de R. Debré sont toujours d'actualité...

En 2002, l'expertise collective de l'INSERM rapporte qu'un enfant ou un adolescent sur huit présente un trouble mental, pouvant retentir sur sa qualité de vie ultérieure en l'absence d'une prise en charge adaptée. [85]

L'impact de l'environnement sur le développement psychique et la santé mentale de l'enfant est aujourd'hui communément admis. Depuis une cinquantaine d'années, de nombreux travaux ont montré le rôle central des soins affectifs et éducatifs, prodigués par l'entourage, dans le développement cognitif, psychoaffectif et relationnel de l'enfant.

L'illustration en est l'introduction du concept récent d'*épigenèse* désignant selon A. Danchin, la « *manière dont un individu est façonné au cours de ses multiples interactions avec l'environnement* ». [42] Les chercheurs évoquent une « *épigenèse génétiquement contrôlée* », dans le sens où la construction progressive du sujet, tant somatique que comportementale, dépend à la fois de son patrimoine génétique, mais également des matériaux et informations fournis par son environnement : ce concept allie donc l'inné et l'acquis, le biologique et le culturel, en permettant une compréhension du développement de l'enfant dans une perspective bio-psycho-sociale.

Ainsi, sans exclure de la réflexion étiologique les facteurs propres à l'enfant, il est apparu clairement que les soins délivrés par les parents, notamment dans les trois premières années de vie, sont fondamentaux.

Or, certains parents se trouvent parfois dans l'impossibilité d'assumer ce rôle pour diverses raisons, comme la pathologie mentale, les situations carencielles et de précarité, etc.. En 1979, G. Diatkine décrivait des familles, bien connues des services sociaux et de la protection de l'enfance, qui cumulaient l'ensemble de ces difficultés, constituant de fait un environnement très à risque pour l'enfant, tant sur le plan physique que psychique. [48] Il les a qualifiées du terme de « *familles sans qualités* », à rapprocher des actuelles familles à problèmes multiples, pour lesquelles le pédopsychiatre se voit de plus en plus sollicité.

En effet, en 2005, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale souligne, dans son compte rendu d'activités, que « *la famille et l'enfant subissent de plein fouet les évolutions de la société avec une multiplication et une intrication des "situations médico-psycho-familio-sociales"* ». [124] En 2006, le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la santé dans le monde précise l'existence de « *besoins propres au XXI^{ème} siècle* », étant donné que « *l'immigration, les déplacements de populations, l'évolution de la structure familiale, la dégradation des perspectives d'emploi et le stress perpétuel lié aux conflits, ont tous une incidence sur la santé mentale des enfants et des adolescents* ». [131] La société devient alors de plus en plus pressante concernant l'accès aux soins psychiques pour ces enfants.

Cependant, dans la mesure où une part importante des troubles de l'enfant semble liée à des difficultés socio-économiques ou éducatives, les professionnels de la santé s'interrogent sur leur place au sein de l'étayage à apporter à ces familles. Nous entendons fréquemment parler du risque de "psychiatisation du social", mais qu'en est-il réellement ?

Dans l'éditorial du numéro d'EMPAN intitulé « *Urgences d'enfances* », R. Puyuelo, rappelle qu'il ne faut pas perdre de vue que « *douleur et souffrance sont le fil rouge de ces enfants et ces familles, balafres de la vie et de la "douleur exquise" de notre société qui doit combattre pour que tout enfant ait droit à une enfance* ». [136] La psychiatrie ne peut donc pas ignorer ces enfants ou ces adolescents, qui présentent des troubles non négligeables, risquant d'entraver leur socialisation future, et conduire à une répétition au travers des générations. Les enjeux sont bien réels...

L'accès aux soins pour ces enfants n'est pourtant pas si simple, comme j'ai pu le constater au cours de mes différents stages en pédopsychiatrie de secteur et en pédiatrie universitaire. Comment accompagner les familles vulnérables vers des soins pour l'enfant dans un contexte quasi-systématique d'absence de demande, voire de méfiance à l'égard des professionnels ? Comment articuler le rôle du pédopsychiatre dans l'intervention auprès des familles, sans se substituer à l'action indispensable du social ? La confrontation très fréquente à ces interrogations, dans la pratique, m'ont conduite à choisir comme sujet de thèse cette épineuse, mais très actuelle question de l'accès aux soins des enfants issus de familles à problèmes multiples.

Mais tout d'abord qu'est ce qu'être parent ? Vaste sujet que j'essaierai d'éclairer, dans une première partie, au travers des travaux de D. Houzel sur la parentalité, qu'il définit selon trois dimensions : l'exercice, l'expérience et la pratique de la parentalité. [81]

A partir de cette analyse, nous tenterons, dans une deuxième partie, de comprendre pourquoi, dans les familles à problèmes multiples, la parentalité ne peut s'exercer, ou uniquement dans la souffrance, engageant ainsi l'enfant dans la pathologie. Nous décrirons ensuite la clinique rencontrée chez ces enfants, en limitant la description sémiologique et

psychopathologique au retentissement des carences et négligences graves, en excluant délibérément les maltraitements physiques et sexuels, pour restreindre le sujet.

La troisième partie consistera à repérer les facteurs qui entravent l'accès aux soins psychiques pour ces enfants. Nous analyserons la situation, tant du côté des familles que des professionnels, sociaux et médicaux afin d'identifier les obstacles et les résistances mis en jeu dans cette rencontre tardive, voire cette "non-rencontre".

Dans une quatrième et dernière partie, je m'appuierai sur mon expérience d'interne en pédopsychiatrie dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, pour essayer de montrer, au travers d'illustrations cliniques, en quoi une hospitalisation en pédiatrie peut s'avérer un levier thérapeutique intéressant auprès des familles vulnérables. Nous évoquerons également les difficultés auxquelles n'échappent pas l'équipe hospitalière, tout comme les intervenants extérieurs. Je ne pouvais achever ce travail sans m'intéresser aux jeunes adolescents, issues de familles à problèmes multiples, mais confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, pour lesquels les hospitalisations en pédiatrie se multiplient dans des contextes de crise. Nous essaierons de montrer en quoi ces hospitalisations sont primordiales dans la prise en charge de ces jeunes en devenir.

Le rapport polémique de l'INSERM en 2005 sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, [84] amalgamé avec la loi sur la prévention de la délinquance, [107] a également contribué à alimenter mon questionnement autour de ces familles et de ces jeunes, si stigmatisés. Le fil directeur de ma réflexion repose donc sur la question délicate : ces familles sont-elles vraiment "sans qualités" ? Ne s'agit-il pas du résultat de nos contre-attitudes qui nous amène à les considérer comme telles ? Ne pouvons-nous pas évoquer des parentalités partielles qu'il conviendra toujours de prendre en compte, tout en préservant l'enfant ?

1^{ère} PARTIE : ÊTRE PARENT

« Les parents ne peuvent donner que deux choses à leurs enfants, des racines et des ailes »

Ancien proverbe chinois

Quel dur métier que celui d'être parent ! D'autant plus qu'il n'existe pas de régime de retraite : « devenir parent, c'est en prendre pour perpét... », plaisaient certains.

Freud, lui-même, assurait qu'il n'existait pas de profession plus difficile à exercer. En atteste sa célèbre réponse à une jeune maman qui l'interrogeait sur le meilleur comportement à adopter avec son enfant : « *Faites, de toute façon, ce sera toujours mal !* ».

Mais qui sont réellement les parents ?

Le terme « parent » vient du latin *parens*, -*entis*, dérivant de *parere* qui signifie enfanter. Selon la définition du petit Larousse, il désigne « *toute personne avec qui l'on a un lien de parenté, à savoir une relation de consanguinité ou d'alliance, mais également le père, la mère* ».

Les représentations des parents sont extrêmement variées, allant de l'image du père tout-puissant de l'Antiquité romaine à celle de la mère comblante et enveloppante du mythe judéo-chrétien.

Toutefois, dans chaque esprit, persiste la représentation de ce parent "terrible", dévorateur et destructeur, qui se nourrit de sa progéniture : cette image nous est transmise au travers des contes, sous forme de loups, d'ogres ou de sorcières. Ce fantasme de pouvoir reprendre la vie qu'on a donnée, renvoyant aux notions de possession et d'appartenance, étend encore son ombre aujourd'hui. Aussi, P. Ben Soussan écrit : « *Naît parent celui qui assume la perte et renonce à la toute-puissance que confère la maternité, ou le statut paternel. Est parent celui qui consent à se séparer* ». [16 ; p.10]

Mais que signifie réellement être parent, mère ou père ? Comment et à quel moment devient-on parent ? Quelles fonctions incombent aux parents afin de garantir les conditions optimales pour un développement harmonieux de l'enfant ?

1. La parentalité : un concept récent

Depuis les années cinquante, les recherches sur le développement de l'enfant ont mis en évidence les dangers des ruptures précoces du lien mère-enfant, nécessitant la mise en place de fonctions de "suppléance", lorsqu'un placement s'imposait. Ceci a permis de prévenir les situations de carences ou d'hospitalisme, antérieurement décrites chez les nourrissons en pouponnières. [M. David et G. Appel ; 43] De ces nombreuses études a émergé l'interrogation concernant la nature même de la fonction parentale ou « *parentalité* ».

Ce terme est introduit en 1961 par P.C. Racamier lors de ses travaux sur la psychose puerpérale. Il propose initialement le terme de **maternalité**, qui n'est autre que la traduction du mot anglais « *motherhood* », et le définit comme « *l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité* ». [138 ; p.532] Par extension, il crée les néologismes « **paternalité** » et « **parentalité** », décrivant respectivement les modifications de la personnalité et du fonctionnement psychique chez le père et les parents.

Selon D. Rousseau, la décision du roi Salomon dans la Bible énonçait déjà le paradigme de la parentalité. [142]

L'histoire biblique raconte que deux prostituées, vivant sous le même toit, avaient chacune un bébé, mais l'un meurt durant nuit. Ceci entraîne une bataille pour la possession du nourrisson survivant, chacune revendiquant être la mère de l'enfant. Elles viennent alors consulter le roi Salomon qui doit trancher la situation. C'est ce qu'il ordonne : « *Qu'on tranche l'enfant vivant et qu'on en donne la moitié à l'une et la moitié à l'autre* ». Une mère se tord alors les mains en gémissant, tandis que la seconde approuve la décision du Roi en criant : « *Il ne sera ni à moi ni à toi, partagez !* ». Quand un des soldats saisit l'enfant pour exécuter l'ordre du roi Salomon, l'une des deux femmes implore le roi de ses cris déchirants : « *Monseigneur, qu'on lui donne l'enfant, qu'on ne le tue pas!* ». Le roi Salomon se lève et déclare : « *C'est elle la mère, qu'on lui donne cet enfant* ».

Par ce jugement, il décide qu'une mère n'est pas mère parce qu'elle a mis au monde un enfant, mais parce qu'elle l'aime et qu'elle peut se sacrifier à sa place. Ici, la mère renonce à l'exercice de sa parentalité pour sauver son enfant. Le Roi Salomon a donc distingué la maternité de la maternalité et dissocié la filiation naturelle de la parentalité.

La réflexion sur la parentalité s'étend avec l'apparition des modifications sociales et familiales majeures des années 1970-1980. Le déclin du mariage, la fréquence des recompositions familiales et des familles monoparentales, une différenciation des rôles sexuels moins prononcée dans la fonction parentale, l'homoparentalité et le développement

des techniques de procréation médicalement assistée, ont conduit à une déconstruction de la parentalité, dans le sens où ses caractéristiques biologiques, affectives et sociales sont de plus en plus souvent dissociées.

I. Théry différencie alors la *parentalité généalogique* fondée par le droit et organisatrice de la filiation généalogique, de la *parentalité biologique* relevant de l'hérédité, et de la *parentalité domestique* renvoyant à la notion de possession d'état. [155]

Quant à J. Guyotat, il distingue trois registres de filiation étroitement articulés entre eux : [75 ; 76]

- ✓ **La filiation instituée** renvoie à l'inscription symbolique ou inscription langagière de l'enfant, par les parents, dans sa filiation. Elle se constitue dans et à travers le langage, mais aussi au travers des rites, des lois et des usages en vigueur dans une société donnée. Elle permet la transmission du nom, du rapport aux autres défini par la norme sociale, ainsi que la transmission des biens, de l'autorité parentale et de l'appartenance.
- ✓ **La filiation de corps à corps** correspond au lien de continuité existant entre le corps de la mère et celui de l'enfant, dont dérive la pensée biomédicale, mais également les fantasmes archaïques liant l'enfant à l'image maternelle.
- ✓ **La filiation narcissique** occupe une place intermédiaire entre filiation réelle du corps à corps et filiation instituée purement symbolique. D'origine imaginaire, elle se traduit par des fantasmes de reproduction du même, s'accompagnant d'un déni de la filiation paternelle. Elle recouvre également des fantasmes d'immortalité, à l'origine d'une négation du temps, de la séparation et de la perte.

Vers la fin des années 90, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité confiait, à un groupe de recherche conduit par D. Houzel, la difficile mission de se pencher sur les enjeux de la parentalité. Il s'agissait d'approfondir les conséquences de la séparation précoce parents-enfant, tant du côté de l'enfant que des parents, avec pour corollaire l'amélioration de la prise en charge de ces familles. [81] La réflexion visait à définir des critères qui auraient pu guider l'évaluation des capacités parentales, après une période de séparation. Le deuxième objectif était de trouver des moyens de prévention des défaillances graves de la parentalité.

Ce travail de théorisation, réalisé à partir de l'analyse de cas cliniques, a abouti à une définition de la parentalité articulée autour de trois dimensions : l'exercice, l'expérience et la pratique de la parentalité. Elle permettait d'approcher à la fois les compétences parentales et les obstacles internes et externes rencontrés.

II. L'exercice de la parentalité

L'exercice de la parentalité est pris dans le sens de l'exercice d'un droit et renvoie à l'identité propre de la parentalité. L'analyse de cet axe transcende la subjectivité de l'individu et la réalité concrète de ses comportements, pour s'intéresser au registre symbolique groupale.

D. Houzel écrit pour le définir : *« Il y a quelque chose d'organisé et d'organisateur dans ce niveau symbolique, qui s'applique à l'exercice de la parenté en tant qu'il préside non à chaque détail de l'existence, mais aux équilibres d'ensemble nécessaires à la vie sociale, à la vie familiale et même à la vie psychique individuelle. [...] il définit les cadres nécessaires pour qu'un groupe humain, une famille et un individu puissent se développer. C'est en ce sens qu'il a un aspect non pas causal, mais fondateur ».*

Il ajoute que l'exercice de la parentalité *« a trait aux droits et aux devoirs qui sont attachés aux fonctions parentales, à la place qui est donnée dans l'organisation du groupe social à chacun des protagonistes, enfant père, mère, dans un ensemble organisé et, notamment, dans une filiation et une généalogie. [...] il inclut l'autorité parentale mais ne se résume pas à elle ».* [81 ; p114, 115]

L'exercice de la parentalité permet donc l'inscription de l'individu dans ses liens de parenté, tout en définissant les obligations sociales et les interdits qui en découlent.

Que signifie le lien de parenté ou lien de filiation ?

Dans le dictionnaire, la définition peut se décliner sous deux versants :

- ✓ juridique d'une part, à savoir le lien de droit unissant l'enfant à son parent, que la filiation soit naturelle ou adoptée,
- ✓ anthropologique d'autre part, faisant apparaître la dimension généalogique et groupale, puisqu'il s'agit d'une suite unilinéaire d'individus se reconnaissant comme ayant un ancêtre commun et régie par des règles de transmission.

Ces liens définissant la place de l'individu dans la société régissent donc l'organisation sociale. Il ne se limitent désormais plus au seul soubassement biologique des relations familiales, la filiation adoptive en étant l'exemple le plus parlant.

Afin de poursuivre notre réflexion sur l'exercice de la parentalité, nous l'envisagerons sous chacune des approches précédemment citées, ainsi que l'approche psychodynamique.

A. Approche anthropologique

Les études anthropologiques sont à l'origine des conceptions modernes de la parenté. Elles ont montré l'existence d'un principe organisateur qui dépasserait l'individu pour s'appliquer au groupe social. Il constitue un ensemble structuré par des liens complexes d'appartenance (ou d'affiliation), de filiation et d'alliance, ainsi que par des règles précises. Ces règles impliquent des droits et devoirs pour chacun des membres de la société, comme on l'a vu précédemment, tout en autorisant un espace social de liberté et de développement.

Dans la première moitié du XXème siècle, le point de vue fonctionnaliste prédomine. Porté par A.R. Radcliffe-Brown, il est basé sur l'idée que l'organisation des systèmes de parenté découle directement des fonctions devant être assumées par les parents pour assurer la satisfaction des besoins de l'enfant.

En 1949, C. Lévi-Strauss propose une approche structuraliste de la parenté qui révolutionne les travaux en anthropologie. [98] Il décrit les « *structures élémentaires de la parenté* », qui régissent l'organisation des sociétés traditionnelles, par la prescription des choix matrimoniaux en fonction de la structure de parenté (définition à la fois des conjoints interdits et des conjoints autorisés). Il définit trois couples distincts, appelés « *atomes de parenté* », correspondant aux trois types de liens intrafamiliaux impliquant un mode relationnel spécifique : le lien d'alliance (mari/épouse), le lien de filiation (père/fils) et le lien de consanguinité (frère/sœur). L'ensemble constitue la structure de la famille nucléaire.

A ces structures élémentaires de la parenté, C. Lévi-Strauss oppose les « *structures complexes* », qui régissent nos sociétés industrialisées. Elles prescrivent, quant à elles, uniquement les conjoints interdits, sans imposer pour autant un type particulier. Jusqu'à présent, la méthode structuraliste n'a pu les décrire précisément.

Des limites au structuralisme ont été émises par certains auteurs, soulignant le risque de description d'un système idéal au détriment de la réalité vécue. En effet, les règles théoriques ne sont pas toujours respectées, y compris dans les sociétés traditionnelles. Aussi, devrait-on relativiser ces lois pour ne pas en déduire systématiquement des comportements individuels.

B. Approche juridique

Dans les sociétés fondées sur le droit écrit, telles que la nôtre, ce sont les codes juridiques qui régissent l'exercice de la parenté. Ils remplacent les règles définissant, dans les sociétés traditionnelles, les structures élémentaires de parenté. Porteur des usages et des traditions, le droit permet alors d'organiser et de stabiliser la dynamique d'une société donnée.

Tout au long de l'Histoire, la définition des règles de parenté et de filiation a évolué constamment, alternant entre une prévalence du lien juridique reposant sur les textes, ou du lien social renvoyant aux situations de fait.

Dans le droit romain antique, par exemple, le lien juridique primait. Il renvoyait au lien de filiation (père/fils) ou lien de paternité, ayant pour objectif ultime la transmission du culte des ancêtres.

A cette époque, le père disposait de tous les droits sur l'enfant, né de son épouse légitime, décidant lui-même de sa paternité au cours de la cérémonie de la reconnaissance et de l'exposition. A la naissance, l'enfant était déposé aux pieds de son père : si ce dernier choisissait de le reconnaître, il le prenait dans ses bras et l'inscrivait sur le registre de la cité neuf jours plus tard, date à laquelle l'enfant recevait son prénom ; dans le cas contraire, l'enfant subissait l'exposition. Il était alors abandonné dans la nature en proie aux bêtes féroces, quiconque le trouvant et le recueillant, pouvait en faire son esclave...

En l'absence de fils naturel, le père avait la possibilité d'adopter un garçon afin de perpétuer cette transmission du culte ancestral.

A l'opposé, dans le droit canonique et le Code Napoléon, la paternité est imposée et repose sur le lien d'alliance (mari/épouse) : « est père le mari légitime de la mère ». Dès lors, c'est à lui qu'il reviendra de fournir la preuve de la non réalité de sa paternité.

Toutefois, à la différence du droit canon, le code Napoléon introduit la notion de filiation biologique, en indiquant la possibilité pour le père de reconnaissance de l'enfant, y compris en dehors des liens du mariage chrétien.

Au fil des progrès scientifiques et de l'évolution des mœurs sociétales, l'influence du lien de filiation biologique prend de l'ampleur, contraignant le législateur à en tenir compte.

Face à l'établissement des groupes sanguins, permettant d'écarter un lien biologique entre un père prétendu et un enfant, une première réforme du droit de filiation est réalisée. Il s'agit de la loi du 3 janvier 1972 qui introduit le principe juridique de *possession d'état*, donnant au père autorité sur tout enfant vivant sous son toit. L'article 311-1 du Code Civil stipule que « *la possession d'état s'établit par une réunion suffisante de faits qui révèlent le*

lien de filiation et de parenté entre une personne et la famille à laquelle elle est dite appartenir. Les principaux de ces faits sont :

- 1° Que cette personne a été traitée par celui ou ceux dont on la dit issue comme leur enfant et qu'elle-même les a traités comme son ou ses parents ;*
- 2° Que ceux-ci ont, en cette qualité, pourvu à son éducation, à son entretien ou à son installation ;*
- 3° Que cette personne est reconnue comme leur enfant, dans la société et par la famille ;*
- 4° Qu'elle est considérée comme telle par l'autorité publique ;*
- 5° Qu'elle porte le nom de celui ou ceux dont on la dit issue. »*

L'article 311-2 précise que « *la possession d'état doit être continue, paisible, publique et non équivoque.* » [100]

Ce principe renvoie à la parentalité domestique décrite par I. Théry, déjà évoquer précédemment. [155]

Par la suite, la loi du 8 janvier 1993 reconnaît la possibilité d'affirmer la paternité de façon certaine, grâce à l'examen de l'ADN chromosomique. [101]

L'avènement des techniques de procréation médicalement assistée, notamment la réalisation des inséminations artificielles avec donneur, conduit à nouveau le législateur à intervenir au travers de la loi du 29 juillet 1994. Cette loi stipule la possibilité pour le mari ou concubin d'avoir sa paternité établie, y compris en l'absence de reconnaissance de l'enfant, à partir du moment où il a consenti à l'insémination par un tiers donneur. [102]

Parallèlement, l'évolution législative concerne également l'autorité sur l'enfant. La loi du 24 avril 1889 introduit un bémol vis-à-vis de la toute-puissance paternelle en instituant sa déchéance en cas d'inconduite notoire.

Cependant, il faudra attendre la loi du 4 juin 1970 pour voir apparaître la notion d'autorité parentale commune : l'article 371-2 du Code Civil stipule que « *l'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation.* » [99]

La loi du 4 mars 2002, quant à elle, introduit le principe d'autorité parentale conjointe, sans aucune réserve associée : l'article 373-2 du nouveau Code civil stipule le maintien de l'exercice en commun de l'autorité parentale même en cas de divorce. [105]

C. Approche psychodynamique

Pourquoi citer le développement psychique individuel dans cette description de l'exercice de la parentalité, alors que l'on vient de pointer son origine collective et culturelle ?

Les travaux psychanalytiques ont montré le caractère indissociable de la structuration de la psyché individuelle de celle de la société dans lequel l'individu évolue.

Pour S. Freud, l'individu est un groupe intériorisé dans le sens où il considère l'intrapsychique comme une « *mise à l'intérieur* » du réseau des relations familiales les plus primitives. Il décrit le conflit œdipien comme le conflit organisateur du psychisme, mais aussi comme la structure qui détermine les liens libidinaux et fantasmatiques intrafamiliaux, notamment par la prohibition de l'inceste. [63]

Parallèlement, il propose le processus inconscient qu'est l'identification comme modèle de développement du psychisme et des différentes instances psychiques (Moi, Surmoi et Idéal du Moi). J. Laplanche et J.B. Pontalis le définissent comme un « *processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications* ». [95 ; p.187] L'inconscient de tout sujet est donc modelé par l'inconscient parental autant que par ses propres expériences subjectives.

Adoptant un point de vue structuraliste, J. Lacan, propose une organisation de la psyché à partir de ce qu'il dénomme « *les complexes familiaux* », comprenant *le complexe du sevrage*, *le complexe d'intrusion* renvoyant au lien de consanguinité et à l'obligation de partager avec la fratrie l'amour parental, et *le complexe d'Œdipe*. [91] Il suppose alors un fondement culturel à la famille, plutôt que naturel.

En somme, l'approche psychodynamique de l'exercice de la parentalité renvoie aux identifications et aux interdits, notamment le tabou de l'inceste, qui organisent et stabilisent le fonctionnement mental du sujet et permettent une différenciation des générations, des rôles et des sexes. Par analogie, on peut les rapprocher des règles régissant une société donnée qui, loin d'être strictement similaires, comportent cependant des liens indéniables.

Toutefois, il serait extrêmement réducteur de ramener l'organisation de la psyché aux seules influences culturelles, d'autant plus que l'on connaît désormais la complexité des transmissions transgénérationnelles, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

III. L'expérience de la parentalité

L'expérience de la parentalité traduit l'expérience subjective, affective et imaginaire, consciente et inconsciente, de l'individu qui devient parent et assume les fonctions parentales. Elle renvoie aux représentations et aux affects suscités par l'accès à la parentalité, que nous allons décliner autour de ses deux aspects : le désir d'enfant et la parentification.

A. Le désir d'enfant

« Tout enfant naît d'abord d'un désir, et sa première maison est bien celle des rêves et des fantaisies de ses parents en devenir et de ceux qui, avant eux, ont contribué à la transmission de la vie. »

P. Ben Soussan [16 ; p.8]

D'où vient le désir d'enfant ? Qu'est-ce qui pousse les hommes et les femmes dans leurs souhaits à devenir parent ? Pourquoi certains sont-ils prêts à endurer de véritables parcours du combattant, que ce soit au travers de longues démarches d'adoption ou bien par le biais des techniques de procréation médicalement assistée, pour y parvenir ? D'autres vivent comme une injustice ce que la nature leur refuse, mettant en avant leur droit à avoir un enfant, pouvant aller jusqu'à enfanter même à des âges très avancés, avec la complicité de certains professionnels, comme l'actualité italienne l'illustre dernièrement... Un enfant à tout prix... Comment comprendre cette parentalité si convoitée ?

La composante instinctuelle est indéniable, mais elle ne peut rendre compte à elle seule des comportements complexes précédemment décrits. De même, on ne peut incriminer les seules influences culturelles dans ce processus, qui s'est progressivement dissocié de l'acte sexuel, grâce à l'amélioration des moyens de contraception. Il semble donc que le désir d'enfant soit la combinaison d'un instinct parental et de facteurs psychiques, que nous allons tenter de définir au travers des approches psychanalytique et systémique.

1. *Perspective psychanalytique*

Pour S. Freud, le désir d'enfant découle du besoin de gratification narcissique. En effet, dans « *Pour introduire le narcissisme* », en 1914, il évoque que « *l'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper*

son ancienne nature ». [62 ; p.96] L'investissement de l'enfant se fera selon un choix d'objet de type narcissique : on aimera donc son enfant comme on aime « *ce que l'on est soi-même ; ce que l'on a été soi-même ; ce que l'on voudrait être soi-même ; la personne qui a été une partie du propre Soi* ». [62 ; p.95]

Poursuivant ses réflexions, S. Freud arrive à la conclusion que le désir d'enfant peut se concevoir, dans les deux sexes, comme l'achèvement du processus œdipien. [62] En effet, prenant conscience de la différence des sexes, la fillette déplace son investissement libidinal de sa mère vers son père, espérant obtenir de lui un enfant, en compensation de la non possession d'un pénis. Toutefois, menacée fantasmatiquement par sa mère vis à vis de ses pensées incestueuses, la petite fille diffèrera son désir d'enfant sur un futur partenaire masculin. De la même façon, le jeune garçon, confronté lui-aussi à l'angoisse de castration, déplacera son désir d'enfant avec sa mère sur un futur partenaire féminin.

Le désir d'enfant est donc envisagé comme un compromis, un "lot de consolation" vis à vis des angoisses de castration, marquant la résolution du complexe d'Œdipe.

M. Klein, quant à elle, fait dériver le désir d'enfant, dans chacun des sexes, de l'Œdipe précoce. A ce stade, qu'elle situe dès le deuxième semestre de vie, le bébé est envahi par des angoisses archaïques, suscitées par la violence de ses propres pulsions envers sa mère, risquant d'endommager l'objet. Afin d'éviter la culpabilité en découlant, l'objet paternel est introduit dans l'univers fantasmatique de l'enfant en tant que processus réparateur : il assure à la fois une protection de la mère vis à vis des pulsions infantiles et une restauration de celle-ci, notamment dans ses capacités de fécondité et d'enfantement.

M. Klein décrit alors, chez l'enfant, l'existence d'un fantasme d'union entre les deux parents, pouvant être perçu de façon positive (fantasme « *de bonne scène primitive* ») puisqu'ils leur confèrent la possibilité de se réparer mutuellement face aux attaques de l'enfant. Ce fantasme préserve, de cette façon, la qualité des liens de l'enfant établis avec chacun des parents.

Ainsi, M. Klein fonde le désir d'enfant sur cette identification du sujet à ses bons objets parentaux, unis dans une relation d'amour et de fécondité. [89]

En somme, le point de vue psychanalytique conçoit le désir d'enfant en tant que résolution du complexe d'Œdipe, à savoir être fécondé ou féconder en identification au parent du même sexe. Il recouvre également une volonté de restauration des objets parentaux fantasmatiquement endommagés : à travers la fécondité du souple et la transmission de la vie, c'est la réparation de la fécondité fantasmatique des imagos parentales de chacun des partenaires qui est permise.

2. Perspective systémique

En systémie, le désir d'enfant est compris aux travers des notions de dette et de loyauté.

Dans le courant systémique contextuel ou transgénérationnel, I. Boszormenyi-Nagy définit le concept de « *loyauté familiale invisible* », qui confère des missions aux différents membres de la famille pour maintenir l'homéostasie familiale. [23] Inscrites dans le préconscient, ces missions peuvent affleurer au conscient en fonction des capacités d'introspection du sujet. Deux types de mission sont décrits : les *missions sacrificielles* où un des membres du système familial est désigné comme victime pour porter le fardeau familial et acquitter la dette à l'égard des générations antérieures (dynamique d'« *ardoises pivotantes* entre les générations successives), et les *missions de développement* qui nous intéressent ici. Ce sont elles qui garantissent le développement du groupe familial par l'expansion sociale et la procréation.

Les systémiciens parlent de « *dette de vie* », ou « *dette existentielle* », dans le sens où l'enfant devient redevable à l'égard de ses parents qui lui ont donné la vie. Il s'agit d'une dette énorme dont l'individu ne peut se débarrasser et qu'il lui faudra rembourser parfois toute la vie. Or, le processus d'individuation qui implique une séparation physique et psychique avec ses parents, réactive cette dette. Pour s'en acquitter, l'enfant, devenu adulte, doit trouver des aménagements, notamment donner soi-même la vie, par loyauté vis-à-vis de la génération précédente. Jadis "enfant débiteur", il devient à son tour un "parent créateur", selon le principe que "tout ce qui a été reçu doit être transmis".

En définitive, une convergence des deux approches se profile, dans la mesure où le désir d'enfant est perçu comme la résultante d'une maturité psychique suffisante de l'individu, ayant pour corollaire la transmission de la vie qu'il a reçue.

3. Désir d'enfant et désir de grossesse ?

Toutefois, désir d'enfant et désir de grossesse ne sont pas superposables.

M. Bydlowski différencie le désir d'enfant, en tant que sujet distinct de soi, du désir de grossesse, dont l'unique finalité est d'être enceinte, sans réel projet d'enfant associé. [31] Certaines femmes recherchent le sentiment de plénitude conféré par la grossesse ; d'autres y voient le besoin de vérifier leur bon fonctionnement corporel, en identification à la fonction reproductive maternelle et à cette mère "omnipotente et fertile". Il en résulte des avortements

à répétitions, voire dans certains cas, une utilisation de l'interruption volontaire de grossesse comme moyen de contraception.

Passer du désir de grossesse au désir d'enfant, du " je suis enceinte" à "j'attends un enfant (de)", suppose l'introduction du tiers paternel, permettant l'inscription de l'enfant dans sa filiation.

B. La parentification

S. Stoleru a introduit le terme de *parentification* ou « *transition vers la parentalité* » pour désigner « *l'ensemble des processus qui se déroulent lorsqu'un individu devient un père ou une mère* ». [153 ; p.113] Il situe cette période privilégiée lors de la grossesse et les premiers mois de vie de l'enfant premier-né, précisant que ces processus sont sous l'influence de facteurs socioculturels, psychologiques et biologiques.

Nous allons aborder les principales modifications psychiques rencontrées chez la mère, sachant qu'elles font l'objet d'une littérature abondante, puis chez le père, pour lesquelles la recherche n'en est qu'à ses balbutiements. La description restera volontairement succincte, ce travail ne visant pas à approfondir ce sujet mais à apporter un éclairage suffisant pour ensuite aborder les troubles de la parentalité.

1. *Chez la mère*

Les travaux, concernant ce que P. C. Racamier a appelé la *maternalité*, sont anciens et fructueux. Ils ont permis une description détaillée de la complexité des processus à l'œuvre chez la femme durant la grossesse et le post-partum.

a) Une crise identitaire maturative

T. Benedek conçoit cette période comme une phase à part entière du développement psychoaffectif de la femme. La fragilité et la labilité des structures mentales lors de la période puerpérale engendrent une vulnérabilité particulière de la femme. S'appuyant sur les recherches de G. Bibring concernant une série d'observations systématiques de femmes enceintes, P.C. Racamier souligne que « *la maternalité est une phase où la structure psychique s'approche normalement mais réversiblement d'une "structure psychotique"* ». [138 ; p.533]

Ceci l'amène à rapprocher la maternité de la période pubertaire et de l'adolescence dans le sens où elle s'avère également une véritable crise d'identité. De la même façon, on retrouve le cortège des bouleversements somatiques et hormonaux, accompagné d'une réactivation des conflits infantiles et d'une modification des identifications, des représentations de soi et des modalités relationnelles.

Comme dans toute crise du cycle de vie, la maternalité parcourt l'ensemble des stades libidinaux du développement psychoaffectif de l'enfant : le stade oral avec la reviviscence des expériences infantiles de satisfaction et de frustration dans la relation avec sa propre mère, le stade anal avec l'investissement du bébé comme un trésor, le stade phallique où l'enfant vient compenser l'absence de pénis, la phase œdipienne avec la question de l'identification à la mère dont l'issue déterminera la nature des futures relations avec le père. [138]

De nombreux auteurs, à l'instar de P.C. Racamier, font de l'identification à la mère l'enjeu crucial de la maternalité. Déjà en 1949, H. Deutsch insiste sur le rôle de ces interactions dans la mesure où le bébé, dans le ventre de sa mère, est investi « *à la fois comme une partie de son moi et comme un objet extérieur envers lequel elle répète toutes ses relations objectales positives et négatives avec sa mère* ». [46]

L'accession à la maternalité suppose donc la nécessité d'une résolution des conflits infantiles quiescents et une réélaboration identificatoire. La mère doit réaménager les liens avec sa propre mère, passant par l'identification et la réconciliation. Prolongeant cette idée, D. Pinès conçoit la maternité comme un élément déclencheur du processus de séparation-individuation, notamment vis-à-vis de sa propre mère.

En conclusion, l'état psychique de la mère pendant la grossesse s'apparente à une véritable crise narcissique, impliquant la nécessité d'un réaménagement du moi grâce à la mise en jeu de capacités adaptatives et intégratives. Certains auteurs parlent de "crise maturative" de la psyché féminine.

b) Régression narcissique et sollicitude maternelle primaire

Parallèlement à ce travail identificatoire à sa propre mère, la parturiente expérimente une phase de régression narcissique, lui permettant de s'identifier étroitement à son bébé.

H. Deutsch précise que la mère ressent son bébé quasiment comme une partie d'elle-même, comme une partie de son moi, y compris après la naissance. Si cette confusion des limites de soi avec celles de son nourrisson a pu faire évoquer des similitudes avec une structuration psychotique, il n'en demeure pas moins, comme le souligne P.C. Racamier, que « *c'est à cette condition que la mère peut réellement être pour l'enfant le "moi" qu'il n'a pas* ».

encore mais qu'il va se construire justement sur les bases de cette relation ». [138 ; p.530]
Aussi, même si elle entrave momentanément les interactions avec son entourage, cette régression maternelle, loin d'être pathologique, est nécessaire dans un premier temps pour anticiper et combler les besoins du bébé, afin d'assurer son bon développement.

D.W. Winnicott baptise ce repli narcissique de la mère « **la préoccupation maternelle primaire** ». Cette disposition psychique particulière apparaît progressivement au cours de la grossesse, se prolongeant plusieurs semaines après la naissance de l'enfant et finit par être refoulée. Il rapproche lui aussi cet état d'un « *état de dissociation* », ou d'un « *épisode schizoïde* », tout en précisant que « *cette maladie normale* » permet à la mère de « *s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité* ». [165 ; p.287, 288]

Cet investissement massif du bébé et des tâches maternelles, au détriment de ses investissements extérieurs, notamment sa vie conjugale, doit être « *suffisamment bon* » (*good enough*) pour assurer au nouveau-né un « *sentiment continu d'exister* », ou « *self* », sur lequel s'édifie le Moi. D.W. Winnicott élargit cette thèse à l'environnement de l'enfant qui devra être lui-aussi suffisamment bon, aux stades les plus précoces, pour lui permettre de commencer à exister.

Or, certaines femmes seront incapables de parvenir à cet état d'hypersensibilité pour devenir ces mères « *ordinaires normalement dévouées* » (*ordinary devoted mother*) ou « *suffisamment bonnes* ». Dans ce contexte, l'absence de sollicitude maternelle n'engendre pas la frustration, mais une interruption de la « *continuité d'être* » de l'enfant (*going on being*) face aux « *empiétements* » de l'environnement, ressentie alors comme une menace d'annihilation du self. Le risque ultérieur réside dans le développement de mécanismes défensifs primitifs, tel qu'un fonctionnement en « *faux self* », « *qui masque le vrai self, qui se conforme aux demandes, qui réagit aux stimuli, qui se débarrasse des expériences instinctuelles en les accomplissant, mais qui ne fait que gagner du temps* ». [165 ; p.291]

Cet état psychique disparaît au fil de l'évolution développementale de l'enfant. Il est remplacé par un double mouvement qui se déroule simultanément chez la mère et son bébé, conduisant chacun du narcissisme vers l'objectalité. [138]

c) Vie fantasmatique et ambivalence maternelle

Si la maternité réactive les conflits infantiles restés latents jusqu'à présent, elle suscite également la genèse de fantasmes, conscients ou inconscients, relatifs à l'enfant lui-même, le conjoint, sa position en tant que mère et les représentations de ses propres parents.

Chaque enfant sera donc porteur de fantasmes conçus tout au long de la grossesse, aboutissant à cet enfant idéalisé, si attendu, qui malheureusement pour les parents (ou plutôt heureusement...!) n'existe pas : ce n'est donc pas lui qui sera accueilli à la naissance.

S. Lebovici a défini l'existence de quatre enfants qui gravitent autour de l'enfant réel dans la vie psychique des parents, qui définissent son « *arbre de vie* » : [97 ; 145]

- ✓ ***L'enfant imaginaire***, issu du désir de grossesse, qui envahit les rêveries maternelles préconscientes durant la grossesse et influence le choix du prénom. Il pourra être porteur d'un mandat transgénérationnel, potentiellement lourd de conséquences sur sa vie ultérieure, notamment dans les contextes de deuil ou de traumatisme, via des secrets de famille.
- ✓ ***L'enfant fantasmatique***, fruit des désirs anciens de maternité, en identification à sa propre mère. Il correspond à l'enfant que, petite fille, elle souhaitait obtenir de son père, en tant que rivale de la mère, lors de la constitution de l'Œdipe.
- ✓ ***L'enfant narcissique***, enfant idéal, porteur des désirs et attentes parentales.
- ✓ ***L'enfant mythique***, fruit des références culturelles et sociétales.

A la naissance, puis par la suite, se déroule une confrontation entre ces différents niveaux de représentations, amenant à un télescopage entre l'enfant réel et les autres enfants. D'où le malentendu et les désillusions qui en découlent... Ainsi, bien que l'amour maternel semble aussi vieux que l'humanité, il n'en reste pas moins étroitement associé à un sentiment d'ambivalence vis à vis de cet enfant qui n'est jamais comme on l'attendait...

Jusqu'à la moitié du XXème siècle, il était inconcevable de penser qu'une mère ait pu haïr son rejeton, laissant ainsi croire que l'amour maternel s'avérait plus grand que son amour d'elle-même. Pourtant, dans son texte célèbre intitulé « *la haine dans le contre-transfert* », D.W. Winnicott cite de multiples motifs pouvant nourrir un sentiment de colère et de haine de la mère vis à vis de son enfant, y compris un garçon : l'enfant fragilise le corps maternel durant la grossesse puis le tyrannise après sa naissance ; la mère, perçue uniquement comme un garde-manger, est obligée de se plier à ses exigences ; elle doit l'aimer quoiqu'il arrive et ne pas lui faire défaut... [165]

Progressivement, les mentalités ont évolué et désormais, l'ambivalence maternelle vis à vis de l'enfant est communément admise. Celle-ci est d'ailleurs à l'origine de faux pas dans la dyade mère-enfant, qui sont essentiels au bon développement de ce dernier.

Parallèlement, la grossesse est perçue par la grande majorité des auteurs comme une période d'hypersensibilité au cours de laquelle les représentations et les fantasmes affluent de façon privilégiée à la conscience de la future maman. M. Bydlowski parle de « **transparence psychique de la grossesse** », pour décrire cette « *grande perméabilité aux représentations inconscientes, par une certaine levée du refoulement* » et ce, dès les premières semaines de la grossesse. [32] Elle l'apparente à une véritable « *situation d'appel à l'aide psychique, d'appel à un "réfèrent" extérieur à sa famille, comme à l'adolescence* », constituant une période propice pour créer une alliance thérapeutique, notamment avec des femmes en situation de grandes difficultés socio-économiques ou psychologiques.

En 1995, les travaux de D. Stern viennent enrichir ces descriptions antérieures de l'organisation psychique maternelle per et post-partum grâce au concept de la « **constellation maternelle** ». S'étendant sur une durée de quelques mois, voire plusieurs années, elle renvoie à une série de fantasmes, de désirs et surtout de craintes centrées autour de quatre thématiques principales : préserver la vie et permettre la croissance de son bébé, construire une relation authentique avec lui, créer un réseau de soutien l'étayant dans ses fonctions et réorganiser son identité. [150] Le terme « constellation » est utilisé pour rendre compte du triple discours maternel, baptisé « *trilogie de la maternité* », mis en jeu lors de cette période : il s'agit du discours de la mère avec sa propre mère, lorsqu'elle était enfant, du discours avec elle-même et du discours avec son enfant.

La mère investit alors davantage les figures féminines et maternelles que masculines, s'adressant à son conjoint en tant que père, plutôt que comme partenaire sexuel et délaissant sa carrière professionnelle au profit du développement de son enfant.

D. Stern précise que l'installation de cette constellation dépendrait non seulement de facteurs biologiques, en particulier hormonaux, mais surtout des facteurs socioculturels, des idéaux et des allégeances de l'environnement maternel. Remplaçant dans un premier temps l'organisation œdipienne, la constellation de la maternité est ensuite progressivement substituée par la constellation œdipienne. Dès lors, la relation de l'enfant n'est plus exclusivement centrée sur la mère, mais se déroule également avec le père, chaque parent devant médiatiser la relation à l'autre, afin de réduire l'impact des pulsions agressives et destructrices de l'enfant comme le décrivait M. Klein.

Tout au long de cette description, nous avons vu l'importance et la profondeur des remaniements de la psyché féminine suscités par cet accès à la parentalité. Toutefois, il ne faut pas oublier que ces processus sont sous la dépendance de deux types de facteurs :

- ✓ les facteurs intrinsèques, propres à la mère, forgés par son histoire infantile et les imagos parentales en résultant. Ils sous-tendent sa capacité à s'adapter dans ce processus de la maternalité.

- ✓ les facteurs extrinsèques ou environnementaux, auxquels la sensibilité maternelle est accrue lors de cette période : rôle du conjoint, de l'entourage parental, y compris les figures maternelle (sage femme...) et du support social. Le nourrisson lui-même intervient au cours de cette phase de transition, au travers de ses caractéristiques propres telles que son sexe, son état somatique et son comportement.

2. Chez le père

La transition vers la *paternalité* est moins connue. Les recherches à ce sujet n'en sont qu'à leur début, mais laissent supposer l'existence de remaniements de la personnalité des pères, devant le constat de symptômes au cours de cette accession à la parentalité : décompensations psychiatriques paternelles sous forme de troubles des conduites ou de décompensations névrotiques, syndrome de couvade où les pères présentent des signes de grossesse. En atteste également une élévation de la fréquence des séparations conjugales lors de la grossesse ou peu après la naissance de l'enfant.

L'utilisation d'auto-questionnaires, remplis par les pères durant la première grossesse de leur compagne, a permis de distinguer différents vécus possibles, allant de l'absence d'appréhension particulière vis à vis de la naissance de l'enfant, à la crainte d'une impossibilité à assumer ses prochaines responsabilités ou d'une entrave à leur carrière professionnelle.

S.S. Feldman et coll. ont tenté d'identifier les facteurs permettant de prédire la qualité de la relation père-bébé et proposent cinq items déterminants : l'absence de surinvestissement de son emploi, une relation de couple de qualité, une anticipation du rôle paternel au travers de rêves éveillés ou de fantasmes, la bonne entente de sa compagne avec son propre père et la bonne entente du père avec sa propre mère. [55] À nouveau, nous voyons poindre la question des imagos parentales, apposant sa marque sur le processus de paternalité.

D'autres auteurs, tels que G. Poussin et M. Cissé, ont noté, comme chez la mère, la mise en jeu du narcissisme du père dans la mesure où l'enfant représente un autre soi-même qui confirmera ou non les qualités paternelles. [134]

En conclusion, dans les deux sexes, le processus de parentification provoque une crise identitaire et narcissique profonde, tant sur le plan du couple conjugal qu'au niveau de chacun des partenaires. Il réactive des conflits infantiles résolus de façon partielle ou inadéquate où l'ambivalence vis-à-vis des imagos parentales tient une place centrale. L'aspect transgénérationnel, avec son cortège de conflits, de contraintes, de dettes infiltrent également l'univers fantasmatique parental.

Cette transition vers la parentalité occasionne donc des remaniements profonds de la personnalité qui requièrent l'existence d'une certaine souplesse psychique et de capacités adaptatives suffisantes pour parvenir à une maturité intégrative supérieure. Ce travail de mentalisation peut s'apparenter à une nouvelle phase de séparation-individuation, au sens de M. Mahler, dans la mesure où les parents devront abandonner l'enfant qu'ils étaient et se séparer de leurs propres parents, afin d'adopter leurs nouveaux atours de père et de mère.

La parentalité apparaît donc comme un véritable travail psychique maturant et structurant : chez la femme, il constitue une phase à part entière du développement psychoaffectif ; chez l'homme, les recherches doivent être poursuivies afin de mieux cerner la nature et la profondeur des modifications de la psyché masculine.

Dans tous les cas, le succès de la parentalité, selon D. Houzel, réside au sein d'un équilibre complexe entre « *investissement narcissique et investissement objectal de l'enfant par chacun des deux parents ; entre investissement narcissique et investissement objectal dans le fonctionnement du couple ; entre investissements parentaux et investissement conjugal ; entre rôle maternel et rôle paternel.* » [81 ; p.143] Ce constat est manifeste sous l'éclairage des travaux de F. Cahen sur la stérilité. Elle décrit deux types de couple, « symbiotiques » et « parentifiés » (chacun endossant tour à tour la fonction parentale pour l'autre partenaire), où ces équilibres, n'étant pas respectés, ne laissent aucune place psychique à l'arrivée d'un éventuel enfant. [33]

Nous venons d'aborder les différents mécanismes psychiques sous-tendant à la fois le désir d'enfant et le processus de transition vers la parentalité. Mais quelles tâches incombent aux parents pour assurer le bon développement de l'enfant ?

IV. La pratique de la parentalité

Le terme de « pratique » est utilisé par D. Houzel pour définir les qualités de la parentalité, c'est-à-dire les tâches quotidiennes incombant à chaque parent vis à vis de l'enfant, englobant aussi bien les soins physiques que psychiques. Jadis centrés exclusivement sur les soins maternels, on parle aujourd'hui de soins parentaux, considérant l'importance des deux parents dans l'élevage des enfants. Pour P. Ben Soussan, elle inclut « *les relations concrètes entre parents et enfants, des changes au nourrissage, des premières interactions à l'éducation, du parentage intuitif à la formation de l'habitus qui crée le familial, des motions inconscientes aux principes éducatifs.* » [16 ; p.34]

L'étude de cet axe de la parentalité, en partie observable, a fait l'objet d'analyses objectives et renvoie au concept de l'attachement et aux interactions parents-enfant.

Nous allons volontairement nous attarder sur la description de cet axe qui tient un rôle central dans la constitution des troubles chez l'enfant. Il s'agit d'ailleurs de la dimension de la parentalité qui donne le plus souvent lieu à une délégation partielle, voire totale, suivant l'intensité des défaillances parentales. L'ensemble des travaux, que nous allons détailler, a mis en évidence l'importance d'assurer une continuité des soins affectifs prodigués à l'enfant afin de préserver sa santé physique et psychique.

A. La théorie de l'attachement

1. *Ou l'histoire d'une polémique...*

La théorie de l'attachement plonge ses racines dans le contexte immédiat d'après-guerre, qui a mis en exergue la question des séparations parent-enfant, du deuil chez l'enfant, et des conséquences développementales en résultant. La psychanalyse s'est alors penchée sur le destin de ces orphelins de guerre, au travers d'observations cliniques dans les institutions où ils étaient placés. Que ce soient A. Freud et D. Burlingham dans les Hampstead Nurseries de Londres, ou bien R. Spitz et W. Goldfarb aux Etats-Unis, ou encore M. David, G. Appel ou J. Aubry en France, tous soulignent l'impact développemental des séparations précoces mère-enfant et dénoncent les risques de l'institutionnalisation, à savoir l'apparition de tableaux d'hospitalisme. La symptomatologie, décrite par R. Spitz, recouvre un état de marasme physique et psychique aux séquelles irréversibles, constituant le stade ultime de la dépression anaclitique, secondaires aux carences de soins maternels.

Si ce constat suscitera de violentes réactions de déni dans la société, il conduira aussi les chercheurs à s'interroger sur la nature même du lien mère-enfant, l'impact de ces carences s'expliquant difficilement par le biais de la théorie de *l'étayage pulsionnel* et du *primat de l'oralité* de S. Freud, jusqu'alors prépondérante. [64] Pour lui, l'attachement à la mère est considéré comme une pulsion secondaire, issue de la gratification alimentaire. En effet, il suppose que c'est face à la répétition des expériences de satisfaction que le petit d'homme finit par se tourner vers l'objet libidinal source et le rechercher. S. Freud propose alors une genèse des liens affectifs en rapport avec un processus d'étayage pulsionnel oral sur les besoins physiologiques de l'organisme, notamment le besoin alimentaire.

Plusieurs auteurs précurseurs ont remis en question cette théorie des pulsions, en avançant le caractère primaire de l'attachement mère-enfant : R. Fairbairn en Angleterre avec le concept de « *recherche d'objet* », M. Balint à Budapest avec la notion de besoin « *d'amour primaire* » ou I. Hermann en Hongrie avec « *l'instinct de cramponnement* » qui précise que ce besoin doit être suffisamment satisfait pour "ouvrir la main" et partir à la conquête de nouvelles relations. Cependant, à l'époque, aucun de leurs travaux n'a réellement été pris en compte.

Il faudra donc attendre l'année 1951 pour que cette approche soit véritablement mise sur le devant de la scène par J. Bowlby avec la publication de son rapport à l'Organisation Mondiale de la Santé, intitulé « Soins maternels et santé mentale ». Ce rapport souligne officiellement les effets des carences de soins maternels en institution et préconisent des recommandations concernant les soins à prodiguer à ces jeunes enfants. La symptomatologie associe une indifférence affective, des troubles du comportements tels que des vols immotivés et une altérations des modalités relationnelles.

Prenant à son tour le contrepied de S. Freud, J. Bowlby propose sa « théorie de l'attachement » : il défend la thèse d'un besoin social primaire instinctuel et avance le caractère primordial des soins parentaux dans le développement de l'enfant. [25]

Prolongeant les travaux de J. Bowlby, la psychologue canadienne M.D. Ainsworth, apportera une "aura" scientifique à la théorie de l'attachement par le biais de données expérimentales. A partir de ses observations sur l'effet de la séparation et du sevrage, en milieu naturel, chez 28 bébés ougandais, elle tentera de systématiser cette théorie au travers de la construction d'un protocole expérimental, baptisé « *Strange situation* », sur lequel nous reviendrons. [2]

Cette théorie centrale de la deuxième moitié du XXème siècle suscitera moult débats, à la fois controverses et engouements. En effet, il est reproché à J. Bowlby de faire l'économie des fantasmes et de la métapsychologie, dans la mesure où il a construit sa théorie en se référant à l'éthologie, les sciences cognitives et la cybernétique (système dans lequel les machines ou les organismes vivants sont autorégulés grâce à des capteurs d'informations,

permettant l'accomplissement d'une tâche précise). Mais cette théorie a engendré une stimulation fructueuse de la recherche dans le domaine de la petite enfance et de la carence qui nous intéresse ici. Elle a permis d'éclairer la clinique du lien sous un nouvel angle, enrichissant sensiblement la compréhension psychopathologique et la pratique. Il m'a donc paru intéressant d'en retracer le cheminement.

Actuellement, la théorie de l'attachement semble communément admise, même si elle n'apparaît que discrètement au sein des classifications nosographiques. Le législateur, même, en a tenu compte dans l'établissement de la loi du 5 mars 2007 sur la réforme de la protection de l'enfance : l'article 3 (modification de l'art L. 221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles) vise un besoin supplémentaire, le besoin d'attachement. Il stipule que la prise en charge 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* ». [106] Mais quels sont les fondements de cette théorie si décriée, qui a suscité tant de verbes et fait couler autant d'encre ?

2. Description des concepts princeps

a) Le besoin primaire d'attachement : un instinct

Pour J. Bowlby, l'attachement est un besoin primaire instinctuel, indépendant des comportements alimentaires et sexuels. Le postulat repose sur l'existence d'un besoin de contact, présent dès la naissance du petit d'homme, indispensable à satisfaire, au même titre que celui de la nutrition, qui déterminera sa capacité ultérieure à établir des liens affectifs.

Ce sentiment de J. Bowlby d'une origine instinctuelle à l'attachement trouve son origine dans le courant évolutionniste avec Darwin, mais surtout dans l'éthologie. S'il s'intéresse à la notion d'« *empreinte* » décrite chez l'animal par K. Lorenz, il s'inspire surtout des recherches de H. Harlow en 1958 sur l'observation de singes Rhésus séparés de leurs mères. Ce dernier a mis en évidence le développement de comportements d'attachement de façon privilégiée avec un substitut maternel constitué d'un bloc de bois, recouvert de coton et générant de la chaleur, au détriment d'un autre substitut fait de simple fil de fer, et ce indépendamment du besoin de nourriture et de la présence d'un visage factice que possédaient chacune des « deux mères de substitution ».

A la recherche d'un dénominateur commun entre comportement animal et humain, J. Bowlby ne restreint cependant pas les comportements instinctifs à de simples actes stéréotypés. Il les définit comme des schèmes identifiables, conduisant à un avantage sélectif pour l'espèce considérée et assurant sa survie. Dans cette perspective, les liens d'attachement

ont un rôle de protection vis à vis des dangers de l'environnement, mettant en jeu des comportements instinctifs d'attachement spécifiques.

b) Le système d'attachement proprement dit

Empruntant des concepts à la cybernétique, J. Bowlby a envisagé la description de sa théorie de l'attachement sous l'angle d'une combinaison de cinq systèmes hiérarchisés, s'activant ou se désactivant en fonction des situations auxquelles l'enfant est confronté.

Le système d'attachement, proprement dit, recouvre l'ensemble des comportements instinctifs, appelés comportements d'attachement, « *ayant tous pour résultat prévisible le maintien et l'accroissement de la proximité de la mère* ». [25] La notion de proximité est centrale dans la théorie de J. Bowlby. Elle renvoie à une notion spatiale, à savoir la distance physique séparant l'enfant de sa figure parentale, appelée *figure d'attachement*. Cette distance sera modulable en fonction des besoins de l'enfant, via ses comportements d'attachement. La finalité externe est une protection du bébé, vis à vis de l'hostilité du monde extérieur, qui est nécessaire du fait de son immaturité. Mais il existe également un objectif interne : le maintien du sentiment de sécurité (*safety*), avec comme corollaire la sensation de bien-être et de confort.

J. Bowlby isole cinq comportements d'attachement principaux, innés et observables, qu'il regroupe dans deux catégories distinctes :

- ✓ Les comportements de rappel, visant à faire revenir la figure d'attachement auprès de lui. Il distingue les comportements aversifs correspondant aux pleurs et aux cris, des comportements de signalisation tels que le sourire ou le babillage, remplacés ensuite par le langage, recherchant dans ce cas des interactions agréables avec la figure d'attachement.
- ✓ Les comportements actifs, ou comportements de poursuite, qui lui permettent de rester à proximité de sa figure d'attachement. Il s'agit de l'étreinte (ou agrippement) et l'action de suivre, initialement par le regard puis par la locomotion.

Quant au comportement de succion, décrit dans son premier ouvrage en 1969, il n'est plus mentionné dans la réédition de 1982. Au fil du développement de l'enfant, la gamme des comportements s'enrichit, avec comme principal facteur de renforcement de l'attachement, la qualité de la réponse parentale aux avances sociales de ce dernier.

Quelles sont les figures d'attachement de l'enfant ? La définition ne se restreint plus au seul personnage de la mère, mais concerne désormais « *toute personne qui s'engage dans une interaction sociale animée avec le bébé et durable, et qui répondra facilement à ses*

signaux et à ses approches. » [A. Guedeney ; 74 ; p.15] Toutefois, il existe une hiérarchisation des figures d'attachement suivant la quantité et la qualité des soins prodigués à l'enfant, à savoir une figure d'attachement principale (fréquemment la mère) et des figures d'attachement secondaires. Cette dernière catégorie est qualifiée par C. Howes de « figures d'attachement alternatives » devant remplir les trois critères suivant : personne prenant soin physiquement et émotionnellement de l'enfant, avec une présence conséquente et régulière dans sa vie, tout en l'investissant affectivement. [83] Il les sépare en deux sous-classes :

- ✓ les pères, les grands parents, les auxiliaires de crèches et les enseignants ;
- ✓ les familles d'accueil, les parents adoptifs, les personnels de pouponnières, de foyers et les éducateurs. La relation d'attachement se construit dans ce cas après l'instauration d'une précédente qui s'avère perdue.

M.D. Ainsworth introduit la notion de « **base de sécurité** », applicable à la fois chez l'enfant et chez l'adulte, pour désigner la confiance de l'individu quant à la disponibilité et l'accessibilité à sa figure d'attachement en cas de besoin. L'exploration du mode environnant va dépendre de l'acquisition d'une base de sécurité suffisamment solide.

La figure d'attachement est considérée comme un « *havre de sécurité* », selon les termes de I. Bretherton (1995), auprès de laquelle l'enfant peut se réfugier dans des situations angoissantes. Dans la petite enfance, la proximité physique est nécessaire pour la réassurance. Puis au gré du développement de l'enfant, cette base de sécurité sera progressivement intériorisée et seule l'idée d'une accessibilité possible à celle-ci deviendra suffisante.

Sur le fond, les rôles des deux figures parentales en matière d'attachement diffèrent : la mère reste le premier recours en cas de danger, par opposition au père qui est davantage vu comme un soutien pour l'exploration.

Parallèlement, d'autres systèmes motivationnels, étroitement associés, ont été rattachés au système général d'attachement. [P. Fonagy ; 42]

c) Les autres systèmes motivationnels

➤ **Le système exploratoire**

Le système exploratoire, décrit par M. D. Ainsworth, est étroitement imbriqué au précédent, mais s'active en miroir. Il repose sur la curiosité et la tentative de maîtrise du monde environnant qui pousse le petit enfant à s'éloigner de sa mère, à abandonner un temps le cramponnement, pour s'aventurer vers l'inconnu. Initialement sans la quitter du regard, il

s'autorise dans un second temps davantage de témérité et de hardiesse, à condition d'avoir acquis une base de sécurité suffisante.

Lors de la période d'exploration, le système d'attachement veille à minima, en silence, mais se réactive dès l'apparition d'une menace. Plus le sentiment de sécurité interne sera solide, dépendant de la fiabilité de la figure de soutien et de la qualité des expériences antérieures, plus l'enfant se risquera vers la découverte du monde extérieur, stimulant ainsi son développement cognitif et social. Ce sentiment de sécurité interne n'est pas sans rappeler « *la capacité d'être seul* », chère à D. W. Winnicott, où l'enfant devait passer par l'étape d'être seul en présence de sa mère, avant de pouvoir réellement être seul. [165] C'est l'introjection d'un environnement suffisamment bon qui lui confère la capacité à affronter la solitude.

Récemment, certains auteurs ont élargi la définition de ce système, chez l'enfant de plus de 4 ans, avec la description de deux types d'exploration :

- ✓ L'exploration externe, définie comme la capacité à établir des relations avec les pairs et à créer des liens avec d'autres figures d'attachement auxiliaires.
- ✓ L'exploration interne, basée sur la découverte des émotions, notamment négatives, découlant des apprentissages : angoisse de l'inconnu, perte de contrôle, échec...

➤ **Le système affiliatif ou système de sociabilité**

Ce système est lié au développement de la moralité et de la sociabilité. Il correspond au "faire ensemble" et à la motivation de l'enfant à s'engager dans la relation avec autrui. J. Bowlby l'inclue dans le système d'attachement, précisant qu'il s'active comme le système exploratoire, en miroir de celui de l'attachement : « *l'enfant recherche un compagnon de jeu quand il est de bonne humeur et qu'il sait où se trouve sa figure d'attachement* ». [26]

La plupart des auteurs avancent désormais son indépendance par rapport à la théorie de l'attachement, bien que ces deux systèmes semblent fonctionner en synergie. Le système de sociabilité recouvrirait davantage le concept d'« intersubjectivité », défini comme la capacité d'être en relation avec autrui et de partage émotionnel dans un contexte de réciprocité. Ce système s'oppose donc en tout point au système asymétrique de l'attachement, reposant sur la dépendance de l'enfant envers le parent.

➤ **Le système peur-angoisse**

Il s'agit d'un système de vigilance et de réactivité, dont la finalité vise l'adaptation à une situation jugée potentiellement dangereuse par l'enfant.

➤ Le système du caregiving

Ce dernier système, introduit plus récemment, a été peu décrit par J. Bowlby. Il s'agit du versant parental de l'attachement, dont il est complémentaire. Il renvoie à la tendance humaine fondamentale à soigner et protéger "un plus petit que soi", qui serait programmée biologiquement, à l'image du comportement d'attachement. Ce sont C. George et J. Solomon qui, en 1996, introduisent le concept de « *caregiving system* ». Il recouvre l'ensemble des comportements parentaux activés devant la détresse de l'enfant, opérant tant sur le versant physique qu'affectif : retenir, appeler, rejoindre, étreindre, bercer, réconforter... [67]

H. et M. Papoušek parlaient, quant à eux, de « *parentage intuitif* ».

Deux composantes spécifiques de ce système de caregiving ont été mises en exergue :

- ✓ La « *sensibilité maternelle* » (ou *sensitivity*) décrite par M.D. Ainsworth, en 1978, comme la capacité à détecter, interpréter et répondre de façon adaptée et rapide aux signaux du bébé. [2] Cela implique aussi son aptitude à s'adapter au rythme de l'enfant, à supporter ses sollicitations et à conserver une disponibilité psychique de tous les instants.
- ✓ La « *fonction réflexive* » introduite par P. Fonagy, en 1991, à partir de la « *théorie de l'esprit* » de S. Baron-Cohen et coll. Ces derniers font le postulat chez l'être humain d'une capacité à se représenter, non seulement sa propre vie psychique, mais également celle d'autrui, afin de pouvoir attribuer à l'autre des états mentaux tels que des intentions et des croyances, pour donner sens à ses comportements. [13] Par analogie, P. Fonagy définit la fonction réflexive comme la capacité parentale à percevoir à la fois ses propres états psychiques et ceux de son enfant. [57]

A l'image des autres systèmes motivationnels, le système de caregiving s'enracine dès l'enfance sous une forme immature (jouer à la maman, s'occuper des petits animaux), restant sous la dépendance des expériences vécues au travers des soins maternels. Après une modification lors de l'adolescence, le caregiving s'étoffe réellement lors de la transition vers la parentalité. Selon C. George et J. Solomon, ce processus suppose « *la nécessité pour les parents de passer de la perspective d'être protégés (comme des enfants) à celle de fournir une protection aux enfants (but des parents).* » [67] Puis, le caregiving parental évolue parallèlement aux modifications des comportements d'attachement de l'enfant, dans une adaptation réciproque.

J. Belsky souligne la complexité du développement de ce système qui s'avère sous la dépendance de nombreux facteurs intriqués : les facteurs biologiques, notamment hormonaux, mais surtout les influences contextuelles telles que la personnalité des parents, leur histoire respective, la qualité des relations conjugales, les facteurs environnementaux, culturels et

sociaux. [15] Il insiste également sur les facteurs propres au bébé. En effet, si le caregiving apparaît comme le résultat des expériences parentales précoces d'attachement, il peut cependant être modulé lors des interactions avec le bébé : le nourrisson agit comme un véritable stimulateur du caregiving de ses parents de part les rondeurs de son aspect physique, mais aussi par les tous premiers comportements d'attachement non discriminatifs. Dans ce contexte, il est aisé de concevoir qu'une anomalie physique de l'enfant peut susciter un rejet ou une négligence parentale.

d) Les stratégies conditionnelles d'attachement

Si l'enfant dispose dès la naissance d'une palette de comportements d'attachement pour conserver la proximité avec sa figure d'attachement, ces stratégies dites « primaires » peuvent échouer, le contraignant à développer des stratégies dites « secondaires ou conditionnelles » afin d'optimiser les chances d'y parvenir. M. Main décrit deux modes d'adaptation comportementale possibles : [109]

- ✓ **Des stratégies de « minimisation »**, à savoir une inhibition du système d'attachement. Ces stratégies sont mises en place par l'enfant dont la mère ne tolère pas les demandes affectives qui suscitent chez elle des conduites d'évitement. Renonçant à l'espoir d'être protégé, l'enfant inhibe alors ses comportements d'attachement ce qui rendra le rapprochement, au final, plus supportable pour cette dernière.
- ✓ **Des stratégies de « maximisation »**, à savoir une hyperactivation du système d'attachement. Elles sont développées chez l'enfant qui conserve l'espoir d'un réconfort possible, mais au prix de l'émission de signaux de communication très intenses. Il est alors contraint à manifester en permanence une détresse extrême pour susciter l'attention maternelle, restreignant ainsi son activité.

Le type de stratégie mis en œuvre permet de différencier divers patterns d'attachement correspondants que nous détaillerons ci-après. Toutefois bien que ces stratégies visent à promouvoir l'attachement, il n'en demeure pas moins qu'elles entraînent des aménagements psychologiques particuliers, potentiellement néfastes pour le bon fonctionnement du sujet, tant sur le plan individuel qu'interpersonnel. Les stratégies de minimisation induisent une répression des affects et une indifférence à l'égard d'autrui, restreignant l'engagement dans la relation. Les stratégies de maximisation s'accompagnent d'une dépendance anxieuse à l'autre très invalidante.

Dans certains cas, même les stratégies conditionnelles sont mises en échec. En 1988, M. Main et J. Solomon, introduisent la notion de « *désorganisation* » pour désigner cette impossibilité de l'enfant à s'adapter au parent et à se construire un pattern d'attachement

cohérent. [111] Le terme « *désorganisation* » est utilisé pour illustrer le conflit apparaissant entre les deux stratégies conditionnelles antithétiques : l'incompatibilité entraîne soit une inhibition du comportement d'attachement, le bébé se figeant brutalement en présence de sa figure d'attachement, soit une activation simultanée de comportements d'attachement opposés à l'image de l'enfant agrippant le bras parental tout en écartant le reste de son corps, soit des manifestations d'effroi.

3. *L'attachement au fil des âges...*

Selon J. Bowlby, l'attachement opère « *depuis le berceau jusqu'à la tombe* » et détermine les types de choix relationnel du sujet. Il existe sept phases dans ce processus qui occupe une place encore significative à l'âge adulte. [R. Miljkovitch ; 122] En effet, si nos sociétés font l'apologie de l'indépendance, il est cependant flagrant de voir combien le précepte "garder le contact avec sa tribu" est primordial, y compris chez l'adulte : le développement de la téléphonie mobile en est un exemple hautement significatif.

Les comportements d'attachement, comme nous l'avons vu, sont présents dès la naissance et sont non discriminatifs, visant uniquement la protection et la stimulation du système de caregiving de l'adulte à proximité. Au cours d'une seconde phase (3 - 6mois), ils s'adressent à une figure de plus en plus individualisée. L'étape suivante (6mois - 3ans) est marquée par une autorégulation progressive de la distance optimale de sécurité, via le développement de la locomotion. Le besoin de proximité est peu à peu remplacé par la seule nécessité de savoir sa figure d'attachement disponible et accessible en cas d'angoisse. A ce stade, les patterns d'attachements sont stables et évaluables.

Lors de la quatrième étape (3ans - 5ans), le développement des capacités cognitives et langagières permet à l'enfant de se créer des représentations internes rendant plus supportable la séparation. L'enfant et la figure parentale construisent à ce stade un « *partenariat corrigé quant au but* ». Il s'accompagne de la possibilité de développer des capacités de négociation lors des désaccords. Aussi, un enfant ayant développé des stratégies de minimisation a tendance à adopter une position de soumission, tandis que celui ayant exacerbé son système d'attachement choisit plutôt la recherche du conflit, présentant des colères difficiles à apaiser. Entre 4 et 12ans, le système d'attachement se complexifie par la création de nouveaux liens affectifs avec des figures auxiliaires (membres de la famille élargie, professeurs). Les comportements d'attachement se manifestent désormais sous des formes symboliques (communications téléphoniques, courriers). L'adolescence est marquée par une mise à distance des premières figures d'attachement et l'établissement de liens d'attachement avec les pairs. Actuellement, la majorité des auteurs pointent la qualité de l'attachement comme déterminant dans la capacité à affronter le défi de l'autonomisation.

A l'âge adulte, le lien d'attachement avec ses propres parents persiste, mais il s'agit de sa place au sein de la hiérarchisation des figures d'attachement qui se modifie, voire s'inverse en fin de vie. 3 à 6 figures d'attachement sont généralement notées. La théorisation de l'attachement chez l'adulte n'en est qu'à ses débuts, mais elle offre une perspective intéressante concernant l'approche contextuelle et interpersonnelle du fonctionnement du parent amenant l'enfant en consultation.

4. *Evaluation des patterns d'attachement*

a) Chez le nourrisson : La *Strange Situation* et l'*Attachment Q-Sort*

La *Strange Situation* ou Situation Etrange, proposée par M.D. Ainsworth, est un outil novateur dans le sens où il évalue les caractéristiques d'une relation et non des traits individuels. [2] Cette situation standardisée est constituée de huit phases de séparation et de retrouvailles entre la mère et son enfant, âgé de 12 à 18 mois. Trois schèmes d'attachement sont individualisés : l'attachement sûr, angoissé ambivalent et angoissé évitant.

L'attachement sûr ou sécure se traduit par une phase de protestation au départ de la figure d'attachement et de plaisir lors des retrouvailles, s'accompagnant d'une recherche de réconfort. Il témoigne d'une confiance de l'enfant dans l'accès possible et immédiat à la figure d'attachement en cas de besoin. Fort de cette certitude, l'enfant s'enhardit à l'exploration du monde environnant. La mise en place de ce pattern d'attachement suppose une qualité des interactions précoces, avec une figure d'attachement disponible et fiable pour l'enfant. Dans ce contexte, les stratégies primaires d'attachement sont suffisantes et conservées.

L'attachement angoissé ambivalent ou résistant se traduit par une réaction de détresse lors de la séparation, associée à une ambivalence aux retrouvailles où s'entremêlent recherche de proximité et rejet colérique, l'enfant étant difficilement consolable. Confronté à l'incertitude vis-à-vis de la réponse parentale, l'enfant demeure sous le joug d'angoisses de séparation prégnantes. Développant des stratégies d'hyperactivation pour échapper à cette emprise, il tend à rester agrippé à sa mère et à restreindre son intérêt pour le monde extérieur ce qui entrave son développement. Ce schème d'attachement est favorisé par une disponibilité fluctuante de la figure parentale, des séparations itératives ou des menaces abandonniques utilisées par les parents comme moyens disciplinaires.

Lors d'un **attachement angoissé évitant**, l'enfant est peu affecté par la période de séparation et demeure indifférent au moment des retrouvailles, restant concentré sur ses activités de jeux. Parallèlement, il accepte facilement d'être réconforté par l'étrangère. Persuadé de l'absence d'aide apportée par la figure d'attachement, voire du risque de rejet en cas de sollicitations, l'enfant tente alors de se suffire à lui-même et de vivre sans amour, ni soutien d'autrui. Ce pattern renvoie à la mise en place de stratégies d'inhibition du système d'attachement. Il se constitue lors de rejets répétés par la figure parentale, de mauvais traitements ou encore de séjours prolongés en institution.

Faisant une synthèse des multiples études réalisées, A. Guedeney propose une distribution moyenne de ces catégories s'élevant à « 65% d'enfants sécures, 21 % d'insécures évitants et 14 % d'insécures ambivalents, [...] et ce avec une relative constance interculturelle, du moins dans les pays industrialisés ». [74 ; p.107].

A ces trois schèmes s'ajoute **l'attachement angoissé désorganisé-désorienté**, introduit par M. Main et J. Solomon et que nous avons décrit précédemment, dans lequel les deux types de stratégies conditionnelles sont observés simultanément. [111] Il s'observe essentiellement chez les enfants victimes de mauvais traitements.

D'autres auteurs tels que E. M. Cummings, s'opposent à cette façon de catégoriser les nourrissons, proposant davantage un *continuum* de sécurité, entre position sécure et insécure. [40]

En somme, un enfant qui a constitué un pattern d'attachement insécure, quelque soit son type, grandit dans l'angoisse et la colère. Le sentiment de colère est compris comme un reproche adressé à la figure d'attachement, à visée essentiellement dissuasive de perpétrer à nouveau cette situation de séparation. Il est utile dans un premier temps puisqu'il permet à l'enfant de surmonter l'obstacle de la séparation temporaire. Cependant, lorsqu'il prend conscience secondairement de l'absence d'accès à la figure d'attachement malgré les efforts vainement fournis, la colère laisse place au sentiment de tristesse, avec le risque de retrait et de désengagement. Nous reconnaissons ici la classique triade décrite à la séparation mère-enfant par J. Robertson : protestation, désespoir et détachement. Un schème d'attachement insécure entrave donc les futures capacités d'intégration sociale et d'autonomisation, rendant traumatiques toutes séparations ultérieures même temporaires.

Depuis l'étude princeps de M. Main et coll., en 1985, [110] les différentes recherches conduites au fil des années confirment une stabilité des patterns d'attachement. [K.E. Grossmann et al., 73 ; A. Ammaniti et al., 4] Toutefois, cette stabilité n'est valable qu'en l'absence de survenue d'événement traumatique tel que le décès d'un parent, le divorce, une maladie chronique... [A. Ammaniti et al., 4]

Un autre outil méthodologique a été proposé chez le nourrisson : l'Attachment Q-Sort mis au point par E. Waters et K. E. Deane en 1985. Une version française a été élaborée par B. Pierrehumbert et coll. [133] L'intérêt de cette méthode réside dans l'évaluation du comportement d'attachement in vivo au cours d'une période d'observation à domicile : il permet d'évaluer la balance entre le système d'attachement et d'exploration dans un cadre naturel. Cette méthode a été validée par une méta-analyse récente de M.H. Van Ijzendoorn, datée de 2004. [160]

b) Chez l'enfant et l'adolescent

L'évaluation de l'attachement passe, entre autres, par des histoires à compléter, le *Child Attachment Interview* et des auto-questionnaires.

c) Chez l'adulte : l'*Adult Attachment Interview*

L'« *Adult Attachment Interview* » (AAI), proposé par M. Main, un des élèves californien de M.D. Ainsworth, avec N. Kaplan et C. Gorges, s'intéresse au versant parental de l'attachement. Il s'agit d'un entretien semi-structuré visant à identifier le type d'attachement d'un adulte donné. Le questionnement porte sur les souvenirs concernant les relations établies avec ses propres parents au cours de l'enfance et son environnement relationnel présent. Il renvoie à un état d'esprit actuel vis à vis de l'attachement et non à la recherche rétrospective du pattern d'attachement dans l'enfance.

Quatre types ont été décrits au travers de la narrativité et de la cohérence du récit : sécure/autonome, détaché, préoccupé et non résolu/désorganisé. [A. Guedeney, 74]

Le type **sécure/autonome** correspond aux sujets dont le discours sur leur enfance est cohérent, sans débordement émotionnel à l'évocation de leur lien avec la figure d'attachement. Ils valorisent aussi leur vie relationnelle.

Les sujets ayant un état d'esprit actuel **détaché** tentent d'éluder les interrogations concernant la figure d'attachement. Le récit est jalonné d'incohérences dans la description des souvenirs, sans possibilité de faire des liens entre leurs expériences passées et leur propre personnalité.

La catégorie **préoccupé** renvoie à un discours envahi par l'aspect émotionnel à l'évocation des relations avec leurs parents. Les digressions sont multiples et les consignes ne peuvent être respectées.

Quant à l'état d'esprit actuel **non résolu/désorganisé**, il se traduit par un discours totalement désorganisé à l'évocation des expériences vécues, souvent traumatiques.

La méta-analyse de M.H. Van Ijzendoorn et al. en 1996 retrouve 24% de mères détachées, 58% de mères sécures et 18% de mères préoccupées, sur un échantillon de 584 sujets. [159] Toutefois, il nous semble important de rappeler qu'actuellement il n'existe aucun consensus sur la définition de la sécurité ou de l'insécurité de l'attachement chez l'adulte.

Bien qu'une multitude d'outils expérimentaux ait vu le jour ces dernières décennies, aussi bien dans le domaine de l'enfant que celui de l'adulte plus récemment, ces techniques de mesures de l'attachement ne peuvent être utilisées en pratique clinique du fait de leur longueur et de leur coût. Elles sont uniquement employées dans le cadre de la recherche.

d) Corrélation entre *Strange Situation* et *Adult Attachment Interview*

Une succession d'études, après celle de M. Main et al., a mis en évidence une corrélation entre la classification de la sécurité de l'enfant analysée par la *Strange Situation* et le récit parental recueilli à l'*Adult Attachment Interview*. [110] Aux enfants classés comme sécures, angoissés évitants, angoissés ambivalents et désorganisés correspondent respectivement des figures parentales avec un état d'esprit libre et autonome, détaché, préoccupé et non résolu/désorganisé vis à vis de leurs propres expériences d'attachement.

Depuis, de nombreux auteurs ont remis en question cette possibilité de prédire les modalités d'attachement en fonction des résultats de l'AAI. B. Pierrehumbert, notamment, évoque une probable surestimation des résultats de l'étude de M. Main et coll. devant l'existence de biais tels que l'absence d'indépendance des deux outils d'évaluation. [132] De plus, il ne faut pas oublier qu'une corrélation statistique n'implique pas une causalité systématique étant donné l'intrication des multiples facteurs mis en jeu.

Toutefois, l'observation de ces corrélations a le mérite d'avoir permis aux chercheurs de se pencher sur cette question de la transmission intergénérationnelle des patterns d'attachement. L'idée que le comportement parental à l'égard de l'enfant influencerait par la suite la formation de ses représentations internes concernant les modalités relationnelles, est alors émise. Mais comment comprendre ce lien entre qualité des soins et développement psychosocial de l'enfant ?

5. *Attachement, représentations et transmission transgénérationnelle*

Pour J. Bowlby, le pattern d'attachement ne se restreint pas uniquement à des aspects comportementaux et affectifs, mais s'accompagne également de représentations mentales des relations interpersonnelles. En effet, il constate que les représentations parentales des rapports

interhumains déterminaient le développement de la relation parent-nourrisson puis parent-enfant. S'inspirant largement des théories cognitives pour expliciter ce point, il propose le concept des « modèles internes opérants ».

a) Les modèles internes opérants

L'enfant construit, sur la base de ses expériences interactives précoces, un modèle lui permettant de se représenter les relations interpersonnelles que J. Bowlby baptise « modèle interne opérant » (MIO) ou *Internal Working Model*. Au travers des échanges avec son entourage, l'enfant intériorise progressivement, grâce à la mémoire procédurale, des séquences d'évènements aboutissant à la formation de modèles relationnels. Ils lui permettent ensuite de donner sens aux comportements de ses proches, d'anticiper leurs réactions et d'adapter son comportement en conséquence. [25]

Ce modèle théorique suppose la constitution à la fois d'un modèle de représentations de soi et d'un modèle de représentations d'autrui. Le modèle de lui-même découle de l'image que ses parents se sont fait de lui qu'il perçoit au travers de leur discours et de leur comportement à son égard. Quant au modèle d'autrui, il reflète la représentation de ses parents et de leur manière de se conduire envers lui telle qu'il les perçoit réellement dans les interactions quotidiennes.

En résumé, ces modèles mentaux sont une intériorisation des interactions précoces avec son entourage, servant de guide par la suite dans les relations interhumaines.

Se référant aux travaux de J. Piaget, J. Bowlby fait coïncider la formation des MIO au moment de l'acquisition de la permanence de l'objet, soit vers l'âge de 5mois. [27] Il décrit deux temps dans leur développement, s'appuyant sur les concepts d'assimilation et d'accommodation de J. Piaget : la construction initiale du modèle se déroule selon un ajustement aux interactions vécues, les expériences ultérieures étant assimilées au modèle existant, y compris lors d'une correspondance imparfaite. Le risque principal réside donc dans le fait que l'individu aurait tendance à percevoir le monde environnant au travers du filtre de ses MIO, dont la formation dépend des expériences passées. L'individu pourrait alors être amené à traiter de façon erronée les informations nouvellement reçues, construisant une perception biaisée de la réalité événementielle. Mais, la nature étant bien faite, J. Bowlby suppose l'existence d'un remaniement permanent des MIO initiaux pour permettre cet ajustement nécessaire aux différentes relations établies avec l'entourage et aux éventuelles modifications de l'environnement.

Mais ces modèles internes opérants sont-ils toujours révisables en fonction de la réalité contextuelle ?

b) Le mécanisme d'exclusion défensive

Il peut arriver que l'actualisation des MIO soit contrecarrée par l'existence d'une structuration défensive chez l'individu. J. Bowlby définit le concept d'« *exclusion défensive* » consistant en un non traitement des informations perturbantes pour le système d'attachement et leur exclusion du système de représentations. Il pointe deux situations favorisant la mise en place de cette organisation défensive :

- ✓ La transmission d'interdits, plus ou moins implicites, à l'enfant, le contraignant à agir dans le sens du parent et à rester fidèle aux souhaits de sa figure d'attachement. Par ce comportement, il évite la confrontation aux sentiments de honte et de culpabilité et ne met pas en danger le lien à ses parents.
- ✓ Une exclusion de toutes les informations susceptibles de générer un sentiment de tristesse ou d'angoisse et de toutes les situations trop douloureuses pour l'enfant, telles que l'abandon.

Dès lors, les MIO resteront imperméables à toute information allant à l'encontre du système actuel de représentations, sans intégration possible et par conséquent sans ajustement permis aux nouvelles expériences. De ce phénomène découle la résistance à tout changement et les difficultés d'adaptation à un environnement relationnel nouveau. J. Bowlby cite l'exemple de l'incapacité fréquente de l'enfant issu d'une famille maltraitante, pour s'acclimater dans une famille d'accueil protectrice et sécurisante : il recrée couramment le même type d'échanges expérimentés dans le passé, entravant ainsi son intégration dans ce nouvel environnement.

Pour J. Bowlby, l'influence des modes d'interactions antérieurs sur le tissage de nouveaux liens (amoureux ou parent-enfant) est liée à cette impossibilité d'ajuster les MIO au contact d'expériences nouvelles, de part ce mécanisme d'exclusion défensive. Dans cette perspective, la compréhension des biais qu'un individu peut avoir dans la perception d'autrui peut se faire à la lumière de ses expériences passées. Par exemple, un parent peut s'avérer indifférent à tout sentiment ayant été exclu dans sa propre enfance. "Cette insensibilité non intentionnelle" entrave sa capacité à réguler son comportement en fonction des signaux émis par l'enfant et à s'adapter à ses besoins. De fait, il réitère avec lui les mêmes attitudes insécurisantes qu'il a pu vivre avec ses propres parents. L'enfant, éprouvant des affects similaires à ceux que son parent a dû affronter au même âge, va développer des défenses du même ordre, afin de s'en protéger, et ainsi de suite... Avec ce concept, J. Bowlby s'attaque à la modélisation de la transmission transgénérationnelle des modalités interactionnelles pathologiques.

6. *Pour conclure...*

L'attachement est donc un processus relevant à la fois de l'inné et de l'acquis. Supposant une origine biologique et génétique au schème d'attachement, J. Bowlby sous-entend que l'enfant s'attache forcément à ses parents qu'ils accomplissent ou non leurs rôles parentaux... Par contre, c'est la nature même du pattern d'attachement qui varie en fonction de la qualité des relations précoces. Ce pattern étant spécifique de la relation établie avec chaque figure parentale, il peut différer avec la mère et le père. L'intériorisation des relations établies avec chacun des deux parents permet de générer des représentations internes qui seront ensuite généralisées aux relations interhumaines.

Si la compréhension initiale de la théorie de l'attachement s'est faite dans une perspective évolutionniste en tant qu'avantage sélectif, les auteurs semblent actuellement davantage s'orienter vers une approche dans laquelle l'attachement favorise le développement de la mentalisation et de l'intersubjectivité, et par voie de conséquence, le développement psychosocial de l'enfant. Ainsi, au lieu d'opposer radicalement la théorie de l'attachement aux théories psychanalytiques, nous pouvons raisonnablement avancer qu'elles ont plutôt emprunté des chemins d'études différents : la psychanalyse s'est appliquée à décrire le paysage intrapsychique tandis que l'attachement s'est intéressé à l'analyse de l'univers interpersonnel.

Tout au long de cette description des processus d'attachement, nous avons pointé l'insuffisance du support social, les conditions de vie précaires ou la mésentente conjugale comme des facteurs défavorables pour la capacité à prodiguer des soins à l'enfant. Toutefois, J. Bowlby insiste sur une possible modification des schèmes d'attachement tout au long de la petite enfance, en fonction des changements potentiels dans les réponses fournies par l'entourage. En effet, une révision des MIO parentaux peut s'effectuer au prix d'une remise en question, certes douloureuse, de leurs modalités relationnelles, mais leur permettant surtout d'échapper à l'emprise du passé et au cercle vicieux de la répétition. Nous percevons ici l'intérêt d'une intervention, la plus précoce possible, afin de rectifier les modalités interactionnelles dysharmonieuses très à risque pour le développement de l'enfant et potentiellement transmissibles sur plusieurs générations.

Mais au-delà de la notion d'attachement, les interactions parents-enfant se déclinent sous quatre autres registres : comportemental, affectif, fantasmatique et symbolique. Quel est le rôle de chaque partenaire dans ces échanges précoces ?

B. Les interactions parents-enfant

1. *Les compétences des nouveau-nés*

Jusqu'aux années soixante, le nourrisson est perçu comme un sujet disposant d'un cortex cérébral immature, "non fonctionnel", à l'origine de comportements uniquement réflexes. Par la suite, la mise en évidence des compétences du nouveau-né enrichit considérablement la compréhension des relations s'établissant entre parents et nourrisson. Par compétences, nous entendons la capacité du nouveau-né à organiser ses réactions en fonction des stimuli émis par son environnement, impliquant des « *potentialités sophistiquées d'interaction de l'enfant avec son entourage* ». [81 ; p.156]

A côté des multiples compétences sensori-motrices bien connues du grand public via les media (notamment la discrimination de la voix et du visage humain), trois découvertes expérimentales principales ont bouleversé les pré-requis antérieurs :

- ✓ l'existence d'un état de veille, qualifié de *veille attentive* (état 4), plus propice aux interactions avec l'entourage, parmi les six phases du cycle veille / sommeil ;
- ✓ le phénomène d'*habituation* du bébé à des stimulations répétitives ;
- ✓ l'intérêt porté à des stimuli particuliers, perçus au travers de comportements spécifiques (suction rapide non nutritive, poursuite oculaire...).

Si ces données récentes sur les compétences du bébé ont contribué à l'amélioration de la communication avec lui et la promotion d'interactions harmonieuses, des dérives ont pu être observées devant la fréquente confusion entre compétences et performances. Face à la vulgarisation de ces découvertes au sein d'une société cultivant le culte de la performance, D. Houzel met en garde quant au risque de faire du nouveau-né un véritable « *petit singe savant* ». [81]

La constatation des compétences du bébé a cependant permis de mettre en exergue sa participation active dans la constitution de la relation parent-enfant. En tant qu'acteur dans l'établissement des liens, il a donc lui-aussi la possibilité d'adresser des messages à ses parents en vue de modeler leurs réactions. Cette découverte a permis d'introduire le concept d'interactions parents-enfant, définissant les échanges bidirectionnels dans lesquels chaque partenaire est actif. On voit poindre la notion de « tempérament » du bébé qui intervient également dans la mise en place de ces interactions. Le modèle théorique prévalant actuellement est celui de la « *spirale transactionnelle ou interactionnelle* ».

M. Lamour et S. Lebovici distinguent trois composantes dans les interactions : comportementale et affective, relevant toutes deux de la pratique de la parentalité, et une

composante fantasmatique, dépendant du registre de l'expérience de la parentalité déjà détaillée auparavant. [94]

2. Les interactions comportementales

La description de ces interactions est objective puisqu'elles sont directement observables au niveau du corps, de la voix et du regard. Les interactions comportementales correspondent aux échanges corporels avec le nourrisson qui sont différents chez les mères et les pères. Il s'agit notamment du portage du bébé, renvoyant au concept de « **Holding** » et de « **Handling** » de D.W. Winnicott. [164] Par *holding*, il entend la façon dont l'enfant est porté, c'est-à-dire le maintien physique du bébé par sa mère. Il joue un rôle de protection vis à vis des expériences angoissantes de nature physiologique, sensorielle ou relative aux vécus corporels traumatiques (angoisses de morcellement, défaut d'orientation dans l'espace...). Il englobe également l'ensemble des soins quotidiens dispensés au nourrisson. À côté de ce *holding* physique, le *holding* psychique occupe une place tout aussi essentielle, correspondant à la manière dont l'enfant est tenu dans l'esprit de sa mère, lui conférant la sensation continue d'exister. Un *holding* suffisamment bon permet donc la constitution du *self* et la maturation du Moi. Quant au *Handling*, il s'agit de la façon dont l'enfant est manipulé et traité (lavage, habillage...). Il permet l'installation de la psyché dans le soma et le développement du fonctionnement psychique.

Nous citerons également « *la fonction posturale* » définie par Wallon et « **le dialogue tonique** » décrit par M. Ajuriaguerra, à savoir les ajustements corporels mutuels dans la relation. [3]

Les interactions comportementales recouvrent également les **échanges sensoriels**, notamment visuels et auditifs (cris du bébé, prosodie maternelle, dialogue préverbal).

L'importance du regard a été maintes fois soulignée dans la littérature : « *le rôle de miroir de la mère* » évoqué par D.W. Winnicott [166], le contact « *œil à œil* » développé par P. Mazet [118] ou « *les yeux dans les yeux* » selon D. Marcelli. [115] Cette sensibilité du nourrisson au regard de l'adulte maintient son état d'éveil et stimule l'intérêt pour son activité. Du côté maternel, il s'apparente à une façon de découvrir et d'apprécier les réactions de l'enfant, les entretenant au travers du plaisir qu'elles procurent à la mère.

Quant aux interactions auditives, elles tiennent un rôle central dans l'acquisition du langage. Pour J.S. Bruner, cette étape implique autant la mère que l'enfant, « *tout deux y travaillent ensemble* ». [29] L'adoption du "parler bébé" par la mère favorise le développement du langage, à l'image du dialogue tonique qui pourrait être la *pré-forme* sur laquelle il s'édifie.

D. Stern et al. soulignent l'alternance de phases où le bébé initie la relation, puis se désengage, pour relancer à nouveau l'interaction avec son entourage : ceci suppose la capacité maternelle d'adaptation à ces cycles attention/retrait. [152]

3. *Les interactions affectives*

Non observables, les interactions affectives traduisent un niveau d'analyse subjectif dans la mesure où elles reposent sur une interprétation des sentiments éprouvés par l'enfant et son partenaire parental. Fondamentales, elles permettent à l'enfant d'accéder au monde de **l'intersubjectivité**, concept proposé par C. Trevarthen, qui en faisait la base du développement intrapsychique et de toute communication interpersonnelle. [158]

En 1983, R.N. Emde évoque la fonction de « *référence sociale* » remplie par la mère : l'enfant interprète la signification d'une situation donnée en fonction de la réaction émotionnelle maternelle.

D. Stern parle, quant à lui, d'« **accordage affectif** » pour définir la manifestation par la mère d'expressions émotionnelles identiques à celles de son enfant, réalisant ainsi une véritable harmonisation des affects. [151] Cette attitude en miroir de son bébé se déroule généralement sur un autre canal de communication, d'où la caractéristique transmodale de cet accordage. Par exemple, à la mimique de joie du nourrisson, la mère exprime en écho l'affect similaire, mais sous la forme d'une vocalisation. Il s'agit d'une communication partagée des affects au sein de la dyade, qui n'est pas de l'ordre de l'imitation, mais de l'empathie maternelle.

Ces interactions affectives sont primordiales dans le développement de l'empathie chez l'enfant et de la prise de conscience de son autonomie psychique. Toutefois, elles peuvent être entravées par des facteurs inhérents à l'enfant (prématurité, handicaps diverses, tempérament) ou des facteurs environnementaux : pathologie psychiatriques sévères chez la mère (dépression, psychose), deuils, séparation parentale à proximité de la naissance, familles à problèmes multiples...

4. *Les interactions fantasmatiques*

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les interactions fantasmatiques relèvent de l'expérience de la parentalité et renvoient à une forme de transmission inconsciente entre parents et enfants.

Du côté parental, nous avons décrit les quatre enfants gravitant autour de l'enfant réel dans la vie intrapsychique des parents. L'enfant imaginaire, l'enfant fantasmatique, l'enfant narcissique et l'enfant mythique alimentent les fantasmes parentaux, nuançant les modalités

interactionnelles. S'il est aisé de concevoir l'activité fantasmatique parentale, la vie fantasmatique du bébé fait l'objet de nombreuses controverses quant à sa nature, voire la réalité même de son existence.

Sans entrer dans ce débat qui mériterait à lui seul de faire l'objet d'un travail de thèse, les recherches actuelles semblent s'orienter vers l'existence de processus précoces de symbolisation, appelés « *proto-représentations* » par Pinol-Douriez ou « *pictogrammes* » par P. Aulagnier, s'enracinant dans les vécus corporels.

Poursuivant cette thèse, B. Golse évoque un « *double ancrage corporel et interactif* » des processus de pensée. [70] L'ancrage corporel signe la primauté des sensations corporelles, retrouvées dans les travaux de D. Anzieu avec le Moi-peau [7] ou les enveloppes psychiques. [8]

L'ancrage interactif est notamment illustré au travers des travaux de W.R. Bion : « *la capacité de rêverie maternelle* » ou « *fonction alpha* » permet la transformation des éprouvés corporels impensables expulsés par le bébé, appelés « *éléments β* », en « *éléments α* », devenant assimilables par le psychisme naissant de l'enfant. [20 ; 21] Le petit d'homme a donc besoin, initialement, que quelqu'un lui prête « *son appareil à penser les pensées* » pour se protéger de ses projections dangereuses. Cette fonction maternelle, de détoxification, de liaison des éléments β , est progressivement introjectée par le bébé afin qu'il puisse se passer de cette contenance exercée par le psychisme maternel. De la qualité de la fonction α dépendra le traitement des émotions et des sensations.

Un autre élément mérite d'être pris en considération dans le développement cognitif et fantasmatique de l'enfant : il s'agit de l'introduction de l'absence et du manque. Aussi, une anticipation maternelle systématique des besoins du bébé, précédant même ses demandes, empêche toute frustration et tout manque, pourtant essentiels à la formation des processus de pensée. C'est au cours de ce délai d'attente, où l'objet d'amour vient à manquer, que pensées et représentations se constituent par le biais de l'hallucination de l'objet absent et de la réponse attendue. L'intervention maternelle doit donc intervenir dans un laps de temps suffisant pour stimuler le bébé dans son processus de pensée. En somme, à côté de la mère défaillante "qui n'en fait pas assez", une mère parfaite "qui en fait trop" n'est donc pas non plus souhaitable pour l'enfant : ni trop, ni pas assez, mais de façon suffisante... telles sont les conditions d'un développement optimal.

Nous pouvons rapprocher ici le concept de « *l'object-presenting* » de D.W. Winnicott [164], correspondant au mode de présentation de l'objet et de la réalité extérieure à l'enfant, dont dépendent l'édification des premières relations objectales. La mère le fait à la fois consciemment au travers de la présentation de l'objet transitionnel, et inconsciemment quand elle pense à son compagnon. L'« *absence d'attention prolongée de la mère* » au moment où elle se détache de la relation mère-enfant pour introduire un tiers dans son univers fantasmatique, à savoir le père, permet alors l'ouverture de l'espace de pensée du bébé. J.B.

Laplanche parle de « *signifiant énigmatique* » et M. Fain de « *censure de l'amante* » pour décrire cette confrontation du nourrisson au fait que la pensée maternelle peut se tourner vers un autre objet que lui.

5. Les interactions symboliques

Récemment, D. Houzel a introduit un 4^{ème} type d'interaction parents-enfant qui a trait à la transmission symbolique intrafamiliale, inscrivant le sujet dans sa filiation. [146]

En résumé, les interactions précoces visent, dans un premier temps, le maintien d'un état d'homéostasie, à savoir un état basal exempt de tension, et de bien-être du nourrisson. Ceci dépend à la fois des capacités homéostatiques intrinsèques du bébé et de l'aide fournie par l'entourage.

Par la suite, nous avons montré combien la qualité des interactions parents-enfant, source de stimulations et d'échanges affectifs, est capitale dans le développement affectif, cognitif et langagier de l'enfant. Ce constat a amené D.W. Winnicott à répéter inlassablement en début de communication qu'« *un nourrisson tout seul, ça n'existe pas* ».

Si la recherche a principalement porté sur l'analyse des interactions et des soins prodigués par la mère, le rôle du père n'en est pas pour autant négligeable... Nous avons pointé sa fonction de support et d'étayage vis-à-vis de l'accès à la position maternelle de sa compagne. Il constitue également la figure réparatrice et médiatrice pour le bébé dans la relation mère-enfant. Du point de vue des relations père-enfant, les interactions sont plutôt teintées d'excitation et de motricité, s'effectuant au travers de jeux stimulants et physiques. La fonction paternelle semble être un tuteur qui favorise les capacités exploratoires de l'enfant vers le monde inconnu. Certains auteurs ont d'ailleurs fait le constat que la sécurité de l'attachement au père semble plus prédictive d'une qualité des relations avec les pairs, puis d'une meilleure gestion future des relations interhumaines.

Nous avons maintes fois souligné la nécessité d'une qualité du versant parental de la relation. Néanmoins, il ne faut pas oublier que c'est en premier lieu le bébé qui crée ses parents, d'autant plus s'il s'agit de l'aîné : il les confirme dans leur identité parentale. Aussi, pouvons-nous entrevoir qu'une absence de réponse gratifiante de la part du bébé vis-à-vis des "avances" parentales risque de susciter des griefs envers lui. Qu'il s'agisse d'un nourrisson apathique ou frustrant, il renvoie ses parents à un sentiment d'incompétence, venant alimenter les craintes que ces derniers ont pu nourrir durant la grossesse. Dans ce contexte, la spirale interactionnelle risque d'être mise à mal et de menacer le développement ultérieur de l'enfant.

V. En bref...

L'analyse de la parentalité sous ces trois axes n'est pas que pure spéculation ou élucubration théorique... D. Houzel souligne avant tout son utilité dans la pratique clinique, pour les acteurs de terrain susceptibles d'intervenir dans des situations de dysfonctionnements familiaux. La prise en compte systématique de ces trois dimensions, étroitement imbriquées, permet d'éviter les confusions dans les rôles de chacun et de limiter les mécanismes projectifs sur lesquels nous reviendrons dans la suite de ce travail. Cette analyse vise aussi à diminuer les risques de passages à l'acte, notamment dans les contextes d'urgence où nous entraînent fréquemment les familles dysfonctionnelles.

Car tous les parents n'accéderont pas à la parentalité...

Nous avons vu que devenir parent et en assumer les fonctions ne va pas de soi... Cela implique des remaniements profonds de la personnalité face à cette crise identitaire, supposant une souplesse psychique adaptative suffisante que tout un chacun ne possède pas. Le support environnemental joue également un rôle capital dans cette transition vers la parentalité et dans la capacité à prodiguer des soins adéquats à l'enfant.

L'individu devra donc combiner à la fois les ingrédients de sa propre personnalité et ceux issus de l'héritage familial, culturel et social, pour pouvoir s'élever au rang de parent. Toutefois, il n'existe pas de recette universelle... Chaque parentalité est le fruit d'une alchimie unique et spécifique à la fois du parent, mais également de l'enfant qui vient de naître. Il n'est pas rare qu'un individu se trouve dans l'impossibilité d'exercer sa parentalité auprès de l'un de ses enfants, du fait d'un contexte environnemental et de la place particulière occupée par cet enfant dans son histoire de vie, alors qu'il pourra y accéder avec un autre enfant dans des circonstances différentes.

De même, le statut de parent n'est pas figé dans le temps, acquis une fois pour toute... Du statut de "parent naissant", il évolue ensuite vers celui de "parent en devenir" et ce, *ad vitam aeternam*. Chaque phase de la vie affective et sociale de l'enfant est susceptible de réactiver chez les parents des conflits archaïques latents, constituant autant de blessures mal cicatrisées, qui peuvent générer des comportements parentaux inadaptés (négligence, violences, abandon...).

Il est donc aisé de percevoir que toute faille dans ce "dialogue" précoce parents-enfant puisse jouer un rôle décisif dans le développement de la personnalité. Toute perturbation de ces interactions qui s'étendent jusqu'à l'adolescence, peut provoquer des troubles plus ou moins graves de l'ordre de la psychopathologie, vers lesquels nous allons nous tourner maintenant.

2^{ème} PARTIE : FAMILLES À PROBLEMES MULTIPLES OU L'ITINÉRAIRE D'UN ENFANT À RISQUE...

« Il y a des fantômes dans toutes les chambres d'enfants. Ce sont des visiteurs qui surgissent du passé oublié des parents ; ils ne sont pas invités au baptême. Dans des circonstances favorables ces esprits hostiles et importuns sont chassés de la chambre d'enfants et regagnent leur demeure souterraine. [...] Mais comment rendre compte d'un autre groupe de familles qui semblent vraiment possédées par leurs fantômes ? Les envahisseurs sortis du passé ont élu domicile dans la chambre d'enfants, revendiquant une attraction et des droits de propriété. [...] Ils ont assisté au baptême de deux générations et plus. [...] et dirigent la répétition de la tragédie familiale à partir d'un texte en lambeaux. [...] Spontanément les parents n'auront aucune envie de former une alliance avec nous pour protéger leur bébé. C'est plutôt nous qui apparaitrons comme des envahisseurs et non les fantômes. »

S. Fraiberg [59 ; p57-59]

Etroitement lié à l'histoire parentale et s'enracinant bien au-delà de la période de grossesse, le parcours pour devenir parent s'avère semé d'embûches. Les aléas de la parentalité sont donc nombreux... La parentalité peut être "empêchée", partiellement ou totalement, dans sa réalisation. Certains auteurs parlent de « parentalité exposée ». [16] Mais quels sont les facteurs susceptibles d'entraver cet accès à la parentalité ?

Après avoir énuméré les principaux facteurs mis en cause, nous orienterons notre réflexion sur l'un d'entre eux : les familles à problèmes multiples. Nous étudierons le fonctionnement de ces familles qui met fréquemment en péril le développement des enfants y évoluant. Nous détaillerons, dans un second temps, les troubles susceptibles d'être rencontrés chez ces enfants.

I. « La parentalité exposée »

A quoi la parentalité peut-elle être exposée ? Cette question n'a suscité l'intérêt que récemment. Auparavant, les troubles de l'enfant étaient abordés dans une approche dichotomique, uniquement descriptive, quant au développement harmonieux ou non de l'enfant : développement normal versus pathologique, épanouissement versus souffrance, réussite scolaire versus échec dans les apprentissages, etc... Depuis quelques décennies, la réflexion psychopathologique s'est largement étendue puisqu'elle tient désormais compte du contexte environnemental, et en premier lieu parental. En témoigne l'intérêt croissant des pédopsychiatres pour une lecture des troubles à travers une perspective transgénérationnelle. Toutefois, si la genèse des troubles chez l'enfant ou dans sa vie future dépend en partie de facteurs de risque environnementaux, sur lesquels nous reviendrons, nous ne pouvons faire l'économie des facteurs propres à l'enfant.

A. Vulnérabilité de l'enfant

D. W. Winnicott rappelle que « *la maladie de l'enfant appartient à l'enfant [...]. Un enfant peut trouver des moyens de se développer normalement en dépit des facteurs défavorables de son environnement, ou il peut être malade malgré de bons soins* ». [165 ; p.393] Aussi, l'intensité des faillites de l'environnement ne doit pas occulter la part des facteurs inhérents à l'enfant, à savoir sa vulnérabilité, dans la genèse des troubles.

Le concept de vulnérabilité est introduit par E. J. Anthony en 1980. [5] Pour illustrer ce concept et la notion de risque, il cite l'histoire des trois poupées de J. May : l'une est de verre, la deuxième de matière plastique, la troisième d'acier. Sous l'impact d'un même coup de marteau (le risque), la première se brise tandis que la seconde conserve une cicatrice indélébile et que la troisième demeure apparemment invulnérable. E. J. Anthony complexifie par la suite ce modèle, en substituant les trois poupées par trois enfants en chair et en os. [6] Il souligne l'existence de différences aussi bien dans la nature des marteaux (risques) que dans la constitution de chaque enfant (vulnérabilité). Chaque enfant, en fonction de sa vulnérabilité, réagit de façon singulière et unique : le premier enfant s'effondre tandis que le second conserve des séquelles et que le troisième se développe en dépit des multiples catastrophes qui se sont abattues sur lui.

Afin de décrire cette notion de vulnérabilité, nous reprendrons les travaux de S. Freud. Selon lui, l'enfant dispose d'un appareil fonctionnel propre, appelé « *pare-excitation* », qui

constitue une barrière protectrice contre les stimuli. Il utilise la métaphore de la couche cornée, à l'image d'un épiderme recouvrant le Moi, responsable des mécanismes de défense ultérieurs. Le deuxième pare-excitation est constitué par les soins maternels, venant compenser les défauts du pare-excitation organique. D'après P. Bergman et S. K. Escalona, la vulnérabilité résulte, entre autres, de l'existence d'une « mince » barrière protectrice qui entraîne une sensibilité anormale et des failles, s'exprimant de façon immédiate ou différée.

Le modèle de vulnérabilité s'oriente actuellement vers une origine développementale aux multiples facettes. Il inclut un aspect physique qui recouvre les facteurs génétiques, les éventuels handicaps physiques ou mentaux, les naissances multiples, les pathologies somatiques, etc... L'approche psychodynamique de la vulnérabilité souligne le rôle de la stimulation et des traumatismes.

La Haute Autorité de la Santé (HAS), quant à elle, propose une définition assez vaste, considérant la vulnérabilité comme la « *caractéristique principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacée du fait de circonstances physique, psychologique ou sociologique* ». [78] A. Freud souligne la grande diversité des enfants vulnérables : « *ceux que désavantage leur statut social, racial et financier, les handicapés physiques ou mentaux, les rejetés et les mal-aimés, les surprotégés, les hypersensibles, les hyperconsciencieux, ceux qui se développent lentement, les précoces et tous les autres...* ». [6 ; p.13]

Pour M. Mahler, la vulnérabilité n'est pas perçue de façon uniquement négative : elle la considère comme un « *processus à double face* » qui peut certes entraîner « *une paralysie intellectuelle et une stagnation affective* », mais également permettre l'épanouissement « *d'un potentiel latent* ». [6 ; p.504]

Parler de vulnérabilité suppose l'existence de son contraire, « *l'invulnérabilité* », entendue dans le sens d'une capacité de résistance au stress et aux situations potentiellement traumatisantes. Cette notion est à rapprocher du concept de « *résilience* », proposé par la suite par B. Cyrulnik. La définition première de ce terme recouvre, en physique, l'aptitude d'un corps à résister à un choc. Du point de vue étymologique, le terme « *résilience* » vient du latin « *salire* » qui signifie sauter, rebondir, tandis que le préfixe *re-* signe la répétition. Dans cette perspective, B. Cyrulnik définit ce processus comme « *la capacité à réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* ». [41] Résilier signifie donc aller de l'avant après une maladie, un stress ou un traumatisme et ne sera objectivé, au final, qu'à l'âge adulte, devant le constat d'un développement normal et d'une reconstruction. B. Cyrulnik précise que la résilience s'inscrit dans une dynamique s'étayant sur trois axes : les ressources propres du sujet traumatisé, les ressources de son environnement familial et les ressources du support social.

En conclusion, le risque renvoie à l'incertitude quant à l'issue de la confrontation de l'enfant avec un stress interne ou externe. La vulnérabilité, à l'instar de la résilience, est constatée après-coup, étant donné qu'elle est attestée par la réponse de l'enfant soumis au risque. Or, cette définition de la vulnérabilité peut pareillement s'appliquer aux parents. Toute vulnérabilité parentale constitue alors un risque pour l'enfant, dont l'impact dépend de la vulnérabilité propre de ce dernier.

B. Vulnérabilités parentales

1. *Pathologie mentale et trouble sévère de la personnalité*

Parmi les facteurs de vulnérabilité parentale, nous citerons en premier lieu la pathologie mentale et les troubles sévères de la personnalité, qui sont les plus manifestes. L'impact est variable sur le développement de l'enfant selon le type de pathologie en cause et l'association à d'autres facteurs de vulnérabilité. Par exemple, l'étayage d'une mère psychotique par son entourage familial limite le retentissement sur l'enfant, a contrario d'une mère atteinte de la même pathologie, mais victime d'un isolement massif.

D'après les études, les troubles psychotiques et les pathologies addictives sont des sources privilégiées de troubles externalisés chez l'enfant (troubles comportementaux, instabilité...). Les épisodes dépressifs parentaux, notamment maternels, sont quant à eux de grands pourvoyeurs de pathologies pédopsychiatriques, sans discrimination particulière. Dans la plupart des cas, une hypersensibilité et une hypervigilance sont notées chez les enfants de parents malades mentaux. Elles leur confèrent des capacités d'autorégulation permettant de ne pas désorganiser davantage leur parent malade. La classique « *hypermaturation* », décrite par P. Bourdier, s'avère une caractéristique non généralisable, étant donné que sa recherche a porté exclusivement sur une population d'un niveau socioculturel élevé, qui bénéficiait d'une suppléance familiale. [24]

2. *Situation de carence et de précarité*

Les carences parentales, souvent étroitement liées au milieu social défavorisé, sont autant de situations à risque au même titre que la pathologie mentale.

Comme nous l'avons déjà évoqué, le rapport de la MNASM, en 2005, souligne un net accroissement depuis quelques années de ce facteur de vulnérabilité qu'est la précarité. [124]

En 1987, J. Wresinski en fournit une définition précise : *« l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »* [169]

E. J. Anthony est le premier à souligner, en 1980, que la misère est le plus important facteur de risque psychiatrique. [5] L'analyse des enquêtes épidémiologiques menées sur une grande échelle amène S. K. Escalona à conclure que *« la seule population à haut risque qui soit définie est constituée par les enfants élevés dans une misère aiguë et chronique »*. [5 ; p.72]. Depuis, de nombreuses études sont venues confirmer l'importance des facteurs psychosociaux dans le développement infantile. [S. et S. Wolin, 168 ; E.E. Werner et R.S. Smith, 167]. Nous citerons l'étude longitudinale de E.E. Werner et R.S. Smith, conduite sur 20 ans dans une des îles Hawaï et portant sur 698 enfants confrontés quotidiennement au stress, à la pauvreté et pour certains à la psychologie parentale. [167] Les auteurs ont repéré que les enfants résilients étaient ceux qui avaient établi un attachement sécurisé avec leur mère durant la première année de vie, ce qui leur avait conféré un sentiment de sécurité suffisant pour se développer malgré l'adversité.

Face à une implication croissante de ces facteurs dans la genèse des troubles, les classifications nosographiques en tiennent désormais compte. Le DSM IV introduit sur l'axe IV *« les problèmes psychosociaux et environnementaux »*, à savoir *« un événement de vie négatif, une difficulté ou une déficience de l'environnement, un stress familial ou interpersonnel, une inadéquation du support social ou des ressources personnelles ou à tout autre problème relatif à un contexte dans lequel les difficultés de la personnes se sont développées »*. Il précise qu'ils peuvent *« affecter le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux »*. [9] La CIM-10 décrit, dans le chapitre XXI intitulé *« facteurs influant sur l'état de santé et les motifs de recours aux services de santé (Z.00 - Z.99) »*, les difficultés liées à l'environnement social, à une enfance malheureuse, à l'éducation et aux situations psychosociales. [130] La CFTMEA cite sur l'axe II, parmi les *« facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques »*, *« les facteurs et conditions d'environnement »* comprenant : les carences affectives, éducatives, sociales et culturelles, les négligences graves et un milieu socio-familial très défavorisé. [123]

Si les situations de carence et de précarité peuvent être à l'origine de sévices physiques chez l'enfant, elles génèrent surtout des situations de négligence plus ou moins graves tout aussi délétères, bien que plus discrètes. Elles renvoient à des "non actions" et à

une "indifférence non agissante", beaucoup plus pernicieuses. Les signalements sont alors plus tardifs, lorsque le développement de l'enfant est souvent déjà compromis.

3. *Les traumatismes*

Les éléments biographiques traumatiques contribuent à la vulnérabilité parentale. Ils touchent aussi bien l'enfance des parents (contexte de violence...) ou leur histoire de vie plus récente (deuils non faits, expériences traumatiques diverses). L'anamnèse de l'enfant peut également être l'occasion d'une expérience traumatique chez le parent : histoire obstétricale compliquée, pathologie ou prématurité de l'enfant... Dans tous les cas, si ces événements sont susceptibles de déclencher un syndrome dépressif ou un état de stress post-traumatique, ils constituent autant d'épisodes risquant d'être inintégrables au psychisme parental, qui parasitent la relation avec leur enfant et entravent son investissement.

Malgré leur diversité, ces facteurs de vulnérabilité parentale ont un dénominateur commun : la souffrance. Comment être des "parents suffisamment bons" quand on est trop préoccupé par sa propre souffrance ? Dans ces conditions, le parent risque surtout de transmettre ses angoisses et sa souffrance à l'enfant. Mais quels mécanismes sous-tendent cette transmission ? Nous avons ébauché une amorce de réponse au travers de l'étude des MIO, proposés par J. Bowlby au sujet de la constitution et de la transmission des modalités relationnelles. Cette transmission ne relève donc pas de l'hérédité biologique, mais d'autres mécanismes que nous allons détailler maintenant.

C. Transmission transgénérationnelle

1. *Des influences nécessaires à la formation du psychisme mais également potentiellement pathogènes*

Nous avons vu précédemment que l'inconscient de tout sujet est modelé par l'inconscient de ses parents au travers du processus d'identification. Cela implique la transmission directe de matériel psychique inconscient entre deux générations successives.

S. Tisseron propose le terme d'« *influence transgénérationnelle* » pour décrire cette influence irrépressible exercée par le psychisme parental, sur l'appareil psychique de l'enfant, au travers des manifestations verbales, affectives, sensorielles et motrices. [156] L'enfant doit alors effectuer un travail d'appropriation active et de digestion de ces influences, sans toutefois être en mesure d'effectuer un tri parmi ce qu'il reçoit. Aussi, ce legs mental parental,

est susceptible d'avoir un impact positif ou négatif, selon sa nature, sur la formation du psychisme de l'enfant. Dans cette perspective, E. Granjon distingue « l'*intergénérationnel* », désignant la transmission d'éléments suffisamment élaborés pour être assimilables par le psychisme du destinataire et venir alimenter sa croissance, du « *transgénérationnel* », défini comme la transmission inconsciente d'une génération à la suivante de fonctionnements psychiques insuffisamment élaborés, susceptibles d'entraver le développement et l'harmonie de la personnalité de l'enfant. [80]

En somme, la confrontation des parents à des expériences antérieures douloureuses, parfois honteuses, ayant entravé leur capacité à ressentir, penser et agir, entraîne la production d'influences transgénérationnelles très à risque pour le psychisme de l'enfant. Il en résulte de véritables compulsions de répétitions traumatiques au travers des générations.

2. *Présupposés théoriques de la transmission transgénérationnelle*

a) Désorganisation des liens de filiation par l'inflation du système narcissique de filiation

J. Guyotat avance l'hypothèse d'une désorganisation des liens de filiation sous l'influence d'événements traumatiques, non intégrables au reste du psychisme. Les tensions traumatiques provoquent une dérégulation profonde des articulations entre les différents registres de filiation, décrits lors de la première partie de ce travail, au point de détruire les référents symboliques de la filiation instituée. Le système narcissique de filiation est alors renforcé aux dépens de la logique de l'instituée et de la structure œdipienne. Selon J. Guyotat, cette inflation de l'imaginaire au détriment du symbolique entraîne une « *perméabilité psychique anormale entre les individus et les générations qui suscite à son tour la répétition des événements traumatiques, l'escalade dans l'interactivité par l'activité du fonctionnement incestuel* ». [75] Il ajoute que ces événements « *symbolicides* » font souvent le lit d'oppressants secrets de famille.

b) Théorie de la crypte et du fantôme

N. Abraham et M. Torok introduisent la théorie de la crypte et du fantôme grâce à leurs travaux sur le deuil pathologique, occasionnant des secrets de famille. [1] S. Tisseron s'est lui aussi penché sur la genèse des secrets de famille et leur retentissement sur plusieurs générations. [157] D'après lui, l'événement traumatique engendre surculpabilité et honte qui obligent le système familial à « *secrété* » un secret de famille. Par ce refoulement collectif,

l'éclatement familial est évité, mais l'événement traumatique ne peut faire l'objet d'aucune élaboration psychique puisqu'il devient indicible.

En effet, pouvoir intégrer une expérience suppose, au préalable, une mise en mots de celle-ci, ce qui renvoie au mécanisme d'« *introjection* » décrit par S. Ferenczi. Ce processus permet la maturation de l'appareil psychique en incluant les objets extérieurs dans le Moi. Or, dans ce contexte, parler à autrui de ce qui vient à manquer ou de ce qui traumatise est impossible.

En l'absence de paroles introjectives, N. Abraham et M. Torok expliquent que ce processus est relayé, en urgence, par un fantasme d'« *incorporation* », où l'objet constitutif de l'événement traumatique innommable se trouve incorporé dans une partie du psychisme parental. De ce fait, l'expérience pénible, tenue secrète, s'enclave dans le psychisme du parent, constituant ce qu'ils appellent une « *crypte* ». Ce corps étranger intra-psychique, forme un état clivé du Moi qui permet à l'individu d'isoler la souffrance psychique, convoyée par l'effet traumatique, afin de continuer à fonctionner normalement. Le problème est alors totalement dénié, rassurant le Moi de façon magique. Néanmoins, une menace persiste pour le sujet par l'entremise de l'« *identification endocryptique* » : l'individu peut s'identifier à l'objet incorporé, entraînant le risque de répétition traumatique et de symptômes.

Par la suite, la crypte se transmet d'une génération à la suivante sous la forme d'un « *fantôme* ». N. Abraham et M. Torok le définissent comme « *une formation de l'inconscient qui a pour particularité de n'avoir jamais été consciente [...] et de résulter du passage de l'inconscient d'un parent à l'inconscient d'un enfant* ». [1 ; p. 429] Le fantôme fonctionne comme un ventriloque, un étranger venant hanter le sujet et conduisant à une dramatisation répétée. Ils résument la théorie du fantôme ainsi : « *un dire enterré d'un parent devient chez l'enfant un mort sans sépulture. Ce fantôme inconnu revient alors depuis l'inconscient et exerce sa hantise, en induisant phobies, folies, obsessions. Son effet peut aller jusqu'à traverser des générations et déterminer le destin d'une lignée* ». [1]

Cependant, si la représentation est absente, il n'en n'est pas de même de l'affect qui l'accompagne. Aussi, le porteur du secret adopte un langage particulier (« *cryptonymes* ») et présente des manifestations affectives et comportementales étranges, souvent incohérentes, témoins de la présence de la crypte et des mécanismes de clivage. Il en résulte une distorsion de la communication parents-enfant à laquelle l'enfant doit s'adapter au prix d'aménagements pathologiques. En miroir du clivage partiel parental, la deuxième génération installe donc un clivage concernant cette fois l'ensemble de son psychisme et devient porteuse d'un fantôme. Dès lors, le contenu du secret est ignoré, seule son existence est pressentie. A la troisième génération, l'événement devient impensable : l'existence même du secret est ignorée. C'est fréquemment à ce stade qu'apparaissent les symptômes. Ils viennent combler la lacune intra-psychique qui ne trouve désormais plus de complémentarité dans le psychisme du parent, confronté à l'indicible.

La symptomatologie est marquée par la prépondérance de la clinique de l'agir : le "dire" faisant place au "faire"... Les symptômes représentent toujours une réponse à l'angoisse du vide suscitée par la lacune intra-psychique. Ils s'inscrivent dans des fantasmes d'omnipotence et d'invulnérabilité pour échapper à ce non-sens. Ceci n'est pas sans rappeler le concept de « *traumatophilie* » à l'adolescence, défini par D. Drieu comme "un besoin de traumatisme", à l'instar d'une véritable conduite addictive. [49] D. Drieu le relie à une répétition des figures traumatiques au travers des troubles du comportement à connotations négatives (comportements ordaliques, automutilations, conduites de dépendance). A la suite de J. Guyotat, il insiste sur ces situations qui favorisent l'incestualité et effacent les barrières générationnelles.

G. Diatkine propose un lien entre théorie du fantôme et inhibition intellectuelle. Il pointe « *l'obligation de nescience* » du porteur de fantôme au sujet de l'objet perdu, pouvant entraîner selon lui une interdiction de penser. [47]

Plus récemment, C. Nachin étend ce concept à l'ensemble des traumatismes insurmontés, même en l'absence de secret. [126] Dans tous les cas, le passé a pu en partie être élaboré mais de façon insuffisante. Nous sommes alors en présence d'une reproduction du même en apparence, mais comportant d'infimes transformations.

c) Mécanisme d'identification à l'agresseur

Le mécanisme d'« *identification à l'agresseur* » a été décrit initialement par S. Ferenczi. Ce mécanisme de défense consiste à s'identifier à son agresseur et à se soumettre à ses désirs, afin de protéger son Moi. Par cet ultime recours, l'enfant peut maintenir une image suffisamment bonne de ce parent maltraitant, dont il dépend totalement, pour se préserver psychiquement. Par la suite, A. Freud reprend ce concept en l'étendant au comportement de l'enfant qui, par anticipation de l'agression redoutée, devient lui-même maltraitant en identification à l'agresseur.

Ces phénomènes projectifs s'observent également chez un parent qui a subi des négligences ou des violences dans son enfance. C'est ce que décrit S. Fraiberg en évoquant ces « *visiteurs qui surgissent du passé oublié des parents* » et « *qui ne sont pas invités au baptême* ». [59] Ces fantômes condamnent le parent à rééditer la tragédie de sa propre enfance avec son enfant : il transpose les souffrances, qui ont jadis été les siennes, dans la relation avec son bébé et le fait souffrir, à son tour, en identification à l'individu persécuteur de son histoire. Pourtant, la morbidité de l'histoire parentale ne semble pas le seul facteur déterminant dans cette répétition, puisque tous les parents concernés "n'imposent pas ce calvaire" à leurs enfants. S. Fraiberg souligne, à juste titre, que « *l'histoire n'est pas le destin et le récit du passé des parents ne permet pas de prédire si en devenant parents, ces sont les*

peines et les blessures qui guideront leurs conduites ou s'ils trouveront ainsi l'occasion d'un renouvellement. » [59 ; p.59] Selon elle, la répétition du passé dans l'actuel est liée au refoulement des affects douloureux, tels que l'angoisse, la terreur, l'impuissance, la honte ou la dévalorisation, qui ont été éprouvés par le parent lors des expériences traumatiques de son enfance. Le parent rapporte souvent avec froideur et moult détails les scènes d'abandon et de sévices physiques ou psychologiques qu'il a subies. Ce ne sont donc pas les faits qui sont oubliés, mais les émotions s'y rattachant. Aussi, l'accès aux souffrances infantiles des parents permet de prévenir la répétition aveugle de ce passé tragique, en stoppant le mécanisme d'identification à l'agresseur. Se remémorant les affects qu'il avait profondément enfouis, le parent peut désormais s'identifier à son enfant fragilisé et ne plus lui infliger ses propres souffrances infantiles. Dans ce contexte, l'élaboration du passé est ici totalement défailante ce qui entraîne une répétition à l'identique dans des passages à l'acte, où rien n'est modifié.

A. de Mijolla mentionne, quant à lui, que « *les ascendants de notre lignée continuent de fréquenter notre demeure en Visiteurs du Moi* ». Il s'agit d'identifications à des personnages de l'histoire de l'individu qui ont été refoulées, mais pouvant tout de même s'exprimer dans des bizarreries comportementales, des symptômes, des rêves, voire des œuvres artistiques. [121]

H. Faïmberg introduit le concept de « *télescopage des générations* », correspondant à la capture identificatoire de l'enfant, par ses parents internes, dont il assume l'histoire. Cette identification narcissique aux parents intériorisés le conduit à adopter les défenses des générations précédentes, comme le déni des affects. [53]

En somme, les modèles théoriques convergent et se complètent malgré des approches différentes. La transmission des souffrances psychiques et des dysfonctionnements relationnels au travers des générations, découle des mécanismes identificatoires pathologiques, associés à un refoulement des affects et des expériences traumatiques. Qu'ils s'agissent du mécanisme d'incorporation et du clivage ou du mécanisme d'identification à l'agresseur, ces enclaves intrapsychiques sont sources de souffrances parentales importantes. Elles continuent d'étendre leur ombre sur la vie de l'individu et de ses descendants, dans une compulsion de répétitions transgénérationnelles, tant qu'elles ne font pas l'objet d'une élaboration psychique. Dans ce contexte, il semble aisé de concevoir que s'élever au rang de parent s'apparente à une véritable mission impossible, sans une aide extérieure pour étayer cette parentalité mise à mal. Nous percevons ici toute l'importance du travail avec les parents pour interrompre cette spirale infernale...

L'ensemble des vulnérabilités parentales et des mécanismes défensifs précédemment décrits sont au cœur de la problématique des familles à problèmes multiples. Elles sont le plus fréquemment dans une reproduction à l'identique du fait d'une absence totale d'élaboration du passé. Mais qui sont réellement ces familles vulnérabilisées ?

II. Les familles « à problèmes multiples » : un enjeu très actuel

Ces familles représentent une préoccupation importante dans la pratique pédopsychiatrique, dans la mesure où l'on observe une morbidité physique et mentale élevée chez l'enfant, d'autant plus inquiétante qu'elle s'associe à des difficultés thérapeutiques.

L'emploi de l'expression « familles à problèmes multiples » sous-entend que ces familles rencontrent des difficultés majeures, dont la multiplicité et la diversité sont telles qu'elles désarçonnent fréquemment les intervenants extérieurs... D'autres qualificatifs sont utilisés pour désigner ces familles, tels que « familles carencées », « familles socialement handicapées », « familles atypiques » ou encore « familles à la dérive ».

Dans les années 70, G. Diatkine s'est penché sur le fonctionnement de ces familles. Pour sa part, il les a baptisées du nom de « *familles sans qualités* » pour mettre en relief cette impression de « *désorganisation générale de la vie familiale* ». [48] Sa réflexion s'est appuyée sur l'analyse de deux recherches effectuées par des équipes distinctes :

- ✓ d'une part, l'étude française, menée par V. Balmès et son équipe, sur une famille de Vitry, la famille Treizel, suivie pendant 9 ans ; [12]
- ✓ d'autre part, la recherche conduite aux Etats-Unis par l'équipe d'E. Pavenstedt durant 5 ans, sur 13 familles résidant dans le quartier de North Point, un secteur particulièrement déshérité de Boston. E. Pavenstedt surnomme ces familles « the Drifters », ce qui signifie « à la dérive ». [113]

L'équipe de M. David s'est, quant à elle, centrée sur l'étude du développement des nourrissons évoluant au sein de ces familles vulnérables. L'étude a inclus 12 nourrissons d'âge inférieur à 30 mois, issus de 9 familles différentes. Elle visait à fournir des renseignements concernant la structure et la psychopathologie familiale, ainsi que l'analyse des interactions parents-enfant. [44]

Le tableau que G. Diatkine a peint, il y a près de trente ans, reste d'actualité...[48 ; p.237-238]

« Les consultations sont rarement spontanées. Le plus souvent elles sont provoquées par la pression inquiète des services sociaux, en général dans une situation de crise. A quelques remarquables exceptions près, tous les enfants de ces familles, et ils sont souvent nombreux, souffrent de difficultés dont le psychiatre devrait s'occuper : troubles du comportement, difficultés d'apprentissage, retards de langage, troubles psychosomatiques. Les parents sont eux-mêmes souvent des patients psychiatriques actuels ou potentiels. Même

si le psychiatre n'est pas immédiatement découragé par la quantité et la variété des problèmes qui lui sont soumis, ses tentatives thérapeutiques semblent vouées à l'échec. Les parents ne viennent pas aux rendez-vous suivant, refusent les examens psychologiques ou les rééducations et psychothérapies proposées, et s'opposent aux placements qu'il peut finalement conseiller. [...]

Le psychiatre découvre vite que beaucoup d'autres sont réduits ainsi à l'impuissance par ces familles. Elles opposent au pédiatre des conduites aberrantes dans l'alimentation et l'hygiène des nourrissons, lui demandent des hospitalisations inutiles, tandis qu'elles ne donnent pas des soins rendus indispensables par une maladie organique éventuelle. Les enseignants sont mis en échec par ces enfants, qui n'apprennent ni à parler ni à lire au moment voulu. Souvent ils sont tranquilles, et c'est après plusieurs années d'échec scolaire qu'ils sont confiés, sans que cette décision soit beaucoup débattue, à l'enseignement dit spécialisé. Plus rarement, leur agitation éveille l'attention précocement, mais quand l'institutrice ou la directrice demande à voir les parents, ceux-ci évitent le contact, et ne coopèrent à aucune proposition d'aide, que cela soit dans le cadre de l'école ou à l'extérieur. Le juge est amené à intervenir, soit parce que des enfants petits sont en danger, soit parce que des adolescents ont des comportements délinquants, mais les mesures d'assistance éducative qu'il ordonne se heurtent à une défaillance de la famille sur tous les plans : les gains d'argent sont irréguliers et insuffisants, en tout cas très inférieurs aux dépenses, qui correspondent à des achats, ou à des fugues, ou aux besoins d'alcool ou de drogue.

La maison est vide et sale, du fait des destructions des enfants laissés à eux-mêmes et des saisies. Les conduites alimentaires sont aberrantes, [...]. Les enfants sont confrontés alternativement à des disparitions inexpliquées des parents et à des scènes excitantes de violences et de rapports sexuels entre adultes.

Le climat d'abandon et de violence est encore renforcé par l'ambiance du quartier et de la Cité qui constitue souvent un îlot désigné comme asocial au sein de la ville.»

A travers cette description transparaît le sentiment d'une désagrégation et d'une discontinuité globale de la parentalité. Pouvant paraître caricaturale pour un individu non averti, elle n'est pourtant pas si éloignée des multiples observations rapportées par les professionnels intervenant au domicile. L'accumulation des difficultés est telle que l'on n'est souvent abasourdi devant la situation catastrophique de ces familles, ne sachant plus par quels abords approcher la situation...

La suite de ce travail étudie le fonctionnement de ces familles et la nature des retentissements sur le développement de l'enfant, en s'appuyant sur les données collectées lors des recherches précitées. Pour illustrer mon propos, j'ai souhaité présenter dans le même temps la situation de Jordan et de sa famille, la famille S, dont j'ai fait la connaissance lors d'une hospitalisation dans le service de pédiatrie au CHU de Nantes. Nous découvrirons pas à pas leur histoire au gré des propos théoriques.

A. Paysage descriptif : entre confusion et souffrance...

1. *Jordan et sa famille : l'histoire d'une rencontre impossible*

Jordan est âgé de 8 ans. Il s'agit d'un jeune garçon de petite taille, au corps frêle compte tenu de son âge, et au teint mat du fait du métissage paternel. Son regard est vif et percutant tandis que sa démarche, rapide, semble maladroite.

Il est le deuxième d'une fratrie de quatre : une sœur aînée, Ophélie, âgée de 9 ans et deux sœurs cadettes, Cassandra et Déborah, âgées respectivement de 4 ans et 6 mois.

Jordan est actuellement en CE1 dans un foyer de jeunes garçons tenu par des religieuses, doté d'une école, à près de 200 km du domicile familial. Cet établissement, trouvé par Mme S, est d'ailleurs un des motifs récurrents de violentes disputes au sein du couple, Mr S supportant difficilement l'éloignement de son fils.

La famille est suivie par une assistante sociale du Centre Médico-Social de leur quartier, suite à une enquête sociale déclenchée par la réception d'une lettre anonyme concernant leur situation.

Jordan est hospitalisé deux jours dans le service de pédiatrie à la suite d'une ingestion volontaire de deux comprimés d'*Acide Valproïque*. Ce geste est concomitant d'une intoxication médicamenteuse volontaire de son père avec 40 comprimés de la même molécule, constituant son traitement habituel. Le climat de tension au domicile était tel qu'il a nécessité une intervention de la police, alertée par le voisinage. Jordan est alors conduit aux urgences dans le même véhicule sanitaire que son père.

A l'arrivée aux urgences, la mère de Jordan, non présente, est jointe par téléphone. Elle refuse de rejoindre son fils, choisissant de rester au domicile avec ses autres enfants. Elle abrège l'entretien téléphonique en concluant plutôt abruptement : « Je n'aime pas les hôpitaux et je suis fatiguée. Vous avez son père sous la main que je sache... ». Le médecin des urgences pédiatriques est alors contraint d'interroger le père de Jordan, modérément somnolent, dans un box des urgences adultes où il restait en observation pour la nuit. La veille, Jordan aurait ingéré un comprimé de *Clonazepam* trouvé par hasard au domicile. Puis, il se serait servi lui-même dans la pharmacie familiale, avalant trois comprimés de *Tardyferon* et deux comprimés d'*Acide Valproïque* dans un contexte d'agitation extrême sous les yeux de ses parents. Son geste intervenait au beau milieu d'une scène de violence conjugale, où Mme S tentait d'empêcher Mr S d'avalier lui-même des comprimés. Mme S, affolée par le comportement de son fils, ne trouva pas d'autre moyen pour l'apaiser qu'un violent coup de poing au visage. Un hématome périorbitaire droit est en effet constaté à l'examen clinique de Jordan, sans autre anomalie notable. L'hospitalisation est alors indiquée par le pédiatre des urgences, afin d'évaluer plus globalement la situation.

Les renseignements cliniques présentés ci-dessous restent très épars et flous, comme il est habituel avec ces familles. Ils ont été recueillis auprès de la mère de Jordan, de la psychologue et de l'assistante sociale, étayant la famille, contactées toutes deux par téléphone lors de l'hospitalisation.

Nous n'avons pas eu la possibilité de rencontrer Mr S qui quitta les urgences de façon précipitée, après un temps d'observation prolongé contre son gré. En effet, peu après son admission, il refusa de rester hospitalisé pour une surveillance somatique. Il tenta alors de fuguer dans un contexte d'agitation clastique qui nécessita la prescription d'une contention mécanique et d'une injection intramusculaire de neuroleptique.

Mme S fut tout aussi difficile à rencontrer. Le lendemain de l'admission de Jordan, elle ne s'était toujours pas présentée dans l'unité. C'est avec beaucoup de réticences qu'elle accepta un rendez-vous avec le pédiatre et le pédopsychiatre du service devant notre insistance sur les menaces de fugue de son fils.

2. Insécurité et précarité des conditions de vie

Le statut socio-économique de ces familles est dramatique, les situant généralement parmi les classes sociales défavorisées, certains auteurs allant jusqu'à parler de « sous-prolétariat ». Depuis quelques années, certaines populations de migrants sont venues grossir les rangs de ces familles vulnérables, exclues et marginalisées par la société, souvent regroupées dans des espaces sociaux déstructurés. Les conditions de vie y sont extrêmement précaires et se perpétuent au fil des générations. Les logements sont exiguës, sales et insalubres, créant des conditions d'insécurité pour les enfants. Parfois, malgré des conditions de vie très médiocres, le domicile peut être bien tenu, voire marqué par un ordre excessif.

La famille S rencontre des difficultés financières massives. Mme S est mère au foyer et Mr S est au chômage depuis plusieurs années, tous deux ne disposant d'aucune qualification professionnelle. Ils résident dans un quartier très défavorisé de Nantes. La famille S vit dans un trois pièces, où trois des enfants sont contraints à partager la même chambre, tandis que la petite dernière dort avec ses parents. Mme S me précise qu'elle n'a même plus le temps de faire le ménage, étant débordée par ses enfants. Mr S lui reproche cette vie « dans un vrai taudis », mais il ne participe pas aux tâches ménagères et s'occupe peu des enfants. Il est peu présent au domicile.

Les fréquents conflits intrafamiliaux ou avec l'entourage, teintés de violence verbale ou physique, contribuent également à ce climat d'insécurité.

La mésentente au sein du couple S est manifeste. Jordan est sans arrêt témoin de scènes de disputes parentales qui dégénèrent rapidement dans une agressivité mutuelle. La violence entre les parents semble omniprésente, soumettant les enfants à une excitation permanente.

3. *Une configuration familiale particulière : prédominance des mères et fragilité des figures masculines*

La configuration familiale est variable allant du couple parental classique avec enfants, comme c'est le cas dans notre exemple clinique, aux recompositions familiales complexes. Parfois, les trois générations cohabitent au domicile. Les enfants sont couramment issus de parents différents et vivent ensemble sur des périodes plus ou moins longues, avec un risque majeur de dispersion de la fratrie (placement, garde attribuée à l'autre parent...). Les fratries sont nombreuses, les familles comportant au moins quatre enfants. La brièveté de l'intervalle séparant chaque naissance s'explique par l'absence de contraception et la fréquence des accidents obstétricaux. La paternité est parfois remise en question par les mères.

Une pathologie psychiatrique parentale n'est pas rare, avec au premier rang la dépression et les conduites addictives, notamment l'éthylisme chronique. Mais, il s'agit le plus souvent de troubles sévères de la personnalité, notamment de type limite ou psychopathique, s'inscrivant dans un passé de carences graves. La biographie est fréquemment jalonnée d'une succession de conduites autodestructrices, d'accidents, de maladies somatiques graves, de décès, voire de disparitions inexplicables.

Dans notre situation, j'obtins très peu d'éléments biographiques de la part des parents, comme si leur passé était flou ou dévalorisant, et donc maintenu secret.

Mr S est métisse, aux origines ivoiriennes du côté paternel. Il a toujours vécu en France, de même que ses parents. Sa mère est décédée dernièrement. Il n'a pas de contact avec le reste de sa famille. Mr S a présenté un éthylisme chronique actuellement sevré, associé à une consommation cannabique encore active. Dans ses antécédents, nous notons quatre passages aux urgences pour des intoxications médicamenteuses volontaires sans conséquence somatique. L'un deux a occasionné une hospitalisation d'une semaine en psychiatrie, au cours de laquelle le diagnostic d'un trouble de la personnalité de type psychopathique, enkysté sur un mode dépressif, a été posé. Son nouveau psychiatre a modifié le diagnostic pour un trouble bipolaire, donnant lieu à la prescription d'un traitement thymorégulateur, dont la compliance reste douteuse. Sur le plan somatique, nous citerons la présence d'une hépatite C guérie, pour lequel il a bénéficié d'un traitement par *Interféron* et celle d'un problème au genou, en attente d'une intervention chirurgicale.

Du côté maternel, les données sont quasi-inexistantes. Il existe une rupture des liens avec sa propre famille, et la notion d'un père présumé maltraitant au vu des sous-entendus de Mme S. Nous n'en apprendrons pas davantage.

La famille semble donc totalement isolée sur le plan social et familial.

Mais c'est essentiellement leurs difficultés à se positionner en tant que parent qui est au premier plan. M. David évoque une « *personnalité en mosaïque, sur un fond d'immaturité, de carence et dominée par un fonctionnement prégénital. Les processus secondaires sont à peine élaborés, très pauvres, ne laissant pas d'autres possibilités que de contenir ou laisser exploser les pulsions sous forme d'actings à caractère dangereux, qui reflètent la violence interne dans une succession de crises.* » [44 ; p.191]. Cette immaturité se traduit surtout par une impossibilité parentale à promouvoir les besoins de l'enfant avant les leur propres. Les enfants sont d'ailleurs parfois vécus comme de véritables rivaux, notamment face aux soignants.

La fonction maternelle est profondément perturbée, source d'une incohérence majeure dans les soins dispensés à l'enfant. Submergées par leurs propres difficultés, les mères ne peuvent percevoir l'enfant pour lui-même. Les besoins de l'enfant réactivent chez elles des angoisses anciennes, en lien avec leurs propres besoins infantiles qui n'ont pu être jadis satisfaits. Ces mères sont généralement décrites comme envahissantes, "engloutissant" leurs enfants dans leurs cris, leurs interactions érotisées et leur ambivalence.

L'image de Mme S est typique. Son arrivée dans le service de pédiatrie se fait dans le bruit et l'agitation. Elle semble "croulée" sous le poids de ses trois filles qui l'accompagnent. Mme S dirige tant bien que mal la poussette dans laquelle est assise Déborah. Ses mouvements sont entravés par la présence de Cassandra qu'elle porte dans ses bras et celle d'Ophélie accrochée à sa jupe. Ce tableau, plutôt cocasse, est complété par les vociférations tonitruantes de Mme S, qui ne passent pas inaperçues. Malgré le brouhaha, Jordan ne vient pas accueillir sa mère, continuant à jouer dans la salle de jeu toute proche avec l'éducateur du service, sans daigner lui prêter la moindre attention.

Nous la rencontrons donc conjointement avec notre collègue pédiatre. La fragilité conférée par sa maigreur, contraste avec la dureté des traits de son visage et le timbre tonitruant de sa voix, tel un homme. Notre étonnement s'accroît devant le comportement négligent de Mme S qui s'apprête à entrer dans le bureau d'entretien, en laissant seule dans le couloir sa fille âgée seulement de 6 mois. Tel un vulgaire objet abandonné dans sa poussette, la petite Déborah suce vivement sa tétine en regardant sa mère du coin de l'œil s'éloigner sans un mot. Lorsque nous en faisons la remarque, elle nous rétorque : « elle a l'habitude, elle ne va pas pleurer ». Nous incitons cependant Mme S à la garder auprès d'elle le temps de l'entretien. Cette exemple illustre bien le défaut de sensibilité maternelle aux besoins de l'enfant.

Quant aux deux autres fillettes, laissées pour compte, n'ayant reçu aucune consigne de la part de leur mère, elles gagnent la chambre de Jordan accompagnées par une puéricultrice. Le contraste est saisissant entre cette arrivée agrippée à leur mère, et cet éloignement rapide lors des cris maternels, ne paraissant désormais plus du tout intimidées par ce lieu inconnu.

Mme S est vue longuement en entretien en présence de Jordan, puis seule. Elle monopolise tout l'espace, sans se préoccuper de son fils, décrivant ses propres difficultés, notamment dans la gestion du quotidien et des soins à dispenser à ses enfants.

Quand nous recentrons son attention sur Jordan, elle évoque d'emblée le coup de poing donné à son fils, lorsqu'affolée, elle ne savait plus comment le calmer et l'empêcher d'avaler les médicaments. Emue à l'évocation de son geste, elle nie toute notion de violences antérieures. Toutefois, elle verbalise les sentiments de colère qu'elle a pu nourrir envers ses enfants dans les moments où elle s'est sentie débordée par eux. C'est notamment le cas avec Jordan, dont elle ne supporte plus l'agressivité qu'il reproduit en identification au père.

La réémergence violente des pulsions agressives maternelles peut se manifester à l'égard d'elles-mêmes dans une dimension masochique, et parfois envers autrui, en l'occurrence l'enfant. Le contact avec lui est alors vécu soit sur un mode phobique, au travers d'une inhibition massive, soit sur le mode de l'agir. Dans ce contexte, il n'est pas rare d'observer des périodes de délaissement prolongé de l'enfant, voire des demandes d'hospitalisation ou de placement formulées par ces mères. Ce désir peut s'inscrire dans un souci d'assurer une mise à distance protectrice de son enfant, devant l'intensité de ses pulsions agressives. De la même façon, le refus des contacts, notamment corporels, avec l'enfant peut se comprendre par la peur de son désir de destruction.

L'éloignement de Jordan dans ce pensionnat de religieuses à près de 200 km du domicile est une décision de Mme S. Au vue de son jeune âge, nous pouvons nous interroger sur le sens de cette séparation du reste de la famille. Pourrait-elle justement se comprendre dans un désir de protection de la mère vis-à-vis de son agressivité latente à l'égard de son fils ?

Face à l'envahissement des mères, la fragilité des figures paternelles est d'autant plus manifeste. S. Martinat et al. parlent de « *l'exclusion-absence* » du père. [117] Tenant une place annexe, l'image masculine est fréquemment dévalorisée et invalidée : chômage, absence prolongée, hospitalisation, parfois mise en invalidité.

Mr S n'échappe pas à cette description sur de nombreux plans. Une orientation COTOREP est d'ailleurs en cours.

La plupart du temps, les pères sont aux prises avec un éthyisme chronique, plus ou moins compliqué de signes de dégradation physique et psychique. Le sentiment d'impuissance en résultant peut tenter d'être pallié via des passages à l'actes violents (physiques ou verbaux), essentiellement au sein du couple, plutôt que sur les enfants. Ces pères privilégient souvent le choix de "s'éliminer", en s'expatriant du foyer, notamment pour fuir la violence des relations conjugales, ou de "se faire éliminer par les mères". Le discours maternel, rarement contredit, est extrêmement disqualifiant et tenu devant les enfants.

Mme S insiste à plusieurs reprises sur la fragilité psychologique de ce père « qui brille par son absence » ou « par ses crises ». Elle souligne maintes fois sa « dangerosité » bien que l'agressivité ne soit pas le seul apanage du père au sein du couple. Aussi, restaurer l'image paternelle dans le travail ultérieur avec la famille, est essentiel pour l'enfant.

Ailleurs, ces pères sont amenés à se substituer à des mères défaillantes auprès des enfants. Dans un rapport étroit de séduction, ils supportent difficilement l'autonomisation des enfants. L'exemple flagrant est l'extrême réticence de ces pères face aux propositions d'hospitalisation ou leur vive opposition face aux mesures de placement.

Nous pouvons rapprocher ici les grandes réticences de Mr S à tolérer la séparation avec son fils depuis l'entrée en pension.

Cette fragilité de la fonction paternelle a été soulignée par de nombreux auteurs, posant la question de véritable « matriarcat ». Assumant à la fois les rôles maternel et paternel, les mères ont couramment la responsabilité exclusive des prises décisionnelles concernant les problèmes financiers et l'éducation des enfants. L'absence quasi-constante des grand-pères renforce encore cette impression. La position à l'égard des grand-mères est variée, mais les pères entretiendraient plutôt des relations étroites avec leur mère, perçues comme dominatrices, alors que les rapports des mères avec leurs propres mères seraient très conflictuels, sources de ruptures.

Nous saisissons ici tout l'importance de réintroduire le père dans le travail thérapeutique.

4. Une succession de ruptures

Nous avons vu que la pauvreté du système défensif parental implique une décharge pulsionnelle dans l'agir. Il en résulte une impulsivité marquée, qui se traduit par d'incessants passages à l'acte parentaux, rendant très instable le quotidien. L'histoire de vie est alors émaillée de discontinuités et de ruptures, constituant autant de facteurs qui déstabilisent l'enfant.

Dans la famille S, les exemples de ruptures foisonnent. Les parents ont chacun rompu les liens avec leur propre famille. Les nombreux déménagements ont accentué leur isolement familial et social. Ils ont changé de région à plusieurs reprises, sans motif clairement identifié, ce point soulevant des réticences importantes. S'agit-il d'une fuite des services sociaux face à l'angoisse d'un éventuel signalement ?

Le parcours scolaire de Jordan est tout aussi chaotique. Jordan débute son CP dans une école privée, où Mr S entre en conflit avec la directrice au sujet d'une « histoire de racisme ». Devant l'ampleur du conflit, Jordan part intégrer une première fois le pensionnat de jeunes garçons, ne rentrant que pour les vacances scolaires au vue de la distance. A

l'époque, Mr S ira rechercher son fils de façon impulsive, au bout d'un trimestre, ne supportant pas cette séparation. Jordan est donc rescolarisé en cours d'année de CP dans une troisième école... Le début de son CE1, dans cette même école publique, est marqué par des troubles du comportement de type hétéroagressif, menaçant son intégration. L'absentéisme scolaire devient de plus en plus fréquent. Le choix unilatéral de Mme S est de le « renvoyer dans le pensionnat ». Cette intégration intervient la semaine précédant les vacances de Noël, soit 3 semaines avant l'hospitalisation.

5. Une désorganisation générale de la vie familiale

Ce qui interpelle au plus haut point dans le fonctionnement des familles à problèmes multiples, c'est la désorganisation profonde de la vie quotidienne. Les oppositions classiques, les plus terre à terre, comme celles entre « *la nuit et le jour, le sale et le propre, l'ingestion et l'excrétion, l'intérieur et l'extérieur* », qui ont normalement un rôle structurant, font ici défaut. [48 ; p.243] Par exemple, le maintien de la clôture des volets dans la journée, sous prétexte d'échapper à un voisinage trop curieux, affaiblit le couple antithétique jour-nuit ; l'absence de régularité des repas perturbe la notion de temporalité. Tout ceci contribue à un effacement des rythmes circadiens et à une confusion des repères temporels pour l'enfant. Au final, la disparition des oppositions banales de la vie quotidienne aboutit à une absence de différenciation des sexes et des générations, à laquelle participe également la réalité concrète présentée par les parents.

Parfois, le tableau est moins catastrophique, dans la mesure où les difficultés se limitent à certains secteurs du fonctionnement familial. Nous rejoignons ici la notion de vulnérabilité déjà évoquée, renvoyant aux facteurs contextuels tels que l'isolement social et affectif, les situations de précarité ou bien les facteurs liés à l'histoire infantile, comme les carences ou les mauvais traitements. Toutefois, même si les difficultés paraissent moins nombreuses dans la vie de ces familles, les interactions parents-enfant risquent d'être tout aussi perturbées, de même que le développement de l'enfant, et les possibilités thérapeutiques restent au demeurant compliquées.

6. Une perturbation des interactions parents-enfant

Lors de la première partie de ce travail, nous avons souligné la caractère original et spécifique du système d'interaction parents-enfant. Il représente une trame tissée par chacun des partenaires de la dyade, où s'organisent les potentialités développementales de l'enfant. Mais qu'advient-il des interactions parents-enfant, notamment mère-bébé, dans ce contexte ?

P. Mazet et S. Stoleru ont tenté de décrire, dans les familles vulnérables, la nature et l'évolution de ces relations précoces au fil de la croissance du nourrisson. [120] Les semaines succédant la naissance sont habituellement marquées par un climat familial heureux. Le nouveau-né apparaît comme porteur de l'espoir d'une vie meilleure, notamment d'une amélioration de la situation psychosociale de la famille. Mais rapidement, la confrontation avec le bébé réel déstabilise les parents. Premièrement, ils se trouvent devant la difficulté à fournir une réponse adaptée à la détresse exprimée par le nourrisson. Deuxièmement, le bébé ne pouvant remplir sa mission de réparation des souffrances parentales, il suscite alors déception, voire des projections violentes de la part de ses parents à son encontre.

La recherche de M. David a mis en évidence deux modèles interactionnels prédominant : d'une part une pauvreté interactionnelle, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, d'autre part une alternance imprévisible entre période d'interactions prolongées et période de relative négligence. [44]

a) Une pauvreté interactionnelle

➤ Des interactions comportementales à prédominance corporelle

Les interactions mère-bébé sont pauvres. Elles s'expriment essentiellement sur le plan corporel au travers du portage et des bercements. Ce mode de contact du "corps à corps" est souvent étouffant et brusque, suscitant chez le bébé des tentatives de retrait. La tonalité affective dominante recouvre un mélange d'excitation et de rudesse, où les nuances des sentiments telles que la tendresse, la peine ou le plaisir sont fréquemment exclues. Parfois, les contacts sont teintés d'érotisation, provoquant chez l'enfant soit une excitation débordante, soit à l'opposé une inhibition massive. Parfois, l'enfant est au contraire peu pris dans les bras, restant couché dans son lit, ce qui conduit à des troubles ultérieurs du schéma corporel.

Dans tous les cas, ces interactions précoces, à prédominance corporelle, s'effectuent au détriment des premiers échanges "à distance", par le regard et la voix, qui favorisent habituellement la maturation de l'appareil psychique.

Dans notre exemple clinique, les interactions mère-bébé observées lors de l'entretien (soit un peu plus d'une heure) sont essentiellement corporelles, hormis quelques regards non accordés, entre Déborah et sa mère. Parallèlement, nous assisterons à un épisode de bercements brusques lors de pleurs de Déborah que Mme S attribue à la perte de sa tétine. De notre côté, nous pencherions davantage pour les éclats de voix maternels qui auraient suscité des angoisses chez Déborah. Poursuivant son idée, Mme S lui remet initialement sa tétine dans la bouche, ce qui loin de l'apaiser au vue de la brusquerie du geste, amplifie ses

pleurs. Mme S finit par la prendre dans ses bras pour la bercer rapidement, dans une position peu confortable pour Déborah, sans ajustement corporel maternel. Les failles dans le holding sont manifestes. La petite s'apaise cependant au bout d'une dizaine de minutes qui nous paraissent bien longues. L'envie d'intervenir ne manque pas, mais le faire n'aurait fait qu'accentuer le sentiment de Mme S de ne pas être une bonne mère. Dès l'arrêt des pleurs, Mme S repose immédiatement Déborah dans sa poussette, comme si le contact corporel prolongé était difficile à supporter. Aucune interaction visuelle, ni auditive, n'accompagnera cet épisode de bercement, d'allure plutôt mécanique. Mme S continue à dialoguer avec nous, donnant l'impression de ne pas entendre son bébé pleurer, trop absorbée par ses pensées. Peut-être ne l'avait-on pas non plus entendue pleurer dans sa propre enfance ? De fait, elle a pu modeler ses MIO de façon à les rendre imperméables à la détresse et à la souffrance chez autrui. Refoulant ses propres affects douloureux éprouvés face à un probable père maltraitant et une mère supposée non protectrice, ils viennent parasiter la relation avec son bébé du fait du mécanisme d'identification à l'agresseur. Quand elle entendra ses propres pleurs, elle pourra entendre son bébé pleurer...

➤ Des interactions centrées autour de la sphère alimentaire

La sphère alimentaire est le domaine d'interaction le plus investi par les parents. Nous avons vu qu'il s'agit du mode de réponse parental privilégié aux signes de détresse émis par l'enfant lorsqu'ils sont pris en compte. Les parents ont tendance à se limiter, la plupart du temps, à une réponse d'ordre alimentaire ou du moins orale, misant sur le succès de la classique "tototte".

Toutefois, ces modalités interactionnelles sont également perturbées. Les conduites alimentaires sont anarchiques : régime alimentaire non nutritif, suralimentation en sucreries, aliments non adaptés pour l'âge, ou encore manque de nourriture suite aux difficultés financières. L'organisation des repas s'avère tout aussi altérée : absence de repas pris en commun, horaires fantaisistes, pas de position assise autour d'une table... Il existe souvent un libre accès au réfrigérateur, parfois littéralement pillé par les enfants, sans intervention parentale. En définitive, les angoisses et la frustration de chaque partenaire du couple parents-enfant sont comblées par une réponse passe-partout : la satisfaction alimentaire. A l'inverse, la mère peut mettre en œuvre des techniques de forçage alimentaire face à des difficultés alimentaires du nourrisson.

➤ Une négligence du corps de l'enfant

Comme nous l'avons décrit précédemment, le caractère phobique de ces mères s'inscrit souvent dans une lutte contre leurs pulsions agressives à l'égard de l'enfant. Cette

impossibilité à le toucher entrave la réalisation des soins quotidiens, tels que la toilette ou l'habillage. La présentation de l'enfant est de ce fait relativement négligée : il est sale et sent parfois mauvais. Il est généralement vêtu d'une superposition de vêtements mal ajustés, lui conférant un aspect clownesque. Pour ces enfants, les vêtements semblent faire partie intégrante de leur corps. Tenter de leur retirer revient véritablement à les "écorcher", comme porter atteinte à cette seconde peau protectrice. Un laps de temps est nécessaire avant que l'enfant puisse autoriser un adulte à l'approcher, le déshabiller et surtout le coiffer.

Les coiffures sont souvent elles-aussi ridicules. L'infestation par les poux, n'est pas rare et est difficile à éradiquer du fait du coût élevé des traitements anti-pédiculoses, non remboursés. Des attitudes phobiques vis-à-vis de l'eau ont été décrites chez ces enfants.

Les enfants de la famille S sont relativement propres, mais les vêtements de Jordan s'avèrent peu adaptés pour la saison : tee-shirt en plein hiver. En l'absence de sa mère, il refuse l'aide proposée par l'auxiliaire puéricultrice pour l'accompagner lors de la toilette et conserve ses cheveux totalement ébouriffés, tel un "moineau tombé du nid". Nous noterons le port très serré de sa ceinture, à tel point qu'il présente la marque corporelle des coutures de son pantalon à ce niveau.

L'incapacité maternelle à investir le corps de son enfant se confond avec l'attitude à l'égard de son propre corps qu'elle néglige, maltraite ou fait maltraiter. Les signes de souffrance corporelle ne sont pas repérés ou tardivement, expliquant la fréquence des pathologies somatiques graves dans la petite enfance. La non-réalisation des examens médicaux préventifs y contribue également : les vaccinations sont rarement à jour et l'état bucco-dentaire est généralement médiocre (caries multiples non soignées). L'intervention des services sociaux est souvent nécessaire dans ce contexte.

✓ **Non-investissement de la propreté sphinctérienne, du langage et du jeu**

La proximité entre le propre et le sale aboutit fréquemment à une capitulation parentale prématurée dans le combat de la propreté avec leurs enfants. Or, nous savons que les capacités d'abstraction et de mémorisation ("retenir" une pensée) s'étayent sur la maîtrise de la fonction sphinctérienne, venues compenser l'abandon du libre exercice des pulsions prégénitales. Cette disparition des exigences parentales entravent ainsi le développement du psychisme.

D'autres facteurs y contribuent de la même façon, dans la mesure où l'enfant est peu stimulé par ses parents...

Les échanges préverbaux et la communication non-verbale sont quasiment inexistants. L'absence du regard partagé, par exemple, provoque une apathie et empêche l'investissement du corps et du monde extérieur, entraînant des retards de développement.

Par la suite, le dialogue avec l'enfant est rare, de même que l'intérêt parental porté à ses propos est faible, et ce, en miroir de la pauvreté de la communication entre les parents. Ces derniers s'adressent généralement aux enfants en bloc, sans individualiser les échanges, hormis lors des réprimandes. Le langage est davantage utilisé par les parents pour attirer l'attention, au travers de plaisanteries, d'injures, plutôt que pour engager réellement des échanges. Dans ce contexte, l'acquisition langagière devient une entreprise laborieuse.

Parallèlement, le parent ne nomme pas les affects de l'enfant, étant lui-même dans l'incapacité à décrire ce qu'il ressent. Ne donnant pas sens aux ressentis et aux expériences de l'enfant, ils risquent de devenir inintégrables par le psychisme. Nous retrouvons ici les soubassements de la transmission transgénérationnelle.

Lors de son passage dans le service, Mme S ne s'adresse quasiment pas à ses enfants, hormis pour les disputer. Elle ne les nomme pas par leurs prénoms, mais utilise le terme générique « les gosses ».

Les interactions au travers du jeu sont totalement absentes. Le parent ne joue pas avec l'enfant. Les jouets sont peu nombreux, le plus souvent cassés, hétéroclites, parfois absents. Les premiers jouets inventés par les enfants sont couramment ridiculisés, voire détruits, par les parents ou les membres de la fratrie plus âgés. Mme S ne ramasse pas l'objet que Déborah laisse tomber à trois reprises, m'obligeant à le faire à sa place.

P. Mazet et S. Stoleru mettent en exergue l'exiguïté du logement et la monotonie des objets à disposition du nourrisson, en tant que facteurs limitant l'exploration du monde extérieur. [120] L'isolement et le repli de ces familles constituent des entraves supplémentaires aux capacités exploratoires. La mère a tendance à "se cloîtrer" avec ses enfants au domicile, refusant souvent de les confier à une assistante maternelle ou à une crèche et préférant les emmener partout avec elle ou les laisser seuls à la maison.

Mme S n'a jamais souhaité confier ses enfants à d'autres adultes, que ce soit dans la petite enfance ou plus tard en centre aéré. « Je n'ai pas confiance... Avec l'école, on n'a pas le choix, mais on surveille de près... Pour les religieuses, c'est différent, elles ne font pas de coups bas, elles... ». Cette note persécutive dans le discours maternel concernant l'hostilité du monde extérieur, contraste avec la relative indifférence quant à l'hospitalisation de Jordan, où il est pourtant sous la responsabilité d'autres adultes. Nous percevons là toute l'ambivalence maternelle.

De même, si l'existence d'une fratrie nombreuse peut être considérée comme un avantage dans l'exploration de la sphère relationnelle, elle entraîne surtout un manque de disponibilité maternelle pour le nourrisson, cette dernière étant débordée par les soins à prodiguer à ses différents enfants. Les enfants se voient donc généralement confier des responsabilités lourdes au vue de leur âge, telles que traverser la route pour aller faire une course, prendre soin des membres de la fratrie plus petits, préparer les repas ou s'occuper du ménage...

b) Discontinuité et insécurité des interactions

Les interactions parents-enfant sont marquées du sceau de l'imprévisibilité et de la discontinuité. L'enfant « *avance en terrain miné* » selon les termes de M. Lamour et M. Barraco. [93 ; p.54] Cet aspect est probablement le plus typique et le plus destructeur pour l'enfant. Le comportement parental oscille entre des périodes d'hyperstimulation et des périodes de négligence, entre des phases de rapproché intense, quasi "dévorant" et des phases de vide relationnel. Cette alternance de modalités relationnelles extrêmes implique l'absence d'anticipation et de repérage possible pour l'enfant. Dès lors, il ne peut lier le passé et le futur à l'instant présent.

L'investissement des fonctions éducatives par les parents fluctue au gré des variations de leur humeur et de leur disponibilité psychique. Cette labilité du comportement parental trouve fréquemment sa source dans des pathologies psychiatriques avérées ou des troubles de la personnalité. Il ne faut cependant pas sous-estimer le poids, dans la genèse de cette discontinuité, des autres facteurs de vulnérabilité associés (économiques et sociaux, voire physiques dans certains cas).

Des "abandons microscopiques" peuvent s'observer lors des séquences interactionnelles. Il en résulte une agitation mutuellement désorganisée. M. David évoque dans ces circonstances « *des relations fusionnelles à l'intérieur desquelles chacun ne distingue pas l'autre, ne le voit pas, ne peut l'atteindre ni le recevoir, tout en ayant besoin de s'y agripper* ». [44 ; p.209]

Pendant l'entretien, Déborah cherche du regard sa mère à plusieurs reprises et Mme S se détourne d'elle. Elle finit d'ailleurs par déplacer machinalement la poussette, comme pour bercer l'enfant, sans la remettre dans sa position initiale, face à elle, mais légèrement de côté. Est-elle gênée par le regard de sa fille, jugé persécuteur? Par la suite, Mme S redéplace la poussette pour repositionner sa fille face à elle, mais c'est désormais Déborah qui fuit son regard. Mme S s'agite modérément sur son siège, cherche ses mots tandis que le son de sa voix s'amplifie, puis se détourne de Déborah pour se recentrer sur l'entretien. Nous percevons ici combien ces discontinuités dans les séquences d'interactions sont sources de frustration mutuelle pour chaque partenaire de la dyade.

Mme S perçoit parfois ce défaut d'accordage mutuel. Elle se plaint que ces enfants n'accourent pas vers elle pour lui dire bonjour, à l'image de Jordan aujourd'hui. Elle évoque sa sensation d'être considérée comme « un objet » par ses enfants, alimentant le ressentiment éprouvé à leur encontre.

A côté de ces abandons microscopiques, cette discontinuité se traduit également dans la vie de l'enfant sur le plan macroscopique, par une succession de séparations, via des hospitalisations, des mises en pension, voire des placements. La discontinuité relationnelle affective s'observe aussi au travers d'une parentalité discontinue par changement de partenaires.

c) Le poids des interactions fantasmatiques

La compréhension des comportements parentaux inadaptés ne peut se faire qu'au travers de l'analyse des interactions fantasmatiques, impliquant l'existence de résonnances entre le bébé et ses parents.

A l'image de notre situation clinique, la mésentente conjugale est fréquente. Elle s'exprime indifféremment au travers de jugements réciproques, négatifs et dévalorisants, ou d'agressions physiques. La menace de rupture est donc omniprésente.

Pourtant, les études ont mis en évidence la stabilité paradoxale de ces unions. Des similitudes sont manifestes dans les histoires infantiles parentales, où s'entremêlent carences, séparations et violences, et dans les aménagements structuraux défensifs mis en place. Cela nous amène à penser que les parents partagent également les mêmes angoisses. Par le jeu des identifications à des parents perturbés, ces individus se seraient donc choisis sur la base d'histoire personnelles semblables et d'une problématique commune. Ils auraient alors organisé leur vie de couple pour se défendre contre une imago parentale menaçante très présente, mais impensable, qu'ils projettent à l'extérieur. Aussi, l'intensité et la violence de leur lien d'attachement sont dues au fait qu'ils se projettent mutuellement leurs angoisses d'abandon et de mort, qui résonnent avec chacune de leur histoire personnelle. Ce lien "quasi-fusionnel" n'exclue pas le sentiment d'une mise en danger par l'autre, qui entraîne en retour une tentative d'agression "en préventif".

De la même façon, l'enfant, au travers de ses cris et de son agitation, vient réactiver ces fantasmes archaïques, déclenchant en miroir chez ses parents des sentiments de violence à son égard. En somme, la mise en œuvre d'interactions fantasmatiques très prégnantes semble à l'origine de ces phénomènes projectifs.

En résumé, la rencontre parent-bébé est malaisée, aboutissant fréquemment à une relation dysharmonique : le Moi infantile inorganisé ne peut s'étayer sur le Moi auxiliaire maternel défaillant. M. David parle de « *sous-alimentation narcissique primaire du nourrisson en rapport avec l'ignorance par ses parents de ses manifestations spontanées, auxquelles ne sont apportées ni sens, ni réponse en même temps qu'il est inondé de surstimulations résultant des projections parentales, qui sont inintégrables dans la mesure où elles se produisent au hasard des pulsions de ses parents, sans rythmes ni rapport avec ses besoins* ». [44 ; p.219] La carence dans les soins est alors inévitable, sans un étayage adapté. Elle s'associe à des comportements parentaux oscillant entre nécessité de rapprochement fusionnel et désir d'abandon. Dans ce contexte, la formation d'un pare-excitation chez l'enfant est irréalisable, limitant par la suite l'ensemble de sa vie fantasmatique.

B. L'histoire d'un enfant dans la tourmente...

« Tous les enfants nés avec un potentiel normal ont aussi besoin de recevoir des soins corporels suffisants, d'appartenir à une famille intacte et accueillante, de recevoir la possibilité de s'identifier à des parents qui soient eux-mêmes les membres sains d'une communauté. [...] Lorsqu'une ou plusieurs de ces conditions ne sont pas remplies, le résultat est malheureux. »

A. Freud [6 ; p.13-14]

L'enfant qui évolue dans un environnement où l'ampleur des carences sanitaires, éducatives et sociales sont majeures, est un enfant très à risque de présenter des troubles du développement plus ou moins graves. [A. Rapoport et al., 140] Les études soulignent fréquemment l'existence de troubles chez la plupart des enfants, notamment cognitifs directement liés à la désorganisation de la vie familiale et à la carence. Souvent l'aîné tient le rôle de l'enfant "symptôme", dissimulant le malaise moins visible du reste de la fratrie. Aussi, c'est après plusieurs consultations pour l'aîné, durant lesquelles la fratrie est généralement présente, que les cadets font l'objet d'un suivi.

Quant aux sévices, ils ne sont pas surreprésentés dans les trois études précédemment citées, comme on aurait pu le supposer. Devant ce constat, j'ai délibérément choisi de limiter ma description clinique aux effets des carences et des négligences lourdes, en excluant les situations de sévices physiques et sexuels.

1. *Jordan et sa fratrie : « des enfants en souffrance »*

Le recueil des éléments anamnestiques se révèle une tâche particulièrement ardue. Le récit de Mme S est ponctué de multiples digressions et elle n'a pas apporté le carnet de santé de Jordan malgré nos recommandations téléphoniques. La famille n'a pas de médecin traitant, les parents faisant appel à SOS médecin en cas de besoin. A priori, Jordan n'a pas d'antécédent médico-chirurgical.

Nous apprenons qu'un suivi pédopsychiatrique en libéral est débuté à l'âge de 4 ans, sur les conseils de la Protection Maternelle Infantile (PMI) devant une insomnie persistante et des comportements d'automutilation: Jordan se tapait la tête contre les murs. Après deux consultations, Mme S n'a pas souhaité donner suite à cette première démarche de soins, critiquant les compétences du pédopsychiatre. A l'âge de 6 ans, Jordan subtilise régulièrement des objets dans les magasins, ce qui donne lieu à une nouvelle tentative de suivi psychologique, amorcée au Centre Médico-psychologique (CMP) sous la pression de l'assistante sociale. C'est un nouvel échec devant les réticences de Mr S cette fois-ci. Il y a

deux mois un suivi a de nouveau été engagé devant une majoration des troubles du comportement de type hétéroagressif, tant au domicile, qu'en milieu scolaire. Jordan a bénéficié de trois entretiens, en présence de son père, avec la psychologue du Centre Médico-Psychologique et Pédagogique (CMPP). La prise en charge est interrompue suite à son départ pour le pensionnat, Mme ne désirant pas réinstaurer de suivi pour son fils à proximité de son nouvel établissement scolaire. Elle prend le prétexte du discours soi-disant tenu par la psychologue et énonçant que « les troubles de son fils ne relèvent pas de la psychiatrie mais de l'éducatif... ».

Dans le même temps, Mme S interrompt brutalement le suivi pédopsychiatrique au CMPP pour Cassandra, initié dans le cadre d'un retard de langage important. A noter que ces arrêts de prise en charge coïncident avec le questionnement de l'équipe du CMPP sur un éventuel signalement.

Une mesure éducative a déjà été proposée à plusieurs reprises par le service social, mais aussitôt refusée par la famille. L'étayage par l'intermédiaire d'une travailleuse familiale, mise en place afin de soulager Mme S, est un échec : « Jordan la faisait tourner en rond... elle ne voulait plus revenir... ». Face à la majoration des troubles du comportement de Jordan, en écho des tensions intrafamiliales, un placement est envisagé. « Je ne voulais pas que cela soit judiciaire, alors j'ai trouvé cet internat en urgence », explique Mme S.

La sœur aînée, Ophélie, présente également des troubles du comportement, avec des attitudes de toute-puissance. Mme S évoque l'épisode de "rage" d'Ophélie lors de l'hospitalisation en psychiatrie de son père, dont elle est très proche. Elle refuse alors catégoriquement un retour en milieu scolaire, tant qu'elle ne lui aura pas rendu visite. La mère la conduit donc un matin sur le trajet de l'école, provoquant la consternation des professionnels de psychiatrie adulte...

L'observation de la jeune Déborah, bien que réduite lors de l'entretien avec sa mère, va dans le sens des inquiétudes de l'assistante sociale. Nous avons fait la connaissance d'une petite fille plutôt atone, recherchant peu les interactions avec l'adulte. Mme S ne s'en étonne pas : « Ils ont tous fait ça... ».

C'est avec beaucoup de réticences que Jordan accepte de venir en entretien, nous gratifiant de soupirs bruyants, assortis d'un regard désapprobateur. La lenteur de sa démarche pour parvenir jusqu'au bureau contraste avec l'instabilité qu'il a pu manifester depuis le début de l'hospitalisation. Jordan choisit de s'asseoir assez loin de nous et attend en feuilletant mécaniquement un magazine posé sur le bureau. Il semble avoir besoin d'une barrière protectrice afin de s'assurer une certaine distance de sécurité à notre égard, pour ne pas se sentir trop menacé par notre présence.

Jordan répond évasivement aux questions et refuse de jouer ou de dessiner. Son discours est vide, sans affect et les réponses sont peu authentiques, comme pour se conformer aux désirs et aux attentes du soignant. L'impression d'un fonctionnement en faux

self domine. Il nous explique avoir ingéré les comprimés « pour se calmer et ne plus être énervé : ça marche bien pour papa... ». Nous ne retrouvons pas de véritables idées suicidaires conscientes sous-tendant ce geste, qui intervient davantage en identification au père. La recherche d'attention parentale et d'arrêt des conflits parentaux participent tout autant à son acte. Toutefois, Jordan banalise la violence intrafamiliale et dénie les inquiétudes qu'il nourrit indéniablement à l'égard de son père. Finalement, il adopte des attitudes de toute-puissance, menaçant de fuguer si sa sortie n'intervient pas dans la journée. Puis, impulsivement, il quitte le bureau de consultation.

Lors de l'entretien en présence de sa mère, Jordan présente une instabilité marquée ainsi qu'un comportement agressif et provocateur dès que cette dernière commence à parler d'elle. De nouveau, il quitte rapidement le bureau d'entretien. Les seuls propos tenus en présence de sa mère, font état de son désir de ne pas retourner au pensionnat, sous menace de fugue.

2. Une clinique de la carence

Dans les familles à problèmes multiples, et à fortiori dans le cas clinique, nous sommes confrontés à la pathologie de la carence et du vide relationnel. S. Tomkiewicz définit la carence de soins comme une forme de maltraitance « *en creux* », difficile à diagnostiquer. Le tableau clinique varie suivant les caractéristiques propres de l'enfant (âge, vulnérabilité, tolérance à la frustration), ainsi que l'intensité et la durée de la carence. Schématiquement, trois types de carences sont possibles : la carence par insuffisance de soins, la carence par discontinuité des liens et la carence par distorsion. Dans les familles à problèmes multiples, nous avons précédemment décrit une pauvreté et une discontinuité interactionnelle, témoignant de la présence à la fois d'une carence par insuffisance, mais surtout par distorsion. Dans certaines circonstances, des effets de la carence par discontinuité viennent se surajouter.

a) Carence par insuffisance : aspect quantitatif

La quantité insuffisante d'interactions, surtout dans les premières années de vie, appelée « carences de soins maternels » ou « carences affectives précoces », peut entraîner au maximum des tableaux d'"hospitalisme intrafamilial". Si le tableau typique d'*hospitalisme*, au sens de R. Spitz et décrit dans notre première partie, a quasiment disparu en France, des tableaux de carence partielle ou d'*hospitalisme* partiel intrafamilial peuvent se rencontrer dans la petite enfance des enfants issus de familles négligentes. La symptomatologie est multiforme et s'observe de façon privilégiée chez le nourrisson entre 5 mois et 3 ans.

➤ Des troubles somatiques au premier plan

Les travaux de L. Kreisler montrent que la carence de l'organisation mentale entraîne un état de vulnérabilité psychosomatique, d'autant plus important chez le nourrisson que le corps constitue un lieu d'expression privilégié. [90] Les troubles somatiques sont multiples et de sévérité variable.

Les retards staturo-pondéraux sont manifestes. Ils découlent des situations de frustration affective majeure et ne sont pas imputables à une carence nutritionnelle. Un retard de croissance statural d'origine psychogène, appelé nanisme « psychosocial », a été décrit par Powell. Il s'agit d'un "nanisme de frustration" ou de "déprivation", qui disparaît lors du retrait de l'enfant de son milieu pathogène et laisse place à une reprise de croissance d'une étonnante rapidité.

Les troubles alimentaires sont fréquents : anorexie, boulimie et mérycisme. Les conduites boulimiques ne s'accompagnent pas systématiquement d'obésité secondaire, puisqu'elles ne compensent pas suffisamment le retard staturo-pondéral déjà en place. Le mérycisme, lorsqu'il est présent, est un facteur de mauvais pronostic.

Les troubles du sommeil (insomnie, parfois hypersomnie) manquent rarement.

La vulnérabilité psychosomatique décrite par L. Kreisler se traduit par une hypersensibilité aux infections intercurrentes, notamment sur le plan ORL, indépendamment des conditions d'hygiène. Les maladies psychosomatiques, telles que l'asthme, l'eczéma ou la pelade ne sont pas rares. Le tableau clinique se complète fréquemment de **troubles digestifs** (diarrhée à répétition) et **sphinctériens**.

A l'extrême, se constitue un état de marasme physique, associant hypotrophie staturo-pondérale massive et dénutrition, qui compromettent le pronostic vital du nourrisson. Cette description rejoint le tableau complet d'hospitalisme.

➤ Un retard global de développement

La pathologie carencielle s'exprime avant tout par des troubles globaux du développement, touchant la sphère motrice, cognitive et langagière.

La motricité est relativement épargnée en comparaison avec le reste du tableau clinique. Chez le nourrisson, un tonus "en corps clivé" est parfois noté : l'hypertonie du haut du corps, associant une extension des membres supérieurs et une fermeture des poings, contraste avec l'hypotonie du bas du corps, où les membres inférieurs sont en rotation externe, plus rarement en extension. Le pouce à l'intérieur du poing est un signe caractéristique du manque de stimulation à la préhension et au jeu. Les mouvements de pédalage, réactionnels au moment de plaisir, sont absents. Plus tard, ces enfants présentent souvent une **instabilité psychomotrice** marquée.

Les troubles du schéma corporel sont constants, avec parfois une absence de conscience de certaines parties du corps, s'ils n'ont pas été l'objet d'un investissement parental au cours d'un échange relationnel (caresse, portage, échange visuel). M. Berger évoque l'insensibilité du dos des enfants maintenus dans leur lit à longueur de journée. Cette non-perception de leur dos empêche la distinction ultérieure des notions de "devant" et "derrière". [17]

Les difficultés intellectuelles associées à un retard de langage aboutissent à un tableau déficitaire en l'absence d'intervention extérieure. L'inertie et l'apathie, classiquement décrites chez le nourrisson, se traduisent par un repli et un désintéressement pour l'environnement extérieur et le jeu, entravant la maturation psychique.

Pendant tout l'entretien, hormis quelques regards à sa mère, Déborah reste accrochée à sa tétine, qu'elle suce d'un air plutôt absent, repliée dans des conduites auto-érotiques. J'aurais beaucoup de difficultés à croiser ce regard qui semble "flotter", sans pouvoir capter son attention. Elle ne semble pas intéressée par l'interaction avec l'adulte et n'accorde que peu d'intérêt au jouet qui lui est proposé. Bien qu'elle le jette à trois reprises au sol, elle n'éprouve pas de plaisir lors de sa récupération, suite au ramassage par l'adulte. Ce tableau pourrait évoquer un début de carence partielle, mais il est difficile de conclure à l'issue d'un temps d'observation aussi bref.

Cependant, ce repli ne s'apparente pas au repli autistique, étant donné qu'à d'autres moments, le nourrisson recherche activement les contacts avec l'adulte. Si l'enfant paraît soumis dans la plupart des interactions, il n'en n'est pas de même lors du portage. Appréciant d'être porté, il devient alors acteur de l'interaction et s'agrippe à l'adulte, mais couramment de façon totalement indifférenciée. Cette facilité du contact, sans aucune discrimination, se traduit par une absence d'angoisse de séparation et d'anxiété face à l'étranger. Il s'y associe une avidité compulsive vis-à-vis des adultes autres que ses parents.

➤ **Le « syndrome du comportement vide »**

L. Kreisler décrit le « *syndrome du comportement vide* » pour définir une forme d'organisation affective et relationnelle très perturbée, secondaire à une carence affective précoce sévère. [90] Le tableau clinique regroupe l'ensemble des symptômes cités précédemment : instabilité psychomotrice majeure, insomnie sévère, retard de croissance, infections à répétitions, pelade, pauvreté des affects, non discrimination des personnes de l'entourage souvent englobés dans l'anonymat des choses, etc... Il souligne l'« *atonie affective globale* » dont l'aspect le plus préoccupant, selon lui, est une relation d'objet indifférenciée.

b) Carence par distorsion : aspect qualitatif

Ce type de carence est l'archétype même de celui rencontré dans les familles à problèmes multiples. Il s'agit d'une altération qualitative des interactions qui s'associe souvent à une carence par insuffisance de soins. L'organisation pathologique peut évoluer "à bas bruit", les difficultés ne se révélant qu'à l'occasion de la scolarisation, ou bien apparaître d'emblée sous la forme d'une symptomatologie comportementale marquée.

➤ **Chez le nourrisson**

Un tableau de carence partielle est fréquemment retrouvé dans la petite enfance. S. Fraiberg insiste sur la précocité et la spécificité des mécanismes de défenses pathologiques, lors de carences parentales graves. Elle décrit 5 types chronologiques de processus défensifs mis en place lorsque le nourrisson est soumis à une alternance de périodes d'absence et de crises de fureurs imprévisibles de la mère : [58]

- ✓ ***l'évitement*** sélectif de la mère, dès l'âge de 3 mois, notamment du regard comme si l'image maternelle est synonyme de souffrance et de peur ;
- ✓ ***une réaction de gel***, à partir de 5 mois, touchant la mobilité et la voix ;
- ✓ ***la lutte***, lors de l'acquisition de la marche : ces enfants se comportent comme de véritables "petits monstres" dans la journée, tout en étant terrifiés la nuit ;
- ✓ ***les transformations de l'affect***, entre 9 et 16 mois : l'enfant réagit à une situation stressante par une transformation de l'angoisse ou la peur en un sentiment opposé, tel que le rire, interprété comme une forme précoce de déni ;
- ✓ ***l'inversion des attitudes***, à partir de 13 mois : l'enfant retourne contre lui-même l'agressivité ressentie à l'égard de la mère, afin de préserver la relation, à l'image de Jordan se tapant la tête contre les murs pour ne pas attaquer sa mère.

➤ **Des troubles à expression somatique**

Les troubles alimentaires ne sont pas rares. Les conduites anorectiques s'inscrivent dans un contexte dépressif ou font suite à des techniques de forçage alimentaire. Vécues comme un « *viol alimentaire* », selon les termes de C. Koupernik, ces techniques engendrent fréquemment un refus alimentaire, des vomissements, voire la constitution d'une anorexie secondaire. Comme nous l'avons expliqué, l'hyperphagie et les conduites boulimiques sont utilisées face aux angoisses et aux fluctuations émotionnelles brutales.

Les troubles du sommeil sont constants. En effet, la mère est considérée comme la "gardienne" du sommeil de l'enfant. Elle détermine la capacité de l'enfant à s'abandonner dans le sommeil, grâce à la constitution d'un « *espace transitionnel* », aconflictuel, la remplaçant en son absence. En temps normal, cet espace se construit progressivement dans la petite enfance au travers des bercements et des berceuses qui font ici souvent défaut. De même, le parent ne propose pas d'objet transitionnel à l'enfant.

Jordan se vante d'ailleurs de ne pas avoir de doudou : « c'est pour les bébés », rapportant probablement le discours parental. Mais il ne s'étend pas sur ses troubles du sommeil, très anciens et pourtant si envahissants : retard à l'endormissement avec balancements, réveils nocturnes par des cauchemars.

De la même façon, l'hyperstimulation et l'absence de constitution d'un pare-excitation empêchent ce lâcher prise, l'enfant restant prisonnier d'une hyperactivité motrice inapaisable. Parfois, les inquiétudes que l'enfant nourrit pour sa mère, au sein d'un climat de violence intrafamiliale, renforcent les perturbations du sommeil : le besoin de demeurer à proximité pour s'assurer de l'absence de danger entrave l'accès au sommeil. La mère a d'ailleurs tendance à encourager ses enfants dans ce sens, étant donné qu'ils constituent pour elle une protection contre le père.

Les pathologies psychosomatiques sont également fréquentes, de même que les troubles sphinctériens. Enurésie et encoprésie primaire chez le grand enfant sont autant de problèmes supplémentaires qui alimentent le rejet de l'enfant.

Jordan présente des épisodes intermittents d'enurésie nocturne secondaire.

➤ **Troubles du développement psychomoteur**

La rapidité et le sens du rythme de l'enfant étonnent. S'il s'avère confiant dans ses jambes, la motricité fine demeure médiocre pour l'âge, gênée par une agitation incessante. L'enfant est aux prises avec une instabilité psychomotrice invalidante, parasitant son activité. Cette agitation épuise son entourage et majore les difficultés éducatives. Selon M. Berger, au moins 60% des enfants victimes d'interactions parents-enfant perturbées, présenteraient cette symptomatologie. [17] Elle signe une discontinuité permanente dans le processus de penser, témoin d'un grave défaut dans le holding au cours de la première enfance. Il ajoute que ces troubles sont rarement pris en compte, entravant pourtant de façon certaine les apprentissages.

Jordan a lui-même une démarche rapide et maladroite, il est comme encombré par son corps. Il présente une instabilité notable et est en perpétuel mouvement dans les couloirs du service. Cependant, il reste canalisable par l'adulte et peut se poser autour d'un jeu dans la salle d'activité en présence de l'éducateur : l'instabilité s'efface en présence d'un adulte contenant. Toutefois, les parents de Jordan ne peuvent lui apporter ce cadre limitant

et sécurisant, lui proposant uniquement des interactions teintées d'excitation, ce qui exacerbe la symptomatologie motrice. Les angoisses de Jordan étant accrues, elles s'extériorisent au travers de l'instabilité et de l'agitation.

Nous serons également témoin de cette symptomatologie comportementale chez les deux sœurs de Jordan. L'agitation désorganisée qu'elles manifestent seules dans la chambre de Jordan, s'accompagne de déambulations, de cris et de dispersion d'objets, sans véritable activité de jeu. Elles organisent le chaos autour d'elles, nécessitant à plusieurs reprises, l'intervention vaine des puéricultrices.

L'organisation spatio-temporelle et le schéma corporel sont souvent déficients, ce qui est secondaire à la désorganisation de la vie familiale et au faible investissement parental du corps de l'enfant. Une relative insensibilité à la douleur est notée, probablement en lien avec son habitude à ne pas se plaindre et le non investissement corporel.

Le tableau clinique moteur se complète d'une impulsivité marquée, à l'image du comportement parental, avec une tendance à se mettre en danger.

Cette inconscience à l'égard du danger et l'insensibilité à la douleur sont rapportées par l'ensemble des personnes côtoyant Jordan. La directrice du foyer de religieuses évoque, par exemple, les saltos qu'il tente de faire en cours de saut en longueur en se laissant violemment retombé sur le dos. Les ingestions médicamenteuses s'inscrivent également dans ce cadre.

➤ **Troubles des fonctions instrumentales**

L'absence de jeu spontané est manifeste. Longtemps, l'enfant ne joue pas et se borne à éparpiller les objets à sa portée. Ces derniers sont d'ailleurs rapidement détruits et rejetés, à l'image de la négligence corporelle. Dans ce contexte, son imagination peine à se développer. Si les comportements s'avèrent cohérents sur le plan cognitif, ils donnent l'impression d'un fonctionnement mécanique. L'enfant prend peu d'initiatives, de peur d'être réprimandé. Il se limite alors à des activités répétitives, à l'origine d'une pensée concrète, d'où la tonalité fantasmagique semble exclue. L'absence de plaisir à fonctionner pour son propre compte empêche l'investissement des activités intellectuelles. Cette organisation rigide, accrochée au factuel, se traduit par des jugements à l'emporte pièce, excessifs, sans autocritique et des réactions colériques face à l'échec.

La sphère du langage est entravée de façon quasi-constante, imputable au mode de communication intrafamilial. **Les troubles du langage** sont variés : pauvreté du stock lexical, difficultés de compréhension des consignes, troubles articulatoires, agrammatisme avec un mauvais emploi des pronoms, une absence d'utilisation du "je" et une confusion des genres et

du nombre. Parfois, le retard de langage est massif avec l'existence de simples mot-phrases incompréhensibles hors du contexte agi. L'investissement des mots reste limité, expliquant le ton monocorde du discours, l'absence de jeux de mots et le désintérêt global pour les livres et les histoires. Tous ces éléments contribuent à accentuer la pauvreté de l'imaginaire.

Contrairement à sa sœur cadette, Cassandra, Jordan ne semble pas présenter de troubles du langage, hormis une pauvreté du vocabulaire.

Le retard de langage associé aux **difficultés intellectuelles** confèrent, là encore, un aspect déficitaire au tableau clinique. Le Quotient Intellectuel est généralement abaissé entre 55 et 85, correspondant à un retard mental limite ou léger, alors que le développement initial s'est effectué normalement.

Les difficultés intellectuelles de Jordan ne semblent pas aussi évidentes de prime abord. Toutefois, les repérages temporels et générationnels sont médiocres.

Les capacités de concentration sont fluctuantes, s'accompagnant d'une fatigabilité, en lien avec l'instabilité déjà évoquée. L'enfant a toutes les peines à maintenir une activité, quelle qu'elle soit, ce qui entrave rapidement l'entrée dans les apprentissages et l'intégration scolaire. Parfois cette symptomatologie prédomine, s'inscrivant dans un tableau de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité ou TDAH. Ce n'est pas le cas de Jordan.

➤ **Atteinte de la sphère relationnelle et affective**

La relation à soi est marquée par l'autodépréciation et l'indifférence. Comme nous l'avons vu, le corps reste longtemps non investi, de même que l'apparence. L'enfant ne se contemple pas dans le miroir et ne prend pas soin de ce corps négligé par les parents. Il n'a pas de représentation de lui-même et ne se reconnaît généralement pas sur les photographies.

La relation à autrui se traduit par une réduction de la curiosité pour le monde environnant et une relative indifférenciation dans les relations affectives. L'enfant quitte facilement ses parents, y compris très jeune, après une période d'inhibition et de suspicion initiale. L'adoption d'un comportement "adhésif" s'accompagne d'un changement d'objet affectif incessant qui interfère dans le contre-investissement de l'entourage.

Peu de relations s'établissent au sein de la fratrie et avec les pairs. Lorsque des activités de jeu ont pu être instaurées, les échanges sont généralement dominés par une agressivité secondaire à l'intolérance au partage.

Les enfants de la famille S jouent peu ensemble et se chamaillent en permanence, "en arrivant souvent aux mains". La relation de Jordan à ses pairs ne s'effectue qu'à travers la violence : Jordan utilise l'agressivité comme mode d'entrée dans la relation avec autrui.

L'aspect le plus frappant réside dans une **indifférence affective** et une impassibilité face à des événements qui bouleverseraient en temps normal un enfant.

Jordan semble peu affecté, "comme blasé", par la violence de son environnement, pourtant si insécurisant. Le déni des affects est évident.

M. David interprète cette constatation clinique de la façon suivante : « *tout se passe comme si l'excitation continue dans laquelle baignent les enfants les empêchait d'organiser leur relation à l'objet, et comme si à l'inverse cette absence d'organisation les protégeait contre les affects douloureux auxquels ils seraient soumis par les pertes auxquelles ils sont exposés.* » [44 ; p.256]

A défaut d'un masque dépressif, la détresse se manifeste plutôt par des signes d'instabilité, d'agitation et des mises en danger à répétition avec des blessures itératives comme chez Jordan, ou encore par une symptomatologie à expression somatique (pâleur, malaise physique...). Les manifestations internalisées sont plus rares : troubles obsessionnels, phobiques, état de stress post-traumatique...

Le manque d'empathie est classiquement décrit, de même que l'absence de culpabilité envers autrui. Nous avons vu dans la première partie de ce travail que ce sont les relations précoces qui façonnent le rapport à l'autre et à ses propres émotions. La capacité de partage émotionnel suppose non seulement une reconnaissance de ses émotions et de celles d'autrui, mais aussi l'aptitude à les mettre en relation. Cette faculté se développe dans la petite enfance grâce à l'empathie entre le jeune enfant et ses parents. Dans ce contexte, il est aisé de percevoir comment la pathologie carencielle entrave cette dimension émotionnelle, très invalidante dans le fonctionnement social ultérieur.

Toutefois, M. Berger souligne que la relation au parent est toute autre. [17] Selon lui, les mécanismes de clivage et de déni maintiennent, hors du champ de la conscience, les aspects parentaux inadéquats afin de préserver la relation avec lui. Ces mécanismes de défense sont complétés par l'**idéalisation parentale** qui permet de conserver une bonne image du parent dont il est totalement dépendant. M. Berger insiste sur la force stupéfiante du déni, qui est d'autant plus massif que les défaillances parentales sont sévères. La traduction clinique passe par une intolérance des critiques à l'égard de ses parents, conduisant l'enfant à les innocenter en permanence. Cette idéalisation s'accompagne d'une culpabilité primaire, dans le sens où il s'attribue la responsabilité des problèmes relationnels avec ses parents. Il en résulte des **attitudes sacrificielles** de la part de l'enfant.

Ces mécanismes défensifs sont illustrés par les propos suivants de Jordan : « c'est parce que je suis méchant que ma mère ne vient pas me voir à l'hôpital » ou encore « elle m'a donné un coup de poing parce que je m'énervais ». Jordan ne peut s'autoriser à critiquer sa mère, de crainte de provoquer un désinvestissement maternel encore plus prononcé.

➤ Troubles du comportement : prédominance de l'agir

Au fil du développement de l'enfant, les caractéristiques comportementales dominent le tableau clinique. Les troubles du comportement alternent entre des périodes d'inhibition et de soumission, et des attitudes de prestance associées à des réactions colériques. L'évolution vers une "pathologie caractérielle" infantile est fréquente.

Certains auteurs évoquent le diagnostic de psychopathie, pourtant décrit uniquement chez l'adulte. En pédopsychiatrie, le DSM IV décrit le Trouble Oppositionnel avec Provocation ou TOP et le Trouble des Conduites ou TC (F.91) dans la catégorie des troubles disruptifs, à côtés du TDAH (F.90). [9] Le trouble oppositionnel avec provocation recouvre un « *ensemble de comportements négativistes et provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité* ». [114] Le trouble des conduites s'apparente à un « *ensemble de conduites répétitives et persistantes au cours desquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales* », rencontré lors de l'adolescence. La CIM 10 les inclut dans les Troubles du comportement et des émotions (F.90), en proposant des critères descriptifs tels que le contexte, l'existence de comorbidités ou de facteurs réactionnels et la sévérité des troubles. [130]

M.T. Greenberg avance que les troubles des conduites apparaissent lors de la présence d'au moins trois facteurs de risque parmi les suivants : un attachement insécure, des troubles des relations familiales (inefficacité du « *parenting* »), des événements familiaux défavorables et un tempérament difficile. [72] Dans la population qui nous intéresse, ces critères sont surreprésentés, expliquant cette prévalence élevée des troubles des conduites.

Les parents de Jordan décrivent chez lui un comportement hétéroagressif, non discriminatif, allant crescendo. Auparavant, les troubles du comportement se limitaient à des conduites de désobéissance. Mr et Mme S, en grandes difficultés pour poser des limites, abandonnaient rapidement « pour avoir la paix ». L'intolérance à la frustration, l'agitation et l'agressivité de Jordan sont désormais au premier plan, ayant menacé son intégration scolaire dès le CP. La transgression des règles est fréquente, mais Jordan accepte relativement facilement d'être recadré, comme cela a pu être constaté dans le service ou au pensionnat.

La sémiologie clinique présentée par Jordan s'apparente à un tableau de Trouble Comportement perturbateur non spécifié (F. 91.9), puisque la symptomatologie ne remplit pas tous les critères DSM IV du TOP. Il s'inscrit vraisemblablement dans un contexte dépressif, au vue de la prégnance des troubles du sommeil et des mises en danger répétées. L'instabilité et les troubles du comportement peuvent se comprendre comme des défenses maniaques mises en jeu dans cette lutte antidépressive.

Pour revenir sur la question des troubles du comportement, il ne faut pas oublier que ces troubles n'ont qu'une validité descriptive. Ils doivent avant tout être abordés dans une perspective dimensionnelle et développementale. La participation des dimensions sociales et éducatives à la genèse des troubles du comportement est indéniable.

L'enfant n'a pas été confronté à un Surmoi « régulateur », à travers des règles interdictrices non excessives, accompagnées d'une explication du bien-fondé de l'interdit. Le chemin vers la toute-puissance et la domination par les pulsions agressives et sexuelles est alors tout tracé. De la même façon, l'intolérance à la frustration et l'incapacité à "éponger" le surcroît de tensions qui en découle, est une composante fondamentale de l'éducation. Si la confrontation du jeune enfant aux expériences de frustration est nécessaire pour la maturation psychique, cela suppose en contrepartie de lui proposer des investissements de substitution afin d'évacuer ces tensions d'insatisfaction. Or, au sein de ces familles vulnérables, l'enfant est livré à ses pulsions et à la frustration, sans possibilité de les maîtriser grâce à la mentalisation et la sublimation. En conséquence, la seule voie de dérivation s'offrant à lui est celle d'une décharge pulsionnelle dans le passage à l'acte immédiat. Il adopte alors un mécanisme de défense identique à celui que ses parents ont été contraints de choisir étant enfants, dans les mêmes circonstances.

Concernant l'intensité de l'agressivité, M. Berger décrit des épisodes de violence pathologique extrême, qu'il compare à un resurgissement hallucinatoire de l'adulte violent dans l'enfant. [17] Cette description renvoie au mécanisme d'identification à l'agresseur déjà évoqué et à celui de l'incorporation du parent violent dans le psychisme de l'enfant. Il soutient une reviviscence hallucinatoire d'épisodes répétitifs du passé au cours desquels l'enfant, à la période préverbale, s'est trouvé impuissant et terrifié sans possibilité de partager ce qu'il ressentait. La réémergence de ces affects provoque de véritables crises clastiques, soit lors d'une défaillance de l'adulte même minime (un retard...), soit sans raison particulière. M. Berger précise que ce processus apparaît dans un contexte de violence antérieure subie par l'enfant, mais également lors d'une exposition, en bas âge, à des violences conjugales.

➤ **Troubles des apprentissages**

Les difficultés d'apprentissage découlent directement des autres troubles précédemment décrits. Les déficiences intellectuelles secondaires aux carences et à l'absence de stimulation y contribuent grandement.

Apprendre suppose aussi des pré-requis que l'enfant carencé n'a généralement pas acquis. Le processus d'individuation est malaisé, de même que la permanence de l'objet. Les troubles spatiaux-temporaux associés à ceux de l'architecture de la parenté (repérage

générationnel, différence des sexes et ordre de succession dans la fratrie) sont constants. [Y. Halimi et al., 77] Les troubles du schéma corporel entravent la distinction entre l'intérieur et l'extérieur, le devant et le derrière, etc... L'organisation temporelle (lecture de l'heure, connaissances des jours, des mois...) et le repérage chronologique sont très perturbés : le passé est flou, l'enfant vit intensément le présent, sans pouvoir évoquer le futur. Les discontinuités empêchent l'intégration des concepts d'invariance et de la permanence des connaissances. Du reste, la capacité à faire des liens, essentielle dans l'apprentissage, est source d'angoisses prégnantes et donc rapidement abandonnée, jugée trop dangereuse au vue de sa perception du lien.

Si les interactions précoces ont été trop chaotiques et ont entraîné des troubles des apprentissages massifs, B. Gibello parle alors de dysharmonie cognitive. [69]

Il ne faut pas non plus négliger les diagnostics de troubles spécifiques des apprentissages, tels que la dyslexie ou la dysphasie. Devant des troubles trop souvent attribués à la carence, les bilans sont généralement tardifs et ne permettent pas à l'enfant de bénéficier rapidement d'une rééducation adaptée.

Néanmoins, l'échec scolaire ne s'explique pas exclusivement en termes de troubles cognitifs, mais aussi en termes de souffrances qui empêchent de penser. L'envahissement par des pensées terrifiantes ou des inquiétudes à l'égard de ses parents ne laisse aucune place pour le désir d'apprendre. S. Boimare évoque « *la peur d'apprendre* » de ces enfants qui s'avèrent incapables de transférer leurs potentialités, pourtant réelles, dans les apprentissages. [22]

Dès le plus jeune âge, ils se sont forgés une carapace protectrice pour éviter l'exercice de penser au sein d'un environnement très insécurisant. Or, la situation d'apprentissage les confronte de plein fouet au doute, au manque et à la frustration. Elle suppose donc l'existence d'une sécurité intérieure suffisante pour tolérer cet état de non-savoir et la remise en question associée, que ces enfants ne possèdent pas. L'acceptation de la dépendance "à celui qui sait", l'aveu de son incompetence, la soumission à une règle et à un adulte, comme l'intégration dans un groupe, sont autant de difficultés que cet enfant doit surmonter pour entrer dans les apprentissages. Ces exigences font ressurgir les angoisses précoces de la petite enfance : l'exercice de pensée réveille les angoisses abandonniques et les sentiments de dévalorisation, et ne peut être vécue que sur le mode de la persécution. L'apprentissage menace donc l'équilibre psychique précaire, maintenu jusqu'à présent grâce aux processus défensifs. Pour s'en préserver, l'enfant met en place soit des stratégies d'évitement, au travers des troubles du comportement ou de la fuite, soit des stratégies compensatoires qui font illusion et aboutissent à des stratégies anti-pensées.

La directrice de l'école souligne le désir d'apprendre de Jordan, tout en pointant son hésitation à aborder des activités dont il n'est pas certain de maîtriser le succès.

Par ailleurs, l'échec scolaire peut également se comprendre dans une perspective systémique, dans le sens où l'enfant ne peut s'autoriser à dépasser culturellement, professionnellement et socialement ses parents, sans entrer en conflit de loyauté avec eux.

c) Carence par discontinuité des liens : séparations itératives

Jadis, ce type de carence s'observait lors de séparations accompagnées de placements successifs dans des milieux d'accueil reproduisant la carence. Ce temps est normalement révolu... Aujourd'hui, ce tableau fait suite à des séparations ponctuelles, mais répétées, qui entraînent des ruptures relationnelles itératives, susceptibles de provoquer un appauvrissement des échanges. En effet, un cercle vicieux risque de s'instaurer à partir d'une séparation initiale : face à l'expérience frustrante de la séparation, l'enfant devient moins réceptif aux sollicitations parentales ou adopte à l'opposé une attitude de dépendance agressive ; ces réactions sont toutes deux difficilement supportées par l'entourage, et en premier lieu par la mère, qui est alors tentée de le replacer sous des prétextes variés (demande d'hospitalisation pour des problèmes somatiques mineurs). Ces nouvelles séparations renforcent les processus déclenchés par l'expérience douloureuse initiale.

L'enfant de familles vulnérables connaît couramment un itinéraire de vie chaotique. Les hospitalisations en pédiatrie sont beaucoup plus nombreuses chez les enfants carencés. Les accidents domestiques, consécutifs au défaut de protection parentale et les maladies graves sont extrêmement fréquents, d'autant plus que les soins pédiatriques sont généralement tardifs, voire absents. Toutefois, une augmentation des hospitalisations pour des pathologies bénignes est également constatée. Indépendamment des désirs parentaux de distanciation, le pédiatre privilégie fréquemment une prise en charge hospitalière quelque soit la gravité de l'affection. En effet, dans ce contexte environnemental jugé peu fiable, les risques d'absence de surveillance et de mauvaise observance, voire d'inobservance du traitement prescrit, restent très présents dans l'esprit du médecin.

Parfois, se surajoutent des placements successifs en institution, compte tenu de l'intensité des défaillances parentales qui mettent en défaut la dimension juridique de l'exercice de la parentalité.

Ce périple instaure une discontinuité dans la vie de l'enfant carencé, qui entrave ses capacités à investir un lieu. La symptomatologie carentielle est alors accentuée dans le sens d'un appauvrissement de la vie psychique, comme il est décrit précédemment, auquel s'associe des traits d'abandonnisme : attitudes de revendication affective maladroites, provocations masochistes qui suscitent en retour le rejet. Pourtant, derrière ces attitudes, ce sont avant tout les angoisses abandonniques, les sentiments dépressifs et le besoin d'une

relation anaclitique qu'il faut percevoir. [119] Ils traduisent des failles narcissiques majeures, consécutives au sentiment de sécurité interne défaillant et sont couramment sources d'états dépressifs ou de conduites antisociales à l'adolescence.

3. *Approches psychopathologique des troubles*

a) Troubles de l'identité et difficultés d'individuation

➤ **Fragilité de l'organisation structurale et du narcissisme**

L'organisation de l'appareil psychique de l'enfant se fait de manière à supporter les tensions suscitées par les expériences pénibles qu'il est susceptible de rencontrer.

La plupart des études démontrent que la psychose n'est pas le risque le plus fréquent auquel ces enfants sont exposés dans ces désorganisations familiales. Une névrose constituée n'est pas non plus la pathologie classiquement retrouvée. Il s'agit plutôt d'une pathologie du comportement, qui met en jeu un échec des processus de symbolisation. L'enfant se trouve dans l'incapacité à se dégager de son vécu de souffrance grâce à l'imaginaire ou la vie intellectuelle, sans possibilité de sublimation. Dès lors, l'acte tient lieu de pensée tandis que l'agir envahit la scène de l'expression clinique. Face aux angoisses quasi-permanentes et l'absence de repères, l'inorganisation psychique avec une simple adaptation de surface, en faux self, paraît l'issue la moins dangereuse.

M. David décrit une « *anorganisation plutôt qu'une organisation pathologique de la personnalité, une fragilité du moi qui ne peut développer que des mécanismes défensifs* ». [44 ; p.220] Elle ajoute que « *tout conflit interne est évité par une forme extrêmement primitive de clivage et de projection qui semble se situer en deçà de l'identification projective : projection non pas dans un contenant, mais dans un espace illimité, qui n'assure pas l'élaboration de l'objet ou de la partie du moi projetés.* » [44 ; p.258]

Aussi, les entretiens pédopsychiatriques sont extrêmement pauvres. L'enfant refuse souvent de parler, de jouer ou de dessiner ou bien le discours et les premiers dessins sont rudimentaires et stéréotypés, reflets des mécanismes défensifs à l'œuvre. Fuyant toute problématique conflictuelle interne, l'enfant peut interrompre son activité s'il la juge potentiellement dangereuse pour son psychisme, voire sortir du lieu d'entretien. Jordan le fait d'ailleurs à de nombreuses reprises.

Ces « *états d'inorganisations structurales sévères* » selon les termes de L. Kreisler, [90] portent également d'autres désignations : « *organisation carentielles* », « *défaut de*

l'organisation narcissique » ou « *défaut d'intégration primaire* », « *état atypique* », « *dysharmonie* », « *état prépsychotique* ». Ainsi, nombreux sont les auteurs qui rattachent ces tableaux à la pathologie limite.

Quelle que soit la dénomination utilisée ou l'approche théorique choisie, la symptomatologie témoigne constamment des faillites très primitives dans l'investissement narcissique du soi. L'Idéal du Moi est insatisfaisant, marqué par le vide et l'impuissance. Le Surmoi est resté très archaïque, proche du Surmoi maternel primitif tout-puissant. L'ensemble constitue une "carence narcissique de base", qui est réactivée à chaque rupture ultérieure. L'absence d'intériorisation d'une image maternelle sécurisante empêche la constitution du sentiment de sécurité interne et par conséquent, d'une image de soi suffisamment solide et stable. Les menaces de défaillances sont permanentes, obligeant l'enfant à masquer sans cesse cette fragilité narcissique, soit au travers d'une adaptation de surface, soit dans les passages à l'acte. Ces failles narcissiques étendent ensuite leur ombre sur l'ensemble de la vie de l'enfant, puis du futur parent, rendant compte de la répétition psychopathologique d'une génération à la suivante.

➤ **Identité adhésive et formation d'une seconde peau**

En 1968, dans son article intitulé « *l'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces* », E. Bick introduit le concept de la contenance maternelle au travers de la « *fonction-peau* ». [19]

Dans les tous premiers moments, correspondant au stade primaire non-intégré, le nouveau-né ressent une absence de liaison entre les différentes parties de sa personnalité, qui ne sont pas encore différenciées des parties de son corps. Pour éviter cette impression de "tomber en morceaux", le bébé recherche de façon impérieuse un contenant, à savoir un objet extérieur susceptible de rassembler les parties du self. Il peut s'agir d'une lumière, d'une voix, d'une odeur ou de tout autre objet sensoriel susceptible d'attirer son attention et permettre momentanément de tenir ensemble les différentes parties de lui-même. Selon E. Bick, « *l'objet optimal est le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère* ». [19 ; p.124] L'objet est alors expérimenté comme une véritable première peau. Par la suite, l'introjection de l'objet externe, perçu comme pouvant assumer ce rôle, puis l'identification à la fonction de celui-ci, permettent de sortir du stade infantile de non-intégration. Or, cet assemblage le plus primitif peut être mis en échec devant une défaillance de ce premier contenant si l'objet fait défaut, comme c'est le cas chez les mères vulnérables, ou si cet objet est endommagé par des attaques fantasmatiques importantes.

Aussi, toute perturbation de cette première fonction-peau entraîne la formation d'une « *seconde peau* » afin d'éviter la sensation de "se liquéfier" ou de menace de « *chute*

mortelle ». A défaut d'un contenant-peau approprié, se met en place un type musculaire de contenance du self, réalisant soit une carapace musculaire, soit une musculature verbale. La pseudo-indépendance fragile ainsi construite s'avère peu efficace, contraignant le nouveau-né à « *l'agrippement précoce* » : l'enfant utilise activement son équipement sensoriel et mental pour s'agripper et échapper aux états de non-intégration. L'agrippement peut se faire par le regard, l'audition ou le toucher à n'importe quel objet extérieur, toutes les fonctions étant employées pour se coller "comme une ventouse". Cette tendance à s'agripper « *comme de peau à peau* » est considérée par E. Bick, dans un second temps (1986), comme une forme de seconde peau, à l'instar du type musculaire. [19]

Ce collage se réalise aussi au travers des mécanismes mentaux. A côté de l'identité projective fréquemment retrouvée, E. Bick décrit « *l'identification adhésive* », définissant une relation adhésive à la surface de l'objet, qui est bidimensionnelle. La troisième dimension inconnue, largement crainte, est représentée par la chute dans l'espace (chute mortelle), occasionnée lors de toute séparation ou discontinuité. Cette identification adhésive, résulte du défaut de contenant précoce de la personnalité. Elle conduit à un type particulier de personnalité, où l'imitation et le mime des qualités superficielles des personnes au travers de l'identification adhésive, remplacent l'apprentissage par l'expérience à travers la projection et l'introjection. Les sentiments sont alors peu profonds et peu authentiques.

Lors de l'entretien, l'aspect superficiel de la personnalité de Jordan peut s'expliquer par une identification adhésive. Quant à l'instabilité de Jordan, elle renvoie à la constitution d'une seconde peau de type musculaire, en l'absence d'un premier contenant-peau adapté, compte tenu des carences de soins probables. De même, le désir de conserver ses vêtements, tels une seconde peau, ou la volonté qu'ils soient très serrés au niveau de la ceinture peut se comprendre dans ce défaut de constitution de la fonction-peau. Il a alors besoin de sentir physiquement cette contenance, pour s'apaiser et lutter contre les angoisses de se répandre.

➤ **Défaillance de l'enveloppe familiale**

La parentalité discontinue par changement de partenaires implique l'absence de foyer commun et d'une unité de temps partagée. L'histoire commune à l'ensemble des membres du groupe familial disparaît. D. Houzel parle alors d'une défaillance de l'enveloppe familiale, en miroir de celle de l'enveloppe psychique individuelle, pourtant nécessaire à l'étayage du processus d'individuation et de constitution de l'identité de chacun.

Dans ces familles, « l'appareil psychique familial », calqué sur la conceptualisation de R. Kaës concernant « l'appareil psychique groupal », est mis en défaut. [88] En temps normal, il est chargé de contenir et de métaboliser les angoisses archaïques non seulement du

nourrisson, mais aussi de tous les membres du groupe familial. Ici, l'enveloppe psychique familiale est éclatée et l'appareil psychique familial ne remplit plus ses fonctions de contenance. Les traumatismes du passé ont fait effraction en attaquant le pare-excitation familial. Dès lors, la problématique d'attaque et de rupture des liens, sur laquelle nous reviendrons, se répète.

b) Troubles de l'attachement

Dans la première partie de ce travail, nous avons montré que la sensibilité parentale aux signaux de détresse émis par l'enfant, et la qualité de leur réponse, déterminent la constitution du sentiment de sécurité interne de ce dernier. Fort de cette confiance en lui et dans les autres, l'enfant peut ensuite "ouvrir la main", "abandonner le cramponnement" pour s'éloigner et découvrir le monde. Or, ceci est rarement permis dans les familles à problèmes multiples, puisque l'enfant ne bénéficie pas d'une figure d'attachement fiable et disponible. L'insécurité fréquente de l'attachement entrave les capacités exploratoires et donc, le développement cognitif et affectif de l'enfant. L'étude des MIO nous a également permis de préciser les modalités de transmission des troubles du fonctionnement interpersonnel.

Toutefois, s'ils constituent des entraves au développement de l'enfant, les troubles de l'attachement ne sont pas systématiquement considérés comme des troubles psychiques.

En 2000, C.H. Zeanah et N.W. Boris proposent des critères alternatifs à ceux des classifications internationales, s'appuyant sur les données de la recherche plutôt que sur des circonstances étiologiques, telles que la carence ou la maltraitance. [170] Ils reprennent ainsi le concept de continuum, déjà évoqué par E.M. Cummings. [40] Les classifications internationales précisent que les troubles doivent apparaître avant l'âge de 5 ans.

D'après C.H. Zeanah et N.W. Boris, les troubles de l'attachement débutent par les patterns d'attachement insécures résistants et évitants, considérés comme des facteurs de vulnérabilité. Ils décrivent ensuite trois types de troubles de gravité croissante, qui sont désormais de l'ordre de la pathologie :

- **Les troubles de la base de sécurité**, où persiste un attachement préférentiel à une figure. Ils regroupent :
 - *Les troubles de l'attachement avec mise en danger*, fréquents dans les contextes de violence intrafamiliale. Les mises en danger, dès le plus jeune âge, visent à attirer l'attention et la protection parentale.
 - *Les troubles de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée*.

- *Les troubles de l'attachement avec vigilance et compliance excessives* aux demandes parentales. Cette catégorie est proche du style désorganisé-désorienté, qui est le pattern le plus souvent retrouvé chez les enfants de familles à problèmes multiples.
- *Les troubles de l'attachement avec renversement des rôles*, souvent associés à un contrôle de l'enfant sur le parent, soit d'une façon punitive, soit avec une sollicitude excessive.
- **Les ruptures du lien d'attachement**, où la figure d'attachement est perdue définitivement (deuil ou placement).
- **Les troubles de « l'absence d'attachement »**, proches de ceux décrits dans le DSM-IV et la CIM-10. Ces troubles sont rares, mais très graves puisqu'on ne peut identifier de figure d'attachement à l'examen. Deux types sont décrits :
 - *Le trouble d'attachement avec retrait émotionnel*, correspondant au type inhibé du DSM IV.
 - *Le trouble avec sociabilité indistincte*, correspondant au type désinhibé du DSM IV.

Cette catégorisation des troubles de l'attachement est encore peu utilisée, à cause d'un maniement délicat : le diagnostic repose sur une observation clinique prolongée, dans diverses situations, difficilement réalisable en pratique clinique.

Du point de vue de la théorie de l'attachement, les troubles des conduites sont interprétés comme une demande d'aide qui s'ignore, face à des besoins que l'enfant ne perçoit plus. Cette recherche d'attention dont l'enfant n'a pu bénéficier en bas âge, lors des périodes de détresse émotionnelle, se traduit par la genèse de troubles du comportement et l'établissement d'un schème de relation à l'autre sur un mode agressif et persécutif. La répétition des ruptures avec perte d'objet, notamment dans les premières années de vie, suscite une frustration excessive, qui empêche l'établissement du sentiment de continuité de l'existence et par voie de conséquence, de l'estime de soi. D'après certains auteurs, il entrave aussi la constitution d'un attachement sécure et favorise l'apparition des conduites antisociales et de la psychopathie.

Dès 1940, J. Bowlby avait pressenti ce lien entre séparation précoce et survenue ultérieure de troubles du comportement, au travers de son étude sur « *44 jeunes voleurs, leur personnalité et leur famille* ». Il s'agissait de jeunes, âgés de 6 à 13 ans, dont l'observation de 1936 à 1939 confirmait ce présupposé et mettait en évidence une indifférence affective associée.

Plus tard, D. W. Winnicott décrit « **la tendance antisociale** », qu'il attribue directement aux situations de déprivation et aux ruptures imprévisibles et donc immaîtrisables, ponctuant la relation parents-enfant. Pour D. W. Winnicott, le vol répond à un sentiment précoce de défaillance de l'environnement. *La tendance antisociale* est alors comprise comme une conduite de revendication devant une souffrance et une situation de manque avec « *l'espoir de retrouver la bonne relation primitive* ». Cette recherche d'une expérience positive perdue fait dire à D.W. Winnicott que « *l'enfant qui vole un objet ne cherche pas l'objet volé, mais cherche la mère sur laquelle il a des droits* ». [165 ; p.297] Selon lui, les premiers signes de cette tendance sont le comportement dictatorial et la gloutonnerie.

Dans chacune de ces approches, complémentaires à mon sens, le besoin d'agrippement et l'angoisse de perte d'objet, présents à la fois chez l'enfant et les parents, s'opposent au processus d'individuation de l'enfant. Cette entrave associée aux failles narcissiques précédemment décrites, contribue à altérer le développement du sens social.

En effet, pouvoir s'intégrer au sein d'un groupe, et par extension dans la société, suppose de ne pas se sentir menacé dans son existence, dans le contact avec autrui. L'individu doit être suffisamment individualisé, pour pouvoir se compter "un" parmi "d'autres", sans éprouver la notion d'interchangeabilité menaçante qui réveille les angoisses abandonniques. Or, ces enfants n'ont pas été assurés dans leur singularité et confirmés dans leur position de sujet. Ils sont alors dans l'incapacité de passer du "lui ou moi" au "lui et moi". La relation ne peut donc être vécue que sur le mode de la rivalité et de la persécution, où l'identification projective règne en maître.

4. Quelques mots sur la carence paternelle

L'ensemble de notre description sémiologique recouvre surtout les effets de la carence de soins maternels, étant donné que la recherche s'est longtemps limitée à ce type de carence, la mère dispensant les premiers soins vitaux au bébé. Les études commencent tout juste à se tourner spécifiquement vers cette dimension de la carence parentale, proprement dite, à l'image des balbutiements des études sur la paternalité.

Nous pouvons toutefois avancer que malgré son absence, le père est présent dans l'esprit de la mère. Aussi, les effets de la carence ne s'avèrent pas aussi manifestes d'emblée. Il semble cependant que l'impact se ressente au niveau de l'identification sexuelle et des troubles des conduites (en référence au complexe d'Édipe et à la constitution des instances surmoïques). Le père assure également la fonction séparatrice entre la mère et l'enfant, évitant la fusion.

En résumé, les retentissements sur le développement de ces enfants sont manifestes et multiformes, potentiellement graves aussi bien à brève qu'à plus longue échéance. Nous avons noté une prévalence élevée des retards développementaux, tant sur le plan physique, psychoaffectif, que cognitif. L'efficacité intellectuelle et linguistique sont réduites au vu des prédispositions initiales, tandis que l'organisation de la personnalité est appauvrie concernant les échanges relationnels et la vie émotionnelle. Les troubles du comportement et les difficultés relationnelles sont quasi-systématiques, et concourent à l'échec dans les apprentissages, et ultérieurement dans l'insertion socioprofessionnelle, positionnant l'enfant à son tour à la tête d'une famille à problèmes multiples. Le cercle vicieux de la répétition transgénérationnelle apparaît dans toute son ampleur...

Mais pourquoi la parentalité se trouve ainsi exposée ? Ces familles sont-elles réellement "sans qualités" comme le laisse supposer le terme employé par G. Diatkine ?

C. « Familles sans qualités » : Mythe ou réalité ?

Ce terme « famille sans qualités », choisi par G. Diatkine, peut choquer et, peut-être s'agissait-il de son objectif à l'époque, afin d'attirer l'attention des professionnels et de la société sur ces familles. Mais qu'en est-il réellement ? Certes, les parents sont en butte à des difficultés dans "l'élevage" des enfants, mais ils sont également en butte à une insatisfaction narcissique majeure. Elle trouve sa source à la fois dans leur propre histoire infantile et dans le monde extérieur, auquel ils sont chaque jour confrontés.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, leur passé regorge de carences ou de traumatismes multiples qui sont autant de fantômes planant sur leur destin, et par voie de conséquences "au-dessus du berceau" de leurs rejetons...

Souvent, le recueil d'éléments biographiques s'avère particulièrement compliqué, comme auprès de la famille S. Les renseignements sont flous, incomplets, confus, voire contradictoires, sans repère temporel précis. Retracer leur histoire semble une véritable mission impossible... Ceci reflète les discontinuités de leur trame existentielle, avec pour corollaire, le sentiment de discontinuité interne qui s'y rattache. Un sentiment de honte se surajoute fréquemment face à un passé dévalorisant dont ils ne souhaitent pas se souvenir. Ils ont généralement une représentation négative du parent du même sexe et une image peu rassurante du parent de l'autre sexe, perçu soit comme "annihilant", soit comme "abandonnant".

Dans la recherche de M. David, les pères ont souvent eu un père éthylique chronique, violent et caractériel, tandis que la représentation de leur mère reste floue. [44] En ce qui concerne les mères étudiées, leur père est classiquement décrit comme absent, alors que la

représentation maternelle est extrêmement dévalorisée, souvent perçue comme caractérielle, maltraitante, voire incestueuse.

En somme, que ce soit dans leur famille d'origine ou bien dans leurs expériences éducatives ultérieures, *« leur propre histoire infantile ne leur a, en général, pas fourni d'adultes à qui ils soient suffisamment attachés pour pouvoir s'identifier à eux par la suite et se constituer un Idéal du Moi satisfaisable et satisfaisant. Les échecs ultérieurs, les maladies, les deuils impossibles à élaborer, ont achevé de les plonger dans un repli narcissique chronique qui ne leur laisse guère de disponibilité pour la vie familiale. »* [48 ; p.248] Ces parents se voient donc dans l'incapacité de retrouver en eux l'enfant qu'ils ont été, pour pouvoir s'identifier ensuite à leurs propres enfants et percevoir leurs besoins. Ceci découle directement de l'absence d'identification secondaire à leurs propres images parentales, qui font précisément défaut ou laissent place au mécanisme d'identification à l'agresseur. A leur tour, ces parents seront dans l'incapacité d'offrir à leurs enfants des possibilités d'identification secondaire. Nous sommes donc en présence d'une crise identificatoire, transmise à la descendance.

Les ruptures fréquentes dans la filiation accentuent ce phénomène en entraînant la disparition progressive des repères et du savoir des générations antérieures. Cette perte du savoir faire parental et des traditions ancestrales handicapent ces parents déjà vulnérabilisés. L'identité propre de la parentalité est alors perdue, source de confusion ultérieure dans les rôles de chacun. Il s'agit ici d'une atteinte du point de vue de l'exercice de la parentalité. En définitive, il semble qu'au-delà de la précarité sociale, l'impossibilité d'accéder à la parentalité découle plutôt de la "carence culturelle". Le parent carencé n'est pas "outillé" pour répondre aux besoins émotifs et relationnels de son enfant.

Quant au contexte environnemental, l'hostilité et la dévalorisation quasi-permanente de la société à l'encontre de cette population, génère une souffrance intense, globale, dont les troubles de la parentalité ne s'avèrent être qu'un aspect parmi d'autres.

Mais cette douleur est rarement exprimée, restant le plus souvent totalement déniée, afin d'éviter la menace permanente d'un effondrement narcissique. Ces parents ne sont pas suffisamment en position de sécurité pour pouvoir aborder ces souffrances. Comme le mentionne P. Ricœur, la souffrance entraîne une *« impuissance à dire »* d'autant plus forte que l'estime de soi se révèle friable. Les conditions sont donc amplement réunies pour que ces sujets ne puissent utiliser la parole comme exutoire à leur souffrance. Il sont contraints à mettre en place d'autres stratégies pour y faire face : c'est par la confusion dans leur mode de vie et dans leurs émotions, que ces parents parviennent à maintenir, hors du champ de la conscience, cette souffrance psychique. Dans cette perspective, la désorganisation familiale traduit avant tout l'épuisement affectif parental, dans la mesure où le maintien des qualités de

la vie familiale supposerait le déploiement d'une énergie libidinale considérable, déjà mise en œuvre dans leur combat contre la dépression.

Cette lutte antidépressive s'observe chez les parents de Jordan au travers des conduites addictives et de la fuite de Mr S, ainsi que l'hyperactivité inefficace de Mme S, à l'image de ses défenses maniaques.

Parfois, cette lutte antidépressive échoue et le parent se trouve alors confronté brutalement à la honte de soi, suscitée à la fois par sa situation matérielle défailante, mais aussi par la faillite des idéaux personnels en découlant. Il en résulte un effondrement narcissique tel que tout désir de l'autre disparaît, entraînant une rupture des liens, conduisant à l'extrême aux situations de grande exclusion.

En somme, ces parents se trouvent aux prises avec une lutte antidépressive personnelle, des difficultés identitaires et des failles narcissiques profondes, qui entravent les processus de parentification et donc l'accès à la parentalité. L'adulte devenu parent investit ses enfants comme soutien narcissique, ce qui peut expliquer les réticences vis à vis des méthodes contraceptives. L'investissement de l'enfant réel en tant qu'individu s'avère impossible, aboutissant à des carences dans les soins. La pratique de la parentalité est alors entravée. Ces défaillances parentales semblent donc directement liées aux effets à plus long terme des mêmes carences narcissiques subies dans leur petite enfance : elles ont organisé leur personnalité, leur histoire et influencé le choix de leur partenaire, pour à leur tour reproduire la situation carencielle avec leurs enfants.

Toutefois, pouvons-nous pour autant parler d'absence de qualité ?

A mon sens, il serait extrêmement réducteur et stigmatisant de ne voir dans ces familles que pathologie et fatalité, sans entrevoir leurs ressources possibles, sous la condition d'un étayage et d'un laps de temps suffisant. L'approche globale de la parentalité, au travers de ses trois axes, concourt justement à redonner un statut à ces familles stigmatisées.

J. Bowlby a déjà avancé la possible modification des modèles internes opérants, même si c'est au prix d'une remise en question douloureuse. D. Houzel, quant à lui, évoque le concept de parentalité partielle, sous-entendant par là une parentalité dont l'exercice serait incomplet, mais dont certains aspects, préservés, peuvent être exercés par les parents, sous réserve de la présence de certaines conditions : le plus souvent un étayage de l'Aide Sociale à l'Enfance, un accompagnement social, parfois des mesures de justice ou encore l'intervention des services psychiatriques adultes (suivi et traitement médicamenteux). [81 ; 145]

Dans la suite de ce travail, nous essaierons de préciser cette question de l'image négative renvoyée par ces familles et de ce qu'elle suscite chez les professionnels, étant donné que cette nébuleuse impression d'absence de qualité persiste dans les esprits. Au travers des

exemples cliniques qui suivront, nous tenterons de mettre en évidence cette notion de parentalité partielle et de compétences des familles. Mais qu'en est-il de la famille de Jordan ?

D. Jordan et sa famille : Epilogue...

A son entrée, Jordan émet des réticences vis-à-vis de l'hospitalisation, menaçant de fuguer, ce qu'il ne tentera pas. Il se plie relativement facilement au cadre de l'hospitalisation et semble rechercher la présence de l'adulte soit en déambulant dans le couloir auprès des puéricultrices, soit lors d'activités dans la salle de jeu avec l'éducateur du service. Cette tentative d'établissement d'une relation avec l'adulte, même maladroite, est plutôt rassurante du point de vue du fonctionnement social.

En ce qui concerne Mme S, elle se trouve dans l'impossibilité de penser (panser) ses enfants. Elle nous montre toute son ambivalence à l'égard de l'hospitalisation de son fils, oscillant au fil de l'entretien, entre désir d'abandon et besoin de rapprochement fusionnel. Elle nous signifie en définitive ses craintes que nous lui retirions son fils et nous demande promptement sa sortie, étant « prête à signer une décharge, s'il le faut... ». Mme S nous informe de son rendez-vous prévu dans deux jours avec l'assistante sociale. Elle envisage de rediscuter avec elle de l'aide éducative, que nous lui avons vivement conseillée.

Devant la décision impromptue et irrévocable de Mme S concernant la retour à domicile immédiat de son fils, nous empêchant de compléter l'évaluation de la situation par une rencontre avec Mr S, encore en observation aux urgences adultes, nous leur proposons une consultation rapide à l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger du CHU de Nantes. En effet, nous rappelons à Mme S la gravité de son geste violent envers Jordan qui justifie une évaluation approfondie de la situation. Jordan repart donc à domicile après deux jours d'hospitalisation en pédiatrie.

Deux semaines plus tard, Jordan et ses deux parents se présentent à la consultation conjointe pédiatre/psychologue à L'UAED, dont nous détaillerons le fonctionnement dans la dernière partie de ce travail. Dans ce contexte de carences éducatives significatives, de mise en danger de l'enfant lui-même assortie d'un défaut de protection parentale et de la notion de violence récente, une information préoccupante est adressée au responsable de la Cellule Enfance en Danger de Nantes. Les parents acceptent relativement bien cette décision, entendant la nécessité de la mise en place d'une aide éducative, afin de les soutenir dans leur tâches parentales et éviter la reproduction de gestes de violence à l'égard des enfants, notamment Jordan, désigné comme le persécuteur de Mme S.

Cette illustration clinique met en évidence le difficile accès aux soins pour Jordan et ses sœurs, malgré des troubles probants. Le parcours de soins est marqué par la discontinuité et la pluralité des intervenants, sans véritable lien entre les professionnels a priori. Les

ruptures du suivi s'inscrivent notamment dans l'impulsivité des parents, et au-delà dans la probable peur de l'intrusion. Les hospitalisations interviennent pour les parents comme une nécessité impérative mais aussi intolérable. Ceci découle des difficultés de séparation-individuation qui s'allient inéluctablement avec une intolérance à l'égard de l'enfant qui entraîne un mouvement simultané d'agrippement et de rejet. La traduction clinique réside dans des hospitalisations brèves avec une arrivée en urgence dans une ambiance dramatique de crise et un retour à domicile fréquemment sous la forme d'une sortie contre avis médical. Le suivi est alors compliqué.

Néanmoins, le choix de rapporter cette situation clinique réside, avant tout, dans la prise de conscience des contre-attitudes prégnantes nourries à l'égard de cette famille, y compris par moi-même. Je me suis aperçue que nous nous étions, en définitive, peu préoccupés de Jordan en dépit d'une souffrance sous-jacente pourtant manifeste. Il semble que nous ayons été envahis visuellement, auditivement et psychiquement par cette mère, dont les difficultés et les plaintes ont relégué dans l'ombre l'enfant réel. Souvent, dans ces situations, il n'est pas rare que l'enfant disparaisse en quelque sorte derrière la lourdeur des problèmes des parents, dont il est souvent exclusivement parlé... Certes, la souffrance parentale est indéniable, il ne faut cependant pas occulter celle de l'enfant, qui reste le premier à pâtir de cette situation...

Pourtant, nous n'avons pas effectué d'information préoccupante et nous avons privilégié une consultation à l'UAED. Ce choix était intéressant afin d'effectuer une évaluation plus globale, "à froid", en présence du père, mais il exposait surtout au risque de perte de vue de cette famille, comme elle a coutume de le faire avec les différents intervenants. Ne pouvons-nous pas parler ici d'un certain délaissement de notre part à l'égard de l'enfant en miroir de la position parentale négligente ? L'absence d'identification de nos contre-attitudes sur l'instant n'a-t-il pas influencé notre choix ?

Des phénomènes projectifs ont clairement opéré au cours de cette rencontre et suscité des sentiments de rejet, à l'encontre de cette famille malgré une situation vulnérable manifeste. Comment les analyser ?

Par ailleurs, la famille nous a montré ses ressources en honorant la consultation à l'UAED et en acceptant la mesure d'aide éducative. Aussi, l'hospitalisation en pédiatrie lors de cette période de crise semble avoir permis, malgré tout, de nouer un lien avec la famille, en lui fournissant une sécurité suffisante pour qu'elle puisse se réadresser à nous.

C'est autour de ces questions délicates et du difficile accès aux soins pour ces enfants, que s'articulera notre réflexion dans la suite de ce travail.

3^{ème} PARTIE : UN ACCÈS AUX SOINS ENTRAVÉ...

« Selon que vous serez puissant ou misérable, les jugements de cour vous rendront blanc ou noir ».

J. de La Fontaine [92]

Les troubles que peuvent présenter les enfants issus de familles à problèmes multiples sont potentiellement réversibles sous condition d'une intervention médico-sociale précoce.

La recherche de V. Balmès démontre une efficacité de la prise en charge multidisciplinaire autour de la famille Treizel ; [12] celle d'E. Pavenstedt souligne la possible disparition des troubles cognitifs grâce à des mesures pédagogiques entreprises avant l'âge de 6 ans et guidées par la théorie psychanalytique. [113] Prévenir l'apparition de troubles instrumentaux et relationnels contribue à éviter le positionnement de ces enfants, à leur tour, à la tête d'une famille à problèmes multiples.

Intervenir pour préserver l'enfant et lui donner les moyens d'assumer son présent et préparer son futur : voilà un objectif essentiel, et en même temps si compliqué au regard de la pratique. A l'instar du parcours semé d'embûches de ces adultes vulnérables pour accéder à la parentalité, celui conduisant à la consultation pédopsychiatrique semble tout aussi ardu...

Au vue de l'importance des troubles précédemment décrits, ces enfants ne sont pas surreprésentés dans les files actives de consultation en santé mentale. Une difficulté d'accessibilité aux soins paraît évidente tant pour ces enfants, que pour ceux qui ont été placés dans les structures de l'ASE. Mais quels sont les obstacles à cette rencontre ?

Nous avons déjà énoncé quelques pistes de réponses lors de la discussion autour de la famille S, à savoir la mise en jeu de résistances chez chacun des partenaires de la relation. Les professionnels déploient souvent, en pure perte, des efforts considérables, pour permettre à ces enfants d'échapper à un destin qui semble inéluctable... Quel sens pouvons-nous donner aux résistances de ces familles qui paraissent si hostiles à tout changement et restent enfermées dans le fatalisme de la répétition ? N'existe-t-il pas en miroir une certaine négligence des professionnels confrontés à ces familles ?

I. Accès aux soins : droit de l'enfant ou pression sociale ?

A. Une évolution législative : de la protection à la prévention

1. Evolution du regard sociétal sur l'enfant

Au fil de l'histoire, les regards sur l'enfant se sont modifiés en même temps que l'évolution sociale et culturelle de la société, aboutissant à des mutations profondes dans le cadre législatif de la protection de l'enfance. Nous avons vu que l'enfant est resté pendant longtemps sous le joug de la puissance paternelle. Ce n'est qu'à la fin du XIX^{ème} siècle qu'il devient un "objet de protection", grâce à la loi de 1889 assurant la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés.

A la fin du XX^{ème} siècle, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, adoptée par l'ONU le 20 novembre 1989, lui confère le statut de "sujet de droits". [129] Les états signataires s'engagent alors à assurer sa protection physique et morale. Cette Convention, ratifiée par la France en 1990, promeut « *l'intérêt supérieur de l'enfant* », tout en affirmant la responsabilité première des parents dans celui-ci. Elle reconnaît à tous les enfants le droit à l'accès à « *des soins adaptés et convenables* ».

En ce début du XXI^{ème} siècle, l'enfant est désormais un "sujet de protection" grâce à la loi du 5 mars 2007 sur la réforme de la protection de l'enfance. [106]

La garantie du respect des droits des enfants est désormais assurée par le Défenseur des enfants, fonction nouvellement créée par le législateur par la loi du 6 mars 2000. Il est nommé en Conseil des ministres par le Président de la République pour une durée de 6 ans, non renouvelable. La loi confie quatre missions au Défenseur des enfants : [C. Brisset, 28]

- ✓ Recevoir et tenter de faire régler des situations individuelles qui n'ont pu être résolues par les différentes instances, sans pour autant s'y substituer : les principales demandes ont trait à des conflits familiaux sévères, des placements administratifs ou judiciaires jugés abusifs, etc...
- ✓ Relever les dysfonctionnements collectifs se produisant au détriment des enfants et des adolescents dans leur cadre de vie.
- ✓ Proposer des modifications des pratiques, de textes législatifs ou réglementaires afin d'améliorer le respect des droits des enfants.
- ✓ Organiser des actions de formation et d'information sur leurs droits.

Le Défenseur des enfants peut être saisi par le mineur ou son représentant légal, par courrier postal ou électronique ; ce recours est gratuit. La loi du 5 mars 2007 élargit les possibilités de saisine à tout membre de la famille du mineur et aux services médicaux ou sociaux. Il peut également s'auto-saisir, s'il le juge nécessaire.

Cette institution est dotée d'une indépendance administrative, judiciaire et politique, garantissant une liberté d'esprit. Néanmoins, le Défenseur des enfants doit remettre un rapport annuel au Président de la République. Après, C. Brisset qui fut la première Défenseur des enfants, c'est D. Versini qui endosse actuellement cette fonction.

La terminologie reflète également cette évolution.

Après l'emploi initial du terme d'"enfants battus", puis d'"enfants maltraités", la notion d'"enfants en danger" est introduite, regroupant "les enfants victimes de mauvais traitements" et les "enfants en risque".

La définition de l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) de l'"enfant en risque" s'appuie sur l'Art. 375 du Code Civil, désignant « *tout mineur subissant des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité* ». De façon non exhaustive, elle recouvre les situations de relative négligence, de soins inappropriés ou encore de non fréquentation scolaire, qui sont couramment le lot des familles auxquelles nous nous intéressons. Les "enfants victimes de mauvais traitements" sont « *des enfants victimes de violences physiques, de violences sexuelles, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* ».

La loi du 5 mars 2007 substitue ensuite les termes d'"enfants victimes de mauvais traitements" par "enfants en danger" et "enfants en risque" par "enfants en risque de danger".

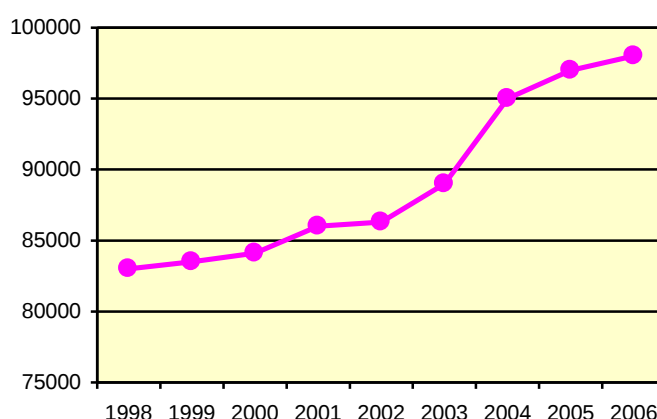
Cette modification de la terminologie met l'accent sur la dimension préventive, d'autant plus essentielle que les chiffres concernant la protection de l'enfance ne sont pas rassurants.

2. L'enfant en risque de danger : des chiffres inquiétants

L'enquête annuelle de l'ODAS est réalisée auprès des 100 départements métropolitains et d'Outre-mer. Elle porte sur l'ensemble des signalements d'enfants, traités par les Conseils Généraux, et qui ont donné lieu à la mise en place d'une mesure de protection administrative ou de transmission à l'autorité judiciaire. Les résultats que nous présentons ici sont ceux de l'année 2006, relatifs aux 90 départements ayant répondu à l'enquête. [128] La terminologie utilisée est celle en vigueur avant la réforme de la protection de l'enfance.

L'ODAS met en évidence une hausse de 18% du nombre d'enfants en danger en près de 10 ans. En 2005, 7 enfants sur 1 000 étaient signalés en danger. L'évolution, représentée sur la courbe ci-dessous, est continue avec une augmentation plus nette après 2002, ce qui coïncide notamment avec les affaires judiciaires de pédophilie, comme le procès d'Outreau... Toutefois, ce constat ne peut s'expliquer par la seule amélioration du repérage et suppose une augmentation réelle de ce chiffre.

Evolution du nombre d'enfants signalés en danger
entre 1998 et 2006
France métropolitaine



Source Odas 2007

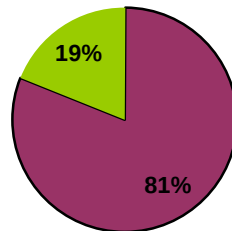
C'est le nombre des enfants dits « en risque », en constante augmentation, qui pèse le plus lourd dans cette évolution, puisqu'ils représentent 81% des enfants en danger (soit 79 000). Le tableau ci-contre montre une relative stabilité du nombre d'enfants victimes de mauvais traitements, voire une diminution récente de 5%. Ils représentent donc moins de 20% du total des signalements en 2006 (soit 19 000).

Évolution des dangers repérés
France métropolitaine

	2005/2006	1998/2006
Maltraitance	-5%	0%
Risque	2,6%	23%
Total	1%	19%

Source Odas 2007

**Part des enfants maltraités
parmi les signalements de l'année 2006**
France métropolitaine

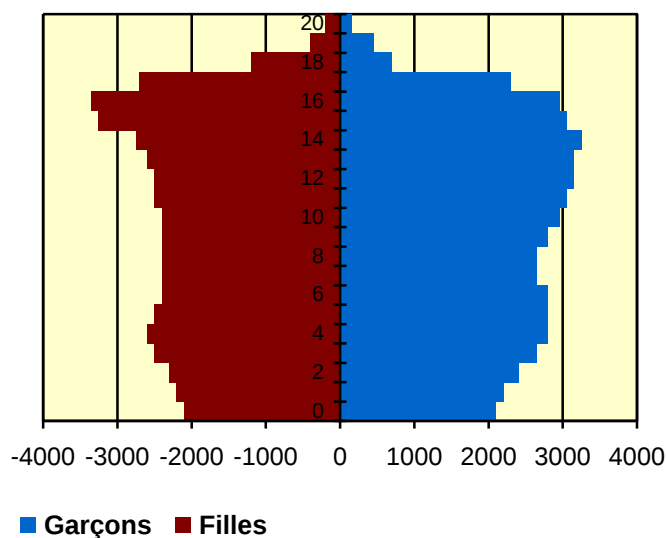


■ Enfants en risque
■ Enfants maltraités

Source Odas 2007

La pyramide des âges ci-dessous décrit la répartition par sexe de cette population d'enfants en danger. Il existe une prédominance des garçons : 50 500 garçons, tout âge confondu, contre 47 500 filles. Les moins de 11 ans représentent 56% (dont 29% sont d'âge inférieur à 6 ans) et les plus de 11 ans 44% des enfants en danger .

Âges des enfants signalés en 2006
(Lissage annuel)
France métropolitaine



Source Odas 2007

L'augmentation des signalements en 2006 concerne surtout les préadolescents et adolescents. La présence de difficultés éducatives rencontrées par un nombre croissant de familles à un moment décisif du développement physique et psychique peut expliquer cette hausse. Les difficultés interviennent souvent dans un contexte de fragilisation des solidarités familiales et d'isolement social et relationnel, qui ne fournissent pas un étayage suffisant pour y faire face.

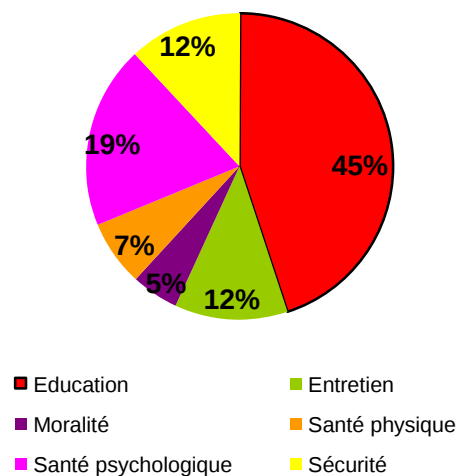
Les facteurs de danger identifiés lors des signalements et présentés dans le tableau ci-après, sont variables. Les carences éducatives parentales sont citées dans près de la moitié des situations recensées. Le facteur précarité, en nette augmentation, représentant 16% des signalements. Quant aux problèmes psychopathologiques parentaux, ils sont retrouvés dans un nombre non négligeable de situations, soit 11% des signalements. Ceci doit nous inviter au développement du partenariat avec les secteurs de psychiatrie adulte.

Problématiques à l'origine du danger entre 2004 et 2006						
France métropolitaine						
	Nombre d'enfants concernés par le facteur					
	2004		2005		2006	
Carences éducatives des parents	47 500	soit 50% des enfants signalés	57 200	soit 59% des enfants signalés	51 900	soit 53% des enfants signalés
Conflits de couple et de séparation	28 500	soit 30% des enfants signalés	28 100	soit 29% des enfants signalés	21 700	soit 22% des enfants signalés
Violence conjugales (recensé à partir de 2006)					10 400	soit 11% des enfants signalés
Problèmes psycho pathologiques de parents	12 350	soit 13% des enfants signalés	13 600	soit 14% des enfants signalés	10 800	soit 11% des enfants signalés
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11 400	soit 12% des enfants signalés	11 600	soit 12% des enfants signalés	11 200	soit 11% des enfants signalés
Maladie, décès d'un parents	6 500	soit 7% des enfants signalés	5 800	soit 6% des enfants signalés	5 200	soit 5% des enfants signalés
Chômage, précarité, difficultés financières	12 500	soit 13% des enfants signalés	12 600	soit 13% des enfants signalés	16 000	soit 15% des enfants signalés
Environnement, habitat	7 600	soit 8% des enfants signalés	9 700	soit 10% des enfants signalés	6 800	soit 7% des enfants signalés
Errance, marginale	3 800	soit 4% des enfants signalés	5 100	soit 5% des enfants signalés	3 300	soit 3% des enfants signalés
Autres	11 400	soit 12% des enfants signalés	10 700	soit 12% des enfants signalés	8 900	soit 9% des enfants signalés
Nombre d'enfants signalés	95 000		97 000		98 000	
Nombre total de facteurs cités	141 550	soit 1,5 facteurs cités/enfants	154 400	soit 1,6 facteurs cités/enfants	146 300	soit 1,5 facteurs cités/enfants

Source Odas 2007

Si nous nous intéressons à la nature du risque auquel sont soumis ces enfants en risque, dont la répartition est schématisée ci-après, l'éducation et la santé psychologique paraissent prioritairement menacées. La santé psychologique est mise en cause dans 20 % des signalements, chiffre probablement sous-estimé et signant un défaut de repérage manifeste.

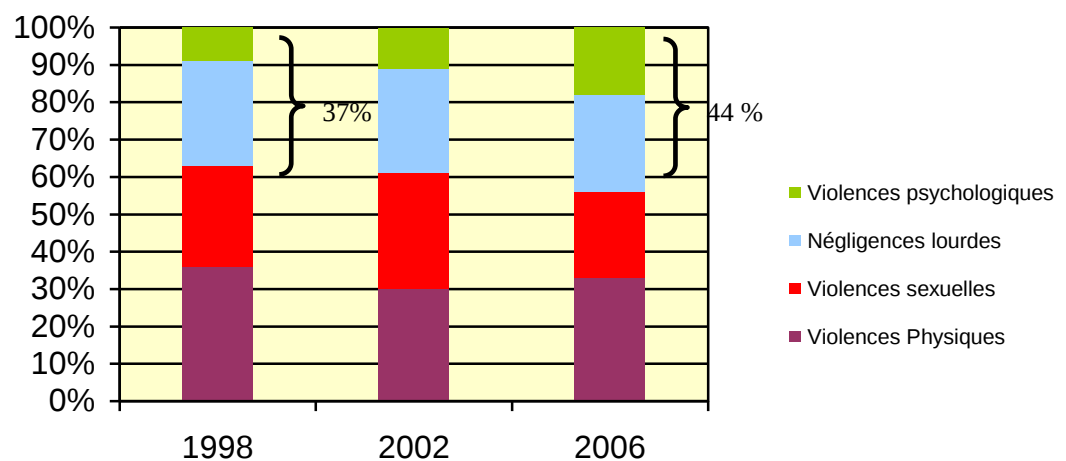
**Répartition des enfants en risque
selon le risque signalé à titre principal en 2006**
France métropolitaine



Source Odas 2007

En ce qui concerne les situations de mauvais traitements, le poids des violences psychologiques a doublé en près de 10 ans, passant de 1 700 à 3 400 enfants concernés entre 1998 et 2006. Le diagramme suivant montre la répartition de ces mauvais traitements et leur évolution. Il nous paraît essentiel de souligner que les maltraitances psychologiques et les négligences lourdes représentent près de la moitié des situations recensées en 2006.

Comparaison de la typologie des maltraitances signalées en 1998, 2002 et 2006
France métropolitaine



Source Odas 2007

De ces quelques chiffres ressortent la nécessité d'améliorer le repérage, notamment des difficultés psychologiques, mais surtout la qualité de la réponse apportée. La loi du 5 mars 2007 propose en ce sens des avancées intéressantes.

3. Loi du 5 mars 2007 : réforme de la protection de l'enfance

Les mesures éducatives d'assistance ont été mises en place en 1958. Au début des années 1980, la protection de l'enfance est décentralisée de l'état vers les départements. De nombreux auteurs, à l'instar de M. Berger, n'ont cessé de mettre en avant l'échec de la protection de l'enfance. [17] Il souligne notamment le fait que le dispositif actuel n'aiderait pas les enfants à penser et engendrerait même des troubles du fait de ses incohérences.

Or, le nombre d'enfants concernés n'est pas négligeable. En 2004, 450 000 enfants âgés de 0 à 21 ans bénéficiaient d'une mesure de protection ; [10] 263 000 enfants étaient pris en charge par les services de l'ASE, dont 100 000 en action éducative et 150 000 placés. La réforme de la protection de l'enfance, tant attendue, vise donc à améliorer le dispositif en place.

a) Deux objectifs principaux et quatre principes fondateurs

La loi instaure deux missions à la protection de l'enfance, à l'égard de la population des 0 à 21 ans :

- ✓ Le 1^{er} objectif, défini dans l'Article 1^{er} (modification de l'Art L. 112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles CASF), est de « *prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives* » et « *de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge* ».
- ✓ Le 2^{ème} objectif est de pourvoir à l'ensemble des besoins fondamentaux des mineurs, à savoir « *ses besoins physiques, intellectuels, sociaux et affectifs* », définis dans le 1^{er} article. L'article 3 (modification de l'Art. L. 221-1 du CASF) cite le besoin d'attachement, en précisant que la prise en charge doit veiller à développer les liens d'attachement de l'enfant, noués avec d'autres personnes que ses parents. De plus, « *le respect de ses droits doit guider toutes décisions le concernant* » (Art L. 112-4 du CASF). Après une évaluation obligatoire, un projet de vie global doit être mis en place afin « *d'apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs et à leur famille, ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de*

compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social ». Ceci s'applique également « aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. »

La loi étend donc le champ de la protection de l'enfance à la prévention qui devient un des axes majeurs du dispositif. Il passe d'une mission spécialisée à une mission de prévention primaire, notamment des difficultés parentales. Les actions de prévention primaire s'effectueront à plusieurs niveaux :

- ✓ **L'entretien psychosocial systématique au 4^{ème} mois de grossesse** ou entretien prénatal précoce, avec les futurs parents, pouvant s'accompagner de la mise en place de mesures d'accompagnement.
- ✓ Des actions médico-sociales préventives **en période post-natale**.
- ✓ Des actions médico-sociales préventives **en direction des enfants de moins de 6 ans**, notamment l'établissement d'un bilan de santé à l'âge 3-4 ans en école maternelle : elles visent aussi le dépistage de troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel ou encore des apprentissages. La loi positionne le service de PMI comme acteur de ces actions préventives.
- ✓ **Des visites médicales systématiques lors de la 6^{ème}, 9^{ème}, 12^{ème} et 15^{ème} année de l'enfant** : le contenu de l'examen clinique reste à définir par des décrets d'application.

La loi prévoit également un accompagnement des parents en cas de difficultés rencontrées dans l'exercice de leurs compétences éducatives. Nous sommes ici dans le registre de la prévention secondaire. Deux nouvelles prestations à domicile relative à la gestion du budget familial sont introduites :

- ✓ l'accompagnement en économie sociale et familiale, dans le cadre d'une protection administrative de l'enfant (AESF) ;
- ✓ la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial, qui se substitue à la tutelle aux prestations sociales enfants (TPSE).

L'action des techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) est maintenue. Par contre, une distinction est désormais faite concernant l'action éducative en milieu ouvert (AEMO), qui devient une mesure d'assistance éducative uniquement du ressort de la protection judiciaire. Dans le cadre de la protection administrative, on parle désormais d'action éducative à domicile (AED).

M. Créoff, lors de sa communication au colloque de L'Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire sur le thème « *Penser/Panser la protection de l'enfance* » en 2008, pointe quatre principes d'action fondateurs jalonnant la loi : [39]

- ✓ **le principe de continuité** de la prise en charge et de la cohérence des actions menées, qui est garanti par le président du Conseil Général (Art. L. 221-4 du CASF) ;
- ✓ **le principe de stabilité affective** (Art. L. 222-5 du CASF) ;
- ✓ **le caractère modulable de la prise en charge**, qui doit s'adapter aux besoins de l'enfant (Art. L. 222-5 du CASF) ;
- ✓ **le respect des droits des parents et de l'enfant**, qui est rappelé tout au long de la loi, tant au niveau de l'information à fournir aux parents et de la négociation avec eux au sujet de l'exercice de l'autorité parentale, que du droit de l'enfant à être entendu.

b) Une responsabilisation des parents

La loi stipule le principe de responsabilisation parentale, en impliquant les parents dans toute décision concernant l'enfant. Nous avons vu que les services départementaux doivent établir avec les titulaires de l'autorité parentale un document appelé « *projet pour l'enfant* ». Il mentionne « *les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre.* ». Toutefois, si l'affirmation des droits parentaux est inscrite dans la loi, le législateur se réserve la possibilité d'un aménagement « *en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité parentale.* ».

c) Primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire : les informations préoccupantes

La loi introduit la notion d'information préoccupante qui diffère du signalement, réservé au Parquet. Chaque professionnel confronté à une situation de mineur en danger, ou risquant de le devenir au regard de l'article 375 du Code Civil, doit adresser une information préoccupante à la Cellule de l'Enfance en Danger de son département, chargée de leur recueil. Après évaluation, elles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement immédiat à l'autorité judiciaire, par le biais du président du Conseil Général qui informe le Procureur de la République.

Les conditions de saisine de l'autorité judiciaire sont très restreintes, ce qui risque de retarder la mise à l'abri de l'enfant en danger (Art. L. 226-4). Elles sont réservées aux situations de danger en cas :

- ✓ d'échec des mesures administratives ;
- ✓ de refus de coopération de la famille ;
- ✓ d'une impossibilité d'évaluation de la situation.

Dans le cas où la gravité de la situation nécessite d'aviser directement le Procureur de la République, le professionnel doit fournir une copie au président du Conseil Général. Hormis les situations d'urgences manifestes, telles que le signalement par un centre hospitalier d'un enfant victime de mauvais traitements ou de négligences graves et menacé d'être enlevé par ses parents, la plupart des signalements adressés directement au Parquet sont renvoyés au président du Conseil Général et à la Cellule départementale.

Cette nouvelle loi instaure ainsi la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire. Cependant, le Procureur de la République s'assure du respect de la subsidiarité : *« Le président du conseil général fait connaître au Procureur de la République les actions déjà menées, le cas échéant, auprès du mineur et de la famille intéressés. »*

d) Aménagement du secret professionnel

La loi autorise les médecins à communiquer les éléments contenus dans les informations préoccupantes à la Cellule départementale, afin de permettre l'évaluation de la situation et la mise en place de mesures adaptées.

La communication d'informations entre professionnels, issus d'environnements différents et tenus respectivement au secret professionnel, est également permise en vue d'une prise en charge globale de l'enfant. La loi justifie cette levée du secret par la nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire de la situation relevant de la protection de l'enfance, pour mettre en place des actions de protection et d'aide à l'enfant et à sa famille. Toutefois, elle précise que *« le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. »*. Dans ce cas, les parents et l'enfant, en fonction de son âge, doivent en être informés au préalable.

Cette disposition peut soulever des questions. Les demandes fréquentes de diagnostic par les professionnels de l'ASE, au cours des synthèses pluridisciplinaires, suscitent des réticences de la part des pédopsychiatres. Les éducateurs et les travailleurs sociaux avancent leur besoin de mieux cerner les troubles de l'enfant pour adapter la prise en charge,

notamment des enfants placés en institution. Le pédopsychiatre reste souvent réservé, à juste titre à mon sens, face à cette question du diagnostic, qui relève du secret professionnel et du respect des droits de l'usager au vue de la loi du 4 mars 2002. [104]

e) Une modification des conditions d'accueil

La loi introduit une diversification des modalités d'accueil pour s'adapter à la pluralité des besoins de l'enfant et des situations familiales : légalisation des accueils séquentiels, accueil des mineurs en fugue pendant 72 heures sans décision nécessaire, sous réserve d'en avertir les parents et le Procureur de la République.

L'article 14 est novateur, dans le sens où il répond en partie aux récriminations faites par les professionnels comme M. Berger. Il stipule une possible augmentation de la durée d'accueil supérieure à deux ans (durée maximum des décisions judiciaires de placement) dans les situations de carences parentales graves. En garantissant une continuité relationnelle et affective dans le cadre d'un projet de vie stable pour l'enfant, cette mesure favorise l'attachement. Les auteurs regrettent la sous-utilisation de la délégation d'autorité parentale, bien que parfois les situations ne relèvent plus de l'assistance éducative, mais de la suppléance parentale durable, comme lors de troubles psychiques parentaux sévères.

f) Place privilégiée de la formation

La loi fait de la formation des professionnels un pivot du dispositif de protection de l'enfance : « *Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger* » (Art. L. 542-1). Cependant, jusqu'à présent, le contenu n'a pas été publié par décret.

En définitive, cette réforme améliore le dispositif actuel sur certains points, notamment par la clarification des missions de la protection de l'enfance, dans le sens de la prévention en vue d'assurer tous les besoins de l'enfant, y compris psychiques et affectifs. Toutefois, la plupart des auteurs critiquent l'augmentation des pouvoirs donnée aux collectivités territoriales, sans encadrement prévu par la loi. M. Créoff souligne que

« l'amélioration de la prise en charge de l'enfant ne peut s'effectuer qu'au travers de l'équilibre complexe entre le droit des parents à l'exercice de l'autorité parentale et le droit de l'enfant à être protégé, qui ne peut être atteint que dans un cadre démocratique de contrôle des pouvoirs institutionnels. ». [39] L'absence de référentiels nationaux permettant d'appliquer les dispositions du texte, et de contrôles sont des lacunes indéniables, depuis longtemps pointées par les professionnels. Dès lors, le risque est de laisser le champ libre aux inégalités départementales en fonction des objectifs fixés et des moyens financiers mis en œuvre pour la prise en charge de ces enfants. Dans le contexte actuel où la logique économique est souvent prépondérante, l'institution risque de ne pas être systématiquement bientraitante, en l'absence d'un minimum de contrôle extérieur. Mais qu'est-ce que la bientraitance ?

4. Le concept de bientraitance

Apparu dans les années 1990, le terme de « *bientraitance* » est introduit par M.- J. Reichen, M. Gabel, M. Manciaux et D. Rapoport et s'apparente au mouvement américain baptisé « *Care* ». Ce concept va au-delà d'une simple opposition à la maltraitance, étant donné qu'il prône non seulement la transmission de la vie, mais également de l'amour de la vie. En théorie, les applications de la bientraitance sont sans limite et concernent tout être vivant. Chez l'être humain, son origine est déjà bien ancrée vis-à-vis de l'enfant au travers de la prise en charge de la douleur, mais son application connaît un essor remarquable depuis 2000.

F. Flamand, fondatrice de l'Institut de la Bientraitance, définit la bientraitance comme *« le respect de l'enfant mis en acte, c'est donc respecter l'enfant en lui donnant les moyens d'être sujet désirant et acteur de sa vie, en le considérant comme une personne en devenir, un interlocuteur que l'on accueille, auquel on s'adresse et avec lequel on se comporte avec respect psychique, physique et affectif »*. [35] La bientraitance, sous-entendant la capacité à s'intéresser réellement à l'autre et à éprouver de l'empathie, est donc l'affaire de tous.

D. Rapoport étend ce concept à l'environnement de l'enfant en stipulant que *« la bientraitance tisse une trame subtil autour de l'enfant : la construction de son identité et de son sentiment d'exister est inséparable du respect des stades de son développement et de son histoire, d'un projet cohérent pour son devenir dont il est le partenaire actif, de l'accompagnement de ses parents s'ils sont en difficultés, et du soutien des professionnels qui l'entourent. »* [35] La bientraitance présuppose donc une "culture de la parentalité" chez les professionnels, tout en impliquant activement les parents dans cette bientraitance, qui commence en premier lieu par eux. Il apparaît alors essentiel de les soutenir en cas de besoin.

Ce concept de bientraitance soulève des questions éthiques concernant la prévention, qui est, rappelons-le, au centre du nouveau dispositif de la protection de l'enfance. Les mesures préventives sont-elles toujours menées en vertu de ce principe de bientraitance ?

De la même façon, l'accès aux soins est clairement stipulé dans la Convention des droits de l'enfant et dans l'article 1^{er} de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions : *« la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égal dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. La loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire, l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance »*. [103] Si cet accès aux soins pour l'enfant est réaffirmé par la loi sur la réforme de la protection de l'enfance afin d'assurer ses besoins psychiques, est-il cependant toujours sous-tendu par l'intérêt de l'enfant ?

B. Ethique, soins et prévention

Parler de prévention revient à recouvrir la poupée de J. May d'une pellicule protectrice afin qu'elle puisse affronter les tempêtes extérieures susceptibles de s'abattre sur elle. Mais quelles sont véritablement les motivations qui ont animé le législateur lors de cette mise en exergue de la notion de prévention ? Il ne faut pas oublier le contexte de présentation de cette réforme, à savoir concomitamment de la promulgation de la loi sur la prévention de la délinquance. [107] N'y a-t-il pas là un risque d'amalgame entre ces deux lois ? Pourquoi la société devient-elle de plus en plus pressante à l'égard de la pédopsychiatrie ?

1. *Une évolution de la clinique pédopsychiatrique ?*

Depuis quelques années, nous assistons à une modification dans les demandes de consultation pédopsychiatrique. Les classiques troubles des apprentissages, qui grossissaient jadis les rangs des files actives des consultants, sont désormais détrônés par le cortège des pathologies de l'agir. S'agit-il réellement d'une modification de la clinique de l'enfant ? Ne pouvons-nous pas plutôt comprendre ce changement dans le sens d'une évolution de celle des parents ?

La première partie de ce travail nous a permis de souligner le lien de causalité partiel entre structuration de la personnalité de l'enfant et qualité de son environnement, et en

premier lieu des interactions précoces parents-enfant. Aussi ne peut-on pas considérer ces troubles du comportement comme le reflet des failles symboliques parentales ?

Dans une société où les liens familiaux et sociaux se délitent, où la tradition des générations antérieures se perd, les repères générationnels et culturels ont tendance à disparaître. Si ce constat est valable pour les familles à problèmes multiples, elles ne sont pas les seules à "en payer le prix". Face à des ruptures de filiation de plus en plus fréquentes, l'architecture de parenté a tendance à passer d'un modèle vertical à un modèle horizontal, dans lequel les barrières intergénérationnelles s'estompent. Ceci nous amène à penser qu'une confusion entre autorité et pouvoir parental pourrait germer dans le psychisme de l'enfant. En effet, l'autorité est légitimée au travers d'une référence symbolique qui introduit la notion d'un tiers grand-parental, auquel les parents eux-mêmes ont jadis été soumis. C'est ce qui fait dire à S. Freud que le Surmoi de l'enfant se forme en identification au Surmoi parental, imprégné de l'histoire infantile du parent. En conséquence, si les parents font abstraction de leur propre éducation, de leur passé et des valeurs culturelles, l'autorité parentale ne s'avère plus légitimée. Elle est alors vécue sur le mode de la toute-puissance à laquelle les enfants viennent s'opposer au travers de leurs troubles du comportement.

Face aux préoccupations normatives de la société, cette clinique ne passe pas inaperçue. "La crise des banlieues" a suscité une inquiétude grandissante de la société à l'égard de ces jeunes, positionnant les familles vulnérables, naguère reléguées dans l'ombre et oubliées, sous le feu des projecteurs. Cette question semble d'ailleurs devenue en quelques années un véritable enjeu sociétal, ce qui s'observe au travers de la multiplication des rapports d'expertise. Que ce soit le rapport de l'HAS en 2005 sur la prise en charge de la psychopathie, [79] dont une des parties concerne l'enfant et l'adolescent, ou l'expertise collective de l'INSERM sur les troubles des conduites de l'enfant, tous mettent l'accent sur la notion de prévention. [84] Or, quelle délicate question que celle de la prévention puisque l'on peut se demander quel est son véritable sens, jusqu'où va-t-elle et à quel moment intervient le soin ?

2. Prévention de la souffrance de l'enfant ou d'une délinquance prédictive ?

Si le désir de prévention s'avère louable en soi, il ne dispense pas pour autant d'une réflexion éthique. Ceci est particulièrement valable pour la prévention primaire, qui vise à empêcher l'apparition des troubles dans des situations où le danger n'est que potentiel. La légitimité de cette prévention médico-sociale précoce, qui implique une intervention au sein de l'intimité des familles, au nom d'un avenir jugé sombre, sans qu'elles n'en aient vraiment conscience, doit toujours être posée. Sinon, le risque est de glisser imperceptiblement d'une

prévention de la souffrance au préjugé envers un sujet stigmatisé. N'oublions pas que même si certaines recherches laissent à penser que l'avenir des enfants issus de familles vulnérables est gravement compromis, il ne faut pas stigmatiser davantage ces enfants face à l'affichage de tant de souffrances et d'exclusions. Il est primordial de reconnaître leurs potentialités afin de les aider à les exprimer, au lieu de les assujettir à un futur déjà prédit à risque, voire à une délinquance prédictive.

Prévention et soins, certes... Mais dans quel but ? Au vue de l'actualité récente, nous pouvons nous poser la question de ce que souhaite réellement la société : s'agit-il de prévenir la souffrance de l'enfant ou de tenter d'éviter l'apparition présumée de conduites délinquantes ? Ou bien les deux ?

Le récent débat autour de la mesure de la personnalité suite à l'expertise de l'INSERM illustre bien cette dimension. Le collectif « *pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans !* » s'est vivement opposé aux mesures proposées, jugeant qu'elles revenaient à utiliser la pédopsychiatrie à des fins sécuritaires. [38] Il s'agissait en effet de détecter les troubles du comportement avant l'âge de 36 mois, considérés comme les signes prédictifs d'une délinquance à venir : repérage de facteurs de risque prénataux et périnataux, génétiques, environnementaux, liés au tempérament et à la personnalité. Le repérage de symptômes à 36 mois devait conduire à une batterie de tests, fondés sur les théories de neuropsychologie comportementaliste, pour repérer toute déviance à une norme, définie selon certains critères.

Ces recommandations sont largement contestables. D'une part, tout ne se joue pas avant 3 ans et nous avons montré que la personnalité de l'individu n'était pas programmée... D'autre part, tous les troubles du comportement de l'enfance, à fortiori très jeune, n'évoluent pas vers des comportements antisociaux. Enfin, la polémique a pris de l'ampleur, étant donné que les recommandations de cette expertise étaient intégrées dans les rapports présents concernant la proposition de loi sur la prévention de la délinquance.

B. Golse souligne les risques d'instrumentalisation de telles études qui, loin de viser à améliorer le travail de prévention, peuvent renforcer un point de vue répressif. [71] Sous couvert d'un bénéfice futur pour les enfants, cette prévention s'inscrit davantage dans une volonté collective de cadrer, risquant d'aboutir à un "flicage" des enfants et de leur famille.

En somme, la conception de la prévention primaire doit être prévenante et non pas prédictive. Il s'agit de repérer les risques et non de dépister, sous-entendant la pose d'un diagnostic, afin de prévenir et non prédire. Ce qui nous amène à penser qu'éthique et prévention sont indissociables. Dans cette optique, M. Dugnat et M. Douzon proposent une « *conception de la prévention en santé mentale « expressive », c'est à dire reposant sur la confiance entre parents et professionnels, plutôt que normative, réduisant les parents à leurs facteurs de risques, qu'ils soient psychiques ou sociaux* ». [50 ; p19]

Cette prévention primaire est essentielle dans le cas de la population étudiée afin d'éviter l'apparition des inadaptations. Les services de PMI et les travailleurs sociaux y jouent un rôle pivot, de même que les prestations familiales, afin d'apporter un soutien à ces familles vulnérables. M. Soulé et J. Noël soulignent l'importance de ces intervenants de première ligne dans le repérage des « indicateurs de risque » ou des « clignotants », regroupés dans le tableau ci-dessous. [148] En effet, ils témoigneraient en réalité de la présence d'une demande implicite de la part de la famille, qui ne peut être verbalisée et qui revêts d'autres atours : « les demandes masquées ».

TABLEAU I. — Indicateurs de risques « clignotants » :
émergence de la demande masquée

Période prénatale	Séjour en maternité	Retour à la maison	Fin de congé maternité Garde de l'enfant	Hospitalisation de l'enfant
● Antécédents obstétricaux, avortements spontanés ou provoqués. ● Antécédents psychiatriques (tentative de suicide, drogue, alcoolisme, etc.). ● Handicap physique. ● Antécédents personnels (familles dissociées, placements à Aide sociale à l'enfance). ● Situation actuelle de la mère : femme isolée célibataire, ou en instance de divorce, ou en rupture avec ses parents. ● Age de la mère. ● Pas de domicile fixe, ou hôtel, ou mauvaises conditions de logement. ● Déclaration tardive de grossesse. ● Grossesses antérieures non suivies. ● Conditions de vie avec fatigue excessive (travail, trajet, etc.). ● Antécédent de recueils temporaires (RT) ou autres placements pour d'autres enfants. ● Aucun projet d'avenir pour l'enfant à naître ni pour son mode de garde. ● Pas de Sécurité sociale. ● Demande d'IVG non réalisée, soit du fait de la femme, soit du fait des médecins ou de difficultés pratiques.	● Recherche et reprise en compte des « clignotants » de la période prénatale. ● Accouchement prématuré et « couveuse ». ● Accouchement mal vécu. ● Mauvaises relations d'emblée avec enfant. ● Dépression et psychose puerpérale. ● Découverte d'éléments sociaux familiaux à risque (pas de domicile fixe, chômage, etc.). ● Premier accouchement en France d'une femme récemment immigrée et isolée. ● Pas de visite. ● Non-préparation de la venue de l'enfant (layette, garde, etc.). ● Accouchement sous X ou incertitude touchant à la reconnaissance légale de l'enfant. ● Sortie prématurée de maternité contre avis médical. ● Prolongement de séjour en maternité pour raisons sociales.	● Reprise en compte des indicateurs de risques des périodes précédentes. ● Femme déprimée. ● Femme délaissée depuis la naissance de son enfant. ● Soins anarchiques à l'enfant. ● Enfants en mauvais état (troubles alimentaires, troubles du sommeil). ● Hébergement en maison maternelle. ● Demande de placement de l'enfant (recueil temporaire ou pouponnière). ● Demande de secours (allocation mensuelle) au bureau d'aide sociale). ● Désintérêt pour un enfant en service de néonatalogie. ● Fratrie mal soignée ou multiplacée.	● Demande de garde tardive, en urgence ou de dépannage. ● Demande de placement « recueilli temporaire ». ● Demande de garde à plein temps avec secours en argent accompagnant un refus de placement « recueilli temporaire ». ● Instabilité de placement. ● Demande de secours pour garde. ● Maladies à répétition de l'enfant. ● Prise régulière de calmants. ● Refus de présentation du carnet de santé. ● Conflits entre parents et nourrices ou crèches.	● Hospitalisation prolongée. ● Hospitalisations répétées dans des services différents (d'où importance de la tenue et de la présentation du carnet de santé). ● Hypotrophie. ● Rachitisme. ● Rhino-pharyngites à répétition. ● Toxicoses. ● Troubles fonctionnels graves. ● Traces de mauvais traitements actuels ou passés. ● Négligences graves dans les soins. ● Demande d'un placement sanitaire ou social. ● Absence de visites. ● Difficultés administratives (pas de Sécurité sociale ou dossier incomplet).

Si cette prévention primaire échoue, le pédopsychiatre tient également toute sa place dans la prévention secondaire, qui consiste en un dépistage et un traitement précoce des inadaptations. Il intervient aussi, en dernier lieu, dans la prévention tertiaire, pour éviter la chronicité et favoriser la réinsertion, en limitant les conséquences d'une situation qui n'a pu être empêchée.

Du reste, cet accès aux soins n'est pas si simple... Et pourtant tellement réclamé par la société pour ces enfants qui la déstabilisent... Les pédopsychiatres sont expressément priés de trouver un remède contre cette clinique de l'agir qui dérange...

Actuellement, la société paraît davantage prêter attention aux modes d'expressions symptomatiques que sont la violence, l'agressivité et l'opposition chez le jeune enfant, qu'à la souffrance psychique sous-tendant cette symptomatologie. Il est donc nécessaire de se méfier du risque d'instrumentalisation de la fonction du pédopsychiatre, sous la pression normative sociétale, au nom de l'intérêt supposé de l'enfant. Le soin ne doit pas endosser la mission de rétablir l'ordre public, sous prétexte d'apaiser l'enfant. Il ne faut pas perdre de vue qu'en tant que pédopsychiatre, il ne nous appartient pas de gérer les problèmes de délinquance, qui sont du domaine de la loi, mais de repérer certaines manifestations qui sont l'expression d'un dysfonctionnement psychique et d'une souffrance, qu'il convient de prendre en charge.

Au final, la société sait-elle réellement ce qu'elle souhaite ? Pas si sûr... Elle nourrit probablement des sentiments d'ambivalence à l'égard de ces familles et de ces enfants.

II. Un accès aux soins entravé : des résistances à plusieurs niveaux

L'expertise collective de l'INSERM en 2002 note l'existence d'un délai de plusieurs années entre l'apparition des premiers symptômes, leur repérage et leur prise en charge. [85] La question de l'amélioration de l'accès aux soins s'avère récurrente, surtout pour les familles à problèmes multiples.

La littérature concernant la prévalence des troubles psychiques et l'accès aux soins dans la population étudiée reste très pauvre. Très peu d'études ont été réalisées, ce qui traduit probablement les difficultés méthodologiques inhérentes au fonctionnement de ces familles, que ce soit dans l'adhésion à la recherche, l'obtention d'informations ou encore la conduite dans le temps. Quelques études ont été menées auprès des enfants placés à l'ASE.

Nous pouvons citer celle réalisée par l'équipe de P. Duverger dans le département du Maine-et-Loire en 2003, sur une période de 18 mois, visant à décrire les caractéristiques biographiques, sociologiques et médico-psychologiques des enfants âgés de moins de 12 ans confiés à l'ASE et de leurs parents. [52] Les motifs de placements étaient soit des mauvais traitements, soit des situations de carence, soit des conflits intrafamiliaux graves, soit une pathologie mentale parentale. Les résultats confirment que la mesure de placement concerne les enfants issus de familles à problèmes multiples. Sur les 92 enfants inclus, 26% avaient bénéficié d'un suivi psychologique ou psychiatrique, régulier ou occasionnel, et 34% s'avéraient en souffrance psychique, ce que les auteurs jugent sous-estimés.

L'étude réalisée par l'équipe de Y. Mouchenik, présentée au colloque de l'AFPSSU de 2008, étudie la prévalence des troubles psychiques des enfants, âgés de 3 à 6 ans, accueillis dans les structures d'accueil d'urgence de l'ASE de Paris. [39] Elle met en relief une prévalence indicative des difficultés psychologiques de 30%, contre des chiffres en population générale qui vont de 5 à 12%. Sur les 52 enfants inclus, seuls 6 enfants (soit 12%) bénéficiaient d'un suivi psychologique. Là encore, l'orientation en pédopsychiatrie est assez rare, malgré l'existence d'une souffrance psychologique probante.

Réduire ce temps de latence entre apparition des symptômes et mise en place d'une prise en charge adaptée, passe par l'analyse des obstacles qui peuvent se présenter dans le parcours jusqu'aux soins.

A. Rappels sur la notion d'accès aux soins

Nous rappellerons la définition de la santé selon l'OMS dans le sens d'un « *état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». R. Dubos précise cette définition en assimilant la santé à un « *état physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement que possible dans le milieu où le hasard et le choix l'ont placé* ».

L'accès aux soins résulte de l'analyse de trois composantes : le besoin de soins, l'offre de soins et la demande de soins. L'objectif d'un système de santé, fonctionnant de façon optimale, est de confondre ces trois dimensions.

1) *Le besoin de soins*

Le besoin de soins se détermine au travers de l'étude de la morbidité, des incapacités et de la mortalité. Comme le mentionne R. Diatkine, la morbidité et le taux de mortalité infantile dans la population étudiée sont élevés. [48] L'utilisation d'échelles de qualité de vie est également indicative.

En 2000, la recherche novatrice de A. Dazord et al. tente d'étudier la qualité de vie des enfants dans des situations de vulnérabilité psychologique (consultant en centre médico-psychologique), sociale (placement en institution) et somatique (maladie chronique). [45] Cette étude multicentrique a été conduite en France et en Espagne sur une population de 490 enfants âgés en moyenne de 8 ans. Les auteurs proposent un outil, appelé le *questionnaire AUQUEI* ou « *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* », composé d'une échelle fermée de 26 items recouvrant les quatre thématiques suivantes : autonomie, loisirs, fonctions, famille. L'enfant y répond à l'aide d'images, correspondant à quatre types de visages exprimant un état émotionnel allant du mécontentement à la satisfaction. Cet outil est complété par une échelle ouverte, où l'enfant doit citer des expériences antérieures agréables et désagréables.

Les résultats de l'étude confirment les attentes, dans le sens d'une satisfaction globale plus grande chez les enfants en bonne santé, hormis pour la question de l'hospitalisation. Celle-ci semble occasionner un désagrément beaucoup moins important chez les enfants ayant des difficultés psychosociales, que les auteurs attribue à un attachement de type angoissé évitant, provoquant une indifférence aux séparations. Le questionnement ouvert met en évidence une insatisfaction marquée des enfants présentant des difficultés psychosociales dans le domaine relationnel, ainsi qu'un mécontentement quasi-constant de la sous-catégorie

des enfants institutionnalisés concernant leurs activités. L'originalité de ces travaux réside dans la tentative d'approcher le vécu subjectif de ces enfants en situation à risque, difficile à recueillir lors d'entretiens classiques. Les auteurs précisent que cette parole de l'enfant pourrait être intéressante pour évaluer l'évolution des enfants placés.

Si nous revenons à la définition du besoin de soins pédopsychiatriques, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte :

- ✓ la souffrance psychique de l'enfant et de ses parents ;
- ✓ le diagnostic posé, le retentissement fonctionnel sur le plan social et scolaire ;
- ✓ le risque évolutif.

Au vue de la description précédente de notre population, le besoin de soins est incontestable pour ces enfants.

M. Berger décrit les trois enfants que le pédopsychiatre rencontre en consultation, en fonction du sens des symptômes, et qui peuvent se superposer : [18]

- ✓ **l'enfant symptôme**, n'ayant aucune plainte mais portant la demande du parent pour lui-même ;
- ✓ **l'enfant malade**, dans le cadre d'un trouble développemental ;
- ✓ **l'enfant fonction**, reflétant le malaise familial et maintenant un équilibre familial précaire, pour éviter une crise et une rupture des liens.

2) L'offre de soins

L'offre de soins recouvre le système de santé au sens humain et matériel. Il englobe le système public, à savoir les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, calqués sur le modèle de la sectorisation adulte. Le texte princeps du 15 mars 1960 stipule que l'hospitalisation en pédopsychiatrie ne se fait que sous le régime du placement libre. Secondairement, plusieurs circulaires ministérielles décrivent l'organisation des intersecteurs pédopsychiatriques. En 2000, la France compte 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, contre 800 secteurs adultes. Parmi ces 320 secteurs, 41 % sont rattachés à un hôpital public non spécialisé, 55% à un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) et 8% à un établissement privé de santé participant au service public hospitalier ou à une association. [162] A l'instar de la sectorisation adulte, on retrouve plusieurs principes de base : [M.Cl. George et Y. Tourne, 68]

- ✓ **Un partage territorial** : l'aire géographique concernée regroupe 200 000 habitants, soit 40 000 à 50 000 enfants (en moyenne 49 000 jeunes de moins de 20 ans avec des disparités régionales).

- ✓ **La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire** : pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, infirmiers, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, psychopédagogues.
- ✓ **Le développement d'un équipement diversifié** : des centres de consultation (CMP et centre d'action médico-sociale précoce ou CAMSP), l'hôpital de jour, le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), l'hospitalisation temps plein, les unités mère-bébé, les accueils familiaux thérapeutiques, les institutions spécialisées, etc...
- ✓ **Une intégration aux soins généraux** : présence dans les services de pédiatrie et de maternité (pédopsychiatrie de liaison) ou de façon indirecte par la formation des personnels.

Les missions confiées à ces intersecteurs et précisées par les circulaires du 16 mars 1972 et du 11 décembre 1992, sont :

- ✓ de promouvoir des actions propres à éviter l'émergence (prévention primaire), le développement (prévention secondaire) et la persistance d'affections mentales (prévention tertiaire) ;
- ✓ d'assurer une proximité des services, au plus près de la population afin de faciliter l'accès au soin ;
- ✓ de veiller à la coordination entre professionnels de santé et les autres intervenants du champ de la santé mentale.

Le CMP est le pivot de l'organisation des soins. En 1993, deux tiers des secteurs possédaient au moins 4 CMP (en moyenne 5 par secteur), avec des disparités sur le plan urbain et rural. Il n'y a pas d'avance financière lors des consultations, mais la secrétaire doit en théorie vérifier l'existence d'une couverture sociale. Ce principe vise à faciliter l'accès aux soins pour les populations les plus dévalorisées ou pour les adolescents.

Les listes d'attente de consultation en CMP sont surchargées depuis quelques années. L'ensemble des chiffres que nous présentons sont issus du rapport de la Défenseur des enfants. [162] Une augmentation de 70% des demandes de soins depuis 1991, (soit 432 000) a saturé le dispositif, ne permettant pas de répondre à l'ensemble des demandes. A ce constat, vient s'ajouter une insuffisance de lits d'hospitalisation temps plein en pédopsychiatrie : 5 380 en 1986 contre 1 860 en 2005, soit une moyenne de 13 lits par secteur au lieu de 29 antérieurement. Ce manque de lits ne permet plus de répondre aux situations de crise et aux pathologies lourdes. Cela pose parfois le problème de l'hospitalisation de jeunes de moins de 16 ans en secteur de psychiatrie adulte. Si le plan santé mentale 2005-2008 a prévu la création de lits d'hospitalisation, sachant que 16 départements n'en disposaient pas en 2005.

Les CMP fonctionnent en étroite collaboration avec les pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes et psychomotriciens installés en libéral. D'autres structures au fonctionnement associatif participent également à ce réseau de soins : une partie des CAMSP et les CMPP.

Les structures médico-sociales manquent également de places pour honorer toutes les demandes. Par exemple, les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) sont au nombre de 342 (soit 15 592 places) en 2002. Ils accueillent des enfants ou des adolescents présentant des troubles du comportement qui rendent nécessaire la mise en place d'une éducation spéciale en dépit de capacités intellectuelles normales, ou proches de la normale. C'est un outil précieux pour mettre en place un projet adapté et personnalisé à l'enfant et sa famille.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile ou SESSAD (aide à l'intégration scolaire et sociale en intervenant à domicile) sont également touchés par cette insuffisance de places.

En somme, bien que le dispositif d'offre de soins s'avère extrêmement varié, il est aujourd'hui totalement saturé. Les moyens manquent cruellement, ils n'ont pas progressé face à l'évolution de cette demande galopante... Malheureusement, cette augmentation massive de la demande de soin ne concerne pas la population qui nous intéresse. En effet, demande et besoin de soins ne sont pas superposables. Parfois, les files actives peuvent être embolisées par des demandes sans besoin, tandis que le pédopsychiatre n'a pas accès aux besoins sans demande. Paradoxalement, ce sont généralement les familles qui en ont le plus besoin, qui demandent le moins.

3) La demande de soins

Le Petit Larousse définit la demande comme « l'action de faire savoir ce qu'on souhaite, ce qu'on désire ». La morbidité du sujet doit être initialement ressentie, pour ensuite se transformer en une demande auprès du système de soins. K.I. Howard et al. ont décrit plusieurs étapes dans le cheminement psychologique de la demande de soins : [82]

1. reconnaissance de l'existence d'un problème ;
2. jugement qu'une aide extérieure est nécessaire et acceptable ;
3. prise de contact avec les services de soins.

La perception des symptômes et de la morbidité dépend non seulement du niveau d'éducation et de culture, mais aussi du caractère plus ou moins bruyant de la symptomatologie et du seuil de tolérance de la famille. Les troubles du comportement,

gênants, seront plus facilement repérés tandis que les troubles internalisés passeront davantage inaperçus. Ce repérage des symptômes nécessite aussi la capacité à attribuer les symptômes à la sphère psychique, ce qui est étroitement lié à la culture et à la sensibilité de la famille dans ce domaine.

Quant à la perception d'un besoin de soins, elle est fonction de la capacité parentale à s'identifier à la souffrance de l'enfant et à se préoccuper des conséquences potentielles des troubles sur son avenir. La décision de consultation met en jeu les connaissances et les croyances de la famille, ainsi que sa capacité à demander conseil et aide à un tiers. La mise en acte implique l'accessibilité de la famille aux soins.

Il est aisé de percevoir combien l'ensemble de ces critères, nécessaires au cheminement de la demande, sont particulièrement mis à mal dans le cadre des familles à problèmes multiples : nous sommes en présence d'un besoin sans demande...

B. Les résistances des familles

« Le client vient rarement en connaissance de cause. Il vient par pression, par hasard, par erreur ou sur sa demande mais dans une certaine méconnaissance de ce qu'il demande et de ce qui peut lui être apporté ».

C. Chiland [36]

En reprenant les étapes du cheminement psychologique de la demande, nous tenterons d'analyser ce qui se joue dans cette absence de demande de soin, voire cette "non-demande". Si les familles se plaignent parfois, elles demandent rarement explicitement des soins psychologiques et peuvent s'y opposer farouchement malgré les sollicitations extérieures.

1. *La non-demande de soins*

a) Une absence de perception des troubles de l'enfant

Deux cas de figures se posent concernant la non-perception des troubles de l'enfant. La situation la plus positive consiste en un excès d'identification à l'enfant, dont les symptômes pathologiques sont identiques à ceux des parents dans leur enfance. Se met alors en place une acceptation familiale du symptôme, celui-ci devenant totalement syntone au Moi de l'enfant et à la dynamique familiale : « moi aussi j'étais comme ça, c'est normal, ça va s'arranger... ». Dans ce cas, l'intervention d'un tiers est plus facilement acceptée et le travail plus aisé, puisque le parent peut en partie s'identifier à l'enfant.

Mais il existe des situations bien plus fréquentes et beaucoup moins favorables, dans le sens où le défaut de reconnaissance traduit ici l'absence de perception de l'enfant dans son individualité. Nous ne nous attarderons pas sur ce point qui a longuement été traité dans les deux précédentes parties de ce travail. Pour mémoire, l'enfant étant ignoré dans sa réalité psychique individuelle, les parents ne nourrissent aucune inquiétude à l'égard des symptômes, quels qu'ils soient. En parallèle, la méconnaissance de leur propre souffrance psychique les empêche d'être sensibles à celle de leur enfant ou de s'interroger à son sujet. L'inscription dans l'actuel, sans anticipation possible du futur, notamment de l'avenir de l'enfant, supprime toute préoccupation parentale préventive à son égard. Dès lors, l'intervention d'un tiers est inévitable pour porter la demande de soins pour l'enfant.

N'oublions pas non plus que dans les situations de grande précarité, les problèmes de santé, à fortiori psychique, sont relégués au second plan face aux préoccupations concrètes du quotidien : manger, payer les factures, dormir, etc... Les troubles psychologiques apparaissent bien dérisoires quand il est question de survie... Le discours « ça ira mieux demain, ce n'est pas l'urgence » est classique.

D'ailleurs, la plupart du temps, la sphère psychique est victime d'un désintérêt profond du fait de la carence culturelle. En effet, nous avons décrit dans ces familles un fonctionnement de pensée opératoire, accrochée à la concrétude et au factuel, ne laissant que peu de place aux affects et à l'espace fantasmatique.

b) La peur du changement

L'enfant tient souvent le rôle de l'enfant fonction. Il confère un certain équilibre à la structure familiale et empêche l'écèlement. Par ses symptômes, Jordan évite les disputes au sein du couple parental et permet une alliance des parents contre les intervenants extérieurs (école, soignants...). Dès lors, tout changement que susciterait une éventuelle prise en charge, est perçu comme une menace à la cohésion du groupe familial.

En outre, changer suppose de prendre un risque et d'aller vers l'inconnu. Or, ces sujets n'ont pas intériorisé une base de sécurité suffisante ou un bon objet interne sécurisant qui leur permettent d'affronter cette épreuve. Aussi demeurent-ils dans le connu, dans l'immuabilité et la répétition, certes douloureuse, insatisfaisante et frustrante, mais plus rassurante...

c) Des croyances et des fantasmes à l'égard du système de soins

Les croyances de la famille à l'égard de la psychiatrie compliquent l'accès aux soins. Dans beaucoup d'esprits, l'image du pédopsychiatre reste rattachée à la folie ou au retrait

d'enfant et n'est pas liée à la souffrance, au développement de l'enfant ou aux difficultés d'accès à la parentalité. Comme nous l'avons vu avec la famille S, la peur du retrait s'avère extrêmement présente. Aussi, ces familles ne se représentent pas l'aide qui pourrait leur être apportée par le psychiatre.

Dans cette démarche vers le soin, l'imaginaire de la famille est confronté à "deux étrangers" : le psychiatre et l'institution. Les fantasmes sur le lieu de soins sont nombreux, puisqu'il représente un dispositif inconnu de la famille. Les projections sur le psychiatre sont tout aussi prégnantes. Il peut alimenter le fantasme de parent idéal, après quelques consultations où l'alliance thérapeutique s'est nouée avec l'enfant, suscitant jalousie et griefs de la part du vrai parent à son égard. Des rivalités apparaissent, risquant de susciter un arrêt précoce de la prise en charge, le parent se sentant dépossédé de son enfant et de son statut de parent. Dans le quotidien, nous avons vu que ces parents acceptent difficilement de confier leurs enfants, préférant les laisser seuls au domicile, plutôt que de risquer cette rivalité à l'égard d'un autre adulte. Chaque tiers est alors vécu comme un danger potentiel. Cette méfiance est directement liée à l'intolérance vis-à-vis du processus de séparation-individuation, puisque l'enfant tient lieu de support narcissique de remplacement et le psychiatre menace de les en priver.

Parallèlement, une distance culturelle excessive, notamment dans les populations immigrées, contribue à entraver cet accès aux soins. Elles possèdent d'autres repères, d'autres systèmes de croyances et d'explications à l'égard de la maladie. Elles peuvent avoir recours à des modalités de prise en charge différentes : guérisseurs, magnétiseurs, rituels... Parfois, l'écart culturel s'avère infranchissable pour certaines familles.

d) Une réticence à toute aide extérieure

Toute proposition d'aide intervient pour les parents comme un signe supplémentaire de leur incompétence. L'aide sociale leur apparaît comme une blessure narcissique supplémentaire, parfois perçue uniquement comme une intrusion, une violence.

Il en est de même pour la consultation pédopsychiatrique. M. Gabel souligne que *« cette première démarche ne peut manquer d'être vécue sous le signe de l'échec car elle est en somme le signe de la non-réussite en matière d'éducation. Dans la mesure où les parents assument plus ou moins bien leur rôle, ils ressentent le besoin du psychiatre comme la preuve qu'ils n'ont pas été capables de s'identifier à leurs propres parents ; c'est non seulement leur identification œdipienne, mais aussi leur narcissisme le plus profond qui est impliqué dans la procédure qui va commencer. »* [65 ; p.489] "Ils n'ont pas su puisqu'ils ont besoin du psy..."

L'évitement et la fuite permettent de masquer les défaillances et de rester dans l'illusion que tout va bien, pour éviter d'accentuer les failles narcissiques.

En outre, n'oublions pas le poids de la dépression dans la problématique familiale. Quand on est déprimé, on ne demande rien et on se replie sur soi-même, puisqu'on ne se considère pas digne d'intérêt.

De plus, la réticence à demander et accepter une aide extérieure dépend avant tout des prototypes relationnels qui se sont constitués dans l'enfance, lors des interactions parents-enfant. Aussi, le pattern d'attachement du sujet peut constituer une grille de lecture intéressante, dans la mesure où il influence la manière dont l'individu nouera des relations à l'âge adulte. Par exemple, un attachement insécure de type évitant entrave les capacités à rechercher une aide, les expériences précoces ayant démontré que solliciter l'autre faisait encourir le risque d'être en retour rejeté. Le sujet apprend alors rapidement à ne plus demander...

M. Berger décrit deux processus, opérant dans ces familles, qui rendent difficile la mise en place d'un étayage : [18]

- ✓ **La crainte de la dépossession** : elle est ressentie par les sujets ayant bénéficié dans la petite enfance, de façon répétitive, d'une aide « substitutive » de la part de l'entourage. Cela consiste à se substituer au sujet pour l'aider, lui faisant perdre la maîtrise des événements. Elle diffère de l'aide « restitutive », dont le but est d'aider le sujet à faire les choses par lui-même, favorisant de fait son autonomisation et rendant l'aide supportable. Dans ce contexte, un étayage extérieur ne peut être vécu que comme intrusif et menaçant, puisqu'il vise à faire perdre le contrôle de la situation au sujet.
- ✓ **La relation d'étayage antagoniste** : la maturation psychique du sujet s'est déroulée en s'appuyant "contre" et non "sur" les modalités de pensée et d'agir de son entourage, ce qui découle souvent d'expériences « d'empiètement » répétitifs. Dès lors, l'individu fonctionne davantage en réaction à l'objet plutôt qu'en relation à l'objet.

En tenant compte de ces éléments, le sens de la non-demande prend ainsi une toute autre dimension...

Pourtant, contrairement à ce qui est attendu, il arrive parfois que ces adultes, dans un premier temps, se montrent très avides d'être aidés. D'ailleurs, leur histoire témoigne souvent de la recherche, notamment dans le voisinage, de substituts parentaux auxquels ils ont pu s'identifier, quelques fois avec succès. Cette facilité relative initiale du travail se heurte

précocement à leur fonctionnement défensif : le doute sur leur identité amène à douter d'autrui, rendant toute relation continue dangereuse pour leur intégrité individuelle. Si l'intervention extérieure est initialement vécue comme secourable, elle revêt rapidement un caractère intrusif et persécutif. Les relations deviennent teintées de méfiance et d'agressivité et réduisent les intervenants extérieurs à l'impuissance. Deux attitudes défensives sont retrouvées : soit les familles se retranchent dans la fuite et l'inhibition, soit elles sont dans la revendication permanente, dans le sentiment d'être constamment attaquées par la société.

Les familles se perdent parfois dans des demandes inépuisables, généralement à l'égard des intervenants de sexe féminin, qui font office de substitut maternel. Ces demandes constituent des attitudes de dépendance contre lesquelles les parents luttent ardemment. Ils rompent régulièrement le contact par des rendez-vous manqués, tout en se plaignant qu'on ne s'occupe pas d'eux. Ils annulent finalement tout ce qui est mis en place alors que les professionnels se sont démenés pour tenter de trouver des solutions. Ces comportements sont très mal tolérés car ils mettent à mal le narcissisme des professionnels. Ils suscitent alors le rejet qui renforce les blessures narcissiques des familles, dont elles se défendent à nouveau par de l'agressivité...et ainsi de suite...

Tous ces comportements témoignent d'une problématique dans la gestion de la distance relationnelle. Nous sommes en présence d'une pathologie du lien chez des individus qui fonctionnent souvent sur un mode limite ou psychopathique. Les processus de « déliaison » dominent.

e) La déliaison

Pour définir cette notion, nous nous appuyerons sur les travaux de S. Freud concernant le dualisme pulsionnel, décrit dans la deuxième topique : pulsion de vie ou Eros, versus pulsion de mort ou Thanatos.

Les pulsions de vie correspondent aux pulsions d'autoconservation (ou pulsions du Moi) et aux pulsions sexuelles. Selon le principe de plaisir, les motions pulsionnelles doivent être liées afin de ramener au plus bas le niveau de tensions imposées au psychisme. Par cette fonction de « liaison », les processus primaires sont transformés en processus secondaires. La pulsion de vie permet donc de créer des liens dans un système de plus en plus complexifié. Le travail de liaison est une spécificité humaine, dont le but est de conserver et d'établir des unités toujours plus grandes.

A côté de la pulsion de vie, S. Freud postule, en 1920, dans « *Au-delà du principe de plaisir* », l'existence de la pulsion de mort qu'il nomme d'emblée pulsion de destruction. [60] Alors que les pulsions de vie tendent à la liaison, la pulsion de mort pousse à la déliaison : elle

tend à la réduction complète des tensions et à ramener le vivant à l'état antérieur anorganique originaire, à la mort. « *Tournées d'abord vers l'intérieur et tendant vers l'autodestruction, les pulsions de mort seraient secondairement dirigées vers l'extérieur, se manifestant alors sous la forme de la pulsion d'agression ou de destruction* » [J. Laplanche et J.B. Pontalis, 95 ; p.371]. La pulsion de mort représente ce qu'il y a en nous de plus archaïque, d'élémentaire et de pulsionnel. Elle pousse à la séparation, à la dissolution des assemblages, à la destruction de l'objet et à la rupture des liens. Elle rend compte de la compulsion de répétition dans la vie psychique et est également considérée comme « *pulsion d'emprise et volonté de puissance* ». S. Freud parvient finalement à la conclusion paradoxale qu'il n'y a pas opposition entre la pulsion de mort et la pulsion de vie : le principe de plaisir se trouve au service de la pulsion de mort, dans la mesure où le plus bas niveau de tension qu'il vise, peut s'apparenter en définitive à l'état de repos du non-vivant.

Tout au long de son travail, S. Freud insiste de plus en plus sur la place prépondérante de la pulsion de mort. En 1929, dans « *Malaise dans la culture* », il postule que le combat éternel entre l'Eros et la pulsion de mort détermine le développement de la culture et joue un rôle primordial dans la formation du Surmoi. [61] Cette notion de pulsion de mort est la plus controversée de S. Freud et certains psychanalystes réfutent encore aujourd'hui sa validité. Elle se rapproche des théorisations de M. Klein sur l'opposition très précoce entre pulsions de vie et pulsions de mort. Cette dernière se traduit par les pulsions agressives destructrices du bébé à l'égard de l'objet extérieur, évoquées dans la première partie.

Partant de cette conceptualisation de S. Freud, le clinicien ne peut que s'incliner devant la réalité contraignante de la destructivité de certains sujets et de certaines familles. La déliaison peut être intrapsychique ou intersubjective, et s'exprimer somatiquement ou psychiquement. Encore très énigmatique, cette destructivité psychique questionne.

Quelle que soit son origine, l'épreuve de déliaison semble inhérente à nos familles. Il existe une attaque contre les liens de pensée à la fois chez le sujet, mais contaminant également les professionnels. A la lumière des travaux de W. Bion, nous pouvons avancer que ces individus possèdent une fonction α insuffisamment élaborée, qui échoue dans la production d'éléments α . Cette impossibilité de liaison entraîne des clivages à l'intérieur-même des processus de pensée, empêchant toute capacité de synthèse, de relier vécu et émotions. Dès lors, l'accumulation d'éléments β entraînent ces sujets dans l'identification projective et dans l'agir, faute de pouvoir accéder à la symbolisation. En miroir, les professionnels se retrouvent très rapidement dans une incapacité de penser, suscitée par ces familles qui confusionnent.

Au delà du domaine intrapsychique, la déliaison s'étend aux liens interpersonnels : entre la famille et les professionnels, mais aussi entre les professionnels eux-mêmes. Nous illustrerons ce point dans la dernière partie de ce travail.

En somme, les phénomènes de déliaison et de destructivité compliquent la relation thérapeutique, et entravent l'accès aux soins. Du reste, la pulsion de mort est universelle et s'applique de fait également au thérapeute ; l'agressivité et la toute-puissance ne sont pas réservées qu'au patient... Nous pouvons d'ores et déjà affirmer que l'analyse du contre-transfert est primordiale face à ces familles.

2. Des problèmes logistiques

Au vue de leur situation socio-économique dramatique, ce facteur ne doit pas être sous-estimé. La couverture sociale est souvent incomplète, voire absente, d'autant plus si la famille n'a pas d'étayage social. En 1997, selon le Haut comité de la santé publique, 9 millions de personnes se trouvaient sans assurance maladie complémentaire, principalement pour des raisons financières. De plus, si les centres de consultations fonctionnent sans avance de frais, les familles doivent disposer d'une couverture sociale, ce qui n'est pas toujours le cas, notamment pour la population de migrants.

De plus, pouvoir repérer le lieu de soins auquel la famille doit s'adresser, s'avère une tâche particulièrement ardue, d'autant plus si les parents présentent un illettrisme. Les déplacements peuvent également constituer un obstacle de taille, dans la mesure où les parents n'ont généralement pas de permis de conduire, ou du moins possèdent rarement un véhicule. Si en zone urbaine les transports en commun permettent de pallier en partie à ce problème, il n'en est rien en zone rurale.

Pour toutes ces raisons pratiques, l'accessibilité aux soins se trouve largement entravée.

3. Une différence de temporalité

Accéder aux soins suppose de s'inscrire dans la temporalité et de pouvoir s'organiser dans le temps. Or ces familles n'ont souvent pas intégré cette notion de temps : horaires de consultation, temps de la maladie, temps du soin... Face à des familles extrêmement désorganisées dans lesquelles les repères temporels sont quasi-inexistants, le respect des horaires des rendez-vous de consultation paraît totalement utopique. Ces familles vivent dans l'immédiateté, dans l'ici et maintenant. Aussi, différer leur besoin d'être écoutées en prenant rendez-vous leur semble impossible. L'attente du rendez-vous suppose l'acceptation d'une certaine dépendance à l'égard du lieu de soins, et donc du professionnel, que leur fonctionnement défensif contrecarre.

Les familles ne disposent pas non plus de capacités anticipatoires permettant de se projeter dans le futur. La construction d'un projet de soins est d'autant plus compliquée... Trop souvent elles interrompent les prises en charges, reprochant aux soignants que « ça n'avance pas, ça ne marche pas » à l'issue de deux ou trois consultations... La relation à l'autre est marquée du sceau de l'impulsivité et de la discontinuité, ce qui déstabilise et ne facilite pas la tâche du professionnel.

En somme, le soignant et le parent n'évoluent pas dans la même temporalité : ils auront toutes les peines à se rencontrer... Lorsque la famille s'avère trop déstructurée pour parvenir jusqu'à la consultation en dépit d'un besoin manifeste, la demande sera alors portée par un tiers.

4. La demande par un tiers

Depuis quelques années, ces "nouvelles demandes" affluent dans les centres de consultations. Qu'ils s'agissent de l'école, des travailleurs sociaux ou des éducateurs, voire de la justice dans les situations extrêmes, les demandes portées par un tiers ont modifié la pratique pédopsychiatrique. Il faut désormais tenir compte et inscrire ces nouveaux intervenants, extérieurs à la famille, dans la prise en charge. Cela complique non seulement la relation thérapeutique, mais interroge quant au statut du secret professionnel. Il apparaît alors essentiel de clarifier la demande du tiers.

a) Les médecins traitants, médecins de PMI et pédiatres

La loi sur la réforme de la protection de l'enfance attribue un rôle charnière aux médecins généralistes, médecins de PMI et pédiatres. Ces intervenants médicaux de première ligne doivent souvent renoncer à attendre des demandes explicites formulées par la famille pour diriger l'enfant vers des soins psychologiques. Il est essentiel de repérer les clignotants ou indicateurs, décrits précédemment, qui peuvent constituer une « demande masquée » de la famille.

Un référentiel d'observations à l'usage des médecins a été élaboré en 2006, par la Fédération Française de Psychiatrie, pour un repérage précoce des souffrances psychiques et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. [54] Il est présenté en annexe 1.

Malheureusement, ces familles n'ont généralement pas de médecin généraliste, pivot de l'accès aux soins.

b) L'école

Dans notre société où la norme est omniprésente, l'obligation scolaire est devenue une obligation de réussite. Prendre du retard, ne pas se conformer aux exigences scolaires, est difficilement acceptable pour l'école. Ces enfants qui "n'apprennent pas" confrontent les enseignants à la même blessure narcissique que leurs parents et suscitent facilement le rejet. Les projections parentales n'arrangent pas la situation...

Aussi, les enseignants adressent rapidement vers le soin ces enfants qui « n'entrent pas dans les apprentissages et qui perturbent la classe par leur instabilité ». Mais cette démarche ne fait souvent l'objet d'aucune préparation, ni d'aucun accompagnement auprès de familles déjà méfiantes, qui parviennent au centre de consultation sans demande : « la maîtresse nous a dit de venir, alors on est venu... ».

Parallèlement, le temps scolaire vient se confronter au temps psychique et au temps du soin. L'école attend souvent une résolution rapide des symptômes ou est réticente lorsque le projet de soins empiète sur le temps scolaire, notamment dans le cadre de l'hôpital de jour. Le partenariat avec le milieu scolaire n'est donc pas simple... Les psychologues scolaires, les infirmières scolaires et les médecins scolaires sont des maillons indispensables dans la chaîne de soins. Probablement trop peu de liens sont faits actuellement.

c) Le secteur social

Les travailleurs sociaux et les éducateurs sont les principaux acteurs dans l'accès aux soins, puisque ce sont eux qui sont en première ligne auprès des familles. Classiquement, les familles vulnérables ne tiennent pas le bon discours au bon interlocuteur : elles abordent leurs soucis somatiques ou leur souffrance psychique à l'assistante sociale qui a une position plus maternante et discutent de leurs difficultés sociales avec le médecin. Un travail en réseau s'impose donc autour de ces familles. Nous aurons l'occasion de revenir plus en détail sur ces points dans la suite de notre travail.

d) La justice

La justice est de plus en plus sollicitée au sein même de la sphère privée des familles. Dans les situations extrêmes, où les troubles de l'enfant sont tels qu'ils justifient une démarche de soins, rejetée en bloc par la famille, la justice peut décider d'une demande de complémentarité de soins. [D. Marcelli, 116]

Toutefois, le législateur réalise ici un paradoxe, dans le sens où il stipule que le juge doit prendre toutes les mesures utiles à la protection de l'enfant, mais dans le même temps, il « *doit toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée* », au regard de l'article 375-1. Cette recommandation en double lien a longtemps été responsable d'un enlèvement des situations dans un cercle vicieux : le pédopsychiatre ne peut intervenir faute d'alliance thérapeutique possible avec la famille ; de cette non alliance résulte une intervention judiciaire qui, pour prendre une décision, considère qu'il lui faut obtenir l'adhésion parentale ; mais le pédopsychiatre constate qu'aucune alliance thérapeutique n'est possible tant qu'une décision contraignante ne sera pas prise... Aujourd'hui, la pratique judiciaire a évolué. L'expérience a montré que cette alliance ne peut souvent être obtenue qu'après coup, comme résultat du travail entrepris, que ce soit sur le plan social, éducatif ou psychologique.

Par ailleurs, les équipes de pédopsychiatrie préfèrent que les notes d'informations préoccupantes ou les signalements au Parquet, soient réalisés autant que possible par le secteur social, pour ne pas compliquer davantage l'établissement d'une alliance thérapeutique. « *Soigner et juger sont deux démarches d'essence très difficilement compatibles et conciliables* » comme le mentionne D. Marcelli. [116] La famille a reçu "un jugement d'incompétence", ce qui implique humiliation et invalidation supplémentaire de leurs capacités parentales et majore les résistances. Dans ce contexte, le psychiatre peut préciser qu'il est lui-même contraint par le juge. Le signifier à la famille permet une différenciation des rôles de chacun pour décaler le thérapeutique du judiciaire et tenter de créer une ouverture à la demande propre de la famille.

Mais, l'analyse de l'accès aux soins ne doit pas se cantonner à une approche centrée sur les familles. Elle suppose également de regarder ce qui se passe du côté de l'offre. Car donner accès c'est avant tout organiser les conditions pour qu'un individu puisse rencontrer ce qui lui convient. Il s'agit d'adresser, d'accompagner, d'accueillir, et de dégager une indication, ce qui implique de fait les professionnels dans cette accessibilité.

C. Du côté des professionnels...

« *La répétition n'est pas obligatoire. Mais elle devient probable quand, pensant que ces enfants sont soumis à un destin, la culture les abandonne à leur triste sort, travaillant ainsi à réaliser ce qu'elle avait prédit* ».

B. Cyrulnik [41 ; p.18]

1. Du point de vue des partenaires sociaux

Nous avons déjà évoqué l'importance de la formation des intervenants de première ligne dans le repérage des signes précoces et des demandes masquées. Il ne faut cependant pas oublier la place prépondérante des travailleurs sociaux auprès de ces familles et de ces enfants, notamment en institution.

a) Formation et défaut de repérage des troubles

Si le souci de l'hygiène et de la prévention de la santé mentale est communément partagé par le secteur social, le repérage des troubles psychiques s'avère encore tardif. La formation des travailleurs sociaux est donc primordiale pour pallier à ce risque. La loi sur la réforme de la protection de l'enfance fait de la formation un des axes du nouveau dispositif, bien que le contenu reste à préciser. Outre le repérage des troubles psychiques ou du développement, il nous semble important que les thèmes spécifiques suivant soient abordés : la parentalité, l'attachement, les traumatismes psychiques et les aspects transculturels.

Lors du congrès de l'AFPSSU de 2008, [39] Y. Mouchenik souligne la nécessité d'avoir à disposition des outils simples et accessibles, sans pour autant reproduire les écueils reprochés au rapport de l'INSERM de 2005. [84] Il propose l'utilisation du Questionnaire Guide d'Evaluation (QGE), actuellement en cours de validation. Cet outil n'est pas un outil diagnostic, mais il peut être utilisé à titre indicatif par les professionnels de première ligne au travers d'informations empirique au contact quotidien avec l'enfant. Ce questionnaire permet d'inférer l'existence de difficultés psychologiques et les principaux registres d'expression auxquels elles appartiennent : dépression, phobie, anxiété, angoisse, régression, troubles psychosomatiques, troubles fonctionnels, troubles post-traumatiques (qui font notamment l'intérêt de cet outil en comparaison de ceux déjà à disposition).

Cependant, ces pistes d'amélioration de l'accès aux soins ne dispensent pas d'un étayage par des psychiatres et des psychologues, lors de vacations au sein des institutions ou des associations, appartenant au domaine de la protection de l'enfance. Trop peu de temps à l'heure actuelle est dédié à ce travail pourtant primordial afin de faciliter les missions de repérage. Certes, ces vacations ont un coût financier, mais elles sont primordiales dans ces missions de repérage et de travail de mise en sens.

En outre, les travailleurs sociaux doivent disposer d'indications claires concernant les coordonnées des centres de soins et des structures d'accueil et connaître les équipes

pédopsychiatriques afin de faciliter l'orientation et la précocité de la prise en charge. Néanmoins, n'y a-t-il pas d'autres facteurs inconscients qui peuvent retarder l'accès aux soins ?

b) Une tolérance vis-à-vis de troubles plus ou moins gênants ?

Nous avons vu que l'identification précoce des symptômes dépend non seulement de leur caractère plus ou moins bruyant, mais aussi du seuil de tolérance des institutions et des professionnels, qui s'occupent des enfants. Il est aisé de concevoir que les troubles du comportement conduisent rapidement à la consultation pédopsychiatrique au vu de la difficulté d'intégration sociale qu'ils suscitent. En revanche, les troubles internalisés passent davantage inaperçus, à partir du moment où ils ne compromettent pas l'ordre social. Les signes dépressifs, les angoisses ou les troubles psychosomatiques évoluent à bas bruit et ne sont donc pas identifiés précocement. Dès lors, les troubles risquent de se chroniciser et de déclencher soit des troubles du comportement secondaires à cette souffrance psychique, soit des présentations pseudo-déficitaires.

Ne pouvons-nous pas penser que parfois les services sociaux, et la société en règle générale, puissent éviter toute confrontation avec les parties malades ou les plus dérangeantes de l'autre ? Cet évitement conduit alors à une majoration des symptômes en l'absence d'une prise en charge adaptée et à une perte de chances pour ces enfants. Cela amène inévitablement à une exclusion toujours plus prononcée : hors société, hors système scolaire, en institut de rééducation, puis souvent à l'hôpital psychiatrique... Comme si l'exclusion devait être un préalable aux soins... Doit-on forcément attendre une inadaptation majeure pour arriver à la porte du CMP ? La notion de prévention, chère au législateur dans la loi sur la réforme de la protection de l'enfance, puise ici tout son sens...

Pourtant, il semble exister inconsciemment une certaine tolérance à l'égard des symptômes de ces enfants, dont on sait que l'avenir est déjà assombri et qu'ils risquent d'être voués à un destin inéluctable ? L'essentiel ne réside-t-il pas surtout dans le fait qu'ils soient nourris, vêtis, qu'ils ne subissent pas de sévices et qu'ils ne compromettent pas l'ordre social... L'obligation de scolarisation est une illustration parlante... Elle ne semble pas s'appliquer à ces enfants qui ont souvent épuisé tellement d'établissements que la déscolarisation est inéluctable. Dès lors, faute de place dans une structure médico-sociale de rééducation (comme un ITEP ou un IME), la société "oublie" cette obligation de scolarité à laquelle pourtant chaque enfant a droit... Elle abandonne ainsi l'enfant au destin qui lui était prédit, s'empressant d'attribuer déficience intellectuelle et délinquance, à l'hérédité.

Mais qu'en est-il du côté des professionnels de santé ? Faut-il rappeler que le rapport d'expertise de l'INSERM de 2005 évoque la notion « *d'héritabilité [génétique] du trouble des conduites* »...

2. *Du point de vue des professionnels de santé : des réticences...*

Les professionnels de santé mentale constatent souvent après-coup les détériorations de ces enfants qui leurs échappent. Toutefois, comment s'intéressent-ils à ces enfants ?

En 1971, M. Soulé et J. Noël sont catégoriques : selon eux, il existe « *une hygiène mentale et une psychiatrie infantile pour les enfants entourés, riches d'une famille, une autre pour les enfants démunis ou pauvres : ceux dont la famille n'existe pas ou se trouve défaillir. [...] Il est de toute évidence que naître dans une telle famille peut constituer à priori un handicap en ce qui concerne la santé mentale d'un individu.* » [149 ; p.578] Ils sous-entendent ainsi que l'accès aux soins est refusé à ces enfants.

De plus, nous avons vu que les pathologies rencontrées ne s'apparentent pas aux classiques troubles névrotiques retrouvés dans les milieux familiaux structurés. Il s'agit de troubles des conduites, d'organisation psychopathiques ou limites, de syndromes caractériels sévères avec des projections massives et une érotisation de l'agressivité, voire parfois des troubles psychotiques. [M. Soulé, 147 ; J. Noël et al., 127] Ces troubles s'avèrent plus difficiles à prendre en charge ; ils sont couteux en temps, en énergie et en compétence. Nous pouvons comprendre la complexité pour les professionnels à intervenir dans ces familles...

Nous nous appuierons sur les travaux de M. Soulé et J. Noël pour décrire les réticences qui peuvent opérer à la fois dans le conscient-préconscient, mais aussi dans l'inconscient des professionnels. [149]

a) Un dispositif de soins peu adapté à ces familles

M. Soulé et J. Noël pointent le « *principe intangible de la non-convocation* » sur lequel repose les centres de consultation : les rendez-vous ne sont donnés que sur demande expresse des parents et non d'un tiers, et les familles se dérobaient aux consultations, sont peu relancées. En choisissant ce principe de fonctionnement, l'accès à ces structures pour des familles incapables de s'organiser dans le temps et dont l'ambivalence vis-à-vis du soin est majeure, ne peut qu'être compromis. Les auteurs soulignent le risque que ce type de centre de consultations établi « *sur le modèle d'une banque de soins psychiques ne voit venir à ses guichets et attendre dans ses salons qu'une clientèle avertie et évoluée et munie d'un pécule intellectuel et culturel* », et qu'il ne devienne « *des centres de psychothérapie analytique*

gratuite pour enfants atteints de troubles névrotiques, et appartenant à des familles éclairées, attentives à des symptômes subtils. [...] Les enfants dits « cas sociaux », les plus menacés d'inadaptation massive et globale, ne comptent pas parmi les clients de tels dispensaires. » [149 ; p.606]

La liste surchargée de ces structures est un des éléments qui justifient le choix de ce mode de fonctionnement où la demande est au cœur du dispositif. Mais comment faire avec les familles qui n'ont pas de demande et qui ont tellement besoin de soins ? Ne devons-nous pas tenter de rechercher des pistes pour améliorer la rencontre avec ces familles plutôt que de prétexter une surcharge massive de travail et tenter de mettre en place des "marches supplémentaires" jusqu'à la consultation pédopsychiatrique ?

Récemment, certains auteurs, comme M. Moralès-Huet, proposent un entretien initial avec l'assistante sociale du CMP. [137] Cette modalité d'accueil ne doit pas être systématique, mais pourrait être considérée au cas par cas. En dédramatisant la venue dans un lieu de soins psychologiques et en expliquant son fonctionnement, cette familiarisation progressive peut faciliter l'abord des difficultés psychologiques avec le psychiatre dans un second temps. Pour des familles très insécurisées, une première consultation conjointe psychiatre/assistante sociale pourrait d'ailleurs être envisagée.

L'auteur propose en parallèle des accueils sans rendez-vous, éventuellement par des personnels non-médicaux. La famille conserve ainsi une certaine maîtrise du temps et du lieu, ce qui rend les entretiens plus acceptables initialement, et autorise une certaine continuité. Bien-sûr la prise en charge ne doit pas se limiter à ces accueils informels ; néanmoins ils peuvent constituer une stratégie intéressante pour amorcer une alliance thérapeutique et évaluer une situation.

b) Un contre-transfert négatif source de contre-attitudes

Si l'identification des enfants et des parents sur les membres de l'équipe soignante est largement abordé, les choix identificatoires des professionnels à l'égard des enfants venant en consultation sont très peu évoqués, voire tabous. Pourtant, ils sont réels... Les analyses des professionnels sont sensées les mettre à l'abri de ces risques concernant le choix d'une clientèle suite aux avatars du contre-transfert, mais elles ne les excluent pas totalement. D'ailleurs, les analyses ne sont plus aussi systématiques qu'autrefois.

M. Soulé et J. Noël insistent sur l'intensité des mouvements contre-transférentiels occultes face à ces enfants qui ne sont pas investis par leurs parents. D'après ces auteurs, ils sont « *non seulement délaissés par les équipes de psychiatrie infantile, mais sont victimes en ce qui concerne leur existence même d'un refoulement massif de toute prise de conscience* ». [149 ; p.609] Si l'intérêt porté à l'enfant de bonne famille, bénéficiant de parents coopérants,

agréables et gratifiants à l'égard des professionnels que nous sommes, est manifeste, a contrario, l'enfant de familles à problèmes multiples intéresse peu. Ses capacités réflexives sont limitées et son monde pulsionnel est à fleur de peau. Sa famille tient des discours contradictoires en fonction des interlocuteurs, change en permanence d'avis, déstabilise, dévalorise, agresse verbalement, voire physiquement parfois... Les familles, comme l'enfant, mettent donc le narcissisme des professionnels à rude épreuve, ce qui peut en partie expliquer les réticences à leurs égards.

Aussi, lorsque certaines familles ont pu parcourir le chemin laborieux jusqu'à la consultation, la plupart du temps sous la pression d'un tiers, il arrive parfois qu'elles soient rapidement réorientées vers le champ du social. Comme si le droit à la pathologie mentale leur était refusée... Nous entendons fréquemment dire qu'il ne faut pas psychiatriser tous les problèmes, relevant du social... Certes, mais il ne faut pas non plus "socialiser" de véritables troubles psychiques ou troubles du développement sous prétexte d'un déterminisme social.

Souvent, les réponses adressées aux tiers ayant accompagné la famille dans la démarche de consultation sont les mêmes : "les soins ne peuvent se mettre en place tant que la situation sociale ne sera pas clarifiée ", ou encore " répondre au besoin sans avoir travaillé la demande conduit systématiquement à l'échec thérapeutique ".

Or, les temporalités du social et du soin sont différentes. Instaurer des mesures éducatives prend du temps, alors que le soin doit intervenir précocement pour favoriser les capacités de résilience. Peut-être serait-il intéressant de poursuivre le travail avec les intervenants du social afin de faire mûrir la demande de soins ?

Quant à la polémique de la demande ou de l'absence de demande de soins, elle est ancienne et doit être reconsidérée. H. Gane précise que *« donner accès nécessite de prendre en compte ce jeu entre la demande, toujours transférentielle même quand elle est très concrète et l'offre de soin dans sa dimension contre-transférentielle. Il s'agit donc de partir de ce qui est possible et de tisser la trame d'une histoire thérapeutique. »* [66]

Dès lors, le tiers ne se sentirait plus désarmé face à un enfant, dont les troubles sont manifestes et auxquels les professionnels de santé apportent une fin de non recevoir, compte tenu du contexte. Ceci éviterait assurément des tensions et le renvoi de ces familles entre les intervenants, tel une partie de "ping-pong", avec au final un seul grand perdant : l'enfant...

En somme, comment expliquer le peu d'intérêt des psychiatres face à ces familles dites « *infra-psychiatrisables* », celles qui se cachent et ne se déplacent pas, celles qu'ils ont tendance à être redirigées rapidement vers les services sociaux sous prétexte de ne pas psychiatriser tous les problèmes ? Cette indifférence ne rendrait-elle pas compte de résistances inconscientes ? La disqualification rapide de ces familles, qui a alimenté la persistance de l'expression « famille sans qualités », semble être sous-tendue par des mêmes

mécanismes psychologiques particuliers. Qu'induisent donc ces familles vulnérables et ces enfants dit "cas sociaux" chez les professionnels, indépendamment de leurs horizons ?

3. *Etre confronté à l'enfant dit "cas social"*

M. Soulé et J. Noël font le constat d'une injustice à l'égard des enfants dits "cas sociaux" et concluent à l'existence d'un réel « *malaise dans la bienfaisance* ». Ces enfants n'auraient pas le droit à la même attention que les autres enfants, issus d'une famille soucieuse et bientraitante, notamment quant à leurs difficultés psychologiques. L'enfant "cas social" bénéficie de mesures sociales, telles que des hospitalisations ou des placements successifs, dont aucune famille structurée n'aurait souhaité pour ses propres enfants. D'où vient donc cette différence fondamentale dans l'esprit de la population entre ces deux catégories d'enfants ? Quel est le sens de l'activité charitable à l'égard de cet enfant "cas social" qui paraît constitué d'une autre essence ?

a) Sacralisation et marginalisation de l'enfant dit "cas social"

M. Soulé et J. Noël définissent les enfants dits "cas sociaux" comme les enfants qui sont « *privés de famille ou privés de milieu familial normal* ». [149 ; p.577] Ce sont ceux dont les familles s'avèrent dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins, contraintes à recourir aux services sociaux ou à accepter les mesures qui leur sont imposées au vu de leur situation. Aussi, cette population d'enfants ne se limite-t-elle pas aux pupilles élevées par l'ASE et aux enfants placés suite à des sévices, mais elle concerne également tous ces enfants à risque, issus de familles à problèmes multiples, qui ont été eux-mêmes ou leur famille "pris en charge" par des services sociaux, à des titres divers. Toute famille ayant un jour bénéficié d'une aide sociale, y compris en dehors de tout caractère répressif, endosse par la suite les qualificatifs de "pris en charge" et de "cas social". Ces connotations péjoratives témoignent bien de notre agressivité à leur égard.

De tout temps, les enfants "sans père" ou "mal-aimés par leur famille" ont subi un phénomène de ségrégation. Nous avons vu que dans la culture romaine, l'enfant rejeté par son père était exposé. Il faudra attendre le XVII^{ème} siècle et l'époque charitable de Saint Vincent de Paul, qui affirme que même ces enfants ont une âme, pour que l'on convienne de sauver ces enfants de la mort. Ils sont alors recueillis, éduqués et soignés par la "bonne mère institution". Cependant, ils restent victimes d'un double phénomène : ségrégation et sacralisation. M. Soulé et J. Noël mentionnent l'émotion éprouvée naguère face aux "orphelins de l'Assistance" lorsque, bien peignés et chargés de représenter tous les enfants, ils

adressaient les vœux au Président de la République. Ce phénomène de sacralisation s'observait aussi dans le paradoxe dérisoire où cet enfant, jouant le doigt de la fortune, tirait les numéros des boules de la Loterie nationale. En revanche, personne ne s'étonnait quand ce même enfant commettait un délit et chacun refusait que ses propres enfants nouent des liens amicaux, voire épousent un "gosse de l'Assistance".

Les enfants issus de familles à problèmes multiples, dits "cas sociaux", subissent les mêmes phénomènes de sacralisation et de marginalisation que les enfants "sans père" de l'Assistance Publique, comme si assister était synonyme de stigmatiser et exclure... Bien que le terme « Assistance Publique » ait été remplacé par celui de Direction Départementale d'Action Sanitaire et Sociale (DDASS), puis par Aide Sociale à l'Enfance, les connotations péjoratives persistent. Le terme d'assistante sociale est d'ailleurs conservé.

Face à l'émotion que suscite chez chacun d'entre nous la confrontation avec ces "pauvres enfants victimes de mauvais parents", un questionnement subsiste inconsciemment : « qu'ont-ils fait pour mériter cela » ? Il s'agit de la même interrogation qui traverse les pensées de l'enfant lors de la culpabilité primaire citée précédemment, qui permettait de "blanchir son parent". J. P. Sartre retranscrit ce processus dans son ouvrage *« Les mots »* : *« Il fallait qu'ils fussent bien coupables pour que leur famille les eût abandonnés ; peut-être avaient-ils eu de mauvais parents, mais cela n'arrangeaient rien : les enfants ont les pères qu'ils méritent »*. [145 ; p.182] Ce passage du statut de victime à celui de coupable traduit cette mise en place des phénomènes de sacralisation et de marginalisation. Quels en sont les soubassements psychologiques ?

M. Soulé et J. Noël avancent que ces enfants incarnent et symbolisent les questions les plus archaïques, qui ont inspiré les mythes fondamentaux de l'humanité : celles des origines. Les cultures, les religions et les institutions sont des modes de sublimation ou des formations réactionnelles nécessaires pour lutter contre l'angoisse suscitée par cette question, infiltrée des pulsions érotiques et destructrices. Ils permettent de maintenir notre équilibre narcissique.

Lors de l'étude de l'exercice de la parentalité, nous avons souligné que la seule loi sociale universelle est celle de l'exogamie, définissant la prohibition de l'inceste. Respecter l'organisation socio-familiale qui matérialise cette loi et y assumer la fonction à laquelle on est tenu, sont les conditions *sine qua non* d'appartenance à une société.

Transgresser cette loi c'est alors devenir un "asocial" et faire parti d'une famille "hors la loi". *« Refuser de se soumettre à ces conditions, transgresser les lois du mariage, refuser l'autorité parentale et les devoirs parentaux, y compris l'amour parental, être le fruit ou l'objet de cette transgression, être un enfant sans père, ou que son père n'aime pas, c'est encourir la malédiction fondamentale »*. [149 ; p.588] Ces enfants ont donc enfreint cette loi fondamentale. Désormais maudis, ils sont condamnés à devenir des "cas sociaux" et à être

exclus de la société, tout en restant sacralisés : "malheur à celui qui ose toucher cet enfant, qui pourrait un jour incarner Œdipe"...

Au vue de notre description des comportements des professionnels, il semble que les mythes continuent de peser... Ils infiltrent nos pensées et nos attitudes au point que nous paraissent inéluctables, et finalement naturels, certains modes d'action qui perpétuent la ségrégation. Incriminer la loi de l'hérédité au sujet des troubles manifestés par ces enfants est rassurant, réfuter l'intervention du soin dans le champ social arrange... Mais toutes ces contre-attitudes ne font que refléter la présence des phénomènes de sacralisation et de ségrégation opérant au sein des équipes de soin et contribuant à perpétuer cette exclusion. Aussi, considérer « sans qualités » ces familles et uniquement source de défaillance à venir, revient à les traiter comme des rejetons de leurs expériences passées et à les enfermer dans une répétition inéluctable. Dès lors, nous n'autorisons nous-mêmes aucun espace de changement possible...

b) Vocation d'assistance : le roman familial

Face à ce rejet par la société, il existe fréquemment en miroir un hyperinvestissement de ces enfants par certains intervenants chargés de les accompagner, amenant M. Soulé et J. Noël à parler de « *surinvestissement passionnel et captatif* ».

L'engagement auprès de l'enfant en danger répond à des motivations variées, résultant des vicissitudes des aménagements personnels de notre histoire : « *la réhabilitation narcissique par l'investissement dans l'enfant victime, la dénégation, l'agression ou la maîtrise des objets persécuteurs, la consolation mégalomane par l'assistance au tout-puissant bon objet (introjection identificatoires des bons objets nourriciers).* » [149 ; p.590] Les auteurs précisent que le roman familial semble également jouer un rôle prépondérant dans cette vocation d'assistance à l'enfant privé de famille ou de milieu familial normal.

C'est S. Freud qui a introduit le concept de roman familial, dans l'article intitulé « *Le roman familial des névrosés* », inséré dans l'ouvrage d'O. Rank, « le mythe de la naissance du héros », en 1909. [139] Le roman familial désigne les fantasmes que tout enfant élabore autour de ses origines. Il existe deux étapes dans cette fantaisie :

- ✓ La première étape : un stade asexuel. L'enfant imagine que les parents qui l'ont élevé ne sont pas les siens et qu'il a été volé, perdu ou abandonné. Il s'invente alors des parents beaucoup plus beaux, plus riches et plus puissants.
- ✓ La seconde étape : un stade sexuel. Cette étape suppose la prise de conscience de la différenciation des fonctions sexuelles parentales. Elle est mieux décrite chez les

garçons qui s'imaginent être nés d'une union secrète de la mère avec un autre père idéalisé selon des critères culturels et sociaux. La fratrie est alors considérée comme "bâtarde", tandis que eux seraient des enfants légitimes.

Le roman familial correspond à un compromis trouvé par l'enfant, lors de l'entrée dans le conflit œdipien, qui le confronte à l'insatisfaction issue de la rivalité sexuelle, à son exclusion du couple parental et à la rivalité fraternelle. M. Soulé et J. Noël rappelle que « *le roman familial permet un réaménagement du personnage paternel, du personnage maternel, de l'angoisse liée à la scène primitive, des blessures narcissiques portées à sa mégalomanie de petit enfant* ». [149 ; p.591]. Toutefois, il ne consiste pas en une résolution de l'Œdipe. Le roman familial explique le succès auprès des enfants des contes de fées.

La confrontation avec l'enfant en danger réactive le roman familial que chaque professionnel a élaboré dans sa propre enfance et a oublié. Face à ces enfants, « *tout adulte de bonne volonté trouve là une place à prendre auprès d'eux : la place du parent mythique de son propre roman familial. Chacun veut être la marraine, la fée ou le père-roi qui dispense bonheur et puissance en se substituant aux affreuses marâtres. Cette place est si gratifiante que chacun fera tout pour n'en être pas délogé* ». [149 ; p.592] Cette reviviscence des fantasmes de leur enfance rend compte des rivalités pouvant se créer entre les différents professionnels. L'enfant en danger devient alors l'enjeu de conflits, que nous illustrerons dans la dernière partie de ce travail. En somme, s'occuper d'enfant en danger est un moyen de concrétiser son propre roman familial : en incarnant cet enfant que nous étions, nous devenons son sauveur...

Ne pas en tenir compte peut entraîner un acharnement thérapeutique face à cette souffrance qu'il faudrait à tout prix combattre... La prise en charge risque alors de basculer dans un unique désir de réparation et de ré-engendrement. Ceci ne peut qu'être néfaste, autant pour l'enfant que pour sa famille, dont les failles narcissiques en sont, de fait, exacerbées. De plus, le sentiment d'impuissance qui résulte inéluctablement de cette quête impossible, peut parfois entraîner l'abandon ou le passage à l'acte du professionnel.

En résumé, la rencontre avec l'enfant en danger et la parentalité exposée, renvoie chacun de nous à notre humanité, à notre enfance et à notre vécu de parent. Travailler auprès de ces enfants est difficile et douloureux, car cela réveille des affects refoulés, infiltrés de pulsions érotiques et destructrices, enfouies au fond de chacun de nous. Ces présupposés, s'ils ne sont pas identifiés, concourent à perpétuer cette marginalisation des enfants et des familles dit "cas sociaux", en alimentant certaines réticences à leur égard ou bien au contraire un risque d'assistance acharnée, qui vient augmenter la pénalité initiale. Nous pouvons alors nous demander si la remise en cause de la légitimité de l'intervention des professionnels de santé dans les problèmes psychosociaux ne trouve pas ses racines dans ce phénomène.

4. *Légitimité de l'intervention des professionnels de santé dans la sphère sociale ?*

Nous avons vu qu'intervenir dans ces familles ne va pas de soi... G. Diatkine le décrit comme « *un travail épuisant, souvent insatisfaisant, éventuellement nocif, et dont surtout, pour commencer, les familles ne veulent pas, au moins au niveau le plus superficiel.* » [48 ; p259]. L'échec de l'intervention psychiatrique et sociale fait d'ailleurs partie de la définition des familles à problèmes multiples. Les raisons pour ne pas s'en occuper sont donc multiples, d'autant plus que ces familles n'ont aucune demande...

Face au déterminisme social indéniable de leurs difficultés, la question de la légitimité d'une intervention des professionnels de santé mentale se pose. Certains adoptent une attitude prudente, comme le signale G. Diatkine : « *on peut prôner l'abstention thérapeutique en rappelant que les psychiatres n'ont pas à transformer en problèmes psychiatriques l'expression des contradictions de la sociétés où ils vivent. Le faire ne rendrait aucun service aux intéressés, qu'ils détourneraient de la véritable cause de leurs problèmes et du véritable domaine où ils peuvent être résolus : la sphère politique.* » [48 ; p.269] Pourtant, il ajoute qu' « *en s'abstenant le risque est de refuser leur aide aux personnes qui en ont le plus besoin, la réservant à des familles mieux loties et amplifiant ainsi l'injustice qu'ils veulent dénoncer* ».

M. Soulé et J. Noël réfutent eux-aussi un étayage uniquement social pour ces enfants. Leur interdire la possibilité de soins comme à tout enfant, du fait du déterminisme social des troubles, ne revient qu'à les stigmatiser et les exclure davantage de la population. Les auteurs concluent que « *les familles et les enfants traités en « cas sociaux » du fait même de leur situation, de leur structure et de leurs particularités constituent un champ d'action refusé par la psychiatrie infantile, une cohorte de refoulée vers les bureaux de bienfaisance, les placements sociaux, et les administrations à l'intérieur de quoi ils vivent renfermés* ». [149 ; p.609] Citant le « *grand renfermement des enfants dits « cas sociaux »* », que ce soit dans les structures de l'ASE ou dans l'administration, ils font ainsi le parallèle avec celui des mendiants et des malades mentaux, isolés hors de la cité, dans les campagnes, et de ce fait aliénés sous prétexte de les aider. Le malaise dans la bienfaisance qu'ils décrivent, en référence aux travaux de S. Freud sur le malaise dans la civilisation, vise à rappeler les inévitables manifestations de la pulsion de mort dans les rapports interhumains, auxquels sont fatalement soumis les professionnels.

Prétendre que le champ social résoudrait à lui seul tous les problèmes apparaît donc comme un leurre... La plupart des troubles présentés par l'enfant de familles à problèmes multiples résultent de conflits psychopathologiques, nécessitant une intervention

thérapeutique. La désorganisation familiale et la perte des oppositions du rythme nuit-jour, aboutissant à l'absence de différence des sexes et des générations, sont en relation avec l'incapacité de la mère, et des parents en général, à organiser l'appareil psychique de l'enfant par leur propre activité préconsciente.

Rappelons que les conséquences à long terme pour ces enfants et ces futurs adultes sont dramatiques, aboutissant à l'« *établissement de généalogies pathogènes marquées d'une sorte de fatalité qui se perpétue sous forme d'instabilité, de délinquance, de fragilité affective et d'incohérence dans les soins donnés aux enfants.* » [149 ; p.596] Ces troubles ne sont d'ailleurs pas l'apanage exclusif des classes les plus défavorisées de la société et sont également retrouvés dans des familles, en apparence structurées du fait de l'armature socioprofessionnelle, mais s'avèrent transmettre de la même façon la désorganisation. Tous ces enfants à risque ont donc besoin d'aide que leurs familles appartiennent ou non à la catégorie dite des "cas sociaux" : les problèmes sociaux ne sont pas une contre-indication comme l'expliquent M. Lamour et M. Barraco. [93]

Il s'agit pour nous de ne plus accepter comme allant de soi les troubles et les déficiences afin de fournir à ces enfants « *les chances de bien grandir et de créer du neuf* », pour reprendre les termes de M. Dugnat et M. Douzon. [50 ; p.9] Cela suppose de développer une disponibilité psychique pour cette population, « une préoccupation pédopsychiatrique primaire ».

Depuis quelques années, le regard des professionnels a évolué sur ces familles. Les pédopsychiatres se sont penchés sur les questions de prévention médico-sociale précoce dont nous avons déjà parlé, afin de ne plus être dans la réparation après-coup.

La réflexion s'est centrée dans un premier temps sur la petite enfance, avec la mise en place de l'entretien prénatal précoce, visant à repérer des indicateurs de risque, en prévention d'un dysfonctionnement de la parentalité. Elle se tourne désormais vers des classes d'âges plus élevées.

La circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJ n° 2002 du 3 mai 2002 insiste sur la mise en place de réseaux institutionnels autour des enfants en grandes difficultés pour proposer des réponses éducatives, sociales, médico-sociales, judiciaires ou thérapeutiques. Une des mesures proposées en vue de la préparation des SROS 3 Enfants – Adolescents vise à « *renforcer les actions de dépistage et de prise en charge des environnements à haut risque trop souvent traités de manière exclusivement éducative, sociale ou judiciaire, sans respect suffisant pour les capacités évolutives des protagonistes, capacités réelles à condition qu'un abord clinique et psychopathologique des distorsions relationnelles parents-enfant soit intégré à l'évaluation de la prise en charge* ». [37 ; p.6]

La réflexion semble s'orienter vers la nécessité d'un travail pluri-professionnel autour des familles, alliant prévention, travail social et soins pédopsychiatriques.

En somme, la réelle question face aux familles vulnérables ne semble plus tellement celle de l'intervention ou de l'abstention à l'égard de ces enfants, mais celle des modalités d'intervention possibles pour l'équipe soignante.

Nous avons souligné l'inadéquation des propositions de soins habituelles du CMP pour ces familles. Ceci doit amener à considérer leurs besoins en tenant compte de leur problématique, notamment sur le plan relationnel. Au vue des difficultés de ces familles à cheminer jusqu'à nous, la solution la plus adaptée semble de se frayer un chemin vers elles...

D. Des pistes nouvelles : "aller au devant et au plus près des familles..."

1. Des équipes mobiles de consultation

Récemment, des dispositifs innovants de consultation se sont mis en place. Il s'agit d'équipes mobiles qui se déplacent dans les quartiers défavorisés. Ces interventions au contact direct de la population visent essentiellement les jeunes adolescents qui n'ont pas de demande.

Nous citerons l'équipe mobile de S. Tordjman à Rennes. Un camion mobil home banalisé sert de consultation itinérante, offrant une salle d'attente et un lieu d'entretien individuel. Le repérage des jeunes en souffrance est réalisé par le réseau de partenaires : Education Nationale, travailleurs sociaux, Protection Judiciaire de la Jeunesse, médecins et familles elles-mêmes. L'équipe contacte ensuite le jeune repéré et sa famille pour proposer un rendez-vous au collège, au domicile ou dans le rue (camion). Ce rendez-vous est fixé dans les 48h avec un binôme de l'équipe pluridisciplinaire, faite de psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs et travailleurs sociaux. Une permanence téléphonique fonctionne de 9h à 20h, du lundi au vendredi. A l'issue de quelques rencontres (entre 3 et 5) avec le jeune et sa famille, une éventuelle orientation pour un suivi dans une unité de soins est réalisée si nécessaire. Par la suite, le jeune conserve la possibilité de rappeler l'équipe à tout moment et une évaluation par la psychologue de l'équipe est faite tous les 3 mois lors de la première année, afin de maintenir un lien. Dans la même ville, une deuxième équipe mobile est en train de se mettre en place sous la direction de E. Le Huédé.

A Lille, une équipe mobile est sous l'égide de V. Garcin.

Si ces initiatives ne concernent que la prise en charge des adolescents, nous pouvons penser qu'elles pourraient être utilisées pour les autres populations de pédopsychiatrie.

2. Le soin à domicile

Le travail thérapeutique doit pouvoir se faire au plus près des familles, si réticentes à venir jusqu'au lieu de consultation. Classiquement, il repose sur le soin à domicile.

Se déplacer jusqu'à leur milieu naturel n'est pas sous-tendu par la seule justification des problèmes de déplacement des usagers, mais également par la nécessité de prendre en compte l'environnement dans lequel évolue la famille, pour accéder à leur souffrance et à leur monde interne. En aménageant le cadre de soins et en modifiant l'attitude du thérapeute, il s'agit de les approcher par une voie non persécutrice, en respectant les défenses parentales contre l'angoisse, comme la méfiance.

Du reste, l'intervention au domicile facilite une approche familiale plus élargie, autorisant un accès au père, qui ne se déplace que rarement en consultation.

Ces visites à domicile, assorti d'un travail institutionnel conséquent, constituent un levier thérapeutique essentiel, qui permet souvent une réorganisation de la vie familiale. Malgré la persistance de conditions socio-économiques médiocres et d'une partie des difficultés individuelles de chaque membre de la famille, cette réorganisation facilite la mise en place ultérieure de mesures pédagogiques et psychothérapiques. Il devient alors possible de prévenir ou de limiter les inadaptations. Ce travail institutionnel nécessite la mise en jeu d'une équipe pluridisciplinaire composée de pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, voire travailleuses familiales et enseignants spécialisés.

Ce dispositif thérapeutique a fait la preuve de son efficacité, notamment dans le travail mère-bébé. Les psychothérapies mère-bébé à domicile que S. Fraiberg appelle la « *psychothérapie de cuisine* », se sont largement développées. [59] Les continuateurs en France sont entre autres M. David, M. Lamour, M. Barraco, M. Moralès-Huet. [93 ; 125 ; 154]

Pour conclure, aller au plus près et au devant des familles est une piste intéressante pour amorcer une alliance thérapeutique. Parallèlement, il existe un lieu où les familles vulnérables se rendent relativement facilement : les urgences pédiatriques et le service de pédiatrie. En effet, l'hospitalisation est un temps privilégié de rencontre avec les familles vulnérables, comme j'ai pu le constater au cours de mon stage en pédopsychiatrie de liaison dans le service de pédiatrie du CHU de Nantes. Comment expliquer cette approche plus aisée ? Mais surtout comment nouer une alliance avec les familles ? Car si accéder aux soins implique de faire une demande, de prendre rendez-vous, de venir évoquer les problèmes, ce que les familles parviennent déjà difficilement à faire d'elles-mêmes, cela suppose ensuite de revenir...

4^{ème} PARTIE : L'HOSPITALISATION EN PÉDIATRIE : UN CHEMIN PRIVILÉGIÉ VERS LE SOIN

- *Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ?*
- *C'est une chose trop oubliée, dit le renard...Ca signifie « créer des liens... »*
- *Créer des liens ?*
- *Bien-sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde...*
- *Je commence à comprendre, dit le petit prince. Il y a une fleur...Je crois qu'elle m'a apprivoisé...*
- *C'est possible, dit le renard. On voit sur la Terre toutes sortes de choses...*

A. de Saint-Exupéry, *Le Petit Prince* [144]

Nous avons tous besoin de créer des liens... Or, dans notre société en profonde mutation, l'affaiblissement du lien social au profit de l'individualisme accentue les phénomènes d'exclusion auxquels sont confrontées les familles vulnérables, au-delà de la précarité de leur situation socio-économique. Comment recréer du lien avec ces familles, si méfiantes et inaccessibles ?

La première étape de ce parcours tumultueux consiste à parvenir à les rencontrer, ce qui n'est pas "une mince affaire", comme nous l'avons montré. L'étape suivante vise à éviter que la consultation ne se solde en une poignée de main et une promesse de revenir, qui ne sera finalement jamais tenue... L'hospitalisation en pédiatrie semble remplir ces deux conditions : elle paraît faciliter cette rencontre et empêche que ce scénario classique ne soit la règle... Enfin, il faut œuvrer pour que l'aide proposée ne soit plus vécue comme une persécution ou une confirmation de leur incompétence.

Comment comprendre cette approche facilitée par le biais de l'hospitalisation en pédiatrie pour le pédopsychiatre ? Comment créer un premier lien de confiance avec ces familles pour qu'elles reviennent nous voir une seconde, puis une troisième fois, puis tant que l'enfant en aura besoin ? Autour de situations cliniques, nous tenterons de répondre à ces questions. Nous pointerons également les difficultés auxquelles n'échappent pas les professionnels hospitaliers, tout comme les autres intervenants. Dans un second temps, nous étudierons l'intérêt des hospitalisations en pédiatrie en période de crise pour les jeunes placés dans les structures dépendant de l'ASE, au travers d'une illustration clinique. Pour finir, nous insisterons sur l'importance du travail en lien autour de ces enfants et de ces familles.

I. Mise en place d'un projet de soins : le travail avec les parents

A. Manuel et sa famille

Nous avons choisi cette situation clinique pour illustrer la mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire autour d'une famille vulnérable, à la suite d'une hospitalisation pour un problème somatique.

Manuel, âgé de 9 ans ½, est hospitalisé dans le service de pédiatrie pour une suspicion de fécalome. La symptomatologie s'inscrit dans un contexte d'encoprésie secondaire, évoluant depuis 3 ans ½. Manuel n'est pas suivi sur le plan somatique concernant sa constipation chronique et bénéficie de prescriptions ponctuelles de laxatifs osmotiques. La famille n'a pas de médecin référent. Les parents de Manuel font appel à SOS médecin lorsqu'il présente des épisodes de rétention prolongée ou des plaintes abdominales. L'examen radiologique confirme la présence d'un fécalome, sans signe d'occlusion intestinale : un lavement évacuateur est donc prescrit.

Au-delà des problèmes somatiques, l'hospitalisation est prolongée afin d'évaluer plus globalement la situation de cette famille qui inquiète les pédiatres, tant sur le plan social que sur le plan pédopsychiatrique. La détresse psychique de Mme T participe fortement à ces inquiétudes. L'équipe de pédopsychiatrie, l'assistante sociale et l'institutrice spécialisée du service sont sollicitées pour faire connaissance avec la famille.

1. *Données anamnestiques*

➤ La famille T

La famille T, d'origine portugaise, est installée en France depuis les années 1980. Mr T a quitté le Portugal assez jeune pour rechercher un emploi. Son épouse l'a rejoint quelques années plus tard.

Mr T est âgé de 56 ans. Il y a 18 ans, il a été victime d'un accident du travail (chute d'une échelle), le contraignant à abandonner son activité professionnelle de maçon. Désormais en invalidité, il perçoit une pension. La dévalorisation de l'image paternelle est accentuée par un éthylisme chronique et un diabète de type II, non pris en charge. Ses absences du domicile, pour se rendre dans un bistrot du quartier, sont quotidiennes. C'est pourtant lui qui est normalement chargé de s'occuper des enfants le soir après l'école, les mercredis en journée et durant les vacances scolaires, pendant que Mme T est sur son lieu de travail.

Mme T est âgée de 42 ans. Elle fait des ménages et cumule plusieurs emplois pour assurer un revenu de subsistance, quoique modeste, à la famille. Elle travaille 14h par jour

et se trouve donc absente du domicile toute la journée, ne rentrant que tard dans la soirée : elle ne voit ses enfants que les week-ends. Les tensions au sein du couple sont largement perceptibles, en lien avec la problématique addictive de Mr T.

Les parents parlent portugais au domicile, Mme T s'exprime difficilement en français. Manuel comprend le portugais, mais ne le parle pas, ce qui pose d'ores et déjà la question de son inscription familiale.

Manuel est le cadet d'une fratrie de 4 garçons âgés de 9 à 20 ans et d'une petite dernière, âgée de 8 ans :

- ✓ Flavio, 20 ans, est maçon après une scolarité en IME ;
- ✓ Pablo, 18 ans, est en apprentissage ;
- ✓ Emilio, 16 ans, déscolarisé, n'a pas de projet de formation pour le moment ;
- ✓ Estéban, 11 ans, est en CM2 ;
- ✓ Manuel, 9 ans ½, est en CE2 à l'école publique ;
- ✓ Rosalie, 8 ans, est en CE1.

La famille T vit dans un logement exiguë de la banlieue nantaise, leur situation financière s'avère extrêmement précaire. Pourtant, cette famille ne bénéficie d'aucune aide sociale, notamment financière. Mme T a rencontré à plusieurs reprises l'assistante sociale du secteur sous la pression de l'école, mais elle n'a pas donné suite, refusant les aides proposées.

➤ **Antécédents médico-chirurgicaux**

Dans les antécédents de Manuel, nous retrouvons plusieurs hospitalisations en pédiatrie dans la petite enfance.

A l'âge de 1 an, il est amené directement aux urgences par sa mère dans un contexte de gastro-entérite virale. Il reste alors hospitalisé 2 jours en pédiatrie pour cause de déshydratation, sans réhydratation per os possible du fait de vomissements incoercibles.

A l'âge de 2 ans, il bénéficie d'une consultation de chirurgie plastique à la suite d'une brûlure de la main avec de l'eau bouillante. Il s'agissait d'une brûlure superficielle qui n'a pas nécessité de chirurgie réparatrice.

Un nouvel accident domestique est à l'origine d'une deuxième hospitalisation pendant 2 jours, à l'âge de 3 ans, pour une suspicion d'ingestion d'eau oxygénée. Manuel a été retrouvé par sa mère avec un flacon de 125ml d'eau oxygénée vide entre les mains, a priori sans déperdition sur le sol. A l'arrivée aux urgences, l'examen clinique est strictement normal. Néanmoins, Manuel est gardé en observation durant 24 heures, devant le risque théorique d'embolie gazeuse. Cet accident domestique s'inscrit nettement dans un contexte de défaut de protection et de surveillance parentale : Mme T évoque la bouteille qui « traînait sur la table basse du salon, non rebouchée probablement par son mari ». Au cours des deux hospitalisations, Mme T ne pourra rester auprès de Manuel, contrainte de s'occuper du reste de la fratrie, Mr T étant absent du domicile.

A priori, il n'existe pas d'autre antécédent notable, hormis une cure d'hydrocèle communicante gauche à l'âge de 7 ans. Mais nous n'avons pu consulter le carnet de santé de Manuel, celui-ci n'ayant pas été apporté lors de l'hospitalisation.

➤ **Anamnèse des troubles**

La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans incident particulier. La marche est acquise à 12 mois. La propreté ne pose initialement aucun problème.

Les troubles se déclenchent lors de l'entrée en CP, décrite comme une période difficile pour Manuel : l'entrée dans les apprentissages est extrêmement compliquée et une encoprésie secondaire apparaît. Malgré le redoublement de son CP, il ne parvient pas à apprendre à lire. Par ailleurs, il subit les moqueries de la part de ses camarades à l'égard de son problème d'encoprésie. Manuel porte des couches, y compris à l'école.

Dans ce contexte de troubles des apprentissages et d'encoprésie, et sur les conseils de l'institutrice, Mme T prend contact avec le CMPP, au cours du 2^{ème} CP de Manuel. Un suivi pédopsychiatrique est débuté à l'âge de 7 ans, de même qu'un suivi orthophonique. La prise en charge au CMPP est rapidement interrompue devant la répétition des absences aux rendez-vous.

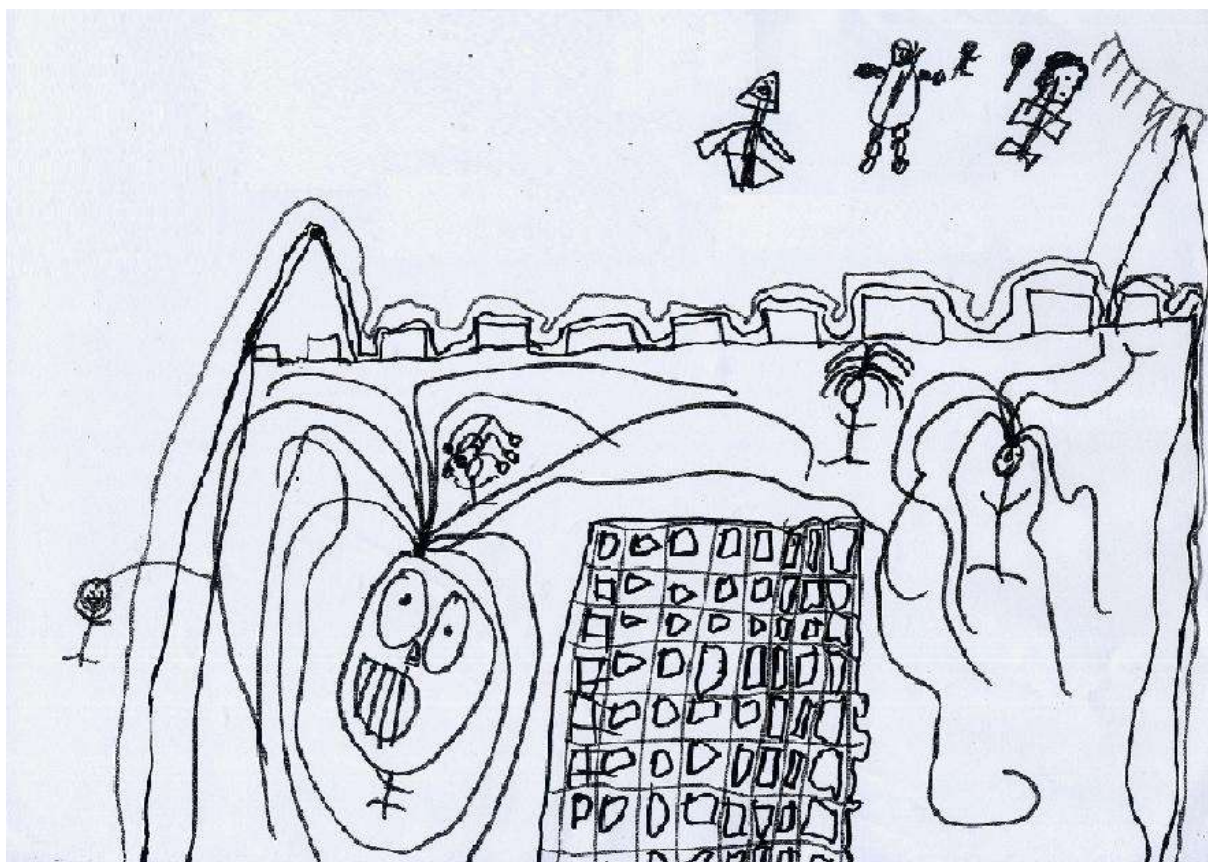
2. La rencontre avec Manuel

Manuel est un garçon avenant, de petite taille et au regard vif. Il n'est pas du tout intimidé à l'idée de nous rencontrer et semble satisfait de l'intérêt qui lui est porté.

Manuel est bavard et ne présente pas de trouble du langage. Il s'exprime avec une perspicacité indéniable, qui contraste par moment avec l'immaturité de ses propos. Il nous explique qu'il est hospitalisé car il a « une boule de caca dans l'intestin qui bouche... ». Mais, il s'empresse d'ajouter qu'il a aussi d'autres problèmes... Manuel évoque spontanément les absences répétées de son père « qui va boire au café » et les disputes entre ses parents « qui font peur ». Et puis il y a l'école : « les autres se moquent ; ils disent que je pue ; ils me suivent aux WC et tout le monde sait que je mets des couches... » ; mais surtout « l'école c'est dur, surtout la lecture et l'écriture ; les maths ça va mieux... ». La plainte principale de Manuel tourne autour des troubles des apprentissages qui ont entraîné des troubles secondaires de l'estime de soi : « ma sœur, au moins, elle sait lire... ». Rosalie, la cadette est la seule de la fratrie à avoir appris à lire correctement, après avoir redoublé elle-aussi son CP.

Les difficultés de Manuel sont multiples. Bien qu'il ne semble pas exister de trouble du langage, Manuel a beaucoup de mal à organiser sa pensée. Le repérage générationnel est entravé et il ne connaît pas l'ordre de succession dans sa fratrie, ni les âges de ses frères. Les repères temporels sont flous, il ne pourra d'ailleurs pas citer sa date de naissance. Par ailleurs, Manuel décrit des troubles du sommeil très envahissants.

En fin de consultation, il choisit de dessiner un château fort, protégé par un système de barrières invisibles électrifiées : « c'est les méchants contre les gentils ; les hommes bizarres sont méchants et se battent contre les filles qui sont gentilles ». Peut-être pouvons-nous voir dans ces hommes bizarres (représentés au-dessus du château) la peur de son père lorsqu'il est alcoolisé. « Les filles gentilles » (en référence à la mère ?) occupent largement l'espace dans le dessin. Avec leurs sortes de "tentacules" envahissantes, elles ne semblent pourtant pas si rassurantes... Ce dessin, présenté ci-dessous, reflète la confusion de son monde fantasmatique, en écho de la complexité et du chaos intrafamilial.



Le bilan réalisé par l'institutrice spécialisée confirme l'existence d'un retard scolaire important. Actuellement en classe de CE2, il n'a cependant pas acquis les apprentissages de la lecture et de l'écriture. Il confond les lettres, les sons et les idées. Elle précise que Manuel est très demandeur d'apprendre, mais il capitule vite devant ce qu'il ne sait pas faire. L'absence de confiance en lui face au travail scolaire entraîne une agitation modérée en situation de ne pas savoir : il répète alors « tout s'embrouille, je ne sais pas » et abandonne.

Au total, Manuel présente une symptomatologie multiforme : à l'encoprésie se rajoute des troubles des apprentissages massifs, en lien avec des troubles cognitifs probablement secondaires à la désorganisation familiale et à l'insécurité régnant au domicile. Les troubles de l'estime de soi, engendrés par l'échec scolaire, semblent générer un sentiment dépressif profond, dont les troubles du sommeil sont un des reflets.

Comment comprendre cette difficulté à entrer dans les apprentissages ?

Si l'origine déficitaire ne paraît pas si marquée, il conviendrait de la vérifier avec des tests cognitifs. S'agit-il de la peur d'apprendre décrite dans notre deuxième partie ?

Il ne faut pas négliger le contexte de bilinguisme d'immigration pouvant participer, au même titre, à ses difficultés en lecture et en écriture. Les troubles ne sont alors pas uniquement de nature linguistique, mais aussi psychologique. En effet, dans les cas où la culture d'accueil est rejetée au profit de la culture d'origine ou au contraire survalorisée, le poids de cet investissement parental pèse sur l'enfant, ce qui risque de provoquer un échec scolaire. Dans notre situation, rappelons que la mère de Manuel maîtrise mal la langue française. Face à des troubles qui sont apparus lors de l'apprentissage écrit du français, nous pouvons nous poser la question d'un éventuel conflit de loyauté à la mère.

A plusieurs reprises, lors de l'hospitalisation, Manuel appelle son frère aîné Bruno au lieu d'Emilio. Nous questionnons alors sa mère sur ce point, pensant que Manuel se trompe dans les prénoms. Mme T nous explique qu'il s'agit du deuxième prénom de ce fils. Dans la culture portugaise, l'enfant reçoit deux prénoms, le second étant habituellement utilisé au quotidien. Toutefois, Manuel reste appelé par son premier prénom, puisque le deuxième est le même que celui de son père, d'où le risque de confusion. Quant à son premier prénom, Manuel, il correspond à celui de son oncle paternel. Nous percevons ici combien les différences culturelles peuvent entraîner des confusions, des mauvaises interprétations, voire des erreurs diagnostiques dans certains cas.

3. La rencontre avec sa famille

La mère de Manuel est rencontrée seule initialement, Mr T n'étant pas venu spontanément rendre visite à son fils.

Mme T se présente lors d'une de ses poses dans son travail. Elle paraît extrêmement fatiguée et abattue, signant une présentation dépressive manifeste : la tristesse de son faciès et le ton monocorde de sa voix lui confèrent un air "éteint". Cet aspect contraste avec l'agitation désordonnée, menée "telle l'énergie du désespoir", lorsqu'elle implore les soignants de « faire peur à son mari pour qu'il arrête de boire ». Les difficultés linguistiques de Mme T n'empêchent pas de la comprendre, cette dernière fournissant de gros efforts pour s'exprimer correctement.

Le discours de Mme T est centré exclusivement sur ses inquiétudes concernant le déroulement des journées au domicile, où les enfants sont livrés à eux-mêmes en l'absence des deux parents. Elle souligne également les violences verbales et physiques du père à l'égard des deux aînés. Pour cette mère, la question des problèmes somatiques de Manuel est reléguée au second plan, face à une organisation familiale extrêmement perturbée.

Mme T est en grande souffrance psychique et demande à plusieurs reprises de l'aide, notamment un soutien dans l'organisation de ses journées. Elle ne fait pas confiance à l'assistante sociale du secteur déjà rencontrée : « elle m'a dit que je ne faisais pas ce qu'il fallait pour mes enfants, j'ai eu peur qu'elle me les enlève ... ». Nous voyons ici combien la peur du retrait et les fausses croyances entravent la capacité à demander une aide.

Parallèlement, une atmosphère de secret semble planer dans la famille. Manuel apprend en même temps que nous l'accident de travail de son père, qui l'a contraint à cesser son activité professionnelle. Mme T dit qu'elle n'explique pas aux enfants puisqu'elle n'a pas le temps... Manuel n'est pas non plus au courant du décès récent du frère de Mr T, dont il porte le prénom. Mme T se remémore les conditions du décès du frère de son mari, survenu l'été dernier pendant l'hospitalisation de Mr T. Au moment de l'entretien téléphonique, dans la confusion, elle a cru pendant près d'une heure que c'était son mari qui était mort... !!! L'atmosphère familiale baigne dans la désorganisation et la confusion. Les non dits sont omniprésents, contribuant à la difficulté de Manuel à structurer ses pensées.

Le père de Manuel se présente avec quelques réticences au rendez-vous proposé. Mr T est un petit homme au corps robuste, présentant une érythrose faciale manifeste et un début de rhinophyma, qui ne laissent planer aucun doute sur sa consommation d'alcool. Il parle fort bien le français. Toutefois, sa tendance à la logorrhée que nous supposons être en relation avec une faible alcoolisation, rend ses propos peu compréhensibles par moment.

Le déni des problèmes d'alcool et de sa violence sont manifestes. Le tableau dépressif sous-tendant la consommation d'alcool semble directement lié à la faillite des idéaux personnels et d'une mésestime de soi. Le douloureux sentiment « d'être diminué » par sa mise en invalidité et d'une inutilité sociale est renforcé par la réactivation de failles narcissiques anciennes. Le travail est en effet une valeur importante dans la culture familiale. Mr T est d'ailleurs désireux que Manuel puisse intégrer une école privée pour apprendre à lire et pouvoir trouver « un bon métier ». Il adopte un discours projectif, rejetant la faute sur l'école publique qui « ne sait pas faire avec son fils ».

Sous le régime de la confiance, il termine l'entretien en nous sollicitant pour prendre contact avec l'institutrice, afin que Manuel puisse aller tranquillement aux toilettes dans son école, sans être importuné par ses camarades. Nous voyons à ce moment apparaître une certaine "sollicitude paternelle", démontrant que Manuel est bien présent dans le psychisme de son père malgré les troubles psychopathologiques de ce dernier. Ceci laisse entrevoir la possibilité d'un levier thérapeutique dans la prise en charge ultérieure.

4. Les liens avec les autres professionnels

Au cours de l'hospitalisation, des liens sont faits avec le pédopsychiatre du CMPP, l'assistante sociale de secteur et l'institutrice de Manuel par leurs homologues respectifs.

Le pédopsychiatre cite le non-investissement de la prise en charge par la famille qui n'en percevait pas les résultats immédiats. Il souligne également la difficulté à nouer une alliance thérapeutique face aux projections des parents sur l'équipe. Devant le peu d'assiduité à l'égard des rendez-vous, la décision a alors été prise de mettre fin au suivi orthophonique. Le pédopsychiatre restait néanmoins à disposition de la famille qui ne l'a finalement pas recontacté.

L'assistante sociale de secteur signale la stigmatisation de Manuel dans son établissement scolaire, laissant sous-entendre la nécessité d'un changement d'école. Selon elle, une classe d'intégration scolaire (CLIS) serait souhaitable pour Manuel, opinion que ne partage pas l'institutrice spécialisée du service, ni d'ailleurs son institutrice actuelle. Mais interrogée à ce propos, cette dernière expliquera : « j'ai accepté cette idée de la CLIS en désespoir de cause » ; « Manuel est gentil, il attend que les autres aient terminé, c'est difficile de lui donner toujours quelque chose, j'en ai 25 dans la classe ». En effet, l'incapacité à lire les énoncés l'empêche de faire tout travail qui peut lui être proposé, malgré la bonne volonté qu'il déploie. La demande concernant le réseau d'aide a été réfutée devant un trouble des apprentissages étiqueté d'ordre psychologique et renvoyée sur le CMPP. Lors de l'équipe éducative, la mère de Manuel a refusé de donner son accord pour l'orientation en CLIS, Manuel a donc été maintenu dans sa classe.

Du reste, l'institutrice précise que Manuel et sa sœur ne semblent pas « manger à leur faim » et que « les parents n'ont pas confiance dans l'école ; ce sont les grands frères qui viennent aux réunions ». Nous pouvons nous étonner qu'aucun acteur de la prise en charge n'ait fait de note d'information préoccupante jusqu'à présent, bien que chacun l'ait fortement sous-entendu. Nous voyons là combien la question des signalements lors des situations de négligence est délicate, dès lors que l'on s'éloigne du danger physique, objectif et visible. La notion de danger psychique et moral est beaucoup plus subjective, dépendant de chacun, ce qui explique vraisemblablement les hésitations à signaler et donc le retard de la mise en place d'une protection et d'un étayage pourtant nécessaires.

5. Un projet de soins multidisciplinaire

➤ La décision d'une note d'information préoccupante

Un entretien est organisé avec le couple parental pour évoquer la décision du service d'adresser une note d'information préoccupante pour signaler leurs difficultés et permettre la mise en place d'un étayage adapté à leurs besoins. A notre étonnement, les parents se

sentent soulagés et surtout rassurés. Ils nous font part de leur peur d'un éventuel retrait, qu'ils ont nourrie pendant toute la durée d'hospitalisation de Manuel. Mme T évoque son souhait d'être soutenue dans l'organisation du quotidien, tandis que Mr T met davantage l'accent sur une aide pour son fils concernant son encoprésie. Lors de cet entretien, le couple parental apparaît soudé autour de la prise de décision pour le bien-être de Manuel et de la famille. Repositionnés et responsabilisés dans leur statut de parents, ils redeviennent acteurs et sujets à part entière dans la société.

➤ **Un suivi multidisciplinaire**

Une prise en charge multidisciplinaire est proposée à la famille. Sur le plan somatique, un suivi pédiatrique est débuté, associé à une prescription de laxatif. Un suivi pédopsychiatrique dans le service est instauré en attendant un relai sur le CMP de secteur. Sur le plan scolaire, l'institutrice spécialisée propose une aide pédagogique à raison d'une heure deux fois par semaine afin de faciliter une reprise de confiance de Manuel dans ses capacités scolaires et lui permettre de progresser à son rythme.

Depuis sa sortie d'hospitalisation, Manuel vient régulièrement en consultation avec les différents professionnels du service, souvent accompagné par son frère aîné Emilio. Il ne manquera qu'une seule séance avec l'institutrice, mais les parents seront immédiatement relancés. Peut-être ont-ils voulu tester la solidité des intervenants ?

L'encoprésie s'est largement améliorée et Manuel est fier d'annoncer qu'il n'a plus besoin de couche. La prescription de Forlax est cependant maintenue.

L'institutrice spécialisée travaille en lien avec l'institutrice de Manuel. Cette dernière lui fournit à nouveau du travail pédagogique ; il n'est donc plus inactif en classe. Il montre une avidité d'apprendre, retrouvant progressivement confiance en ses capacités. Evoquant la honte qu'il a pu éprouver en situation d'échec, il prend progressivement conscience de son droit à l'erreur. Appliqué dans l'écriture et la lecture, il fait des progrès significatifs. Néanmoins, la tension autour de l'orientation en CLIS demeure inchangée, suscitant des divergences entre les professionnels, ce qui perturbe les parents. La question est actuellement en suspens...

Quant à la note d'information préoccupante, les parents n'ont pas de nouvelles concernant une éventuelle mise en place d'aide éducative. Ils sont par contre de nouveau en lien avec l'assistante sociale de secteur. Cette dernière a soutenu Mme T dans son inscription à des cours de français, désir qu'elle nourrissait depuis longtemps sans oser accomplir les démarches.

Dans cette illustration clinique, la peur du retrait a joué un rôle considérable dans l'absence de demande d'aide, de même que le vécu dépressif majeur des deux parents, qui se vivent probablement incompétents malgré leurs projections. Pourtant, les parents possèdent des ressources comme nous avons pu le constater : l'inquiétude du père de Manuel à son sujet,

un couple parental qui se ressoudent dans la construction du projet de soins, un suivi qui semble bien investi, la reprise de contact avec l'assistante sociale de secteur pour engager de nouveaux projets pour la famille...

Néanmoins, la question de l'investissement maternel se pose clairement face à la répétition des hospitalisations où elle ne sera pas présente auprès de lui. L'arrivée au monde de cette petite fille, probablement très attendue par la maman, qui est intervenue peu de temps après la naissance de Manuel, a peut-être compromis l'investissement de ce dernier. Un travail sur la relation mère-fils serait donc essentiel, d'autant plus que les troubles des apprentissages pourraient s'inscrire dans un conflit de loyauté à la mère. D'ailleurs, nous pouvons noter que les progrès scolaires de Manuel sont concomitants de l'inscription de Mme T à des cours de français.

L'inscription familiale et culturelle de Manuel demeure en filigrane tout au long de la situation clinique. Il s'agit alors d'aider Manuel à se construire une identité tout en conservant son appartenance à sa famille. S'appuyer sur son propre désir, à savoir l'accès au savoir, lui a permis d'exister pour lui-même, tout en respectant la dynamique familiale.

Les représentations qu'ont les différents professionnels de l'enfant et de sa famille divergent et des confusions dans les missions de chacun apparaissent. De fait, les conflits sont inévitables et déstabilisent la famille. La nécessité d'un travail en lien est primordiale afin de ne pas désorganiser davantage les familles.

Enfin, l'hospitalisation en pédiatrie a tenu une place charnière dans l'amorce de la prise en charge. L'intervention du pédopsychiatre et des travailleurs sociaux est apparue beaucoup plus acceptable pour les parents. Comment analyser ce constat ?

B. Intérêts de l'hospitalisation en pédiatrie

1. Une porte d'entrée accessible : les urgences pédiatriques

L'hôpital général est un lieu bien repéré des familles vulnérables, qui s'y présentent relativement facilement, par le biais du service des urgences. L'étude réalisée aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Jean-Verdier en Seine-Saint-Denis, par B. Jeandidier, met en évidence une précarité plus marquée des usagers de ces services, avec une surreprésentation des populations étrangères. [87] Il est vrai que le service des urgences pédiatriques accueillent tous ceux qui s'y rendent, et ce 24h/24 : les familles peuvent donc s'y adresser à tout moment, sans les contraintes de rendez-vous qu'elles ont toutes les peines à honorer. Souvent,

lorsqu'elles se sont enfin décidées à consulter, les centres de consultation sont fermés ou bien n'accueillent pas sans rendez-vous... De plus, elles n'encourent pas le risque d'être refoulées, comme elles en ont l'habitude... Ce dispositif, bien que non prévu initialement à cet effet, semble convenir au fonctionnement ambivalent et impulsif de ces familles.

Le relatif anonymat dans les soins dispensés, spécifique à la pratique de l'urgence, contribue probablement aussi à faciliter cet accès, puisqu'il n'implique pas la nécessité de construire un lien, ce que redoutent tant ces adultes fragilisés.

Les urgences pédiatriques vont donc recevoir toutes ces demandes masquées, évoquées précédemment, qu'il conviendra de repérer pour proposer, au-delà de la plainte initiale, une hospitalisation dans le service de pédiatrie afin d'évaluer plus globalement la situation. Car étonnamment, les hospitalisations dans le service de pédiatrie sont rarement refusées par les familles.

2. Neutralité, sécurité et contenance de l'institution

Le service de pédiatrie est perçu comme un lieu non menaçant pour les familles à problèmes multiples, voire sécurisant. L'image paternaliste du médecin qui soigne le corps, qui guérit, qui protège, est ancrée dans les esprits, de même que celle de la "Bonne mère institution" réparatrice qui leur a manqué. Il s'agit d'un compromis acceptable pour les familles qui donnent assez facilement leur confiance à l'équipe hospitalière.

Les mères de Jordan et d'Emilio ont confié leurs fils aux "bons soins" des professionnels de pédiatrie sans difficulté, tandis que leurs réticences à l'encontre d'autres intervenants, notamment du milieu scolaire, sont flagrantes.

Le service de pédiatrie est alors utilisé par les familles comme un lieu contenant, telle une enveloppe psychique protectrice, qui se constitue grâce au holding institutionnel. L'équipe paramédicale y joue un rôle pivot.

Aussi, quand l'intervention de la psychiatrie est impensable, c'est le somaticien qui est le mieux placé pour nouer une alliance avec la famille. Le pédiatre rencontre la famille dans un registre sain, celui de leur statut de parent d'un enfant porteur d'une pathologie organique, quand le psychiatre n'est perçu que dans le registre du traitement de leurs traits négatifs. L'approche somatique initiale s'avère moins inquiétante, non stigmatisée et permet de rencontrer les parents dans leurs ressources. L'hospitalisation en pédiatrie les réinscrit dans un espace social et les repositionne en tant que sujet et parent. A défaut d'un statut économique, ils récupèrent un statut social. L'amorce d'un lien thérapeutique s'en trouve facilitée.

Ce n'est que dans un second temps que le pédiatre, s'il le juge nécessaire, pourra proposer un entretien avec un des membres de l'équipe pédopsychiatrique.

3. Le pédopsychiatre : un intervenant de l'équipe pluridisciplinaire

Au CHU de Nantes, l'équipe de pédopsychiatrie, dit "de liaison", appartient au service de pédiatrie, ce qui permet une évaluation globale de l'enfant et de sa famille. Elle se compose de pédopsychiatres, de psychologues, d'une orthophoniste et d'une ergothérapeute.

Dans ce dispositif, c'est donc le pédiatre qui invite le pédopsychiatre ou la psychologue, au chevet de l'enfant, de façon simple et dédramatisante. Cette notion d'appartenance au service rassure. La multidisciplinarité dilue l'intervention psychiatrique, la rendant plus acceptable et moins dangereuse pour la famille, puisqu'elle est présentée comme faisant partie de l'évaluation globale de l'enfant. La rencontre avec le pédopsychiatre est ainsi facilitée par les pédiatres qui ont déjà noué un lien avec la famille. Il n'est pas rare que les parents nous disent après coup : « ah ! C'est ça un psy, je croyais que c'était pour les fous ou pour nous enlever les enfants ». Etre introduit par le pédiatre déstigmatise et démystifie la pédopsychiatrie. En modifiant les croyances erronées nourries à son encontre, l'accès à un centre de consultation externe s'en voit moins difficile. Le travail thérapeutique peut alors se poursuivre en CMP, après un relai entre les pédopsychiatres.

En somme, le travail conjoint autour de ces familles est un atout incontestable. Toutefois, il suppose l'entretien de bonnes relations entre pédiatre et pédopsychiatre, en dépit de logiques de travail parfois bien différentes, sur lesquels nous reviendrons. C'est pourtant la qualité de l'articulation entre médecin du corps et médecin du psychisme qui permettra d'activer la charnière entre les registres somatiques et psychiques et ouvrira la porte à une possibilité de soins pour l'enfant.

Au CHU de Nantes, une des initiatives conjointes s'est concrétisée dans le domaine de la protection de l'enfance au travers de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger, à laquelle nous avons eu recours dans la situation de Jordan.

4. Un dispositif novateur : l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger

L'Unité d'Accueil des Enfants en Danger (UAED) est une unité fonctionnelle mobile du CHU, rattachée au service de pédiatrie. L'équipe est constituée de deux pédiatres, un pédopsychiatre, deux psychologues, un chirurgien orthopédiste infantile, un gynécologue et une assistante sociale.

Sa mission consiste en un repérage au travers d'une évaluation pluridisciplinaire d'enfants jugés à risque ou suspects d'être victimes de mauvais traitements, qui sont soit hospitalisés en pédiatrie, soit adressés en consultation conjointe pédiatre/pédopsychiatre ou pédiatre/psychologue par les urgences pédiatriques ou des médecins extérieurs (médecins

généralistes, médecins scolaires, médecins de PMI, etc...). L'objectif est d'instituer une prise en charge médicale, psychologique et sociale, adaptée à chaque situation et d'assurer la continuité des soins. Mais, elle ne réalise pas de suivi au long terme. Une note d'information préoccupante peut être réalisée, voire une saisine directe du Parquet en cas d'urgence.

L'équipe oriente ensuite l'enfant et sa famille vers des structures extérieures pour la poursuite de la prise en charge, en faisant appel au réseau de la protection de l'enfance constitué sur Nantes. Des réunions régulières sont organisées pour une reprise des dossiers.

Ces équipes intra-hospitalières de protection de l'enfance, pourtant essentielles, sont encore peu nombreuses. Les coûts de fonctionnement ne sont pas négligeables et sont difficiles à obtenir dans ce contexte de restriction budgétaire. Face à la multiplication des demandes, non surprenante au vue des chiffres présentés précédemment, l'unité tente de répondre malgré tout en priorisant selon l'urgence des situations. Suite à la réforme de la protection de l'enfance, on peut espérer que des crédits supplémentaires soient alloués dans ce sens...

Si le service de pédiatrie facilite la rencontre, il faut ensuite accompagner la famille vers la demande d'un soin psychique pour l'enfant.

C. Accompagner l'émergence d'une demande de soins : un travail de relation

Le but premier est d'éviter l'apparition du processus de triple désignation « famille disqualifiée, enfant à problèmes, soignants super-compétents », qui rime inexorablement avec échec. [30] Ceci implique un seul impératif éthique : soutenir et respecter. Cela peut paraître naïf, voire démagogique, de rappeler ces principes qui sont d'une évidence pour chacun d'entre nous... Pourtant, devant des familles qui bombardent les professionnels de projections, déstabilisent en permanence et rendent parfois bien confus, le passage à l'acte n'est jamais loin...

En outre, dans ces situations, se préoccuper de l'enfant va de pair avec se soucier des parents. Créer une alliance avec l'enfant, quand la famille est réticente à l'égard des soins, ne peut que lui desservir et renforcer les rivalités avec ses parents. Aussi, l'alliance thérapeutique commence en tout premier lieu par eux.

1. Création d'une alliance thérapeutique

Parler d'alliance thérapeutique suppose de créer un lien singulier et durable avec la famille, qui ne soit pas perçu comme dangereux. Mais comment renouer un lien avec des

individus qui vivent trop souvent l'humiliation et le mépris dans la société ? Nous avons vu que la honte de soi entraîne un effondrement narcissique qui fait disparaître le désir de l'autre.

Dans ce contexte, recréer des liens, selon M. Lévy et F. de Rivoyre, revient à « pousser la porte de la honte, où l'intime est mis à mal, détruit et oublié. [...] C'est s'engager avec quelqu'un qui ne demande plus rien, qui a rompu tout lien d'appartenance, de tendresse, de soin, c'est accueillir du mal de vivre. Par son regard, sa voix, sa présence, son désir, le psy donne du corps à cette rencontre. Les premiers rendez-vous servent de petits cailloux de reconnaissances puis peu à peu le patient trouve prise dans le réel. Ces rencontres sont les ébauches d'une toile qui se tisse fil à fil. » [143 ; p.10]

Dès lors, se dessine une histoire entre une famille et une équipe de professionnels qui vont apprendre respectivement à se connaître, se sourire et s'attendre, pour au final "s'apprivoiser", à l'instar du renard et du petit Prince.

Initialement, l'aide ne débute souvent pas par la parole. Dans ce contexte de souffrance parentale, le réconfort et la compassion ne font généralement qu'accentuer le sentiment d'impuissance et d'incompétence, au lieu de jouer le rôle de support narcissique. Mieux vaut donc éviter... Les caractéristiques de ces familles vulnérables, décrites dans la seconde partie de ce travail (abandonnisme, carences, réactivation des souffrances infantiles par leur statut social, difficultés d'anticipation, etc...), nous obligent de la même façon à reconsidérer et ajuster nos pratiques professionnelles.

a) Des mesures concrètes immédiates (somatiques, sociales)

Le professionnel doit non seulement apporter une écoute attentive à la famille, mais surtout une aide tangible, pour fournir la preuve de ses "bonnes intentions". Les mesures concrètes immédiates atténuent la méfiance parentale, notamment le spectre du retrait de l'enfant : résoudre les problèmes somatiques de l'enfant, voire ceux des parents en les réadressant vers les somaticiens adultes ; organiser une rencontre avec l'assistante sociale afin d'évaluer leur situation. L'hospitalisation en pédiatrie prend ici tout son sens.

Face à ces familles qui n'ont pas de demande psychologique, l'écoute des difficultés sociales est une première étape indispensable. L'aide matérielle s'avère presque "physique", faisant office dans ces conditions d'une véritable aide psychologique. N'oublions pas que certaines familles peuvent ne pas avoir de quoi manger à tous les repas... La mise en place d'aides concrètes dans le quotidien, par l'intermédiaire de l'assistante sociale, est une première pierre dans la construction de l'alliance thérapeutique : aides financières (les aides classiques, mais aussi les allocations d'aide au projet pour financer un projet de vacances, ou un internat scolaire, etc...), mise en place de TISF, demande d'une aide éducative avec

l'accord de la famille comme dans les situations de Jordan et d'Emilio. Ces démarches doivent toujours se réaliser en lien avec l'assistante sociale de la famille, si elle existe, afin de ne pas s'y substituer.

En outre, l'attachement fréquemment insécure des parents contraint le thérapeute à manifester son intérêt par des actes, pour ne pas être vécu comme un mauvais parent. Un thérapeute qui écoute et se contente d'attendre la demande, va être ressenti comme un parent qui ne peut entendre les besoins de son enfant, ni y répondre. Concrètement, il s'agit par exemple d'écrire à la famille lorsqu'elle ne se présente pas à la consultation prévue, etc...

b) Holding et contenance du cadre thérapeutique : restaurer un sentiment de sécurité

La consultation doit fournir un cadre suffisamment souple pour que la famille puisse se sentir en confiance. L'écoute se fait avec bienveillance et empathie afin de ne pas être vécu comme un parent indifférent : « *avec tact, pour se sentir avec* » comme disait S. Ferenczi. Il s'agit de proposer une "enveloppe de soins", en écoutant sans a priori ce que chacun souhaite exprimer, pour briser l'enfermement dans lequel évolue la famille. Entendre la détresse de se vivre mauvais parents et incompetents, sans rassurer, ni compatir, ni juger, pour que ces derniers aient l'impression d'être compris. Ce holding des parents permet alors la création d'une base de sécurité et la restauration d'une estime parentale minimale, qui sont les préalables d'un travail thérapeutique.

A côté du holding, une autre caractéristique du cadre est fondamentale : sa contenance. Le cadre doit pouvoir contenir les angoisses, les projections, les discontinuités et les clivages des familles. Il délimite un intérieur, où il est possible de dire, imaginer et interpréter, d'un extérieur souvent vécu comme menaçant. Le cadre enveloppe, protège et contient, tout en permettant les échanges qui enrichissent les relations, notamment transférentielles. Le soignant reçoit les projections mortifères et opère une liaison intra-psychique pour les modifier et les rendre réintrojectables dans la psyché du sujet, par l'émergence d'un sens communicable en retour. En somme, le cadre dans sa fonction contenant, accueillant et pensant doit donner accès à une capacité de rêverie pour passer de l'identification projective à l'identification introjective.

En théorie, cela paraît simple... En pratique, ces situations exposent et malmènent fortement les professionnels que nous sommes. Le travail de contenance et de transformation de la destructivité de ces familles est un travail extrêmement ardu, qui suppose la résistance de l'objet. Le soignant peut parfois se trouver dans l'incapacité de transformer ces projectiles psychiques, car ce travail suppose de pouvoir s'identifier un minimum aux parents...

Or, le soignant a tendance naturellement à s'identifier à l'enfant, dans le sens où il est plus sensible à son vécu qu'à celui du parent défaillant. Ces difficultés identificatoires sont majorées par le fait que ces adultes nous présentent généralement une image négative d'eux-mêmes, dans une identification à leur propre parent. Il est facile de se laisser aller à nos émotions, de juger ces parents "mauvais", "méchants", en faisant resurgir nos fantasmes infantiles... Pourtant nous avons vu qu'il s'agissait d'individus souvent immatures, en souffrance, aux histoires de vie chaotiques et aux situations sociales catastrophiques, autant de facteurs qui ne peuvent que compliquer l'accès à la parentalité.

Aussi, ne déniions pas à notre tour la souffrance parentale alors que ces derniers s'en occupent déjà très bien... Sinon le risque de reprise de pouvoir sur l'autre est grand, surtout dans la relation duelle, étant donné qu'il n'est pas réservé uniquement au parent... L'analyse des mouvements contre-transférentiels et des mobilisations identificatoires apparaît indispensable, ce que nous avons commencé à évoquer précédemment.

Un autre écueil à éviter est de réduire l'enfant à l'unique position d'enfant en danger, en le dépossédant de son statut de sujet. Cette objectalisation de l'enfant risque de l'enfermer dans un statut stigmatisant, au lieu de voir ses potentialités de développement.

En résumé, il nous faut être cet "autre psychique", à la fois pour l'enfant et les parents, en accompagnant avec respect, afin de restaurer un environnement solide et sécurisant. Il ouvre alors un espace possible pour le désir et le besoin de l'autre, pour reconstruire un lien qui ne soit pas destructeur. En offrant aux parents une base de sécurité, ils appréhenderont moins l'exploration de leur monde interne. Permettre de retrouver un « *rapport à soi-même dans la sécurité* » et de reconquérir une estime de soi minimale sont les préludes indispensables à un travail autour de la souffrance.

c) Travail de la demande de soin

L'émergence d'une demande pour l'enfant nécessite qu'il soit d'abord considéré dans son altérité, puis que sa souffrance soit reconnue. Or, nous avons vu que ce n'est qu'après reconnaissance de leur propre souffrance que les parents peuvent engager d'authentiques démarches de soins pour l'enfant, et non pas sur un mode opératoire dont les effets ne sont que limités. Malheureusement, les parents sont rarement prêts pour un véritable travail d'élaboration psychique pour eux-mêmes. C'est pourtant la clé qui éviterait la répétition des représentations chargées d'excitations, qui s'inscrivent dans la relation tissée autour de l'enfant et les conduisent à des comportements inadaptés, difficilement contrôlables.

De fait, travailler la demande de soins revient à réinjecter du jeu psychique, à être créatif, pour aider les parents à identifier les rejets du passé qui envahissent le présent. Pour y parvenir, S. Fraiberg préconise d'aller et venir entre les éléments du passé et du présent pour redonner du sens et reconstruire une histoire qui leur est propre. [58] Il s'agit de reconstruire l'histoire parentale, puis l'histoire de l'enfant, afin de repositionner chacun en tant que sujet reconnu dans son individualité.

L'histoire des parents est morcelée par une perte d'information du fait d'une sidération par la violence. Le soignant doit de nouveau endosser la fonction de rêverie maternelle : recevant la détresse évacuée, il la prend en compte et la transforme ; le parent reçoit en retour la partie évacuée de sa personnalité sous une forme améliorée et dotée de l'expérience d'un objet, qui a pu y résister et y réfléchir. Le thérapeute intervient donc auprès des parents comme un Moi auxiliaire, s'alliant avec la partie du Moi parental qui cherche à lutter contre les pulsions agressives destructrices. Autoriser les parents à aborder leurs pensées inavouables à l'égard de l'enfant et les mettre en lien avec le mécanisme défensif d'identification à l'agresseur. Les autoriser également à nommer leur colère à notre rencontre sans craindre de nous détruire, ni d'être abandonnés en représailles, comme avec leurs propres parents dans le passé. En définitive, leur permettre d'éprouver de l'agressivité dans le transfert, au sein d'une relation protectrice qui tient en dépit de cette destructivité, permet de passer de la colère aux souffrances et aux terreurs infantiles.

Ce chemin est difficile... Il confronte le soignant au classique discours parental : « à quoi ça sert, je ne veux plus y penser, je veux oublier ». Qu'il est compliqué de faire comprendre aux parents qu'en oubliant, on ne se débarrasse pas des fantômes pour autant... C'est en favorisant l'expression des affects refoulés, en retrouvant leur souffrance infantile en même temps que leurs souvenirs, que nous les entendrons alors dire « je ne veux pas que cela arrive à mon enfant ». Dès lors, l'enfant est libéré des projections parentales mortifères, réactivés à sa naissance et signant la présence de conflits infantiles latents et de souffrances non reconnues. L'investissement de l'enfant réel est désormais possible.

Souvent, nous entendons dire qu'il y a peu d'avancées... Mais un temps suffisant est indispensable pour que la parole prenne sens. Il faut donc laisser les familles cheminer à leur rythme. Des prémices de bon augure sont parfois repérables : lorsque les parents sont capables de dire « si vous penser que ça peut lui faire du bien », nous percevons déjà un début de confiance thérapeutique et une amorce de reconnaissance des besoins de l'enfant au travers de cette acceptation fragile.

De plus, nouer une première relation, même fragile, c'est aussi permettre à la famille de reprendre contact directement lors des inévitables ruptures, sans que l'intervention d'un tiers soit nécessaire. Ces premiers contacts rassurent d'ailleurs souvent les autres intervenants (l'école, les travailleurs sociaux), peut-être un peu trop parfois puisqu'ils en attendent

beaucoup... Quoi qu'il en soit, il est fréquent de constater une modification ténue des relations qu'entretient la famille avec l'environnement extérieur. Les autres intervenants, moins inquiets, deviennent alors probablement plus inventifs...

Nous avons essentiellement évoqué le travail avec les parents, qui est au cœur de la prise en charge. Car un enfant tout seul n'existe pas... Il est issu d'une lignée et s'inscrit dans une famille avec une culture et des valeurs propres. La vie de l'enfant porte la trace de ces divers enjeux où s'entremêlent sa propre histoire, l'histoire transgénérationnelle et le contexte sociétal. Aussi, l'aide réelle à l'enfant n'intervient souvent que dans un second temps et consiste à le soutenir dans l'élaboration des représentations qu'il a de ses parents et de la relation avec eux, sans les disqualifier. Il s'agit également de favoriser la relation d'attachement, source d'autonomie ultérieure pour l'enfant.

Une fois l'alliance thérapeutique nouée, il faut toujours se méfier du risque d'idéalisation des soins prodigués. S'interroger régulièrement sur leur efficacité et sur l'établissement d'un réel processus psychothérapeutique est primordial, afin de rester en contact avec la réalité des familles et ajuster notre action. Nouer un lien thérapeutique n'est pas suffisant...

2. Miser sur les compétences des familles

Nous avons vu que les actions ne doivent pas être uniquement réparatrices au risque de provoquer l'échec, voire d'aggraver la dépression des familles, qui ne seraient jugées dès lors qu'incapables. Elles se vivent déjà peu compétentes, malgré leurs projections sur l'environnement. Dans la pratique, les parents sont encore trop souvent reconnus seulement dans leurs limites et non pas dans leurs capacités ou leurs potentialités. Au contraire, il convient de mettre en exergue les compétences de la famille, comme le souligne G. Ausloos. [11] Ne pas endommager davantage les compétences parentales, mais en revanche les étayer ou les libérer, est un principe intangible.

Si nous appliquons ici le principe de bientraitance, le processus d'accompagnement doit permettre une co-construction des soins avec les parents, à partir de leurs propres ingrédients. Entendre ce que la famille pense, désire, imagine est primordial, de même que la prise en compte de la validité et de la singularité de son point de vue. Il ne s'agit surtout pas de les remplacer car les familles, quelles que soient leurs défaillances, ont toujours un certain savoir-faire que nous devons respecter. Ce "savoir faire" des familles vient rencontrer le "savoir dire" des professionnels qui ne doit pas l'occulter. La tendance spontanée des professionnels à penser qu'ils savent mieux que les parents, comment être ou faire avec

l'enfant, est accentuée par le fait que les familles se déchargent couramment sur eux : « c'est vous qui savez, c'est vous le docteur... ». Néanmoins, notre rôle est celui d'une guidance, qui vise l'émergence des capacités parentales, en créant un dispositif de rencontre où les parents participent activement.

En effet, aller au devant des familles, comme nous l'évoquions précédemment, ne signifie pas leur imposer un mode de vie et des valeurs qui ne leur appartiennent pas. Les familles doivent jouer un rôle actif dans leur réorganisation, car il s'agit avant tout de construire un devenir avec leur histoire et leurs représentations, et non avec nos désirs et nos croyances.

La rencontre implique une confrontation entre deux systèmes de croyances fréquemment opposés. Les croyances des professionnels reposent sur la science et la recherche, tandis que celles des familles s'appuient sur une base culturelle, et donc subjective. Le risque de disqualification de ces croyances, d'autant plus si la famille est défaillante, n'est donc pas rare. Les parents n'ont plus que deux solutions : se soumettre ou se rebeller, ce qui est souvent le cas dans la population qui nous intéresse.

Or, si l'enfant adopte les mythes des professionnels, jugés "bons pour lui", il risque de devenir un corps étranger dans sa famille. Le soin dans ces conditions ne peut être que délétère. Le respect et la sensibilité aux croyances de chacun sont donc des dogmes pour ne pas menacer la famille dans son identité. Face aux populations de migrants, cette délicate question prend toute son importance, comme dans la situation de Manuel. Nous devons bien admettre qu'en pratique, le croisement des croyances est de plus en plus difficile à mesure que nous nous rapprochons du domaine de la protection de l'enfance, faisant intervenir la sécurité de l'enfant, notre système de valeurs morales et les processus inconscients déjà évoqués.

En somme, tout le travail revient à composer avec les deux types de croyances pour qu'elles interagissent ensemble dans une valorisation et un enrichissement mutuel, et non dans un affrontement lié aux mécanismes projectifs, qui fige la situation.

En conclusion, faire de la famille un partenaire suppose deux postulats : personne ne détient seul les solutions et personne n'est désigné comme unique responsable des difficultés rencontrées. Dans cet espace de changement naissant, la famille devient actrice au centre du dispositif, et non un objet extérieur passif. Les parents redeviennent partie prenante de toutes les décisions concernant l'enfant, comme le stipule la loi sur la réforme de la protection de l'enfance. Responsabiliser les familles et fournir une aide restitutive et non substitutive, leur permettent d'avancer pour leur propre compte. Le risque de l'assistanat et de la dépendance excessive aux professionnels, "qui règlent tellement mieux les problèmes qu'eux-mêmes", est alors contrecarré.

3. Mesures de protection si nécessaire

En présence de dysfonctionnements familiaux massifs qui mettent en jeu la sécurité de l'enfant, l'équipe peut être amenée à réaliser, soit une note d'information préoccupante, soit un signalement au Parquet dans les situations de danger imminent, nécessitant une ordonnance de placement provisoire en urgence. Dans ce contexte, il s'agit d'accompagner la famille dans l'impossibilité temporaire à accueillir l'enfant.

Quelles que soient les défaillances parentales, il faut toujours garder à l'esprit que la famille demeure le lieu d'inscription de l'enfant dans une filiation, repère qui est nécessaire à la constitution de son identité. Elle est aussi le lieu de confrontation aux trois différences fondatrices, que tout psychisme humain doit résoudre : la différence de soi et de l'autre (l'altérité), la différence des sexes et la différence des générations. D. Houzel souligne le fait *« qu'aucune institution ne peut prétendre se substituer à la famille dans ces enjeux fondamentaux. Il est donc urgent de favoriser au maximum le fonctionnement des familles pour les aider à répondre à leurs tâches et, lorsqu'il est nécessaire devant des défaillances graves, d'apporter des suppléances, de le faire dans le respect de tout ce qui peut être maintenu des rôles parentaux. »* [81] Valoriser autant que possible ces parentalités partielles, sous couvert d'accompagnements et de médiations pour garantir la sécurité de l'enfant et l'amélioration des compétences parentales, est capital. D. Houzel mentionne que non seulement elles diminuent la redoutable blessure narcissique secondaire au retrait, mais elles favorisent également la construction d'imagos parentales de meilleure qualité, tout en les préservant des clivages obligatoires en situation de placement : les unes (les parents substitutifs), reconnues comme compétentes, et les autres, disqualifiées, voire déclarées dangereuses.

En résumé, le travail avec les familles à problèmes multiples est possible sous couvert d'un aménagement de nos pratiques. Par l'établissement d'un cadre à la fois souple pour s'adapter au fonctionnement des familles et contenant pour contenir les projections, le travail peut ensuite se centrer autour de cette non-demande et permettre dans un second temps l'émergence d'une possibilité thérapeutique. Ce travail de reliaison suppose : holding, contenance, transformation pour passer de l'identification projective à l'identification introjective et remise en sens. Si le lien thérapeutique vise initialement à redonner de la sécurité, de la confiance en soi et du possible, il s'agit ensuite de s'appuyer sur les compétences de la famille pour co-construire une véritable histoire familiale, structurée autour d'une mémoire de groupe qui ne se limite pas à l'archivage d'une succession d'évènements.

Selon J. Le Coz, ce travail revient à « Tisser fil à fil la première étoffe, croiser la trame et la chaîne, répéter les gestes pour que le tissu soit solide et permette un bon découpage de l'objet. Répéter les gestes graphiques, les rythmes musicaux, les processus autocalmants vides d'objet mais qui tendent vers l'objet et permettent sa rencontre, un jour, ailleurs. Ravauter les accrocs. Envelopper narcissiquement la mère pour qu'elle puisse sursoir à la haine et permettre à l'enfant de haïr le premier. Fermer un premier contour pour que d'autres objets puissent s'y inscrire. Ni objet unique, ni objet indifférencié interchangeable. Il s'agit de transmettre la vie par l'espoir et non la survie par la désespérance ». [96]

Toutefois, "tout n'est pas si rose" et les professionnels de pédiatrie n'échappent pas aux difficultés que rencontrent leurs homologues à l'extérieur.

D. Des limites inévitables

1. *Miranda et sa famille*

Le choix de cette situation clinique tient à notre souhait d'illustrer les difficultés rencontrées par les équipes, au contact des familles vulnérables, notamment lors de la prise en charge d'une pathologie somatique chronique associée à des difficultés psychologiques. Les équipes doivent maintenir l'alliance thérapeutique dans le temps, en dépit des clivages, des projections et des ruptures transitoires de liens. Dans le même temps, elles sont confrontées à l'émergence de tensions en leur sein, en écho du fonctionnement pathologique de la famille.

➤ **Données anamnestiques**

Miranda est une jeune fille âgée de 14 ans, bien connue du service de pédiatrie. Elle présente une mucoviscidose qui a été diagnostiquée à l'âge de 7 mois. Elle est suivie par l'équipe du réseau mucoviscidose depuis cette date. En mai 2004, soit à l'âge de 10 ans, elle est hospitalisée en pédiatrie pour la découverte d'un diabète insulino-dépendant secondaire à sa mucoviscidose. Une deuxième équipe, celle de diabétologie, se joint à la prise en charge de Miranda.

Malgré la pluralité des intervenants autour de Miranda, sa situation reste vulnérable, rendant difficile la prise en charge de sa pathologie, et notamment son diabète. En effet, son environnement familial est chaotique et très insécurisant. Le couple parental est séparé depuis 1 an, à l'initiative de Mr. P Il s'agit d'une deuxième séparation du couple, Mr P ayant déjà quitté le domicile conjugal il y a 10 ans, avec un retour au bout d'un an. La mère de

Miranda n'accepte pas la réalité de cette séparation et a beaucoup de difficultés à faire face à la situation actuelle, du fait d'une symptomatologie dépressive sévère. Elle conserve la garde de l'ensemble de la fratrie, en attendant l'audience au tribunal, prévue dans un mois. Mr P est parti vivre chez son fils aîné car il ne dispose pas d'autre logement. Les tensions au sein du couple envahissent toute la scène familiale.

Miranda est la troisième d'une fratrie de 5 :

- ✓ un frère aîné, âgé de 21 ans, qui a quitté le domicile parental et héberge Mr P;
- ✓ une sœur aînée, âgée de 19 ans ;
- ✓ deux sœurs cadettes, vraies jumelles, âgées de 3 ans.

Le statut socio-économique de la famille est catastrophique. Mme P est agent d'entretien et Mr P est intérimaire en qualité de peintre en bâtiment, et ne verse pas de pension alimentaire pour le moment. Bien que les parents aient respectivement un emploi, la famille est depuis longtemps en situation de surendettement. Mme P a de ce fait augmenté son temps de travail et est peu présente au domicile. C'est Miranda qui semble chargée de s'occuper de ses petites sœurs et de la gestion du quotidien.

Miranda est actuellement en 4^{ème}. Il existe un absentéisme scolaire notable, lié à sa problématique somatique. Devant des difficultés scolaires importantes associées à des troubles de la concentration, un redoublement est envisagé. La famille s'y oppose farouchement, prétextant que Miranda est « étiquetée par l'école à cause de sa maladie ». Miranda souhaiterait intégrer une 3^{ème} PVP pour rejoindre ensuite la filière sanitaire et sociale et travailler auprès des enfants.

Depuis la découverte de la mucoviscidose de Miranda, l'équipe pédiatrique a accompagné au plus près cette famille dans la prise en charge de sa pathologie. Le pédiatre du réseau mucoviscidose a dû insister à plusieurs reprises sur l'observance du traitement, le respect des séances de kinésithérapie, ou encore la mise à jour des vaccinations.

Devant des difficultés familiales fluctuantes qui déstabilisaient Miranda et entravaient la prise en charge de sa maladie, un suivi psychologique est instauré précocement avec la psychologue de l'équipe. Elle a longtemps suivi la famille et tenté d'accompagner Mme P vers un soin psychologique pour elle-même, notamment lors de la première séparation du couple, mais en vain. A chaque fois qu'une question sensible était abordée, comme une aide sociale, la mère devenait extrêmement projective, et Miranda dans son sillage. Toutes deux s'adressaient ensuite à l'équipe de diabétologie, prétextant ne pas être entendues par la psychologue ou reprochant son incompétence. Plusieurs entretiens avaient alors lieu avec le psychologue de l'équipe de diabétologie. Abordant à son tour les mêmes questions, il devenait rapidement lui-aussi, mauvais objet, et subissait un sort identique à son homologue de l'autre équipe. Puis, la famille retournait voir l'équipe du réseau mucoviscidose, et ainsi de suite...

Actuellement, la situation de Miranda, du point de vue de sa mucoviscidose, est stabilisée ce qui a permis un développement staturo-pondéral tout à fait normal. La prise en charge en kinésithérapie respiratoire bimensuelle est parfaitement respectée.

En revanche, il n'en est pas de même pour son diabète. Initialement, les parents eurent beaucoup de difficultés pour la gestion des injections et l'adaptation des doses d'insuline qui nécessitèrent l'intervention prolongée d'une infirmière à domicile. Plus tard, les réticences de Miranda dans l'autonomisation à l'égard de son diabète seront plus marquées que pour sa mucoviscidose. Cette période coïncide cependant avec des tensions majeures au sein du couple parental. Dans son refus de prise en charge du diabète, nous pouvons également voir, au-delà du refus de grandir, une symptomatologie dépressive masquée.

Après une période de relative stabilisation et d'amélioration de l'autonomie de Miranda, des écarts de régime sont réapparus dernièrement, associés à une absence de surveillance glycémique et une adaptation fluctuante des doses insuliniques. Miranda se plaint de lipodystrophies dans les deux bras, mais ne varie pas ses points d'injection comme il le lui est conseillé. De nouveau, cet épisode de malobservance du traitement paraît en écho de la situation familiale compliquée depuis la séparation parentale. Miranda refuse tout suivi psychologique et la situation se dégrade malgré la réinstauration d'un passage infirmier à domicile pour les injections et la surveillance glycémique. Devant le constat d'un déséquilibre majeur de son diabète avec une hémoglobine glyquée à 13.9, une hospitalisation en pédiatrie d'une durée de 15 jours est programmée.

Les pédiatres sollicitent alors l'équipe de pédopsychiatrie pour une évaluation de la situation.

➤ **Rencontre avec Miranda et sa famille**

Notre première rencontre avec Miranda se déroule dans sa chambre, où elle est isolée suite à une surinfection à staphylocoque doré.

Cette jeune fille, discrète, s'exprime facilement, tout en modérant ses propos au sujet de son entourage et de son quotidien. L'humeur est dépressive et elle décrit des troubles du sommeil anciens, auxquels elle s'est accommodée au fil du temps. Elle n'exprime pas d'idéation suicidaire, tout en admettant que la mauvaise prise en charge de son diabète peut être considérée comme une mise en danger volontaire. De plus, sa tendance ancienne au grignotage, est remplacée depuis près d'un mois par une hyperphagie compulsive (gâteaux, fromage) au retour de l'école, à visée anxiolytique, qui constitue là encore une mise en danger. Ces troubles des conduites alimentaires ne s'accompagnent ni de technique de compensation vis à vis du poids, ni de préoccupation corporelle.

Miranda nous explique finalement comment elle gère le quotidien « pour aider sa mère », adoptant un rôle de mère de substitution auprès de ses sœurs cadettes. Cette

position parentifiée contraste avec la présence de traits immatures, qui lui confèrent par moment un air de petite fille poupine : la façon dont elle se cramponne désespérément à son monticule de peluches posées sur son lit, ou encore celle dont elle s'enveloppe dans ses draps en ne laissant dépasser que sa tête, y compris dans la journée. La question du défaut du premier contenant-peau interpelle.

Elle finit l'entretien en indiquant : « J'irai mieux, quand ma mère ira mieux ». Le message est on ne peut plus clair : elle nous renvoie vers sa mère...

Nous verrons Miranda et sa mère longuement en entretien.

La présentation de Mme P est légèrement négligée, tandis que son faciès reflète tristesse et fatigue. Mme P ne nie pas l'existence d'une souffrance psychique, nous signalant d'emblée ses antécédents dépressifs et ses tendances suicidaires. Ses propos sont crus, sans parexcitation vis-à-vis de sa fille. Elle étale en vrac ses problèmes de couple et notamment l'absence de rapport sexuel que son ex-conjoint ne supportait plus. Mme P fait aussitôt le lien avec son passé d'abus sexuel par son beau-père, entre 8 à 13 ans. Deux autres membres de la fratrie (un frère et une sœur cadette) auraient également été victimes des mêmes sévices, mais les faits ont été maintenus secrets. Ils n'ont pas déposé plainte et la grand-mère maternelle ne s'est pas séparée de ce Mr.

La décompensation dépressive actuelle faite suite à la séparation du couple, que Mme P n'a toujours pas acceptée. La situation s'est aggravée 4 mois avant l'hospitalisation de Miranda, avec le décès de la grand-mère maternelle, suite à un cancer. Mme P décrit une recrudescence des idées suicidaires, qui se sont majorées lorsque la sœur aînée de Miranda a révélé avoir elle-même subi des attouchements de la part de ce Mr. Elle n'a pu en parler à sa mère qu'au décès de la grand-mère maternelle. Mme P culpabilise de « n'avoir pas vu... », l'histoire de sa fille entrant en résonance avec ses propres souffrances infantiles. Depuis ses révélations, le sœur de Miranda ne va pas bien ; elle a fugué de la maison depuis 10 jours et se serait réfugiée chez un copain. Miranda est très inquiète tandis que Mme P ne semble pas prendre la mesure de la détresse de sa fille aînée, trop absorbée par sa culpabilité et sa propre souffrance.

De la même façon, Mme P n'évoque pas spontanément le motif d'hospitalisation de Miranda, qui ne semble disposer que de peu de place dans le psychisme de sa mère. Elle investit peu le traitement de sa fille et relativise la gravité du déséquilibre du diabète. Elle a d'ailleurs émis quelques réticences à l'égard de l'hospitalisation actuelle, qui la contraint à reprendre sa place au domicile, en l'absence de Miranda : « J'ai déjà trop à penser entre le surendettement, l'inceste, et la séparation... ». Elle ne perçoit pas la souffrance de Miranda qui tente de colmater, tant bien que mal, la désorganisation et la désagrégation familiale, tout en protégeant sa mère. Mme P dit « être débordée, n'arrive pas à tout gérer ; heureusement que Miranda est là ». Pourtant, elle refuse toute aide proposée sur le plan social, vivant cela comme « un échec personnel », une blessure narcissique supplémentaire. Le vécu d'intrusion et les questions de maîtrise sont au premier plan : sa peur de perdre le contrôle tant sur son domicile qui serait confié à une étrangère (faisant allusion au TISF), que sur l'éducation de ses enfants par la mise en place d'un éventuel éducateur. Ce refus d'un

étayage extérieur se manifeste aussi dans la sphère psychologique : « je sais que j'en aurais besoin, mais je n'arrive pas à faire le pas... ». Elle profite donc des entretiens dont bénéficie sa fille pour déverser ses souffrances, détournant l'espace de parole proposé. L'enfant perd alors toute existence propre pour sa mère. Ce phénomène est classique quand le soignant s'intéresse au parent, comblant de fait les besoins de son narcissisme primaire.

Mme P évoque en fin d'entretien le projet d'internat envisagé par l'équipe de diabétologie, pour Miranda, afin de permettre une mise à distance du milieu familial et une meilleure prise en charge de son diabète. Mme P vit ce projet comme « une attaque personnelle » : « je ne suis pas une bonne mère... ». Elle nous précise que l'équipe du réseau mucoviscidose n'est pas au courant de ce projet et « qu'on devrait peut-être s'entendre ». Dans le même temps, le père de Miranda envisage de demander sa garde, ce qui accentue son sentiment d'un complot dirigé contre elle : « tout le monde veut m'enlever ma fille... » ; « je n'existe plus si on m'enlève mes enfants... ». Nous voyons ici la place des enfants qui tiennent lieu d'assises narcissiques. Sa progéniture lui permet de "tenir" face à la menace d'un effondrement dépressif imminent...

Nous convenons d'un deuxième rendez-vous après avoir fait un point avec les deux équipes, au vue de la complexité de la situation et du nombre d'intervenants gravitant autour de cette famille.

Une rencontre avec le père de Miranda est également organisée. Mr P a une présentation très immature, tant sur le plan vestimentaire que dans les propos tenus. Les frontières générationnelles sont peu marquées. Un climat incestuel règne lorsque Miranda déambule au bras de son père dans les couloirs du service, à l'image de deux jeunes amoureux. Se préoccupant peu de l'état de santé de sa fille, il nous fait part de son projet de l'emmener en vacances en Tunisie, « ça va lui changer les idées ; après elle sera motivée pour son traitement... ». Mr P est tout aussi opposé au projet d'internat, avançant qu'il souhaite accueillir Miranda quand il disposera d'un logement : « c'est avec sa mère le problème... ». Le père de Miranda nous laisse peu de marges de manœuvres, devenant rapidement défensif et se sentant persécuté par nos questions. L'entretien tourne court...

➤ **Déroulement de l'hospitalisation**

Au cours de l'hospitalisation, Miranda se comporte comme une élève modèle à l'égard de son diabète, qui se normalise rapidement. Cette jolie jeune fille, polie et compliant, suscite un contre-transfert très positif de la part de l'équipe : « Cette pauvre petite qui est contrainte de gérer ses petites sœurs qui cavalent bruyamment dans le couloir, pendant que sa mère se repose dans sa chambre » ou que « son père ramène tard de permission sans prévenir, alors qu'un rapport de fugue allait être fait, un père qui de surcroît la fait jouer au tiercé » (elle gagne d'ailleurs 600 euros pendant son hospitalisation, qu'elle souhaite redonner à sa mère « pour combler les dettes... »). Les contre-attitudes de l'équipe soignante envers les parents sont saisissantes.

Une synthèse est organisée avec l'ensemble des intervenants de la prise en charge. Elle permet une analyse globale et conjointe de la situation, en regroupant les informations détenues par chacun et aboutit à la construction d'un projet de soins commun et une redéfinition précise des rôles de chacun.

Le projet d'internat est retenu en vue d'un éloignement de Miranda du contexte familial tendu et d'un repositionnement dans son statut d'enfant. Il sera soutenu conjointement par les médecins responsables des deux équipes et le pédopsychiatre au cours d'un entretien avec les deux parents. La question d'une information préoccupante est discutée, mais rejetée pour le moment.

Il est proposé que Miranda reprenne le suivi avec la psychologue de la première équipe afin de maintenir une continuité, tant attaquée par la famille. Mme P sera de nouveau reçue par le pédopsychiatre afin de favoriser l'orientation vers un soin pour elle-même.

L'ambivalence de Miranda à l'égard d'une mise à distance du milieu familial est manifeste. C'est elle qui s'est empressée d'accepter la proposition d'hospitalisation en pédiatrie malgré les réticences parentales. Miranda sollicite d'ailleurs une rencontre avec l'assistante sociale du service, afin de se renseigner sur les différences existant entre un foyer et un internat. Néanmoins, elle ne peut s'autoriser à s'éloigner de ses parents, notamment sa mère (« je ne les abandonnerais pas... »), telle une véritable mission sacrificielle. Finalement, elle décide de se ranger derrière la décision de ses parents, au lieu de prendre en compte ses propres souhaits et aspirations. Pour le moment, elle ne peut exister pour elle-même.

Les parents, reçus ensemble, acceptent finalement la proposition d'une entrée en internat, avec un retour à domicile le week-end. Un passage infirmier est prévu dans un premier temps pour s'assurer de l'observance du traitement insulinaire.

Notre second entretien prévu avec la mère de Miranda se révélera très difficile à organiser. Mme P se présente bien avant l'heure du rendez-vous, prétextant ne pas pouvoir attendre du fait d'horaires de travail contraignants. Fuyante, elle s'en va de façon précipitée avant même que le pédopsychiatre n'arrive. Le rendez-vous suivant est annulé à la dernière minute par Mme P. Nous ne capitulons pas pour autant, percevant sa crainte à nouer une relation, de peur d'être déçue ou blessée. Nos persévérances finissent par porter leurs fruits, puisque nous parvenons à la rencontrer lors de notre troisième proposition de rendez-vous.

S'attendant probablement à être rejetée, elle prend les devants et nous accuse de « l'avoir laissée en plan et de ne pas avoir tenu nos promesses quant aux rendez-vous manqués ». Identifiant la mise en jeu de phénomènes projectifs, faisant de nous les mauvais objets que Mme P extériorise pour ne pas les conserver en elle, nous lui assurons que l'essentiel est de pouvoir se rencontrer ce jour. Cette attitude semble apaiser son agressivité initiale. L'évitement de Mme P peut à la fois se comprendre comme une tentative de masquer ses défaillances, mais surtout comme un moyen de vérifier la résistance de l'objet, avant de s'autoriser à poursuivre la construction d'un lien.

Mme P aborde la question du dépôt de plainte pour sa fille ainée, qui est au cœur de ses préoccupations actuelles. Nous rencontrons ici les ressources parentales de Mme P : en défendant sa fille, bien que cette action vienne en miroir de sa propre histoire, elle se repositionne dans son statut de parent. Nous faisons le choix de l'accompagner dans ce sens, plutôt que de poursuivre dans l'optique d'un travail psychologique, auquel elle n'est pas prête pour le moment. Un accompagnement téléphonique est réalisé durant la consultation afin de convenir d'une prise de rendez-vous auprès de l'association SOS incestes, pour l'aider dans ses démarches de dépôt de plainte. Une orientation vers un soutien psychologique pourra ensuite être envisagée.

Mme P est beaucoup plus détendue en fin d'entretien, ses traits sont moins crispés, elle nous remercie chaleureusement. Nous lui assurons que c'est elle qui a fait tout le travail... Mme P nous informe qu'elle va rejoindre Miranda dans le service pour lui apporter une « revue d'ado » : elle peut davantage faire une place psychique pour sa fille, ce qui laisse entrevoir une possibilité de changement.

Cette situation clinique illustre bien la nécessité de soutenir les parents dans le même temps que l'enfant, l'un ne pouvant se faire sans l'autre : la symptomatologie de Miranda intervient en résonance de celle de sa mère. Le choix de séparer les espaces de parole et d'accompagner Mme P dans son désir de déposer plainte, a permis d'ouvrir le champ "des possibles" du côté maternel. Revalorisée dans ses compétences parentales au travers des démarches judiciaires pour sa fille, elle peut commencer à reprendre sa place et s'appuyer sur ses ressources propres. C'est peut-être pour cette raison qu'elle ne s'est pas effondrée et a relativement bien accepté au final la proposition d'internat pour Miranda.

Cependant, porter les parents n'est pas toujours facile, du fait des mouvements contre-transférentiels. Ces entraves au holding parental résident la plupart du temps dans les peurs, les incompréhensions ou le sentiment d'impuissance de l'équipe à l'égard des parents. Le pédopsychiatre doit soutenir les soignants dans cet accompagnement.

L'intrication complexe des problématiques somatique et psychologique de Miranda confortent la nécessité de la prise en charge conjointe pédiatre/pédopsychiatre, permise par l'hospitalisation. Le "corps souffrant" de Miranda, comme celui de Manuel précédemment, est sur le devant de la scène de façon répétitive et semble exprimer la souffrance parentale, projetée dans l'enfant. Miranda ne pourra prendre soin de son corps tant qu'elle n'existera pas pour elle-même, et qu'elle restera confinée dans ce rôle de "petite mère de remplacement". Il est donc essentiel de travailler pour que chacun puisse reprendre sa place dans la famille, et ce en toute sécurité.

L'illustration clinique témoigne aussi de la difficulté à maintenir un lien continu avec la famille. Ce lien est pourtant réel, en dépit des discontinuités et des ruptures : Miranda a

souhaité poursuivre le suivi avec la psychologue du réseau mucoviscidose qu'elle connaît depuis de longue date, ce que Mme P a approuvé.

Si cette hospitalisation de Miranda a permis une rééquilibration du diabète, elle a surtout éclairci la situation autour de cette famille, en obligeant les professionnels à se parler... La synthèse a été le lieu d'élaboration des tensions apparues entre les équipes et d'analyse des clivages reproduits en écho du fonctionnement familial. Trois équipes ont donc été sollicitées pour le soutien psychologique de cette famille, sans qu'il n'y ait eu de véritable communication entre les professionnels, avant cette synthèse. Ce cloisonnement répond à celui mis en place par la famille avec les différents professionnels : cette dernière délivre des éléments à certains, qu'elle ne fournit pas à d'autres, provoquant des tensions entre les équipes.

L'impression de morcellement de cette famille et la sensation d'une jeune fille "coupée en deux" nous amènent à conclure que, pour préserver l'intégrité de l'enfant, la collaboration et la communication sont une nécessité. Il semble que ce ne soit pas la pluralité des intervenants gravitant autour d'une famille qui améliore la prise en charge somatique ou psychologique de l'enfant, mais la coordination, la cohérence et la continuité des actions menées conjointement auprès de la famille.

Certes, le manque de temps pour faire des liens en pédiatrie est indéniable. Toutefois, s'en passer, c'est courir le risque de voir émerger des conflits entre les professionnels suscités par le fonctionnement familial et de ne pas pouvoir les métaboliser. Face à ces familles, il s'agit avant tout de rester cohérent, malgré les incohérences où elles nous entraînent, de ne pas disperser la prise en charge et de pouvoir relancer les familles à chaque rupture, à l'image des équipes dans l'exemple clinique.

2. Des discontinuités inéluctables

a) Des temporalités différentes : temps de la pédiatrie, temps de la pédopsychiatrie et temps des familles

La temporalité indispensable à l'instauration d'une alliance thérapeutique n'est pas toujours compatible avec le temps de la pédiatrie. Nous avons vu que la méfiance de la famille ne décroît que très lentement et seulement si les intervenants apportent une preuve concrète de leur efficacité. Parfois, il faudra "insister" auprès de nos collègues pédiatres pour prolonger l'hospitalisation et disposer de plus de temps pour évaluer la situation ou amorcer une alliance. Car pédiatres et psychiatres n'évoluent pas dans la même temporalité. Le temps

somatique est déterminé par l'urgence vitale, tandis que le temps psychique s'avère beaucoup plus lent.

A ces deux temporalités opposées, se rajoute celle de l'enfant, avec ses rythmes et son vécu subjectif, et celle de la famille, qui évolue dans l'immédiateté, dans l'ici et maintenant. La discontinuité et l'urgence, dans lesquels nous confinent ces familles, exposent le professionnel au risque de passages à l'acte, en miroir de ceux de la famille. La référence aux trois axes de la parentalité permet alors d'éviter, en situation d'urgence, de négliger une de ces dimensions au profit d'une autre : par exemple, se soucier exclusivement des soins prodigués à l'enfant (pratique de la parentalité) sans se poser la question de l'exercice de la parentalité (autorité parentale conservée pour un enfant placé), ou dénier l'expérience de la parentalité en réglant les questions d'exercice, etc... Le respect des exigences auxquelles chacun de ces axes renvoie est la condition pour que l'aide fournie par les différents professionnels, tienne compte de la situation réelle de l'enfant, de la réalité psychique des membres de la constellation familiale et de la dimension symbolique de la parentalité et de la filiation.

En conclusion, conjuguer temps somatique, temps psychique et temps des familles est une tâche ardue qui expose inexorablement à des crises, que ce soit avec la famille ou entre les professionnels.

b) Des ruptures de liens épisodiques

Si l'établissement d'une alliance thérapeutique n'est pas chose facile, la maintenir dans le temps l'est encore moins. Son évolution n'est pas linéaire, mais elle est au contraire marquée par une succession de crises inéluctables, témoin des discontinuités, des clivages et des projections de la famille. Elles traduisent un retour de la méfiance à l'égard de l'équipe et confrontent les professionnels à une alternance de ruptures, puis de reprises de liens, qui sont souvent mal tolérées. Pourquoi cette discontinuité est-elle inévitable ?

Tout d'abord, rappelons la logique de précarité dans laquelle s'inscrit la famille. Il faut donc savoir accepter les retards et les rendez-vous ratés, signant un défaut d'inscription dans le temps, et savoir relancer.

Deuxièmement, n'oublions pas que les difficultés à s'engager dans une relation font partie de la psychopathologie parentale, dans le sens où maintenir la continuité d'un lien avec les personnes du monde extérieur, entre en contradiction avec leur personnalité. Ce mécanisme d'attaque contre les liens, décrits précédemment, impose au thérapeute de "porter le lien" et de le maintenir face à la destructivité. Les équipes doivent rétablir les liens dans un premier temps, au décours des crises, et ne pas attendre que ce soit les familles qui fassent le premier pas, puisqu'elles sont dans l'incapacité psychique de le faire. Cette reprise de contact

prend d'autant plus de sens que les crises n'entraînent pas nécessairement une nouvelle désorganisation familiale, ni une véritable interruption des prises en charge des enfants.

Parfois, ce sont les efforts des équipes pour favoriser les mouvements d'autonomisation et d'individuation des enfants, perçus comme une brèche dans leur support narcissique de remplacement, qui conduisent les parents à interrompre les soins. D'autres fois, ce sont les sentiments de rivalité nourris à l'égard de l'enfant, bénéficiant de l'attention des soignants, qui amènent les parents à mettre fin à la prise en charge de l'enfant, plutôt que de se sentir délaissés.

S'inscrire dans la durée auprès de ces familles doit amener à considérer ces crises non comme des échecs, mais comme des espaces de possibilité pour un changement. Cela suppose de pouvoir accepter d'être refusé par moment, sans être détruit. Le vécu d'intrusion très marqué dans ces familles suppose qu'elles puissent conserver une certaine maîtrise de la distance relationnelle, tolérable pour elles. Il ne s'agit pas pour autant d'en arriver à une utilisation "kleenex" des intervenants... Les équipes doivent donc acquérir une solide identité professionnelle et une bonne estime de leur travail pour pouvoir montrer de l'empathie, sans se laisser maltraiter masochiquement.

3. Quand les professionnels s'en mêlent, s'emmêlent ...

Les familles à problèmes multiples sont confrontées à une pluralité des interlocuteurs qui expose au risque de discontinuité venant cette fois-ci des professionnels. Nous avons vu que la loi sur la réforme de la protection de l'enfance réaffirme le principe de continuité de la prise en charge, visant l'instauration d'une prévisibilité à court et long terme pour l'enfant, à travers une coordination des interventions.

Pourtant les problèmes de communication sont quasi-systématiques : les consultations se multiplient couramment sans lien entre les différents services ou consultants, chacun ignorant l'existence des autres ; la famille tient des discours contradictoires ou parcellaires selon les interlocuteurs. Aussi, il n'est pas rare de constater une succession d'actions et de décisions menées sans cohérence, à la mesure de la désorganisation familiale. Comme s'il y avait une contamination des professionnels par le fonctionnement pathologique de la famille...

Pour en rendre compte, D. Houzel insiste sur la nécessité d'analyser en pratique deux autres éléments, en sus des axes de la parentalité : les processus d'induction et de contagiosités psychiques, et la stabilité des représentations de la situation familiale et de chacun de ces membres. [81]

La contamination des professionnels par les difficultés de la famille est fréquente. Les processus de déliaison sont extrêmement puissants et induisent non seulement un brouillage

de la pensée, mais aussi une contamination des professionnels dans leurs interactions avec la familles et dans leurs rapports entre eux. Les mécanismes d'induction et de contagiosité psychiques sont représentés par le clivage, les projections, la confusion, etc... Ils entraînent dans les mêmes dysfonctionnements que ceux de la famille d'origine, suscitant impuissance, dévalorisation, agressivité, passage à l'acte et conflits. Ils sont essentiels à repérer et à élaborer pour ne pas faire caisse de résonance aux processus psychopathologiques familiaux. Par exemple, l'imprévisibilité de la famille entraîne par contagion psychique l'impossibilité fréquente des équipes institutionnelles à bâtir un projet à long terme, à coordonner leurs actions, chacun étant cohérent dans sa démarche, mais l'ensemble manquant de cohérence. Dès lors, la discontinuité apparaît rapidement.

Parler de continuité suppose également une stabilité des représentations que possèdent les différents intervenants de l'enfant et de ses parents. Si les professionnels ont des représentations diamétralement opposées, c'est probablement le témoin des mouvements identificatoires et de la mise en jeu de mécanismes de projection et de clivage, se reproduisant chez les professionnels. De fait, D. Houzel préconise, dans ces situations, l'abstention quant à une décision tranchée, tant que persistent les divergences. Il s'agit alors de tenter une élaboration commune, à la recherche d'une convergence des points de vue.

Nous illustrerons ces phénomènes par la situation de Manuel où la question de la CLIS suscitait des polémiques entre les intervenants, qui n'avaient pas la même représentation des difficultés de ce dernier. Quant à la synthèse pour Miranda, elle a permis de bâtir un projet de soins commun à partir des regards de chaque équipe.

D. Houzel souligne qu'une évolution favorable pour l'enfant et sa famille ne paraît pas liée au nombre d'actions accomplies auprès d'eux, mais à l'organisation stable de représentations de ces derniers dans l'esprit des acteurs de la prise en charge. Un temps suffisant pour construire des représentations stables est bien-sûr nécessaire.

Le pédopsychiatre de liaison joue un rôle central dans le décryptage des mécanismes transférentiels et contre-transférentiels entre les différents partenaires. Car bien prendre en charge l'enfant, c'est non seulement prendre soin des parents, mais aussi des professionnels qui se trouvent tout autant exposés dans cette confrontation à la parentalité empêchée. Une distanciation des intervenants à l'égard de la famille est primordiale. Elle est permise par une formation solide et une supervision régulière lors de réunions cliniques. Ces temps d'élaboration, de "détoxification", permettent une mise en sens des agis intempestifs et des projections, sans quoi le fonctionnement psychique groupal contenant ne peut jouer son rôle auprès de la famille.

Si tout ces phénomènes agissent à l'intérieur même des équipes, dont les membres se connaissent et sont habitués à travailler ensemble, ils s'appliquent d'autant plus entre les équipes de différentes institutions, comme l'ASE.

II. Accueil des adolescents placés : le travail avec l'ASE

« Ce sont des enfants qui sont transparents de tous les oublis, de tous les manques et de toutes les ruptures qu'ils ont subis. Ils n'ont pas d'histoire, pas de passé, pas d'avenir. Ce sont des enfants de l'instant. »

[J. Mallarrive, 112]

A. Marie

Cette illustration clinique tente de montrer en quoi l'hospitalisation en pédiatrie est aidante, en situation de crise, pour les adolescents placés dans les structures de l'ASE, tant pour les repositionner dans leur statut de sujet, que pour le travail de mise en sens, réalisé avec les services de la protection de l'enfance. Toutefois, les rapports interinstitutionnels ne s'avèrent pas toujours évidents...

Marie est hospitalisée à plusieurs reprises dans le service de pédiatrie au cours de mon stage. Cette jeune adolescente de 15 ans est confiée à l'ASE depuis l'âge de 10 ans.

Marie est l'unique enfant du couple parental. Sa mère est sans emploi. Elle présente une schizophrénie, elle est suivie régulièrement et est sous traitement neuroleptique. Elle a rompu avec l'ensemble de ses proches ; Marie n'a donc jamais eu de contact avec la famille maternelle. Quant à son père, il est agent d'entretien. Enfant, il a lui-même été placé en foyer, avec sa sœur aînée, au moment du décès de leurs parents.

L'histoire de vie de Marie est jalonnée de ruptures successives. Après sa naissance, elle passe ses trois premières semaines de vie auprès de ses parents, jusqu'à ce que sa mère soit hospitalisée en psychiatrie pour une bouffée délirante aiguë. Marie est alors confiée à sa tante paternelle, son père ne se sentant pas capable de s'en occuper. Elle est élevée par cette tante jusqu'à l'âge de 9 ans ½, et bénéficie de quelques contacts occasionnels avec ses parents.

Devant la stabilisation de la pathologie mentale maternelle, les parents réclament la garde de leur fille. Le juge la leur accorde et instaure dans le même temps un suivi éducatif. Marie reste un an avec ses parents jusqu'au moment où survient une nouvelle décompensation maternelle, sur un mode dépressif cette fois, qui conduit à sa réhospitalisation. Marie est alors placée au foyer de l'enfance à l'âge de 10 ans ½, ses parents conservent l'autorité parentale.

Pendant 4 ans, Marie reste dans un premier foyer qu'elle investit massivement. Mais, un changement de structure intervient à cause de son âge, en août 2007. Elle intègre alors un lieu de vie où vivent 7 ou 8 jeunes d'âges similaires. Ce changement de foyer est très mal vécu par Marie, qui a beaucoup de difficultés à retrouver ses marques et à nouer des

liens avec ses deux nouveaux éducateurs référents. Les tensions sont permanentes et se traduisent par des insultes et des attaques à l'autorité. Parallèlement, elle bénéficie de visites chez ses parents un week-end par mois. Ces temps semblent extrêmement chaotiques, sources de disputes quasi-systématiques. Les contacts peuvent parfois être rompus pendant plusieurs mois.

La prise en charge de Marie sur le plan psychologique porte également les stigmates de la discontinuité. Elle a bénéficié au moment du placement d'une prise en charge psychologique sur le CMP de secteur, rapidement interrompue, sans motif par Marie. Elle a ensuite intégré un groupe thérapeutique pendant 2 ans, mais dans un autre CMP, ce suivi est interrompu depuis février 2005.

Marie est scolarisée en 3^{ème}. La situation y est tout aussi cavalière. Marie a le sentiment d'être rejetée par les autres élèves. Depuis novembre 2007, l'absentéisme scolaire se majore, le risque d'exclusion n'est pas loin...

C'est dans ce contexte que Marie est hospitalisée une première fois en pédiatrie, à la suite d'une intoxication médicamenteuse volontaire. En revenant d'un séjour à Paris organisé par le foyer, Marie ingère une dizaine de comprimés d'Alprazolam 0.25mg et 4 comprimés de Citalopram 20mg « pour se calmer ». Il s'agit de son traitement habituel, prescrit par son médecin traitant, à savoir : Alprazolam 0.25 mg : ½ comprimé matin et soir depuis 3 mois et Citalopram 20 mg : 1 comprimé le soir depuis deux semaines. Ce geste intervient après une altercation avec une de ses éducatrices référentes et une tentative de fugue avortée. De retour au foyer, les éducateurs constatent une hypovigilance, à l'origine d'une chute dans les escaliers. Après avoir fait appel à SOS médecins, Marie est transférée aux urgences pédiatriques.

Le premier contact avec Marie est bref, puisqu'elle est encore modérément hypovigilante (ou réticente ?). Cette jeune fille, qui se dissimule derrière ses longs cheveux châtain, tout de noir vêtue, n'a pas d'antécédent médico-chirurgical. Il s'agit d'une première tentative de suicide, faisant suite à des idéations suicidaires évoluant depuis plusieurs mois, sans scénario précis. Son geste s'inscrit davantage dans une impulsivité, suite à un épisode de frustration. Elle voulait « mourir ou tomber dans le coma », « sortir de l'impasse »... Bien qu'elle banalise son geste, Marie accepte une hospitalisation de quelques jours dans le service de pédiatrie pour faire le point. Néanmoins, nous n'aurons pas le temps de faire davantage sa connaissance, étant donné qu'elle fugue au bout de 24 heures, pour regagner le foyer.

Dès le lundi matin, un contact est pris avec les éducateurs du foyer afin de prévoir une consultation en vue d'une évaluation plus approfondie de la situation. Marie se présente accompagnée d'un éducateur. Malgré une symptomatologie dépressive probante, elle refuse toute proposition d'hospitalisation qui semble réactiver les angoisses abandonniques à l'égard du foyer : « vous vous débarrassez de moi en m'hospitalisant... ». Sa fugue est d'ailleurs consécutive aux mêmes angoisses : « il n'y avait pas de médecin à qui parler le dimanche et

personne du foyer n'est venu me voir... ». Nous voyons poindre ici des revendications affectives agressives manifestes, conduisant à des comportements inadaptés. Marie fait le choix de rejeter par avance, plutôt que de risquer d'être rejetée. Après maintes négociations, elle accepte la mise en place d'un suivi de consultation dans le service. Le traitement antidépresseur est arrêté, tandis que le traitement anxiolytique est poursuivi. Le prochain rendez-vous est prévu la semaine suivante.

Le lendemain, nous recevons un appel téléphonique d'un de ses éducateurs pour nous annoncer le souhait de Marie d'être finalement hospitalisée. Au vue de son ambivalence, une nouvelle consultation est proposée pour convenir du cadre et des objectifs de cette hospitalisation en pédiatrie. Marie est plus détendue, son regard moins fuyant et son discours moins défensif. Nous fixons conjointement la durée d'hospitalisation à quatre jours, avec deux objectifs : une amélioration thymique et un apaisement des angoisses. Il est convenu de rappeler le foyer dès qu'une place serait disponible. Marie est réhospitalisée trois jours plus tard.

Les deux premiers jours d'hospitalisation sont marqués par un investissement massif des soins dans une certaine idéalisation de l'hospitalisation qui, pour Marie, va régler tous les problèmes. Les premiers échanges affectifs avec le personnel sont très intenses. Elle surinvestit les entretiens pédopsychiatriques, qui ne seront pas réalisés en relation duelle, mais en présence de l'externe afin d'introduire un tiers.

L'abandonnisme domine le tableau clinique. Les angoisses abandonniques ont été réactivées par le changement de foyer, remettant à jour les failles narcissiques mal colmatées. La réalité concrète est venue renforcer ce sentiment : « Mes parents s'en foutent de moi, ils ne viennent pas aux rendez-vous avec les éducateurs », sa mère est d'ailleurs réhospitalisée pendant un mois au moment du changement de lieu de vie. Dans le même temps, les personnes ressources de son entourage sont défaillantes ou viennent à manquer : sa tante paternelle est dépressive ; son oncle est mis en invalidité suite à un accident du travail ; son éducatrice référente ASE est en arrêt maladie (chirurgie), tandis qu'une de ses éducatrices du foyer est en congé maternité. Les traits abandonniques envahissent alors tout la sphère relationnelle : Marie a l'impression d'être rejetée au collège par ses copines et au foyer par les éducateurs « qui veulent se débarrasser d'elle ». La symptomatologie dépressive résultante se traduit par une anxiété importante, une insomnie, une irritabilité et un absentéisme scolaire répété. La culpabilité secondaire à son agressivité est flagrante : « j'ai les nerfs à vifs, mais j'arrive pas à faire autrement... ». Elle nous raconte l'épisode récent où elle a agressé physiquement la nouvelle éducatrice remplaçante, elle lui a ensuite adressé spontanément une lettre d'excuse.

Au fil de l'hospitalisation, les attitudes de méfiance réapparaissent. Marie refuse de se laisser examiner sur le plan pédiatrique, redevient projective lors des entretiens pédopsychiatriques et teste le cadre en permanence. Ses propos deviennent irrespectueux, voire agressifs, suscitant des sentiments d'exaspération de la part de l'équipe soignante, qui

renforcent la symptomatologie abandonnique. L'absence de visite de la part des éducateurs du foyer n'arrange pas la situation: « Ils ne prennent même pas de mes nouvelles... ».

A l'issue de la durée convenue d'hospitalisation, une proposition d'hospitalisation programmée au Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie (SHIP) est faite à Marie devant la symptomatologie dépressive persistante, l'agressivité allant crescendo et les tensions restant encore extrêmement vives avec les éducateurs du foyer, qui n'ont pu être rencontrés. Sa réponse est catégorique et irrévocable : « elle n'ira jamais chez les fous, ne voulant pas faire comme sa mère... ». La question d'une éventuelle transmission de la pathologie mentale est très ancrée dans son esprit, mais ne peut être abordée en entretien au vu des mécanismes défensifs. Marie privilégie la poursuite du suivi ambulatoire et la possibilité d'une réhospitalisation en pédiatrie, si nécessaire. Elle paraît avoir identifié le service comme un lieu sûr, où elle peut se réfugier en cas de crise.

Marie se présentera régulièrement en consultation. Toutefois, la situation se dégrade rapidement, suite à l'annonce du changement prochain d'interniste et devant la pression des éducateurs, quant à une hospitalisation au SHIP. Ces deux éléments réactivent les angoisses d'abandon. Un relai sur le CMP est envisagé, mais Marie refuse. Les troubles du comportement se majorent au foyer, de même que l'absentéisme scolaire. En quelques jours, Marie cumule les mises en danger dont la sévérité va crescendo : consommation de cannabis, prises médicamenteuses anarchiques appartenant à d'autres jeunes du foyer, fugue nocturne avec des gitans. Sept notes d'incidents sont adressées par les éducateurs à leurs responsables, sans qu'ils n'obtiennent de réponses. Ils appellent quotidiennement dans le service, réclamant une hospitalisation en urgence, « puisque les consultations ne suffisent pas ». Marie reste inaccessible et finit par remettre en cause le soin « dont elle n'a plus besoin désormais ». Devant l'escalade symptomatique et le refus d'hospitalisation, le traitement par benzodiazépine est remplacé par du *Cyamémazine* à faible dose. Un contact est pris avec le SHIP en vue d'une éventuelle hospitalisation en urgence, la pédiatrie ne se révélant pas assez contenante dans ce contexte.

La crise ne put être évitée... Trois jours plus tard, Marie est conduite aux urgences à la suite d'une crise clastique au foyer. Cet épisode d'agitation se renouvelle lors de l'entretien avec le pédopsychiatre de garde, qui indique une hospitalisation au SHIP. Devant l'absence de place disponible, Marie est hospitalisée en psychiatrie adulte... Elle y restera 12 heures, puis devant le traumatisme suite au contact avec les autres patients, un retour au foyer est décidé par le psychiatre.

A la consultation suivante, Marie est fermée, triste : « je n'ai plus confiance dans la pédiatrie vu ce que vous m'avez fait... ». L'alliance semble difficile à conserver d'autant plus que la fin du stage approche à grands pas. Nous soulignons la nécessité d'une poursuite d'un soutien psychologique devant son mal être persistant. Le compromis qui lui paraît acceptable est un suivi par un psychiatre libéral féminin, car elle refuse une reprise de contact sur le CMP ou dans le service. Nous insistons pour la revoir une dernière fois en consultation avant notre départ, malgré ses réticences.

Lors de la dernière consultation, quinze jours plus tard, Marie arrive plus avenante. Elle ne se cache pas derrière ses cheveux comme à l'accoutumée et ses vêtements sont plus colorés. La situation au foyer s'est apaisée et son éducatrice référente ASE a repris le travail. Bien qu'elle redouble sa 3^{ème}, elle se projette dans l'avenir : elle envisage un BEP sanitaire et social pour devenir éducatrice de jeunes enfants. Pendant qu'elle parle, elle dessine des papillons et des cœurs roses...

Cette observation clinique démontre bien toute la difficulté du travail avec ces adolescents en souffrance, qui nous interpellent au travers de leurs troubles du comportement.

La quête affective désespérée de Marie est classique. Les comportements de "gloutonnerie affective" qu'elle manifeste, exigent une satisfaction immédiate, toujours insatiable et donc inadaptée à la réalité, auxquels ne peut répondre l'entourage. En réaction, Marie adopte des conduites agressives pour éveiller l'attention et mettre à l'épreuve l'adulte qui doit lui prouver son affection : il y a confusion entre capacité d'endurance et amour. En définitive, ces modalités relationnelles, mêlant avidité affective et agressivité, aboutissent paradoxalement au rejet tant redouté.

En parallèle, toute situation qui reproduit la situation primaire d'abandon génère des angoisses archaïques. La séparation, même courte, avec un substitut parental est intolérable, puisque l'absence est assimilée à la mort. Marie ne peut supporter l'absence de ses éducatrices référentes, ni des médecins durant son week-end d'hospitalisation : « Qu'est-ce que j'ai fait pour que tout le monde m'abandonne... Personne ne s'occupe de moi ». Ces sentiments de dévalorisation, de n'être pas aimable, témoignent d'une forme de dépression intrinsèque du Moi, secondaire à la perte d'objet initiale. Ce cas illustre l'abandonnisme, caractéristiques des enfants ayant connu une succession de ruptures de vie. Ils n'ont pu nouer une relation d'attachement sécuritaire, qui leur permettrait de constituer un sentiment de sécurité interne et de tolérer la séparation momentanée.

Les situations de crises génèrent un climat d'inquiétude, de confusion et d'excitation atteignant progressivement les différents cercles concentriques autour de l'adolescent : la famille, le foyer, le milieu scolaire, l'hôpital... P. Richard et M. Maître utilisent la métaphore d'une « *onde de choc qui est propagée à travers ces différents milieux, dont l'adolescent en crise serait l'épicentre* ». [141 ; p.38] Le climat de crise résonne avec le vécu d'angoisse et d'impuissance de l'environnement qui ne parvient plus à contenir psychiquement la situation. Les professionnels sont alors "empêchés de penser" et projetés dans une "urgence à agir" : pour protéger l'adolescent et apaiser ses angoisses, pour répondre à une demande institutionnelle pressante et diminuer l'inquiétude extérieure... Aussi, la violence des relations avec ces adolescents poussent souvent dans des passages à l'acte à l'encontre du jeune, mais

également des autres professionnels. Les éducateurs, épuisés et non soutenus par leur hiérarchie, délaissent Marie lors de l'hospitalisation et sont extrêmement projectifs à notre égard. De notre côté, face à l'idéalisation initiale du pouvoir thérapeutique par Marie, nous avons probablement participé, dans une certaine mesure, à l'illusion de pouvoir résoudre tous les problèmes et de faire mieux que les précédents. Telle une sorte de lune de miel... Néanmoins, l'équipe soignante est vite mise en échec comme les autres... Il est aisé de comprendre que le jeune peut rapidement être l'objet d'enjeux entre les professionnels et les institutions.

Au final, il semble que nous n'ayons pu tisser autour de Marie un maillage de sécurité suffisant, pour éviter cette sensation de "lâché" qu'elle a nourrie.

En rédigeant ce cas clinique, je me suis rendue compte que nous avons perdu de vue la question des parents de Marie qui conservent pourtant l'autorité parentale. Nous avons donc omis de prendre en compte la dimension de l'exercice de la parentalité, ce qui s'avère souvent le cas dans les situations qui font urgence et nous empêchent de penser. Peut-être s'agissait-il du chaînon manquant ?

B. Un apaisement des situations de crises

1. Le service de pédiatrie : un refuge en temps de crise...

L'inquiétude, déclenchée par l'adolescent en crise, est extrêmement contagieuse. Les soignants se trouvent rapidement dans un climat d'angoisse, de confusion et d'excitation qui court-circuite la pensée et plonge dans l'agir. Il est donc essentiel de pouvoir se donner du temps, même très court, pour pouvoir retrouver cet espace de pensée qui fait défaut : différer de quelques heures le rendez-vous demandé urgemment par les éducateurs, ne pas répondre à l'hospitalisation sans en fixer des objectifs comme dans l'illustration clinique...

Evidemment, la situation sera différente lors d'une arrivée aux urgences pédiatriques pour un épisode d'agitation, à l'image de la situation de Marie. Néanmoins, surprendre par le calme de l'accueil et prendre soin de leur corps suffisent généralement à contenir les angoisses, sans avoir recours à un traitement sédatif ou à une contention physique. L'utilisation de la chambre d'isolement demeure exceptionnelle. Aussi, prendre son temps et privilégier les contacts corporels permettent de ne pas se laisser gagner par l'inquiétude et l'agitation et d'apaiser la crise. La prise de tension artérielle et l'examen de ce corps, parfois maltraité par les automutilations, remettent le jeune en position de sujet. Trop souvent ils

n'ont plus de carnet de santé et l'autorisation de soins n'est pas signée, ce qui entraîne un temps de flottement dans la prise en charge.

Le piège face à ces crises clastiques est de méconnaître une étiologie somatique ou une intoxication aiguë (alcoolisation, prise de toxiques ou de médicaments comme les benzodiazépines) en se centrant uniquement sur les dimensions sociale et psychologique.

L'adolescent placé avance généralement en terrain connu dans le service de pédiatrie. Il a en effet souvent bénéficié de plusieurs séjours hospitaliers dans l'enfance. Le service de pédiatrie est perçu comme un refuge salvateur, un lieu neutre, non stigmatisé comme les unités d'hospitalisation pédopsychiatrique. La contenance et le holding institutionnel permettent une pose de limites et un maternage, qui sont rassurants pour l'adolescent en crise.

Après une première hospitalisation, ces jeunes identifient rapidement le service comme un lieu toujours prêt à les accueillir. Les médecins, indifféremment pédiatres ou psychiatres, le leur rappellent à chaque nouvelle hospitalisation : « mieux vaut demander une hospitalisation de quelques jours en pédiatrie quand ça ne va pas, plutôt que de fuguer, de se faire du mal ou de s'agiter au foyer contre les éducateurs ». En laissant une porte ouverte, les liens ne sont pas rompus, tout en proposant une certaine continuité chez des jeunes qui sont victimes du "syndrome de ballotement", d'une discontinuité relationnelle. Étonnamment, ils se saisissent assez facilement de cette proposition de mise à distance temporaire du foyer. Le service de pédiatrie apparaît alors comme une bouée, une balise à laquelle certains s'accrochent féroceement.

L'hospitalisation permet également une réinscription du jeune dans un espace social, dans un statut de sujet, avec des droits et des désirs. L'adolescent côtoie d'autres enfants, issus d'horizons différents, pouvant donner lieu à un enrichissement relationnel. Néanmoins, la cohabitation n'est pas toujours simple : les petits patients atteints de pathologies somatiques plus ou moins graves ont besoin de repos, ce qui s'avère peu compatible avec le "souk" que ces jeunes peuvent parfois produire. Ces adolescents en crise mettent alors à rude épreuve le lien pédiatre-psychiatre.

En effet, autant que possible, les psychiatres privilégient l'hospitalisation en pédiatrie pour maintenir le lien ténu amorcé avec l'adolescent et continuer à cheminer dans la demande de soins. Mais il est vrai que ces adolescents malmènent fréquemment l'équipe soignante, impressionnent par leur violence et menacent la cohésion de l'enveloppe institutionnelle. Le psychiatre doit soutenir les soignants dans cet accueil et restaurer le narcissisme institutionnel, attaqué par ces jeunes : leur assurer que "ce qui est bon en eux n'a pas été détruit". Par l'analyse du contre-transfert institutionnel, une réparation et une consolidation de l'enveloppe institutionnelle est permise, sur laquelle pourra s'appuyer l'adolescent pour reconstituer sa propre enveloppe psychique.

Toutefois, le psychiatre doit également pouvoir entendre les limites de l'équipe et identifier les situations où la contenance du service n'est plus suffisante. Les puéricultrices et les auxiliaires puéricultrices sont surchargées de travail et cavalent généralement dans tous les sens pour suivre le rythme effréné de la pédiatrie et de ses impératifs somatiques. Elles ne peuvent souvent accorder que peu de temps à ces jeunes, renforçant leur vécu abandonnique. Aussi, quand le service de pédiatrie ne s'avère plus adapté pour contenir l'agitation ou pour apporter une aide à la hauteur des troubles du jeune, une hospitalisation en secteur pédopsychiatrique est envisagée. Dans l'idéal, travailler cette indication avec lui serait préférable afin qu'elle n'intervienne pas en urgence suite à un épisode d'agitation. Sinon, le transfert dans un autre lieu de soins est ressenti comme une punition. Les liens sont rompus brutalement, sans élaboration possible et nombreux sont les jeunes qui ne reprennent pas contact, envahis par le sentiment d'avoir été trahi.

2. Amorcer une alliance thérapeutique

Constituer une alliance thérapeutique ne va pas de soi, malgré les atouts incontestables de l'hospitalisation en pédiatrie. La rencontre cherche comme avec les familles à problèmes multiples à recréer un lien sécurisant et non destructeur, pour faciliter ensuite l'accès au monde intra-psychique. Toutefois, face à ces rescapés d'un tumultueux parcours en dépit de leur jeune âge, la seule solution initiale est généralement de « *leur offrir l'espace tout entier et sortir, car toute promiscuité leur est insupportable. C'est accepter de se retrouver soi-même dans l'errance pour leur permettre de se retrouver, de se restaurer un peu. C'est aussi accepter de ne pas poser de questions.* » [96 ; p.11] Il faut résister à la tendance du recours à l'agir et reconstruire progressivement un espace de pensée, au sein duquel un soin puisse s'entrevoir.

Dans un deuxième temps, il s'agit de restaurer une image plus positive de lui-même au travers de la relation que le jeune peut nouer avec l'équipe et l'institution. Permettre une restauration narcissique pour qu'il intègre petit à petit la capacité à négocier les conflits, à accepter d'être mis devant ses contradictions, sans déclencher désorganisation, ni rupture. Ce travail est d'autant plus difficile qu'il requiert du temps. Or, l'adolescent, qui est en perpétuel mouvement, est intolérant à la continuité et à la durée. Les liens se transforment en permanence et cadre thérapeutique doit s'adapter à ces mouvements développementaux.

Le besoin de dépendance affective et de sécurité relationnelle, décrits chez Marie à l'image de ces enfants placés, s'avèrent intolérables en période d'adolescence, puisqu'ils menacent leur autonomisation et leur identité. C'est dans cette perspective que peuvent se

comprendre les ruptures relationnelles préventives itératives et les remises en cause systématiques de l'hospitalisation au bout de quelques jours.

La pluralité des intervenants dans le service de pédiatrie permet une diffraction nécessaire de la relation avec l'adolescent. Le choix de réaliser les entretiens en présence de l'externe a permis d'éviter le risque de fusion menaçante que fait courir la relation duelle. De même, il faut diffracter les affects projetés en proposant plusieurs lieux et modalités d'accueils possibles : consultation simple, hospitalisation en pédiatrie ou en pédopsychiatrie, accueil aux urgences pédiatriques, etc... Ces lieux doivent agir en complémentarité pour que l'adolescent puisse y circuler et faire l'expérience de différents modes relationnels, pour ne pas être enfermé dans une relation thérapeutique exclusive.

En résumé, établir une continuité avec l'adolescent placé est compliqué non seulement du fait de leurs mécanismes défensifs, d'un attachement insécure et des traits abandonniques, mais aussi du fait du processus normal de l'adolescence. Pourtant, c'est cette continuité qui permettra une restauration du sentiment de sécurité intérieure, nécessaire à l'établissement des liens internes ou intrapsychiques et externes ou interpersonnels. Le but est de tenter de passer de l'acte à la symbolisation.

3. Mise en sens des symptômes : « des maux aux mots »

Que se cache-t-il derrière cette agitation et ces mises en danger à répétition ?

En tout premier lieu, des difficultés identificatoires manifestes à l'aube de l'adolescence. Le questionnement identitaire et la quête des origines, surtout si le placement est intervenu précocement dans l'enfance, tiennent une place centrale. Ces adolescents ont vécu de multiples changements. Comment ne pas se vivre comme un objet et perdre des pans de son histoire dans ces conditions ? Leur passé ne leur appartient pas, ils ne connaissent que très peu d'éléments biographiques, hormis la date de leur placement, ou ce qui est contenu dans leur dossier... Cette perte d'identité est accentuée par les habitudes des institutions, où les enfants sont fréquemment nommés par leur prénom et leur appartenance à un groupe, et non leur patronyme : untel du groupe des petits, etc... L'enfant de l'ASE risque de devenir un enfant carencé de son origine. Dans la situation de Marie, nous nous trouvons à la deuxième génération d'enfants placés. Le placement apparaît comme un trait identitaire familial. Comment exister autrement que sous cette étiquette et construire son identité ?

Nous avons vu que les pathologies carencielles ne se restaurent pas par simple compensation, ni par plus d'attention ou de soin. Elles requièrent en parallèle un travail d'élaboration des traumatismes antérieurs et de l'histoire de l'enfant, afin d'éviter la répétition. Les services de l'ASE manquent de psychologues et de psychiatres pour effectuer

ce travail de mise en sens et les relais sur le secteur se font tardivement, alors que les troubles du comportement sont déjà installés. Pourtant, il est essentiel de favoriser ce travail de reliaison entre le passé et le présent, afin de restaurer un sentiment de continuité de l'existence, dont le corollaire est celui d'une cohérence interne.

D'autre part, si la mesure de placement intervient plus tardivement, l'adolescent est souvent confiné dans une situation de double lien, pris dans un conflit de loyauté insoluble : va-t-il donner raison à ses parents en poursuivant ces troubles du comportement dans l'institution, comme à domicile, ou au contraire va-t-il s'allier à l'institution en changeant d'attitude, mais en disqualifiant sa famille ?

Du reste, l'apaisement des troubles peut parfois être considéré comme un signal de retour dans le milieu familial, au lieu d'être perçu comme un apaisement face au caractère contenant et sécurisant de l'institution. Le message que le jeune en conclut : s'il souhaite rester, il est donc contraint à majorer ses troubles du comportement...

Tout ce travail de mise en sens de la crise peut être amorcé dans le service de pédiatrie, aussi bien avec le jeune qu'avec les éducateurs.

4. Un temps de concertation

Des temps de concertation sont organisés avec les services de l'ASE pour mettre des mots sur la crise, tenter d'en saisir le sens, afin d'éviter l'escalade symétrique de l'agressivité. L'hospitalisation intervient donc comme un lieu tiers, où chacun peu faire part de ses ressentis. Souvent, les travailleurs sociaux idéalisent l'action du psychiatre et sont fatalement déçus par les résultats de nos interventions : car si un jeune met en échec les éducateurs et les autres psychiatres, il n'y a pas de raison que le suivant à intervenir, de surcroît en situation d'urgence, fasse mieux que ses confrères...

Le rôle du pédopsychiatre est avant tout de contenir l'angoisse, mais aussi de nommer les projections archaïques. Cette fonction de pare-excitation vis-à-vis de l'angoisse suscitée par l'adolescent, vise à permettre aux adultes de son entourage de retrouver une attitude contenante face à sa détresse.

Ces rencontres sont parfois difficiles à organiser en période aiguë, comme nous le constatons dans l'illustration clinique. L'épuisement des éducateurs, à l'instar de toutes les équipes amenées à accompagner ces jeunes, y participe fortement. L'hospitalisation apparaît comme un moyen de "souffler" non seulement pour le jeune, mais aussi pour les équipes, ce qu'il nous arrive parfois de critiquer. Nos jugements hâtifs à l'égard des éducateurs du foyer s'inscrivent là-encore dans une répétition des phénomènes projectifs qui infiltrent nos modes

de pensées. Face à la destructivité de ces jeunes adolescents, des tensions apparaissent entre les institutions qui ont tendance à se disqualifier réciproquement et se renvoyer la balle concernant la prise en charge...

C. Des enjeux entre les institutions

L'adolescent peut devenir l'objet d'enjeux de pouvoir entre les institutions, où chacun agit au nom de son propre projet, mené selon des logiques de fonctionnement différentes.

En tant que psychiatres, nous prôtons une stabilité et une sécurité des liens tissés par l'enfant avec son environnement. Les décisions rigides de l'administration viennent rompre les liens avec les éducateurs, pourtant si difficiles à nouer. Si les petits foyers de type familial sont intéressants en diminuant la ségrégation, leur changement du fait de l'âge, rompt les liens qui ont pu être créés. Le départ du foyer a constitué une nouvelle rupture dans la vie de Marie réactivant l'abandonnisme. Elle a pu réinvestir la seconde structure, ce qui n'est malheureusement pas la règle pour tous les enfants du fait de leur attachement insécure.

Dans la même perspective de continuité, les psychiatres attendent que les éducateurs soutiennent la demande de soins dans la durée et non pas uniquement dans l'urgence. Trop souvent, l'accompagnement par le référent n'a lieu qu'au premier rendez-vous et le jeune se présente ensuite avec un autre éducateur qui n'est pas au courant de la situation ou ne le connaît pas. S'il est essentiel que le principe de continuité s'inscrive dans l'ensemble des lieux fréquentés par l'adolescent, nous devons cependant tenir compte de la réalité concrète et ses contraintes, auxquelles sont également soumis les services de l'ASE.

Il est donc clair que les rivalités s'installent rapidement entre les différentes institutions, quant à celui qui prendra le mieux en charge l'enfant. Si les mécanismes d'induction et de contagiosité psychique opèrent au sein d'une même équipe, ils n'épargnent pas les intervenants venant d'institutions différentes : monde du social, monde du soin, milieu scolaire.

L'entretien entre F. Lubeigt et J. L. Le Run, entre représentant du social et de la psychiatrie, précisent les attentes de chacun à l'égard de l'autre. [108]

Les psychiatres reprochent aux éducateurs de ne sonner à leur porte que tardivement alors que la situation est extrêmement dégradée : « l'équipe éducative "passe la main" uniquement quand elle est débordée et ne peut plus gérer... ».

Les éducateurs, quant à eux, reprochent aux psychiatres de ne pas les entendre dans leur demande pour ces adolescents. Ce sentiment est renforcé lors de l'arrivée aux urgences où l'adolescent n'est généralement plus agité : « Les médecins ne voient pas ce qui s'est passé

et nous renvoient le jeune en nous certifiant que la crise est passée... », expliquent-ils. Les équipes ont l'impression de ne pas avoir été comprises, tout en se vivant elles-mêmes incompetentes comme les parents. Le recours aux urgences pédiatriques par les éducateurs faute, estiment-ils d'une réponse psychiatrique, est extrêmement fréquent et témoignent de leur détresse et leur impuissance. En effet, ils ont reçu une formation éducative et non médicale, si bien que les troubles du comportement sévères les inquiètent à juste titres. Ils déstabilisent aussi l'ensemble du groupe d'enfants, ce qui rend leur tâche plus ardue au quotidien.

N'oublions pas qu'ils sont investis face à ces enfants séparés de leurs parents, d'une forme d'exercice de la parentalité. A ce sujet, G. Catoire et M.D. Bazire soulignent la « *charge parentale qu'ils ont sur le dos qui est un transfert de parentalité et non pas une parentalité de transfert* ». [34] Les auteurs introduisent le principe de « *coparentalité* » pour évoquer ces fonctions parentales de suppléance. Les éducateurs vont donc faire au contact de ces enfants une certaine expérience de la parentalité. Plusieurs risques apparaissent :

- ✓ Une confusion avec le parent d'origine ;
- ✓ Une contamination par la souffrance de l'enfant et des parents, surtout si le travail se situe uniquement dans une optique de réparation ;
- ✓ Un épuisement en l'absence d'un étayage institutionnel solide.

Soumis et bridés par une hiérarchie, dont les cadres de pensée sont flous et au fonctionnement de plus en plus dominé par une logique financière, l'équipe éducative semble peu soutenue. Les éducateurs doivent fréquemment gérer des situations compliquées sans encadrement sécurisé. Là encore, le défaut de pédopsychiatres et de psychologues dans les institutions, se fait cruellement sentir, rendant impossible l'élaboration des angoisses et souffrances des professionnels. Il en découle parfois des passages à l'acte sous forme d'abandon : les éducateurs n'apportent pas d'affaire à l'enfant hospitalisé, ne lui rendent pas visite sous prétexte de n'avoir pas de collègue pour les remplacer au foyer, etc...

Aussi, ne pas entendre la souffrance, que ce soit des équipes de l'ASE ou de l'équipe pédiatrique, et la rejeter de façon projective, conduit à des dérapages où notre intervention au lieu de prodiguer aide, sécurité et conseil, risque de se révéler iatrogène, voire maltraitante.

En outre, si l'hospitalisation en pédiatrie peut jouer le rôle de tiers en situation aigue, cette triangulation est beaucoup moins acceptée une fois la crise résolue. Le tiers semble perçu comme dangereux par les équipes de l'ASE. Nous pouvons faire la supposition que la mère substitutive, ou "bonne mère nourricière", que représente l'ASE supporte difficilement la fonction de tiers paternel que le service de pédiatrie et les psychiatres endossent en séparant la "mère" de l'enfant.

Poursuivant nos réflexions, nous pouvons imaginer que si l'enfant réel n'est pas la copie de l'enfant imaginaire ("cet enfant victime de mauvais parents naturels que l'institution va sauver et faire renaître"), il devient persécuteur puisqu'il signe la défaillance de cette "bonne-mère institution". Il risque alors d'être rejeté par l'intermédiaire de projets plus ou moins construits, visant peut-être inconsciemment à l'éloigner de cette mère nourricière.

En conclusion, les phénomènes projectifs sont à l'œuvre dans chaque institution, suscitant des tensions entre les professionnels qui déstabilisent l'enfant et l'expose au risque de maltraitance institutionnelle. Ces situations réveillent en nous une forte ambivalence, qui doit trouver sa résolution dans l'action et non dans le passage à l'acte. Aussi, au lieu de se renvoyer les situations entre institutions, il s'agit de sortir des blocages en passant du "c'est pour vous, c'est pas pour nous" au "nous allons tenter de comprendre ensemble ce qui se passe". Chaque nouvelle situation est à repenser au travers d'un décroisement des professionnels et des institutions. Sinon, le risque est de mettre l'enfant et sa famille « *en miettes* », selon l'expression de P. Verdier. [161]

L'illustration la plus parlante de ces enjeux interinstitutionnels concernent ceux que l'on appelle « les incasables » ou « les intenable » et qui entraînent le « syndrome de la patate chaude ». [R. Prat, 135] Ces adolescents se retrouvent fréquemment hospitalisés en psychiatrie faute d'une autre structure pour les accueillir, après avoir épuisé toutes les équipes et tous les établissements. Se met alors en place "le ping-pong des incasables", comme l'explique D. Versini. [162]

Depuis quelques années, des initiatives de décroisement tentent de se mettre en place pour améliorer la prise en charge de ces enfants ballottés, toujours plus nombreux, dont « on ne sait pas quoi faire »...

En Ile de France, le DERPAD (Dispositif Expert pour Adolescents en Difficultés) est une aire de médiation interinstitutionnelle, permettant un travail en lieu tiers. [M. Vidal, 163] Il ne s'agit pas d'apporter des réponses spécifiques, mais plutôt d'analyser la situation sous un œil nouveau, de pointer des questions inexplorées et de faire des propositions. Depuis, plusieurs dispositifs de ce type se sont mis en place dans d'autres départements : une « commission consultative interdisciplinaire » (magistrat du Parquet, représentant de l'ASE, médecins, PJJ) dans l'Oise, le « groupe ressource de la côte d'Opale » dans le Pas de Calais, le réseau Résado dans les Bouches du Rhône. La Structure intersectorielle de prise en charge des Adolescents difficiles (SIPAD), créée à Nice en 2000, permet, quant à elle, un bilan médical et éducatif afin de proposer un projet thérapeutique et une orientation sociale.

Les professionnels commencent donc à se mobiliser, mais les initiatives restent ponctuelles et demandent à se généraliser, ce qui suppose une volonté locale.

En conclusion, l'hospitalisation en pédiatrie semble faciliter l'amorce d'une alliance thérapeutique. Elle apparaît pour les familles et les jeunes comme :

- ✓ un lieu d'observation, de prévention et de soins,
- ✓ un lieu de crise pour écouter la plainte et contenir les angoisses,
- ✓ un lieu de médiation,
- ✓ un lieu de réinscription sociale.

L'approche corporelle est un atout incontestable, constituant parfois un levier thérapeutique, notamment chez les adolescents.

Le pédopsychiatre de liaison joue alors un rôle essentiel dans la consolidation des enveloppes familiale et institutionnelle, tant de l'équipe hospitalière, que des structures extérieures. Il transforme les éléments peu psychisés, à la recherche du sens perdu.

A mon sens, l'hospitalisation en pédiatrie a donc toute sa place dans la prise en charge des familles à problèmes multiples et des adolescents confiés à l'ASE, qui échappent la plupart du temps aux soins psychiques. Il serait intéressant d'approfondir cette question d'une réelle amorce de soins par l'étude de la corrélation entre le passage en pédiatrie et l'engagement réel ultérieur dans un suivi sur un centre de consultation auquel nous les réadressons.

Cependant, si le service de pédiatrie facilite assurément la rencontre avec les familles, l'accès au soins ne doit pas se résumer à une question de lieu. Au travers des situations cliniques, un constat s'impose : ces adolescents et ces familles en grandes difficultés ont le mérite d'obliger les professionnels des différentes institutions à se parler... A apprendre à se connaître et à travailler ensemble... En ce sens, le travail en lien autour d'eux n'est-il pas la clé de notre sujet ?

III. Le travail en réseau : un maillage à tricoter autour des familles ...

Nous avons vu que les familles à problèmes multiples nous confrontent à de puissants phénomènes de déliaison qui opèrent à trois niveaux :

- ✓ intrapsychique,
- ✓ interpersonnel : au sein même des équipes,
- ✓ interinstitutionnel : entre les équipes au sein d'un secteur, d'un hôpital ou d'un réseau.

Le travail de reliaison implique un travail sur le cadre, mais également sur la continuité à la fois temporelle (tenir dans le temps) et spatiale (rassembler dans un réseau).

A. Un décroisement nécessaire

Travailler le lien impose la prise en compte simultanée des autres liens : familiaux et professionnels. Le travail en réseau suppose de se connaître et de se rencontrer régulièrement au travers de l'organisation de concertations, de réunions d'élaboration, impliquant un décroisement et un travail interinstitutionnel. Apprendre à travailler ensemble sans "se déchirer" suppose la possibilité de être d'accord, tout en écoutant la parole de l'autre. Il s'agit de créer un dispositif qui soit "suffisamment bon", pour qu'aucun professionnel ne se sente isolé et dans lequel chacun conserve sa spécificité. En effet, travailler en réseau ne passe pas par une unification ou une uniformisation des professionnels, mais par une complémentarité et une culture partagée de la parentalité et de la protection de l'enfance. La créativité des professionnels s'étaye alors sur une solidité des institutions, support d'une identité forte. La formation et la supervision des différents professionnels tiennent de la même façon un rôle pivot pour lutter contre les phénomènes de contagiosités psychiques.

Entretenir des liens réguliers et étroits avec le réseau élargi offre un climat de sécurité pour l'enfant et sa famille. En créant du lien social, le travail en réseau exerce un effet de "maillage" entre parents, enfant, équipe de soins, équipe du social, équipe du milieu scolaire et éventuellement équipe de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, qui lutte contre le morcellement, les répétitions et les incohérences. Ce tissage d'une "enveloppe élargie" vise à contenir la souffrance familiale et éviter au maximum son éclatement.

Le partenariat entre professionnels de santé mentale de l'enfance et ceux de l'adulte pourrait être repensé. Trop peu de liens sont réalisés à l'heure actuelle, comme j'ai pu le constater au cours de mes stages, aussi bien en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie. A ce sujet, S. Fraiberg évoque « *ces enfants invisibles* », dont le nom, voire l'existence, est d'ailleurs rarement mentionné dans le dossier médical de leur parent malade mental. [6 ; p.

247] Si les priorités de psychiatres adultes ne sont généralement pas superposables à celles des pédopsychiatres, le travail conjoint pourrait s'avérer enrichissant autour des familles vulnérables pour améliorer la qualité de ce maillage. Notons que plus une situation est complexe, moins il existe de réponse univoque et plus il faudra complexifier l'étayage et le réseau.

Penser cet étayage suppose la définition d'objectifs clairs et réalistes. Il ne s'agit ni de supprimer les classes sociales défavorisées, ni de se substituer à la famille pour résoudre tous les problèmes à sa place. Par contre, il consiste à obtenir une clarification de la vie quotidienne et de mettre en place un projet de soins cohérent et singulier pour l'enfant et sa famille. En somme, tenter de "panser" par les étayages du médico-social en vue d'une certaine efficience, en misant sur les compétences des familles, qui sont bien réelles. Nos différents cas cliniques ont tous illustré les ressources et les potentialités de ces dernières, sous couvert de les soutenir.

B. Des écueils à éviter

Le travail en réseau suppose des écueils incontournables. Pouvoir les identifier précocement évite les impasses et les dérives.

1. *La confusion des tâches*

Comme nous l'avons vu, il n'est pas rare que les professionnels s'emmêlent... L'assistante sociale peut se prendre pour un thérapeute, le médecin pour un juge, l'institutrice pour une assistante sociale, etc... La confusion dans les rôles et les tâches est extrêmement fréquente, signant la présence de phénomènes projectifs.

Les professionnels appartiennent à des institutions distinctes, aux logiques différentes, quelquefois peu compatibles. Dès lors, l'acquisition d'une bonne identification professionnelle et institutionnelle est essentielle pour pouvoir travailler ensemble sans se confondre et conserver ses spécificités. En revanche, cela ne se fait ni sans tension, ni sans rupture de réseau parfois. N'oublions pas que l'enfant devient « *l'enfant parthénogénétique du roman familial de chacun* », comme le souligne M. Soulé et J. Noël. [149 ; p.592] Il peut devenir un enjeu entre les différents professionnels, entre les différentes institutions, chacun pensant mieux faire que le précédent...

Un travail d'élaboration en commun est indispensable pour aider chacun à prendre conscience des projections et des répétitions, dont il est l'objet. Sans cela, l'institution et les équipes, en voulant pourtant bien faire, risque d'offrir en miroir ce que les familles ont déjà

connu : insécurité, conflit, rivalité, discontinuité, méfiance, etc... Le risque de maltraitance institutionnelle doit être constamment présent à notre esprit dans la rencontre avec ces familles, qui nous font perdre le nord...

2. Le manque de confidentialité

Le travail en réseau soulève la question de la gestion des informations. Que partage-t-on avec les autres professionnels et que doit-on passer sous silence ? La loi sur la réforme de la protection de l'enfance apporte certaines réponses sur le secret professionnel, comme nous l'avons abordé dans la troisième partie. Toutefois, les questions éthiques persistent dans l'esprit des professionnels de santé... Ces interrogations doivent se poser à chaque nouvelle prise en charge afin de ne pas mélanger tous les registres.

3. La lourdeur du réseau

La densité du réseau autour des familles peut parfois entraîner un vécu persécutif. Leur expliquer la fonction et les limites de chaque intervenant participant à l'étayage mis en place, leur garantir une certaine confidentialité et une marge de liberté, atténuent souvent ce vécu pour la famille. Les parents sont d'ailleurs sensibles au relai des professionnels, lorsque chacun est capable de reconnaître ses limites, afin d'agir en complémentarité et non en substitution.

4. Des temporalités différentes

L'incompatibilité fréquente entre les différents niveaux de temporalité de chaque institution entraînent obligatoirement des discontinuités. Aussi, au temps de l'enfant et au temps des parents que nous avons pointés précédemment, viennent se surajouter celui des institutions, marqué par ses lourdeurs administratives et sa rigidité réglementaire. Une autre temporalité intervient parfois : celle de la justice, oscillant entre immédiateté décisionnelle et lenteur des procédures. Composer avec l'ensemble de ces temporalités est un exercice difficile, contraignant à une certaine adaptation de chacun.

C. Quel place pour le psychiatre ?

Comment le pédopsychiatre doit-il se positionner dans le réseau ? Il s'agit avant tout de conserver son identité en restant fidèle à ses missions :

- ✓ Privilégier la prise en charge de la souffrance psychique de l'enfant.
- ✓ Préserver les compétences professionnelles de nos partenaires qui sont soumis à un climat émotionnel intense permanent.
- ✓ Repérer et analyser les processus de contagiosité psychique, individuels et collectifs, qui entravent les dynamiques psychiques et relationnelles, notamment les agis intempestifs ou les paralysies d'intervention des professionnels.
- ✓ Redonner du sens lors des carences de représentation.

Ces questions du lien et du travail en réseau sont mises en exergue en pédopsychiatrie depuis plusieurs années. Les journées de la SFPEADA en 2008, qui se sont déroulées à Nantes, ont traitées le thème des « liens et liaisons en pédopsychiatrie ». Les organisateurs introduisent ces journées d'études en soulignant que « *Notre métier serait un métier à tisser, faisant passer la navette de l'intrapsychique à l'interinstitutionnel, en passant par le psychocorporel et l'interpersonnel, chacun des acteurs faisant aller et venir la navette d'un fil à l'autre.* » Le but ultime est de permettre que l'enfant puisse être résilient.

B. Cyrulnik mentionne qu'« *une carence précoce crée une vulnérabilité momentanée, que nos rencontres affectives et sociales pourront restaurer ou aggraver. En ce sens, la résilience constitue un processus naturel où ce que nous sommes à un moment donné doit obligatoirement se tricoter avec ses milieux écologiques, affectifs et verbaux. Qu'un milieu défaille et tout s'effondrera. Qu'un seul point d'appui soit offert et la construction reprendra* ». [41 ; p.16] Le pédopsychiatre peut constituer un des points d'appui pour l'enfant, afin de favoriser ce processus de résilience, sous condition d'une intervention précoce. Etre un des "tuteurs de développement" qui permettra le tricot entre le monde intime et le monde extérieur, qui « *noie une laine développementale avec une laine affective et sociale* ». [41 ; p.43]

En définitive, le pédopsychiatre se trouve au cœur de ce travail de liaison qui ne peut s'effectuer qu'au sein d'une constellation des institutions, cheminant ensemble dans la même direction : soutenir l'enfant et sa famille. Aussi, dans le travail en réseau, le décroisement et la multidisciplinarité résident probablement la clé de l'accès aux soins ...

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'approcher la délicate question du rapport du pédopsychiatre aux familles dites « à problèmes multiples » et à l'enfance précocement démunie face aux carences familiales. Ecrire sur ce sujet me paraissait intéressant face aux sollicitations de plus en plus fréquentes de la pédopsychiatrie, et des psychiatres en général, à l'égard de cette population. Dans l'avenir, nous risquons probablement d'être régulièrement confrontés à ces questions au vue de l'évolution sociétale et de l'augmentation des situations de précarité.

Il ne s'agissait pas ici de réaliser un plaidoyer en faveur des familles défavorisées, ni de prétendre apporter des solutions miracles. Mais ce travail de thèse tentait d'amorcer une réflexion sur la place de la pédopsychiatrie, à côté du social, autour de ces familles "bousculées par la vie" et de ces adolescents perturbateurs, parfois "laissés pour compte", qui sont actuellement pointés du doigt par la société.

Pour comprendre ce qui se jouait dans ces familles, aussi appelées « familles sans qualités », il nous a été nécessaire d'explorer ce qu'était réellement la parentalité, que S. Lebovici considérait comme le défi du XXI^{ème} siècle. En effet, on ne naît pas parent, on le devient... La parentalité se fabrique avec des ingrédients complexes : collectifs (historiques, juridiques, sociaux et culturels), individuels (conscients et inconscients) et propres à l'enfant qui vient de naître. L'étude des trois dimensions de la parentalité, à savoir l'exercice (dimension juridique et sociale), l'expérience (vécu subjectif intime) et la pratique (soins quotidiens et éducation), nous a permis de saisir pourquoi, dans certaines situations, la parentalité pouvait parfois être "empêchée", comme c'est le cas dans les familles à problèmes multiples.

Dans la population étudiée, les parents sont trop occupés à mettre en œuvre des stratégies de survie, tant psychique que matérielle, pour pouvoir transmettre un système d'acculturation, qui soit autre chose que la souffrance, la désorganisation et la précarité du monde.

Devant ce constat, nous avons tenté de savoir quels étaient les retentissements sur le développement de l'enfant de cette "parentalité exposée". Les troubles des interactions parents-enfant et les carences, essentiellement par distorsion, entraînent une symptomatologie multiforme, allant du retard global de développement, aux troubles cognitifs, en passant par des troubles de l'attachement, des troubles du comportement, des syndromes dépressifs, et risquant d'aboutir à une structuration de la personnalité de type limite ou psychopathique. Les

générations se succèdent alors dans une répétition à l'identique, où prédominent failles narcissiques, carences, souffrance et exclusion. Nous en sommes arrivés à la conclusion que le soin psychique pour l'enfant est un levier indispensable pour interrompre le cercle vicieux de la transmission transgénérationnelle.

Mais, l'accès aux soins pour ces enfants, dits "cas sociaux", ne va pas de soi... Les familles n'ont généralement aucune demande pour l'enfant, qui n'est pas perçu dans son individualité. Elles sont réticentes à toute aide extérieure, uniquement vécue comme une menace à leur intégrité, du fait d'un fonctionnement défensif où domine l'identification projective. Les résistances des familles s'inscrivent également dans la logique de la précarité, où la temporalité est perturbée et les problèmes logistiques sont loin d'être négligeables. Les fausses croyances et une altération des modalités relationnelles compliquent tout autant l'accès aux soins.

Continuant notre réflexion concernant les raisons de ce retard dans l'accès aux soins, parallèlement à la demande qui est, rappelons-le, toujours transférentielle, il nous a paru essentiel de nous interroger sur l'offre de soins dans sa dimension contre-transférentielle. Car la rencontre avec l'enfant en danger et la parentalité "empêchée" expose la professionnalité, tant du côté du social, que du soin. Elle réveille des affects refoulés, infiltrés de pulsions érotiques et destructrices, nous renvoyant à notre histoire, à notre roman familial et à notre vécu de parent. Les puissants mouvements identificatoires et contre-transférentiels mis en jeu doivent être repérés pour ne pas négliger ou au contraire surinvestir ces enfants.

Actuellement, les réticences anciennes des psychiatres à intervenir dans ces familles, s'estompent et laissent place à des initiatives pour améliorer le dispositif de soins, auquel échappent actuellement ces enfants. On tente désormais d'aller au devant et au plus près de ces familles, qui ne demandent rien et ne se déplacent pas...

Enfin, nous avons pris le parti de souligner l'intérêt de l'hospitalisation en pédiatrie comme une des pistes, qui facilitent la constitution d'une alliance thérapeutique, que ce soit avec les familles à problèmes multiples ou avec les adolescents confiés à l'ASE. Au travers de plusieurs situations cliniques, nous avons montré comment ce lieu tiers, bien repéré et aisément accessible, est perçu comme un lieu sécurisant grâce à la contenance et au holding institutionnel. L'hospitalisation permet de repositionner chacun dans un statut de sujet, au travers d'une réinscription dans un espace social non stigmatisé. Parallèlement, nous avons également pointé l'intérêt de l'approche corporelle, permettant d'accéder secondairement au psychisme.

Les illustrations cliniques nous ont permis de mettre en évidence l'existence d'une contagiosité psychique des professionnels par le fonctionnement pathologique familial, et des phénomènes de déliaison, opérant à trois niveaux : intrapsychique, interpersonnel et interinstitutionnel. En pratique, l'analyse systématique des trois axes de la parentalité, une

solide formation et une supervision régulière des professionnels contribuent à éviter les mécanismes projectifs, le clivage, le désintérêt, les préjugés ou le passage à l'acte, que peuvent susciter ces aléas de la parentalité chez les intervenants sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires.

A l'issue de ce travail, il nous semble que l'accès aux soins s'apparente à un parcours, à un processus et non pas à une simple porte à pousser. Il suppose un cheminement et un certain nombre d'étapes que la famille doit pouvoir franchir avec l'appui des professionnels de tous horizons. Orienter... accompagner... accueillir... indiquer... orienter... etc... Ainsi vont les navettes sur le métier à tisser de l'accès aux soins, requérant la constitution d'un maillage pluriprofessionnel autour des familles. Améliorer l'accès aux soins passe notamment par deux niveaux d'intervention :

- ✓ la prévention, où les intervenants de première ligne (médecins généralistes, Protection Maternelle et Infantile, pédiatres, travailleurs sociaux) jouent un rôle pivot dans le repérage des demandes masquées ;
- ✓ le travail en réseau, qui nécessite un décroisement et une solide identification professionnelle et institutionnelle.

Nietzsche rappelait que « *L'homme entend mal les musiques nouvelles* ». Il est donc essentiel de prêter une oreille attentive à tous les enfants, quelles que soient les défaillances de leur milieu familial. Car « *l'avenir n'est pas écrit* », comme le soulignent A. Jacquard et A. Kahn, et c'est maintenant que tout se joue... [86]

A ceux qui craignent une psychiatrisation du social, je répondrai que le travail en réseau auprès des familles vulnérables, à mon sens, est non seulement possible, mais utile pour ces enfants, sous couvert de préserver la place et le rôle de chacun dans l'éclatage mis en place conjointement. Il ne s'agit ni de répondre à une injonction politique pernicieuse, ni à un désir de bienfaisance charitable envers des enfants d'une autre essence, qui ne feraient que renforcer la stigmatisation. Mais, le psychiatre a toute sa place dans le travail avec ces familles, sans pour autant perdre son âme, tant qu'il demeure fidèle à ses missions : privilégier la prise en charge de la souffrance psychique de l'enfant, redonner du sens lors des carences dans les représentations, repérer et métaboliser les phénomènes d'induction et de contagiosité psychique.

Le pédopsychiatre est cet « artisan de la rencontre, ce praticien de l'inattendu », comme l'évoque P. Duverger, qui doit « introduire de la non-détermination » et laisser une place à l'imprévisible, pour éviter le piège des déterminismes. [51] Il s'agit de voir au-delà des problèmes sociaux, en misant sur les ressources de chacun. **Car ces enfants ne sont pas sans potentialité et ces familles ne sont pas sans qualité...** En étayant les familles grâce aux

actions du médico-social et en misant sur leurs compétences, il s'agit de faire émerger leur propre manière d'être parent. Pouvoir les aider à naviguer de confusion, aliénation, répétition, en reconnaissance, autonomie et séparation. Etre là, être avec, à côté, puis à distance ; être objet d'arrière plan, de projections, de pare-excitation, de « *médium malléable* ». Etre présent à la fois pour l'enfant et ses parents pour tisser ensemble un fil de soie, de soi, de soin, afin de fabriquer une étoffe précieuse qui enveloppe, avec pudeur et humanité, la souffrance de ces familles qui parfois dérange...

Ce travail de thèse a été pour moi riche d'enseignements et de réflexions sur ma pratique, tout en me laissant avec de nouvelles interrogations, qui m'incitent à poursuivre cette recherche. Comment améliorer le partenariat avec le dispositif de l'ASE concernant les enfants placés ? Quel autre cadre soignant pouvons-nous inventer pour ne plus laisser échapper cette population, en tenant compte des moyens limités dont nous disposons actuellement ? Ici réside un potentiel de créativité indéniable...

Pour conclure, j'insisterai sur le fait que l'assistance et le soin ont des limites. Il serait vain de croire que nous puissions résoudre tous les problèmes. Nous ne sommes pas tout-puissants... Dans cette illusion peut-être réside le danger encore plus grand encouru par ces enfants et ces familles... N'oublions pas qu'« *on ne devient thérapeute qu'à condition d'y être convié par l'enfant lui-même et sa famille, et que cela passe par la reconnaissance de leur problématique, de nos limites, et par la déconstruction permanente de nos préjugés.* » [14] En un mot, comment rester des professionnels "suffisamment bons" ?

GLOSSAIRE

ADN : Acide Désoxyribonucléique
AED : Action Educative à Domicile
AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert
AESF : Accompagnement en Economie Sociale et Familiale
AFPSSU : Association française pour la Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème version
CLIS : Classe d'Intégration Scolaire
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnelle
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DERPAD : Dispositif Expert Pour Adolescents en Difficultés
DSM IV : Diagnostic et Statistical Manuel, 4ème version
HAS : Haute Autorité de la Santé
IME : Institut Médico-Educatif
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
MIO : Modèle Interne Opérant
ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SFPEADA : Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines Associées
SHIP : Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie
SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
TC : Trouble des Conduites
TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité
TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation
TPSE : Tutelle aux Prestations Sociales Enfant
UAED : Unité d'Accueil des Enfants en Danger

ANNEXE

REFERENTIEL D'OBSERVATION POUR LE REPERAGE PRECOCES DES MANIFESTATIONS DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET DES TROUBLES DU DEVELOPPEMENT CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT A L'USAGE DES MEDECINS

Fédération Française de Psychiatrie à la demande du Ministère chargé de la Santé
et du Ministère de l'Education Nationale

1 - Du bon usage de ce document.

A] Etat d'esprit et cadre

Le recueil d'informations doit être global et reposer sur :

- l'observation directe de l'enfant (activités, jeux, propos, comportements...),
- la recherche de l'information dans le discours des parents,
- la prise en compte de l'interaction et de l'interrelation de l'enfant avec ses milieux de vie (familial, scolaire, social..).

Il s'agit de co-construire une alliance de travail avec les parents :

- en recherchant leur participation active (y compris à l'adolescence),
- en favorisant l'expression de leurs compétences,
- en étant attentif à leurs inquiétudes.

B] Facteurs de vulnérabilité à rechercher

Certains contextes psychosociaux fragilisent l'enfant et son environnement proche avec le risque d'aggravation des troubles :

- précarité socio-économique,
- tensions graves et fragilité dans les liens familiaux et sociaux,
- traumatismes actuels ou antérieurs (décès, maltraitance, ruptures, maladies organiques...),
- manifestations psychopathologiques d'un ou des parents,
- carences affectives, éducatives...

Sont aussi facteurs de vulnérabilité :

- l'évitement des soins,
- le refus d'aide,
- les ruptures, discontinuités ou incohérences dans les soins.

C] Précisions sur le repérage des signes.

Il s'agit d'un support d'aide au repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement et non d'un outil diagnostique.

En effet, certains signes nécessitent simplement de revoir l'enfant, d'autres demandent une orientation pour diagnostic spécialisé, avis ou prise en charge.

Ces signes nécessitent une évaluation somatique, psychiatrique, mais aussi psychologique ou socio-éducative, sans exclusive.

Ne pas oublier :

- le peu de spécificité des symptômes isolés,
- leur possible appartenance aux variations de l'état normal ou à des étapes de développement,
- leur variabilité dans le temps,
- leur appréciation en fonction du contexte.

II - Signes d'appel selon l'âge.

A] de 0 à 5 ans.

1°) Les enjeux

Les enjeux en faveur de la santé des nourrissons et des jeunes enfants sont les suivants :

- => soutenir la mise en place de la parentalité après évaluation des facteurs qui l'influencent, (individuels, conjugaux, familiaux, sociaux),
- => savoir évaluer le réseau relationnel de la famille,
- => savoir évaluer la qualité des interactions comportementales et affectives entre le nourrisson et ses partenaires adultes,
- => savoir évaluer les principales composantes du développement du nourrisson : grandes fonctions corporelles (alimentation, sommeil, contrôle sphinctérien), capacités instrumentales (motricité, langage), exploration de l'environnement (espace, objets) émotions et interactions sociales,
- => savoir penser à la maltraitance.

2°) Les signes

I/ Le nourrisson de 0 à 2 ans

Dans cette période de construction ou de remaniement de la famille autour de l'arrivée de l'enfant, il convient d'être attentif aux signes pouvant révéler une dépression maternelle et dans tous les cas, il est nécessaire d'approfondir les différents motifs à l'œuvre dans l'inquiétude exprimée par les parents.

a) les troubles à expression somatique :

- troubles durables du comportement alimentaire (refus, vomissements, mérycisme),
- troubles du sommeil persistants,
- pleurs inconsolables,
- spasmes du sanglot,
- manifestations somatiques entraînant des consultations répétées.

b) les troubles émotionnels et de la relation :

- retrait relationnel, pauvreté interactive,
- difficultés dans la séparation,
- interactions chaotique,
- désintérêt pour le jeu,
- absence de recherche de l'objet disparu et du jeu de coucou.

Ils sont à évaluer à travers l'étude de la qualité des échanges de regards, de sourires, de vocalisations, mais aussi l'intérêt pour les objets et le jeu ou la qualité du holding.

c) les troubles du développement :

- langage, jeux et échanges relationnels...),
- retard d'acquisition dans les principaux secteurs (marche, utilisation des objets,
- particularités tonico-motrices (hypertonie, hypotonie, défaut d'ajustement tonico-postural),
- particularités dans le contact (indifférence au monde sonore et aux personnes, absence de pointage et d'attention conjointe à 18 mois),
- mouvements stéréotypés.

2/ Le jeune enfant de 2 à 5 ans

a) les troubles émotionnels et de la relation vont se manifester à travers divers comportements :

- opposition sévère, comportement agressif,
- intolérance majeure à la frustration,
- inhibition, faible intérêt pour le jeu, les activités, la relation,
- instabilité et troubles de l'attention (à apprécier selon l'âge),
- difficultés à la séparation et aux changements d'environnement,
- troubles de la socialisation,
- rituels et phobies envahissants.

b) les troubles à expression somatique :

- les mêmes qu'antérieurement,
- peuvent s'ajouter des difficultés dans l'acquisition du contrôle sphinctérien :
- constipation sévère,
- encoprésie et énurésie (à apprécier selon l'âge).

c) les troubles du développement :

s'inscrivent dans la continuité des troubles décrits antérieurement.

3°) Que faire ?

Devant tout signe d'appel il convient d'évaluer le contexte global d'expression de ce signe, de donner des conseils dans un état d'esprit qui prendra en compte les compétences parentales et il conviendra de réévaluer la situation quelques semaines plus tard.

La persistance des troubles doit conduire le professionnel de santé à accompagner la famille vers une consultation pédopsychiatrique en s'appuyant si possible sur un réseau personnalisé, tout en gardant sa place auprès de cette famille.

Dans le cas de suspicion de maltraitance il faudra évaluer dans l'urgence, y compris en pédiatrie.

B] De 6 à 11 ans

1°) Les enjeux

- => Aider l'enfant à bien vivre cette période et par là même la protéger (ne pas la raccourcir).
- => Avoir conscience de l'importance de la socialisation (groupes de pairs), du plaisir de la découverte, de l'organisation de la pensée et les favoriser.
- => Savoir bien soutenir les parents dans un investissement positif de leur enfant.
- => Etre attentif à l'enjeu scolaire et savoir ne pas réduire les problèmes de l'enfant à cet enjeu.
- => Eviter d'accélérer la dynamique pulsionnelle de l'adolescence et préparer celle ci dans les meilleurs conditions.

2°) Les signes

1/ L'enfant inhibé :

- => timide et renfermé,
- => à la participation langagière limitée dans la relation aux adultes, ce jusqu'à l'inhibition complète parfois,
- => différence entre l'enfant mutique qui participe et celui qui ne participe pas, en famille et/ou à l'école.

2/ L'enfant isolé :

- => pas de camarades,
- => tendance à s'isoler en classe et dans la cour, hors de l'école, en famille,
- => recours excessif aux jeux vidéo.

- 3/ L'enfant triste :
- => ennui,
 - => absence de jeu,
 - => sentiment d'échec, d'inutilité, de non valeur,
 - => propos morbides.
- 4/ L'enfant dit immature :
- => attaché aux relations et jeux de la petite enfance,
 - => pas prêt aux apprentissages (cognitifs, moteurs, sociaux...)
 - => autonomie insuffisante.
- 5/ L'enfant inattentif :
- => l'inattention gêne les apprentissages, signe fréquemment relevé par les enseignants,
 - => enfant présenté comme « papillonnant ».
- 6/ L'enfant bagarreur :
- => problèmes récurrents de relation avec les autres en milieu scolaire et/ou social et/ou familial.
 - => tendance à passer à l'acte.
- 7/ L'enfant perturbateur :
- => très mobile, bouge tout le temps,
 - => fait du bruit, se distrait facilement,
 - => est happé par le moindre stimulus extérieur.
- 8/ L'enfant opposant :
- => de l'opposition à toute proposition d'apprentissage jusqu'au refus scolaire,
 - => intolérance à la frustration, colères, hostilité, provocations et menaces...
- 9/ L'enfant en difficulté d'apprentissages scolaires :
- => lenteur, retard,
 - => à l'opposé, précocité des acquisitions,
 - => difficultés en lecture, écriture, calcul...
- 10/ L'enfant anxieux :
- => manque de confiance en lui,
 - => association fréquente à des plaintes somatiques et à des difficultés relationnelles,
 - => pleurs à la séparation maternelle,
 - => présence de rituels, phobies, tics...
 - => absentéismes et phobies scolaires.
- 11/ L'enfant au comportement trop sexualisé :
- => propos ou comportements,
 - => avec éventuelle implication d'autres enfants.
- 12/ L'enfant qui se met en danger :
- => auto-agression,
 - => mise en situation physique dangereuse,
 - => fugue,

- => accident répétés...
- => consommation de toxiques.

13/ L'enfant présentant des signes corporels :

- => plaintes somatiques (douleur abdominale, céphalée, paralysie fonctionnelle...)
- => troubles du sommeil,
- => troubles alimentaires,
- => amaigrissement et surpoids...
- => énurésie, encoprésie,
- => absences répétées pour maladies,

14/ L'enfant bizarre :

- => dans son comportement ou ses modes de relation.

3°) Que faire ?

- Analyser les inquiétudes de l'entourage et recueillir les informations auprès de l'enfant et de ses parents.

- Le revoir en fonction des informations recueillies et notamment si.

- apparition récente de symptômes,
- rupture dans le développement,
- modifications dans les façons d'être de l'enfant.

- Orienter rapidement vers une consultation spécialisée lorsque :

- intervenant particulièrement inquiet et intuition d'une souffrance de l'enfant.
- cumul ou persistance de signes,
- impact important sur la vie scolaire, familiale et sociale.

- Et particulièrement pour :

- conduites bizarres,
- souffrance dépressive,
- anxiété importante,
- signes d'expression corporelle comme l'encoprésie ou l'amaigrissement,
- la mise en danger,
- suspicion d'une part psychopathologique dans certains troubles d'apprentissage ou instrumentaux.

- Prendre en compte les contraintes diverses (temps, transports, ...) et favoriser les recours à des consultations proches.

- Savoir accompagner les parents et l'enfant vers cette consultation spécialisée (téléphone, contact préalable,...)

C] Adolescents

1°) Les enjeux

1/ Il importe de rappeler la dimension de temporalité longue de l'adolescence portée par deux mouvements parallèles mais de rythmes différents : le processus biologique pubertaire et le processus psychosocial d'adolescence ; le terme de ce double processus est l'accession au statut d'adulte autonome.

2/ Cette conception de l'adolescence amène à considérer qu'un travail de repérage et de prévention - s'il ne doit pas méconnaître l'apparition des signes précurseurs de pathologies psychiatriques de l'adulte (en particulier en prêtant attention aux évolutions à bas bruit) - doit surtout s'attacher à tout arrêt du processus dynamique de l'adolescence empêchant à terme la réalisation de cette tâche maturative et entraînant des séquelles développementales (conduites de dépendance infantiles vis-à-vis de la famille ou de la société, restriction des intérêts, appauvrissement de la vie relationnelle, enfermement dans une identité négative, intolérance à la frustration, à l'attente, au compromis)

2°) Les signes

a/ Les signes appelant une réponse immédiate relevant des urgences hospitalières ou de la consultation urgente en psychiatrie, en fonction des dispositifs locaux :

1/ Les tentatives de suicide, même sans gravité somatique

2/ La perception d'un risque suicidaire.

3/ Les modifications brutales et inhabituelles de l'apparence, du comportement, des conduites, du discours (négligence corporelle, bizarreries, hallucinations, propos incohérents, propos délirants, troubles majeurs du sommeil, de l'appétit, changement brutal de l'humeur, manifestations d'angoisse majeure, auto ou hétéro agressivité, désinhibition, état d'agitation, état confusionnel, repli, prostration, sidération) ou de l'état somatique

b/ Les signes devant attirer l'attention et justifiant une appréciation plus fine.

Ce paragraphe va comporter l'énumération d'une grande quantité de signes (dans certains cas nous parlerons de particularités pour ne pas induire des normes trop restrictives).

1/ Particularités de la vie psychique concernant :

=> l'estime de soi,

=> l'image de soi,

=> les variations de l'humeur, les angoisses, les phobies, les idées obsédantes, les rituels, les peurs.

2/ Particularités de la vie relationnelle :

=> vis-à-vis des pairs : isolement ou bande, amitié exclusive,

=> vis-à-vis des adultes : anonymat ou recherche d'exclusivité, opposition,

=> manifestations de la sexualité paraissent inadaptées,

=> difficultés à maintenir des investissements extérieurs.

3/ Particularités de la vie familiale :

- => antécédents familiaux pathogènes,
- => difficultés dans la vie actuelle de la famille, avec les parents, la fratrie et la famille élargie.

4/ Signes de la vie scolaire :

- => résultats et méthodes de travail (trop ou trop peu),
- => troubles de l'investissement scolaire (rapport au savoir, à l'institution),
- => hétérogénéité des performances et des comportements scolaires,
- => fragilité de l'inscription personnelle dans les projets scolaires et professionnels.

5/ Signes de la vie comportementale :

- => troubles du comportement alimentaire,
- => consommation de- produits licites ou illicites (ou détournés de leurs fonctions) et de médicaments (avec éventuellement trafics, racket),
- => autres addictions (jeux, activités physiques...),
- => transgressions et conduites à risque: fugue, délinquance, acte de violence,
- => passivité, instabilité, agitation, tyrannie,
- => dramatisation ou silence sur les crises et traumatismes actuels ou passés.

6/ Les signes du corps :

- => fatigue, douleur, variations pondérales, dispense sportive et dopage sportif,
- => signes cutanés : affections dermatologiques, scarifications, mutilations, piercings, marques corporelles ...(nature et localisation),
- => exhibition ou dissimulation du corps,
- => accidents à répétition.

7/ L'utilisation récente et récurrente (en général inadaptée) de systèmes de consultation et d'urgences

3°) Que faire

a/ Tentative de suicide, perception d'un risque suicidaire ou modifications brutales et inhabituelles de l'apparence, du comportement, des conduites et du discours appellent une réponse immédiate, aux urgences hospitalières ou dans une consultation psychiatrique.

b/ Les situations cliniques rencontrées avec les adolescents nécessitent l'évaluation du degré d'urgence, puis la réponse adaptée.

- l'évaluation doit être appréciée en fonction du contexte.
- chacun d'eux peut appartenir soit à une pathologie sévère, soit à la banalité la plus totale.
- des déterminants socioculturels peuvent influencer sur la lecture de ces signes soit en les banalisant, soit en les dramatisant.
- la coexistence de plusieurs signes de registres différents - surtout d'apparition récente - est un indicateur de gravité .

c/ La reconnaissance et la prise en compte de certains d'entre eux peut amener à énoncer une nécessité de consultation spécialisée.

Du fait des particularités de l'adolescence une telle prise de position doit être accompagnée par son énonciateur jusqu'à sa réalisation.

La réalisation de cette consultation doit concerner chaque fois que possible les parents.

III - Conclusion générale

- 1/ Cette démarche de repérage doit inciter à l'échange entre médecins de divers horizons, et si nécessaire à l'évaluation pluriprofessionnelle de la situation de l'enfant et de l'adolescent.
- 2/ Elle doit garantir l'implication de la famille à toutes les étapes.
- 3/ Elle soutiendra l'effort de personnalisation des contacts et des réseaux.
- 4/ Le médecin doit se donner la possibilité de revoir la situation, de s'informer et d'élaborer une réflexion commune avant de prendre une décision d'orientation.
- 5/ De par son essence, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile est un dispositif particulièrement adapté à soutenir cette démarche de repérage à travers l'originalité de ses réponses locales.

BIBLIOGRAPHIE

1. **ABRAHAM N., TOROK M.**
L'écorce et le noyau. Flammarion, Paris, 1987.
2. **AINSWORTH M.D., BLEHAR M.C., WATER E. et al.**
Patterns of attachment, a psychological study of the Strange Situation. Erlbaum, Hillsdale, 1978.
3. **AJURIAGUERRA M.**
Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson, 1974.
4. **AMMANITI A., SPERANZA A.M., FEDELE S.**
Attachment in infancy and in early and late childhood. In : KERNS K.A., RICHARDSON R.A. Attachment in middle childhood. Guilford Press, New York., 2005 : 688-712.
5. **ANTHONY E. J., CHILAND C., KOUPERNIK C.**
L'enfant dans sa famille, l'enfant à haut risque psychiatrique. PUF, Paris, 1980.
6. **ANTHONY E. J., CHILAND C., KOUPERNIK C.**
L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable. PUF, Paris, 1982.
7. **ANZIEU D.**
Le Moi-peau (1985). Paris, Dunod, 2001.
8. **ANZIEU D.**
Les enveloppes psychiques. Paris, Dunod, 1996.
9. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.**
Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text revision, DSM-IV-TR. Washington DC, 2000.
10. **APPEL DES 100 POUR LE RENOUVEAU DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE du 8 septembre 2005.**
<http://www.reforme-enfance.fr/images/documents/appeldes100.pdf>
11. **AUSLOOS G.**
La compétence des familles. Temps, chaos, processus. Erès, 2000.
12. **BALMÈS V.**
Les problèmes de la famille Treizel et des institutions dans la ville. Etude de cas (III). Perspectives psychiatriques, 1977, II, n°61 : 75-165.
13. **BARON-COHEN S., LESLIE A.M., FRITH U.**
Does the autistic child have a "theory of mind"? Cognition, 1985, 21 : 37-46.

14. **BAUER A.**
Créer un lien thérapeutique. *Enfances et psy*, Eres, 1999, n° 7 : 134-141.
15. **BELSKY J.**
Interactional and contextual determinants of attachment security. In : CASSIDY J., SHAVER P.R. *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications*. The Guilford Press, New York, 1999 : 249-264.
16. **BEN SOUSSAN P.**
La parentalité exposée. Erès, 2007.
17. **BERGER M.**
L'échec de la protection de l'enfance. Paris, Dunod, 2004, 2^{ème} édition.
18. **BERGER M.**
Le travail thérapeutique avec la famille. Paris, Dunod, 2003.
19. **BICK E.**
L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces (1968). In : *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (1998). Sous la direction de M. Harris Williams. Editions du Hublot, 2^{ème} édition 2007 : 123-127.
20. **BION W.R.**
Aux sources de l'expérience (1962). Paris, PUF, 5^{ème} édition, 2005.
21. **BION W.R.**
Réflexions faites (1967). Paris, PUF, Trad. Fr. 1983.
22. **BOIMARE S.**
L'enfant et la peur d'apprendre. 2^{ème} édition, Dunod, 2004.
23. **BOSZORMENYI-NAGY Y.**
Glossaire de thérapie contextuelle. Traduction de NEBEL C., SALEM G. *Dialogue*, 1991, n°111 : 31- 44.
24. **BOURDIER P.**
L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 1972, 20, 1 : 15-22.
25. **BOWLBY J.**
Attachement et perte. Vol.1. L'attachement (1969/1982). Trad. Fr., PUF, Paris, 1978.
26. **BOWLBY J.**
Attachement et perte. Vol.2. La séparation, angoisse et colère (1973). Trad. Fr., PUF, Paris, 1978.
27. **BOWLBY J.**
Attachement et perte. Vol.3. La perte (1980). Trad. Fr., PUF, Paris, 1984.

28. **BRISSET C.**
Une institution indépendante au service des droits des enfants : le Défenseur des enfants. Archives de Pédiatrie, 2002, 9 :1223-1225.
29. **BRUNER J.S.**
Le développement de l'enfant. Savoir faire, savoir dire (1983). Paris, PUF, 7^{ème} édition, 2002.
30. **BRUNIAUX J.P., MAESTRE M.**
Peut-on éviter le processus de triple désignation : famille disqualifiée, enfant à problèmes, éducateurs super-compétents ? Résonances, 1995, n°7 : 33-37.
31. **BYDLOWSKI M.**
Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation. In : LEOVICI S., WEIL-HALPERN G. – Psychopathologie du bébé. Paris, PUF, 1989 : 57-67.
32. **BYDLOWSKI M.**
La relation fœto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus. In : LEOVICI S., et al. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, PUF, 1995 : 1881-1891.
33. **CAHEN F.**
L'enfant impossible. Perspectives psychiatriques, 1978, IV, 68 : 358-364.
34. **CATOIRE G., BAZIRE M.-D.**
Le pédopsychiatre, le patient et le travail social. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1992, 40, 3-4 : 178-181.
35. **CHALON P.**
La bientraitance ? c'est le contraire de la maltraitance, non ? ça tombe sous le sens ! Pas tout à fait. Revue enfance majuscule, juillet août 2007, n°95.
36. **CHILAND C.**
L'entretien clinique. Paris, PUF, Quadrige, 2006.
37. **COINCON Y., HALIMI Y., PLANTADE A.**
SROS Enfants Adolescents Pédopsychiatrie. La Lettre de l'API, novembre 2003, n°11: 4-6.
38. **COLLECTIF « PAS DE 0 DE CONDUITE POUR LES ENFANTS DE 3 ANS ! »**
Erès, 2006.
39. **COLLOQUE DE L'AFPSSU**
Penser/Panser la protection de l'enfance. Paris, 18 janvier 2008.
40. **CUMMINGS E.M.**
Classification of attachment on a continuum of felt security. In : GREENBERG M.T, CICHETTI D., CUMMINGS E.M. Attachment in the pre-school years. Ed. Chicago University Press, Chicago, 1990 : 311-338.

41. **CYRULNIK B.**
Un merveilleux malheur. Editions Odile Jacob, Paris, 1999.
42. **DANCHIN A.**
Ordre et dynamique du vivant. Paris, Seuil, 1978.
43. **DAVID M., APPEL G.**
Etude des facteurs de carence affective dans une pouponnière. Psychiatrie de l'enfant, 1962, IV, 2 : 407-442.
44. **DAVID M., LAMOUR M., KREISLER A., HARNISCH R.**
Recherche sur les nourrissons de familles carencées. Psychiatrie de l'enfant, XXVII, 1, 1984 : 175-222.
45. **DAZORD A., MANIFICAT S., ESCOFFIER C., KADOUR J.L., BOBES J., GONZALES M.P., NICOLAS J., COCHAT P.**
Qualité de vie des enfants : intérêt de son évaluation. Comparaison d'enfants en bonne santé et dans des situations de vulnérabilité (psychologique, sociale, somatique). L'Encéphale, 2000, XXVI : 46-55.
46. **DEUTSCH H.**
La psychologie des femmes. Paris, PUF, 1949.
47. **DIATKINE G.**
Chasseurs de fantômes. Psychiatrie de l'enfant, 1984, XXVII, 1 : 223-248.
48. **DIATKINE G.**
Familles sans qualités : les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples. Psychiatrie de l'enfant, 1979, 22 : 237-273.
49. **DRIEU D.**
Automutilations, traumatophilie et enjeux transgénérationnels à l'adolescence. Adolescence, 2004, 22, 2 : 311-323.
50. **DUGNAT M., DOUZON M.**
Parents vulnérables, enfants séparés. Pour des soins préventifs. Enfances et psy, Eres, 2007, n°37 : 9-21.
51. **DUVERGER P., FONSEGRIVE G., LEGRAS M., FAURE K., TOGORA A., CHOCARD A-S., MALKA J.**
Le pédopsychiatre de liaison, un praticien de l'inattendu. Communication présentée à Québec lors du congrès « La question des Neurosciences en Psychiatrie », 30 septembre – 5 octobre 2002. <http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy>
52. **DUVERGER P.**
Enquête auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents. Janvier 2006. <http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy>

53. **FAÏMBERG H.**
« A l'écoute du télescopage des générations : pertinence psychanalytique du concept ». In : KAES R. – Transmission de la vie psychique entre les générations. Paris, Dunod, 1993.
54. **FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE**
Référentiel d'observation pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent à l'usage des médecins.
<http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/SouffrPsyEnfAdoVC06.doc>
55. **FELDMAN S.S., NASH S.C., ASCHENBRENNER B.G.**
Antécédents of fathering. Child Development, 1983, 54 : 1628-1636.
56. **FONAGY P.**
Théorie de l'attachement et psychanalyse (2001). Trad. Fr. Eres, 2004.
57. **FONAGY P., STEELE M., STEELE H., et al.**
The capacity for understanding mental states : the reflective self. Infant Mental Health Journal, 1991, 12 : 201-218.
58. **FRAIBERG S.**
Mécanismes de défenses pathologiques au cours de la petite enfance. Devenir, 1993, vol.51 : 7-29.
59. **FRAIBERG S., ADELSON E., SHAPIRO V.**
Fantômes dans la chambre d'enfant : une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. Psychiatrie de l'enfant, 1983, volume XXVI, (1) : 57-98.
60. **FREUD S.**
Au-delà du principe de plaisir (1920). In : Essais de psychanalyse. Paris, Editions Payot, 1968 : 7-82.
61. **FREUD S.**
Le malaise dans la culture. Paris, PUF, 1995.
62. **FREUD S.**
La vie sexuelle (1969). Paris, PUF, 13^{ème} édition, 2002.
63. **FREUD S.**
Totem et tabou (1923,1965). Payot, 2001.
64. **FREUD S.**
Trois essais sur la théorie de la sexualité (1905). Trad. Fr. par REVERCHON-JOUEVE B., revue par LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., Paris, Gallimard, 1968.
65. **GABEL M.**
A propos de l'attitude des familles devant la consultation de psychiatrie infantile. Psychiatrie de l'enfant, 1963, IV : 489-536.

66. **GANE H., RENARD L.**
Donner accès. Enfances et psy, Erès, 1999, n°7 : 6-10.
67. **GEORGE C., SOLOMON J.**
Representational models of relationship: links between caregiving and attachment. Infant Mental Health Journal, 1996, 17 : 198-216.
68. **GEORGE M.CI., TOURNE Y.**
Le secteur psychiatrique PUF, édition « que sais-je », Paris, 1994.
69. **GIBELLO B.**
Inadaptation et dysharmonie cognitive. Perspectives psychiatriques, 1970, 30 : 27-38.
70. **GOLSE B.**
Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Compléments sur l'émergence du langage. Masson, 4^{ème} édition, 2008.
71. **GOLSE B.**
Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans. Rhizome, juillet 2006, n°23 : 2-3.
72. **GREENBERG M.T., SPELTZ M.L., DEKLYEN M., JONES K.**
Correlates of clinic referral for early conduct problems : variable- and person-oriented approaches. Dev psychopathol, 2001, 13 (2) : 255-276.
73. **GROSSMANN K.E, GROSSMANN K., WATERS E.**
Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies. The guiford Press, New York, 2005.
74. **GUEDENEY N. et A.**
L'attachement : Concepts et applications (2002). Paris, Masson, Les Ages de la Vie, 2^{ème} édition, 2006.
75. **GUYOTAT J.**
Mort, naissance et filiation. Paris, Masson, 1980.
76. **GUYOTAT J.**
Traumatisme et lien de filiation. Dialogue, 2005, 2^{ème} trimestre, n° 16 : 15-24.
77. **HALIMI Y., KHOMSI A.**
Savoirs et structures architecturales de parenté. Anorexies intellectuelles (première partie). L'information psychiatrique, 1991, 2 : 111-117.
78. **HAUTE AUTORITE DE LA SANTE**
Préparation à la naissance et à la parentalité. St Denis la Plaine, 2005.
79. **HAUTE AUTORITE DE LA SANTE**
Prise en charge de la psychopathie, 2005.

- 80. HOUZEL D.**
Le transgénérationnel dans la consultation de l'enfant. Perspectives Psy, 2006, Vol. 45, n°1 : 19-24.
- 81. HOUZEL D.**
Les enjeux de la parentalité (1999). Erès, 2007, 2^{ème} édition.
- 82. HOWARD K.I., CORNILLE T. A., LYONS J.S., VESSEY J.T., LUEGER R.J., SAUNDERS S.M.**
Pattern of mental health service utilization. Arch Gen Psychiatry, vol 53, 1996 : 696-703
- 83. HOWES C.**
Attachment Relationship in the context of multiple caregivers. In: CASSIDY J., SHAVER P.R. Handbook of attachment : theory, research and clinical applications. The Guilford Press, New York, 1999 : 671-687.
- 84. INSERM EXPERTISE COLLECTIVE**
Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Paris, 2005.
- 85. INSERM EXPERTISE COLLECTIVE**
Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Paris, 2002.
- 86. JACQUARD A., KAHN A.**
L'avenir n'est pas écrit. Bayard, Paris, 2001 : 105-126.
- 87. JEANDIDIER B.**
Les urgences détournées. Enfances et psy, Erès, 1999, n°7 : 64-68.
- 88. KAËS R.**
L'appareil psychique groupal. Paris, Dunod, 1976.
- 89. KLEIN M.**
La psychanalyse des enfants (1959). PUF, 2^{ème} édition, « Quadrige », 2004.
- 90. KREISLER L.**
L'enfant du désordre psychosomatique. Toulouse, Privat, 1981.
- 91. LACAN J.**
Les complexes familiaux (1938). Paris, Navarin, 1984.
- 92. de LA FONTAINE J.**
Les animaux malades de la peste. Fables, VII, 1.
- 93. LAMOUR M., BARRACO M.**
Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin. Gaëtan Morin Editeur, Paris, 1998.
- 94. LAMOUR M., LEOVICI S.**
Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. Psychiatrie de l'enfant, 1991, 34, 1 : 171- 275.

95. **LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B.**
Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, 4^{ème} édition, 2004.
96. **LE COZ J.**
Accueillir dans sa maison. EMPAN, Erès, 2003, n°49 : 11.
97. **LEBOVICI S.**
Les liens intergénérationnels. Les interactions fantasmatiques. In : LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F. Psychopathologie du bébé. Paris, PUF, 1989 : 141-146.
98. **LEVI-STRAUSS C.**
Les structures élémentaires de la parenté. Paris-La Haye, Mouton, 1949.
99. **LOI n° 70-459 du 4 juin 1970**
Journal Officiel du 5 juin 1970, en vigueur le 1er janvier 1971.
100. **LOI n° 72-3 du 3 janvier 1972**
Journal Officiel du 5 janvier 1972, en vigueur le 1^{er} août 1972.
101. **LOI n° 8 janvier 1993**
Articles 340 et 340-3 du Code Civil, section 3 : Des actions en recherche de paternité et de maternité.
102. **LOI n° 94-653 du 29 juillet 1994**
Journal Officiel du 30 juillet 1994. Articles du Code Civil, Section 3 : De l'assistance médicale à la procréation.
103. **LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.**
104. **LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.**
Journal Officiel du 5 mars 2002.
105. **LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002**
Journal Officiel du 5 mars 2002.
106. **LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.**
JORF n°55 du 6 mars 2007.
107. **LOI n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.**
JORF n°56 du 7 mars 2007.
108. **LUBEIGT F., LE RUN J.L.**
Les attentes des services de l'ASE. Enfances et psy, 1999, n° 7, « l'accès aux soins » : 117-123.
109. **MAIN M.**
Cross-cultural studies of attachment organization : recent studies, changing methodologies, and the concept of conditionnal strategies. Hum. Dev., 1990, 33: 48-61.

110. **MAIN M., KAPLAN N., CASSIDY J.**
Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representation. In : BRETHERTON I., WATERS E. Growing points in attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development, 1985, 50, 1-2, serial n°209 : 66-104.
111. **MAIN. M., SALOMON J.**
Discovery of an insecure disorganized / disoriented attachment pattern. In: BRAZELTON T.B., YOGMAN M.W. Affective developpment in infancy. 1988 : 95-124.
112. **MALLARRIVE J.**
Des enfants sans histoire. In : DOLTO F., RAPOPOORT D., THIS B. Enfants en souffrance. Paris, Stock, collection Laurence Pernoud, 1981.
113. **MALONE C. A., PAVENSTEDT E., MATTICK I., BANDLER L., et al.**
The drifters. Children of disorganised lower-class families. Boston, Little, Brown and Company, 1967.
114. **MARCELLI D.**
Enfance et psychopathologie. Masson, Paris, 7^{ème} édition, 2006.
115. **MARCELLI D.**
Les yeux dans les yeux. Albin Michel, 2006.
116. **MARCELLI D.**
Pédopsychiatrie et juge des mineurs : quelle collaboration possible. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1992, 40, 3-4 : 158-164.
117. **MARTINAT S., SAINT-AMOUR E., MARCOTTE F.**
La place du père dans la famille accusée de négligence : quelques pistes de réflexion. Thérapie familiale, Genève, 1995, vol. 16, n°4 : 367-387.
118. **MAZET P.**
Le bébé et le regard. Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2001, 49, 7 : 409-480.
119. **MAZET P., HOUZEL D.**
Les organisations anaclitiques chez l'enfant et l'adolescent. In : MAZET P., HOUZEL D. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome II, Maloine, Paris, 1978 : 65-70.
120. **MAZET P., STOLERU S.**
Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Masson, Paris, 2003, 3^{ème} édition.
121. **MIJOLLA DE A.**
Les visiteurs du moi. Les belles lettres, Paris, 1981.
122. **MILJKOVITCH R.**
L'attachement au cours de la vie. PUF, Paris, 2001.

- 123. MISES R., QUEMADA N.**
Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. PUF, 3^{ème} édition, 1993.
- 124. MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE**
Compte rendu d'activité : La psychiatrie en France, quelles voies possibles ? Editions ENSP, 2005.
- 125. MORALES-HUET M.**
Traitements de dyades mère-enfant à risques et inaccessibles aux soins en institution. Devenir, 1996, Vol. 8, N°2 : 7-41.
- 126. NACHIN C.**
Les fantômes de l'âme. Paris, L'Harmattan, 1993.
- 127. NOEL J. et al.**
Les adolescentes très difficiles. Psychiatrie de l'enfant, 1965, VIII, 2 : 274-293.
- 128. OBSERVATOIRE NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE DECENTRALISEE**
Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. Lettre de l'ODAS, novembre 2007. <http://www.odas.net/>
- 129. ORGANISATION DES NATIONS UNIES**
Convention internationale des droits de l'enfant. 20 novembre 1989.
<http://www.droitsenfant.com>
- 130. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, dixième révision (CIM -10). Masson, 1992.
- 131. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Rapport sur la santé dans le monde, 2006.
- 132. PIERREHUMBERT B.**
Le premier lien. Théorie de l'attachement. Paris, Odile Jacob, 2003.
- 133. PIERREHUMBERT B., SIEYE A., ZALTZMAN V., et coll.**
Entre salon et laboratoire : l'utilisation du Q-Sort de Waters et Deane pour décrire la qualité de la relation d'attachement parent-enfant. Enfance, 1995, 3 : 277-291.
- 134. POUSSIN G., CISSE M.**
La naissance comme instant primordial de la parentalité. Dialogue, 1988, 99.
- 135. PRAT R.**
« Entre patate chaude et au feu les pompiers » ou « quelle place pour la fonction contenante des institutions ». La lettre de l'API, septembre 2006, n°22 : 6-15.
- 136. PUYUELO R.**
Editorial. In : Urgences d'enfance : accueillir, observer, orienter. EMPAN, Erès, 2003, n°49 : 7-8.

137. **RABOUAM C., HOETH M.H., MORALES-HUET M.**
Du réseau au traitement. *Enfances et psy*, Erès, 1999, n° 7 : 124-133.
138. **RACAMIER P.C., SENS C., CARRETIER L.**
La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evolutions psychiatriques*, 1961, XXVI : 525-570.
139. **RANK O.**
Le mythe de la naissance du héros, suivi de La légende de Lohengrin (1909). Paris, Payot, 1973.
140. **RAPOPORT A., ROUBERGUE-SCHLUMBERGER A.**
Blanche-Neige, les sept nains et... Autres maltraitances. La croissance empêchée. Editions Belin, collection « Naître, Grandir, Devenir », 2003.
141. **RICHARD P., MAITRE M.**
Les demandes urgentes de soins psychiques dans la prise en charge des adolescents. *Enfances et psy*, Eres, 2006, n°30 : 38-42.
142. **ROUSSEAU D.**
Le jugement de Salomon ou le paradigme de la parentalité. In : *Figures de la parentalité dans la peinture occidentale et les arts visuels*. 2006. <http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy>
143. **RIVOYRE de F.**
Psychanalyse et malaise social : désir du lien ? Erès, 2001.
144. **de SAINT-EXUPÉRY A.**
Le Petit Prince. Gallimard, 1946.
145. **SARTRE J.P.**
Les mots. Editions Gallimard, 1964.
146. **SOLIS-PONTON L.**
La parentalité : Défi pour le troisième millénaire. Paris, PUF, 2002.
147. **SOULE M.**
Manifestations sévères d'inadaptation chez les adolescents privés de soutien familial. *Informations psychiatriques*, 1977, 53, 2 : 141-148.
148. **SOULE M., NOEL J.**
La prévention médico-psychosociale précoce. In : *LEBOVICI S., et al. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, 1995 : 3014-3042.
149. **SOULE M., NOEL J.**
Le grand renfermement des enfants dits « cas sociaux » ou malaise dans la bienfaisance. *Psychiatrie de l'enfant*, 1971, XIV, 2 : 577-620.
150. **STERN D.**
La constellation maternelle (1995). Trad. Fr., Calmann-Lévy, 1997.

- 151. STERN D.**
Le monde interpersonnel du nourrisson (1989). PUF, Paris, 4^{ème} édition, Le fil rouge, 2006.
- 152. STERN D., JAFFE J., BENNETT S.L.**
The infant stimuli word during social interaction: a study of caregivers behaviours with a particular référence to répétition and timing. In : Studies in infant-mother interaction. H.R. Schaffer Edition, New York/London, Académie Press, 1977.
- 153. STOLERU S.**
La parentification et ses troubles. In : LEBOVICI S., WEIL-HALPERN G. – Psychopathologie du bébé. Paris, PUF, 1989 : 113-130.
- 154. STOLERU S., MORALES-HUET M.**
Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. Paris, PUF, 1989.
- 155. THERY I.**
Identifier le parent. Informations sociales, 1995, 46 : 8-19.
- 156. TISSERON S.**
La psychanalyse à l'épreuve des générations. In : TISSERON S., TOROK M., RAND N., NACHIN C., HACHET P., ROUCHY J. – Le psychisme à l'épreuve des générations, la clinique du fantôme. Paris, Dunod, 1995.
- 157. TISSERON S.**
Tintin et les secrets de famille. Paris, Aubier, 1992.
- 158. TREVARTHEN C., AITKEN K.J**
Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. Devenir, 2003, 4 : 309-428.
- 159. VAN IJZENDOORN M., BAKERMANS-KRANENBURG M.**
Attachment representation in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups : a meta-analytic search for normative data. J. Consult. Clin. Psychol., 1996, 64 : 8-21.
- 160. VAN IJZENDOORN M.H., VEREIJKEN C.M., BAKERMANS-KRANENBURG M. J., RIKSEN-WALRAVEN J.M.**
Assessing attachment security with the Attachment Q-Sort : meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. Child Development, 2004, 75 : 1188-1213.
- 161. VERDIER P.**
L'enfant en miettes. Privat, 1979.
- 162. VERSINI D.**
La Défenseure des enfants. Adolescents en souffrance. 2007
<http://www.defenseuredesenfants.fr/>

- 163. VIDAL M.**
Le temps de penser. Des professionnels au DERPAD. Enfances et psy, Erès, 1999, n°7 : 110-116.
- 164. WINNICOTT D. W.**
Le bébé et sa mère. Paris, Payot, 1995.
- 165. WINNICOTT D. W.**
De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot, 1969.
- 166. WINNICOTT D. W.**
Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In : Jeu et réalité. Editions Gallimard, 1975 : 203-214.
- 167. WERNER E. E., SMITH R. S.**
Vulnerable but invincible, a longitudinal study of resilient children and youth, N. York, Mac Graw Hill, 1982, 3ème édition, 1998, Adams-Bannister-Cox, New York.
- 168. WOLIN S., WOLIN S.**
Resilience among youth growing until substance-abusing families. Pediatric Clinic American, n°42, 1995 : 415-429.
- 169. WRESINSKI J.**
Grande pauvreté et précarité économique et sociale. JO du 28 février 1987.
- 170. ZEANA C.H., BORIS N.W.**
Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In ZEANA C.H.: Handbook of Infant Mental Health, 2ème édition, The Guilford Press, New York, 2000 : 353-368.

NOM : VELLY-DRU PRENOM : LAURE

Titre de Thèse : « FAMILLES SANS QUALITES » ? PEDIATRIE,
PEDOPSYCHIATRIE ET ACCES AUX SOINS

RESUME

Le pédopsychiatre est de plus en plus sollicité à l'égard des familles à problèmes multiples, jadis appelées « familles sans qualités ». A travers l'étude de la parentalité, nous tenterons de comprendre en quoi la parentalité est "exposée" dans ces familles, engageant souvent l'enfant dans la pathologie et la répétition des carences. Ce travail de thèse analyse ensuite les obstacles et les résistances qui entravent l'accès aux soins psychiques pour l'enfant, en se situant tant du côté des familles, que des professionnels médicaux ou sociaux. Il souligne enfin l'intérêt de l'hospitalisation en pédiatrie comme levier thérapeutique auprès de ces familles et des adolescents confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, à condition de s'appuyer sur leurs potentialités et leurs compétences. Au final, l'amélioration de l'accès aux soins passe par un décloisonnement institutionnel et un travail en réseau, fondé sur une solide identité professionnelle de chacun, une élaboration des phénomènes de contagiosités psychiques et une culture partagée de la parentalité et de la protection de l'enfance.

MOTS-CLES :

- ✓ FAMILLES A PROBLEMES MULTIPLES
- ✓ ACCES AUX SOINS
- ✓ PARENTALITE
- ✓ CARENCES DE SOINS
- ✓ RESEAU
- ✓ PEDIATRIE
- ✓ PEDOPSYCHIATRIE DE LIAISON