

PSYCHOSE PARENTALE ET MALTRAITANCE INFANTILE SÉPARER L'ENFANT DE SON PARENT ?

E. DE BECKER

Mots-clefs : maltraitance d'enfant – psychose parentale – évaluation
– interaction - séparation



Correspondance :
Emmanuel de BECKER
Psychiatre infanto-juvénile
Université catholique de Louvain
Cliniques universitaires Saint-Luc et S.S.M.
Chapelle-aux-Champs
Service de Psychiatrie infanto-juvénile
avenue Hippocrate, 10 / Bte 2090
B – 1200 Bruxelles
debecker@pscl.ucl.ac.be

Le clinicien soucieux du bien-être et du développement de l'enfant peut-il concevoir de laisser celui-ci en présence du parent psychotique maltraitant ? Certains professionnels optent pour la primauté du lien filial tandis que d'autres estiment que le mineur d'âge n'a pas pour fonction de soigner le parent, qui plus est quand ce dernier agresse l'enfant.

L'article propose de parcourir différents critères qui devraient soutenir le clinicien à « trancher » par rapport à la question : séparer ou non l'enfant de son parent ? Quatre champs sont ainsi explorés dont celui qui concerne l'enfant, celui qui approche l'adulte, celui qui estime la qualité de leur lien et, enfin, celui qui prend en compte l'environnement socio-familial.

Si la décision concernant l'éloignement d'un mineur d'âge de son milieu familial est pénible à assumer, rappelons-nous toujours que l'enfant n'a pas à « payer le prix fort » !

INTRODUCTION

Quant on évoque la maltraitance à enfants, que l'on soit clinicien ou non, le thème suscite habituellement incompréhension et révolte. Ainsi agresser les plus fragiles, et certainement quand l'enfant est très jeune, relève à tout le moins d'une perturbation psychique dans le chef de l'adulte (1). Pour d'aucuns, maltraiter relève de la folie. S'en prendre à l'enfant, sous quelque forme de maltraitance que ce soit, atteint celui-ci dans son développement, dans son intégrité, dans l'assurance qu'il peut avoir de sa valeur, de son estime. Cette réalité est d'autant rencontrée que l'inadéquation est agie dans le cercle familial. Retenons que l'impact traumatique laisse des traces au niveau de l'enfant, même si peu ou pas d'indices d'extériorisation sont relevés. C'est régulièrement dans la solitude de son intimité psychique que l'enfant se construit avec désillusion, tristesse, angoisse, culpabilité et colère (2-6).

Ceci étant rappelé, centrons le propos d'aujourd'hui sur la relation entre l'enfant maltraité et son parent psychotique. Comment l'enfant, dans cette condition, peut-il se construire ? Quels risques court-il ? Pouvons-nous laisser l'enfant avec ce parent-là ou y a-t-il lieu d'envisager un placement, et si oui sous quelles modalités ?

Soulever ces questions conduit nécessairement à des prises de position parfois diamétralement opposées. Certains cliniciens estimeront que le danger est trop présent et qu'il y a donc lieu d'orienter très tôt l'enfant ailleurs ; d'autres misent sur d'une part la compétence parentale à soutenir et d'autre part la capacité de l'enfant à prendre la part du parent que l'on pourrait qualifier d'adéquate. Il est clair que mettre fin à l'inadéquation parentale, c'est inévitablement prendre parti, c'est juger dans le sens d'estimer, à partir de sa subjectivité, qu'une frontière est traversée. Loin de nous de reprendre les multiples et limitatives définitions de ce que c'est que maltraiter ou encore ce que nous entendons comme « bientraitance ». Si un auteur comme ELIACHEFF (7) met l'accent sur le respect des besoins de l'enfant dans ses différents épanouissements, BERGER (8-10), lui, parle du respect du droit de chaque enfant à avoir un projet de vie propre ; il estime qu'il doit vivre dans un environnement stable, structuré, bénéficiant d'un lieu d'appartenance ainsi que d'individus de référence dans la perspective d'acquérir la capacité d'établir des relations réciproques, légitimes et saines avec autrui.

CANEVAS D'ÉVALUATION

À partir de ces positions, nous présentons un canevas d'évaluation des situations de maltraitance à enfant confronté à la psychose parentale, lorsque cette dernière, dans ses modalités d'expression, met en grande difficulté le développement des mineurs d'âge (Suivre un canevas d'évaluation n'exclut en rien l'importance de la subjectivité du clinicien). Se référer à une « ligne rouge » est précieux car, dans ces cas de figure souvent chaotiques de familles où les difficultés soulevées ouvrent sur d'autres failles ou carences, il n'est guère aisé de garder la tête froide et d'éviter les décisions à l'emporte-pièce, les écueils liés à ce qui fait crise et/ou urgence. Le modèle s'inspire tant de notre pratique d'équipe spécialisée que de la confrontation à d'autres expériences (11) ; il s'appuie sur la considération de différents champs qui interagissent entre eux. C'est par l'intégration de temps d'observation successifs, qui ne doivent pas nécessairement suivre un décours temporel arrêté, que ces diffé-

rents champs sont étudiés. Il existe toutefois un gradient d'importance qui devrait sans conteste faire pencher la balance dans l'intérêt premier de l'enfant et du respect de son intégrité.

Explorons maintenant ces différents champs.

• Le premier concerne l'enfant

Comme dans de nombreux cadres d'évaluation, il y a lieu de rencontrer l'enfant concerné par des suspicions de maltraitance de façon individuelle. Il est classique et tout à fait légitime de penser que, plus l'enfant est jeune, moins il dispose de mécanisme de protection. Si ce principe est valable, l'enfant plus âgé vivant avec un parent psychotique malveillant développe une adaptation plus ou moins efficace. Mais comment ces enfants se présentent-ils et à quels signes devons-nous être attentifs ?

Abordons d'abord l'état de santé physique de l'enfant ; le corps représente un paramètre à considérer à sa juste valeur, d'autant qu'il est notre carte de visite à l'autre. Les professionnels médico-psycho-sociaux, comme quiconque, construisent des représentations à partir de leurs perceptions de la première image de l'enfant. Si intéressantes soient-elles, celles-ci doivent, à nos yeux, être complétées par un examen pédiatrique ; à côté de la santé du corps proprement dite, cette part du Réel peut constituer une pierre angulaire de la rencontre thérapeutique.

Se préoccuper du corps, de son fonctionnement, des éventuelles interrogations et/ou angoisses à son égard, montre à l'enfant la dimension globale de son être. Ce contexte spécifique donne aussi souvent l'occasion de parler « d'une autre façon » de ce corps, éventuellement blessé, que dans le cadre d'une rencontre de parole d'ordre « psy ». A l'évidence, ces temps se complètent.

Par ailleurs, un parent pourra davantage entendre (et accepter) la nécessité d'une hospitalisation pour mise au point organique que la mesure radicale immédiate d'éloignement protectionnel. Autant miser, si cela est possible, sur un aspect de l'enfant objectivable et sur lequel on peut plus aisément rencontrer le parent psychotique.

Ensuite, on sera attentif aux éventuels avatars du développement dans les axes de la motricité, du langage, de la socialisation. La liste des critères cliniques est difficilement exhaustive car ils touchent des aspects variés ; une énurésie secondaire, une agitation permanente, une autostimulation compulsive, une perturbation du sommeil...

sont autant de signes de souffrance à comprendre avec l'enfant et son entourage (12). Dans le même ordre d'idées, l'automutilation, l'hétéroagressivité, l'isolement, de graves troubles alimentaires signent le débordement des capacités du jeune sujet à faire face aux tensions relationnelles. Si les manifestations sont parfois criantes, le « silence symptomatique » n'est pas pour autant toujours rassurant. Ainsi, un mineur d'âge peut « donner le change » et rassurer faussement son entourage. Quoiqu'il en soit, il y a toujours lieu de prendre le temps nécessaire d'explorer, et, sans vouloir complexifier les démarches (en cherchant midi à quatorze heures), le professionnel sera invité à ne pas trop vite conclure. L'absence de signes d'appel, voire un conformisme de l'enfant, peuvent signifier combien celui-ci déploie ses ultimes ressources de protection et/ou de loyauté envers son environnement socio-familial et en particulier le parent malade. L'enfant, fondamentalement attaché à son parent, développe naturellement un processus d'adaptation à son égard, issu de son intelligence émotionnelle et relationnelle. Il peut épouser le fonctionnement psychique de l'adulte, s'y conformer, allant jusqu'à anticiper, prévenir les éléments déclencheurs de crise ou les oscillations de l'humeur. Il est de la sorte « adultifié » avant l'heure et ce, parfois à un âge très précoce. Mais il est clair que l'énergie consacrée à ces mécanismes ne peut l'être pour d'autres finalités plus participatives à sa propre construction psychique, à son développement cognitif et affectif.

À ce propos, rappelons que la carence subie par l'enfant est habituellement accompagnée de tension, de stress, d'incohérence dans les rythmes de vie. Cela génère sur le sujet de l'angoisse et une entrave au processus d'anticipation, propice à la construction de la pensée. L'attachement désorganisé imposé par un parent délirant, qui plus est quand il est maltraitant, ne peut qu'atteindre les fonctions cognitives de l'enfant, empêché qu'il est de disposer de l'assurance de base nécessaire pour explorer le monde. Mais sans cette exploration, l'enfant est sous-stimulé et ne complexifie pas ses systèmes d'élaboration. L'angoisse, la peur conduisent à l'agitation psychomotrice qui se traduit par des interruptions constantes des processus de pensée, l'enfant passant en permanence d'une idée à l'autre. Il peut aussi connaître des perturbations de l'intégration de son schéma corporel (le test de la figure de Rey est réalisable à partir de l'âge de cinq ans). Notons encore que la notion d'espace/temps est également troublée ; le présent, le passé et le futur s'entrechoquant, se ramassant en une seule unité, un enfant de 8 ans confie : « Quand j'y pense encore, même si c'est

fini, c'est que c'est quand même encore là et que cela le sera aussi demain ! » (5, 6).

Sur un versant clairement psychopathologique, on rencontre des tableaux où l'enfant est absorbé dans le processus délirant de l'adulte, ne peut s'en démarquer, comme ayant engrammé les constructions psychiques du parent. C'est le cas, par exemple, d'un jeune enfant vivant seul avec un parent ayant pour cible persécutive et persécutoire l'autre parent. Ici, il arrive que le mineur d'âge, d'autant si le parent « mis sur la touche » est peu présent, démissionnaire ou, à l'inverse, nourri d'une rage, blessé qu'il est sur le plan narcissique, rentre alors dans un discours et une pensée amalgamés à ceux de l'adulte psychotique. Pour peu que le parent « attaqué » investisse le conflit au détriment de sa fonction parentale, l'enfant se voit renforcé dans ses certitudes ; il fonctionne alors sur un mode de « trouble psychotique partagé ». En perdant la qualité d'une relation objectale, il clive, dénie, s'isole dans l'emprise symbiotique imposée par l'adulte délirant.

Une remarque s'impose ici en terme de diagnostic différentiel. À côté d'une véritable « folie à deux » existe le « syndrome d'aliénation parentale » largement médiatisé et utilisé à tout crin dans les procédures judiciaires. Il est parfois délicat de distinguer une forme grave d'aliénation avec un « trouble psychotique partagé ». Un critère paraît cependant pertinent : c'est l'envahissement global du mode de pensée délirant dans la deuxième catégorie diagnostique alors que l'enfant maintient un développement psycho-affectif et relationnel satisfaisant (avec ses pairs, par exemple) en dehors du lien qui pose question dans les cas d'aliénation. Ceci étant, lorsqu'on se centre sur les aspects de la relation à l'autre parent décrié, l'enfant évoque celle-ci de manière similaire dans les deux tableaux. Les mécanismes défensifs archaïques, (clivage, certitude, perte d'objectivité...) se retrouvent dans l'une et l'autre entité diagnostique.

Tous ces aspects, tous ces éléments demandent une approche par la rencontre clinique mais aussi par une évaluation que d'aucuns estiment objective. Nécessaire, ce bilan du développement participe à la prise de décision d'éloignement ou non de l'enfant.

Le test de Brunet-Lézine et celui de Bayley sont utilisables dès les premiers mois de vie. Si le Brunet-Lézine est d'une manœuvre d'utilisation plus aisée (et donc plus « rentable »), le Bayley, outil standardisé d'évaluation psychométrique par excellence, autorise un diagnostic plus fin en

parcourant les plans cognitif, langagier, moteur, adaptatif et socio-affectif. Cette estimation du développement permet de situer l'enfant et de suivre son évolution de façon objective (13).

À côté des signes de souffrance externalisés en lien avec l'inadéquation du parent, l'enfant peut alléguer la maltraitance subie. Dès l'acquisition du langage (et parfois très tôt à partir de deux ans et demi - trois ans) par bribes, il s'énonce et quelques mots témoignent de l'abus, et de l'emprise des coups dont il est victime. Pour rencontrer cet enfant, des médias tel que le simple dessin, une maison de poupées, des marionnettes, ... soutiennent la parole qui dénonce, en invitant le jeune enfant à se projeter plus facilement dans un imaginaire moins directement anxiogène. Il arrive que cet imaginaire assure une fonction salvatrice quand l'enfant est livré à la violence du parent à domicile ; au clinicien alors, avec toute la délicatesse nécessaire, d'apprivoiser les personnages fantasmatiques de l'enfant et d'intervenir dans les interactions mises en scène par celui-ci. Fort de l'alliance thérapeutique construite petit à petit, le clinicien invite l'enfant à lui faire part de ses images mentales, tant celles qui le rassurent que d'autres, parfois très anxiogènes. Tenant compte de son âge développemental, le professionnel co-construit avec l'enfant des scénarios à partir du matériel que celui-ci amène (rêves, idéations spontanées, associations, ...). Il s'agit de susciter une élaboration chez l'enfant susceptible de le mobiliser dans d'autres voies plus participatives à sa construction.

Concrètement, on accompagne l'enfant inhibé, peu confiant dans sa parole, dans ses créations de pâte à modeler, pour l'inviter à exprimer, dans la matière ainsi travaillée, ses différentes pulsions, puis à les verbaliser, à les mentaliser en présence du tiers que représente le professionnel.

Une interrogation corollaire émerge habituellement : même s'il est habituellement fiable, l'enfant est-il susceptible de mentir ? Certaines circonstances l'amènent à recourir au mensonge, et c'est le cas, par exemple, quand l'enfant est confronté à un parent paranoïaque ou encore, comme précisé plus haut, lorsqu'il est aliéné. Il arrive aussi qu'il soit suggestionné par lui-même ou par autrui, et qu'il connaisse ce qu'on appelle une « signification dramatisée ».

D'un autre côté, un auteur comme RIGAUD (14) parle de « désignification » pour décrire le phénomène de déformation ou d'annulation du sens des mouvements adressés à l'enfant entraînant une perturbation de l'accès à la symbolisation. Mis

en face de signaux n'ayant pas de sens cohérent, l'enfant échoue dans ses interactions premières avec les conséquences ultérieures inhérentes à ce processus. Certains praticiens étendent la définition du syndrome de Stockholm lorsque l'enfant redoute le parent dont il espère en même temps la proximité chaleureuse. On sera également attentif devant le mécanisme de clivage multiple : une part de l'enfant s'identifie à l'agresseur, une autre vit l'angoisse, voire la terreur, une autre encore opte pour le déni ou l'idéalisation (15).

L'identité du jeune sujet se voit ainsi « atomisée » étant donné les modalités d'indifférenciation entre la réalité et le fantasme, entre la cause et l'effet, entre le moi et le non-moi, entre le plaisir et le déplaisir. Un des risques à terme est celui de l'intériorisation de la violence qui continue à ronger le psychisme de l'enfant même lorsque des mesures d'éloignement sont prises.

Au-delà de tous ces aspects, il y a lieu d'estimer l'état affectif de l'enfant en pointant l'attention sur l'estime de soi, l'humeur, l'énergie vitale. Il est clair qu'un enfant angoissé, déprimé, ou présentant un état de stress post-traumatique, nécessite des soins adaptés. Le traumatisme psychique « se chronifie » lorsque l'enfant est confronté, dans la durée, à un contexte éducatif et relationnel pathogène. Le clinicien observe parfois davantage certaines manières d'être mises en place par l'enfant pour tenter de faire face aux événements inadéquats, comme, par exemple, la culpabilité primaire avec, en corollaire, la « pensée sacrificielle », la sidération, ou encore une addiction dans le sens où l'acte traumatique est recherché activement dans une tentative de se l'approprier et de le maîtriser.

• Le deuxième champ concerne le parent

Prenons le cas de figure de l'adulte psychotique vivant avec l'enfant.

On peut évidemment utiliser le pluriel lorsque les deux parents présentent des perturbations psychopathologiques. Sans reprendre les caractéristiques du diagnostic de psychose, épinglons les éléments pertinents pour notre sujet. Plutôt que de capacités, nous parlerons de compétences parentales que nous devons comprendre comme la somme des attitudes favorables au développement normal de l'enfant, que le parent montre dans la réalité au-delà d'une simple intentionnalité. La compétence est une notion à comprendre comme étant susceptible d'évoluer avec le temps, au bénéfice d'un éventuel accompagnement thé-

rapeutique. La notion de capacité recouvre un caractère de permanence comme, par exemple, une limite intellectuelle ou encore une structure de personnalité. Ce qui, éventuellement, se modifiera, dans ce dernier cas de figure, c'est la traduction du fonctionnement psychique de nature psychotique au niveau relationnel comme, entre autres, la place réservée à l'autre. Dans le même ordre d'idées, l'état psychologique, certaines limites peuvent affecter les capacités mais il n'y a pas de relation linéaire entre capacité parentale et capacité mentale. Ainsi, certaines personnes psychologiquement perturbées assument avec efficacité (respect, adéquation, ...) leur fonction parentale alors que d'autres, masquant leurs failles psychologiques, se révéleront des parents destructeurs. L'intérêt actuel pour la notion de parentalité est repris avec pertinence par des auteurs comme DELION, GODELIER et HOUZEL (16-19). Plusieurs niveaux composent la parentalité, niveaux qui se superposent et se complètent. Le premier correspond à la dimension symbolique de l'exercice d'être parent. Il a trait aux droits et devoirs qui définissent la structure et l'organisation du groupe familial en lui donnant une portée historique traduite par la filiation et l'héritage trans- et intergénérationnel. Le deuxième niveau est concrétisé par l'expérience subjective d'être parent dans ce qu'elle véhicule d'imaginaire avec son cortège de multiples représentations issues des processus conscients et inconscients. Enfin, le troisième niveau concerne les tâches effectives liées à la pratique d'être parent, dans le Réel du quotidien, de l'éducation et de tout ce qui constitue les interactions comportementales.

Un premier aspect cher à des auteurs comme TILMANS-OSTYN (20) est de considérer l'intériorisation des « patterns d'attachement » chez le parent concerné en s'intéressant à l'enfant enfui en l'adulte et à ce qui l'a vécu durant l'enfance. Il n'est pas rare de découvrir des vécus de maltraitance de négligence ou d'abandon (avec placement). Au-delà de cette évocation, on examinera comment le parent agit aujourd'hui les représentations de son histoire : garde-t-il des souvenirs précis ou occulte-t-il son enfance ? Idéalise-t-il... ou est-il envahi par l'agressivité, la rancœur, le désir de vengeance envers son propre parent ?

Pour parcourir les aspects de parentalité, le professionnel devrait se préoccuper des éléments personnels du parent, c'est-à-dire rencontrer l'adulte dans son histoire singulière ; il sera ainsi attentif si celui-ci manifeste de l'angoisse, des signes de dépression, voire des idées suicidaires. Plus spécifiquement dans les cas qui nous occupent, nous reteindrons comme préoccupants des

symptômes de décompensation psychotique avec centralement les sentiments de persécution. Ici l'adulte est convaincu d'être l'objet de malveillance et s'enferme dans un processus de « pensée en spirale » ; il n'existe alors pratiquement pas d'issue favorable à court terme en misant sur un accompagnement thérapeutique ambulatoire, l'enfant demeurant à domicile. D'autres facteurs renforcent la nécessité d'une intervention d'éloignement comme la consommation de drogue et/ou d'alcool et, dans un registre différent, l'absence ou la faible gestion de la pulsion agressive et du contrôle des impulsions. Ce dernier aspect nous interpelle particulièrement car il représente un des vecteurs qui conduit à la maltraitance directe sur l'enfant. Pour explorer cette dimension, il y a lieu de s'enquérir du comportement du parent non seulement face à l'enfant mais également envers des tiers proches ou non (agressivité sur les objets, intimidation sur des personnes, menace, humiliation, violence criminelle, cruauté...).

Un élément à ne pas négliger est la reconnaissance par l'adulte de sa propre responsabilité dans ce qui pose problème ou met l'enfant en difficulté en souffrance. Soyons là, une fois de plus, prudent et attentif à examiner non seulement ce que dit le parent mais ce qu'il montre et ce qu'il fait. L'enfant ne peut postposer son développement en attendant que l'adulte mûrisse et concrétise ses éventuels engagements. Précisons qu'une reconnaissance pleine et entière de la responsabilité est un facteur encourageant de changement positif bien que certains praticiens prennent parfois le risque d'une reconnaissance partielle par le parent. Nombre d'adultes psychotiques se situent dans un rapport « autre » à la reconnaissance et surtout à la responsabilité, ce que, d'ailleurs, la société et la justice actent pleinement. Sans entrer dans un débat sur les liens entre psychose et non-responsabilité, l'absence de reconnaissance des faits de maltraitance pourtant avérée constitue en soi un facteur de risque. Ceci étant dit, quand l'adulte psychotique montre une certaine capacité d'introspection, de maîtrise de soi, une relative « flexibilité » intellectuelle, (pouvoir nuancer et entendre les suggestions ou élaborations de l'autre), on pourra davantage miser sur une alliance et un accompagnement thérapeutiques, l'enfant restant en contact avec ce parent.

• Le troisième champ est celui de la relation parent-enfant

Après avoir évoqué séparément les deux protagonistes principaux, il y a lieu d'examiner leurs relations et, dans l'absolu, toute décision d'éloignement du mineur d'âge devrait

être subordonnée à l'observation de la relation parent/enfant et spécifiquement à l'observation de la capacité de l'adulte à établir un lien d'attachement constructif, respectueux. Une remarque s'impose dans le sens où ce format d'entretien n'est pas toujours réalisable. En effet, nous pouvons être confrontés à une situation de crise où l'examen des deux premiers champs amène à « tirer le signal d'alarme » ; dans ce cas la rencontre entre le parent et l'enfant n'est ni judicieuse ni d'un apport pour la décision à prendre. Il est clair que depuis les travaux de BOWLBY et ses successeurs, les professionnels sont attentifs au développement de la capacité d'attachement dont la perturbation entraîne de graves séquelles ultérieures (4),(21). Vivre avec un parent psychotique représente en soi une situation à risque qui plus est quand le versant interprétatif est généralisé. Il y a lieu toutefois d'être rigoureux et prudent dans l'analyse de cet item afin d'éviter les jugements à l'emporte pièce.

Mais, concrètement alors, à quels indices devons-nous être attentifs dans ce troisième champ ? Tout d'abord et certainement quand l'enfant est jeune il y a lieu d'estimer les réponses aux besoins de base que le parent donne ; il est plus qu'utile, par exemple, d'observer comment une mère psychotique alimente son bébé, dans quelles conditions, préoccupations et modalités interactionnelles. Ces besoins de base recouvrent l'ensemble des fonctions vitales nécessaires au développement de l'enfant. Les intégrant, l'engagement affectif du parent colore ces besoins qui participent à la construction de l'identité : l'adulte communique-t-il avec son enfant ? Sous quelles modalités ? Quelle attitude développe-t-il envers lui ? Le perçoit-il comme un sujet à part entière ? Répond t-il aux besoins affectifs, cognitifs, interactifs de l'enfant ?

Progressivement ⁽¹⁾, le clinicien doit appréhender la place de l'enfant dans l'économie psychique du parent pour répondre à cette question centrale : l'enfant est-il respecté ?

L'interaction entre l'enfant concerné et le parent perçu comme agent maltraitant est analysée afin de déceler ce qui, d'une part, relève de l'ordre de l'adéquation et, d'autre part, ce qui est toxique et pathogène. Il existe des grilles d'évaluation spécifique selon l'âge de l'enfant qui définissent la qualité des interactions (22). Globalement, dans les situations de psychose paranoïaque parentale, le clinicien observera si l'adulte laisse un minimum

de place à l'enfant dans ses initiatives, ses désirs propres ou est importuné par celui-ci, lui répond adéquatement ou pas... De même, il y a lieu de noter si l'enfant se montre réservé par rapport au parent, est passif voire le fuit du regard, du corps. Il peut aussi manifester de l'agitation, l'agressivité... être trop familier avec l'intervenant, chercher sa proximité ou sa protection ; ainsi, l'absence de la « peur de l'étranger » lors du premier contact chez un jeune enfant peut révéler un défaut d'intériorisation des imagos parentales.

En effet, dans son développement psychoaffectif, le sujet intègre progressivement les supports identificatoires parentaux. Ceux-ci le rassurent et lui permettent d'accéder à la différenciation et à la perception de l'altérité ; il distingue alors les visages familiers, connus et protecteurs, des autres, anxiogènes, du moins dans un premier mouvement.

En consultation, en présence du parent, l'enfant n'exprime pas toujours des signes de souffrance, loin de là. Par des enjeux intrapsychiques intégrant loyauté, processus de survie, attachement chaotique, certains clivent ou fonctionnent sur un mode opératoire. D'autres peuvent clairement montrer de l'angoisse, de la peur, face à l'adulte, ou à son évocation, se traduisant par un cortège symptomatique propre à l'âge de développement. L'intervention ponctuelle ne facilite guère l'estimation de la qualité d'un attachement entre un enfant et le parent. Il est alors souhaitable d'utiliser des grilles d'analyse, des outils d'évaluation comme les « jalons de l'hôpital Bellevue » ou de suivre le « guide d'évaluation des capacités parentales » élaboré à partir des travaux de STEINHAEUER (23,24). Ces outils parcourent l'ensemble des champs interactifs entre adulte et enfant, en tenant compte du contexte socio-culturel, de la qualité de l'attachement, des habiletés parentales dont le contrôle des impulsions.

Tous les professionnels concernés par la petite enfance connaissent les travaux de BERGER (8-10) et l'importance que celui-ci accorde à l'observation de l'interaction entre le parent et l'enfant. Un élément l'illustre avec pertinence ; en séance, on peut se centrer sur l'estimation du jeu, cette capacité des deux protagonistes de jouer ensemble, de faire semblant, d'introduire du « comme si », d'établir une aire transitionnelle faisant émerger les notions de réciprocité, d'attention, de différenciation. Ainsi, plus un adulte et un enfant pourront occuper des places ludiques évoluant dans l'alternance, la modification, acceptant les surprises, plus l'échange sera constructif et donc la situation moins à risque.

¹ « Progressivement » suppose que l'estimation demande plusieurs unités de temps.

• Le dernier champ est représenté par le maillage socio-familial

Il s'agit en fait de l'ensemble des individus de l'environnement de l'enfant et du parent concerné. Cet entourage peut être extrêmement réduit, limité dans ses quelques contacts avec la famille ou diffus, chaotique. Il est constitué des proches et, en premier chef, de l'autre parent ; celui-ci existe-t-il au sens propre comme au sens figuré ? Assure-t-il une fonction ? Contient-il le système ? A-t-il fui ou alimente-t-il les projections délirantes en renforçant le versant pathologique de l'adulte psychotique ? Autant d'interrogations qui demandent à être explorées avant, si possible, de décider du « sort » de l'enfant en confiant ce dernier à un autre parent.

Dans notre expérience, lorsque l'autre parent ne ressortit pas également d'une structure psychotique, présente, s'il vit toujours avec le parent en question, des failles psychologiques. Comment pourrait-il en être autrement pour partager l'existence d'un partenaire en grande souffrance psychique ? On retrouve dès lors dans le chef de ces « accompagnateurs de vie » à tout le moins du déni massif, si ce n'est un trait pervers au psychopathique, lorsqu'ils « lancent de l'huile sur le feu ». Notons que si l'ambiance du couple évolue sur le mode conflictuel, l'enfant plongé au cœur des incohérences et des malveillances, les deux partenaires retrouvent soudainement alliance et coalition face aux cliniciens soucieux de la protection du mineur d'âge.

La famille élargie tant dans le niveau vertical que transversal est associée, selon les situations, aux rencontres évaluatives, en considérant toujours leur possible implication dans le processus psychique du parent inadéquat. Dans le temps de la crise, il s'avère habituellement délicat de faire appel aux membres de la famille d'origine pour accueillir l'enfant excepté si nous sommes particulièrement rassurés sur leur manière d'être... et surtout si aucune autre solution ne se dégage rapidement pour la mesure d'éloignement de l'enfant ! (25).

Quoiqu'il en soit, leur rencontre vise à nous permettre l'éclairage diachronique et synchronique le plus pertinent possible afin de comprendre les événements et les principaux enjeux dans la phase aigüe. Mais, régulièrement, nous sommes confrontés à des situations familiales dramatiques avec rupture quasi totale de lien et repli sur la cellule nucléaire monoparentale. Il en est parfois de même avec l'environnement professionnel de la famille en question.

L'évaluation qui se doit d'être la plus complète, vise à recueillir les éléments historiques actuels et du passé ; on veille ainsi à entrer en contact avec tel thérapeute du parent, tel service d'accompagnement, tel directeur ou enseignant..., non pas tant dans une démarche d'« en savoir » mais de connaître et de distinguer les démarches professionnelles qui ont porté des fruits de celles qui n'ont rien apporté. « L'histoire des services » éclaire ainsi sur les capacités parentales et participe aux prises de décision quant aux propositions d'aide et de soins à retenir et donc à appréhender l'aptitude de la famille à pouvoir profiter de celles-ci. Soulignons aussi qu'il y a lieu de faire la part des choses entre ce qui s'est passé dans la réalité et ce qui est teinté des projections, des représentations, certes du parent psychotique mais également des professionnels intervenus avec, en corollaire, le contre-transfert (parfois massif). Nous en profitons aussi pour estimer les possibilités d'alliance thérapeutique. Soulignons enfin que les grilles d'analyse des guides d'évaluation évoqués plus haut comportent des chapitres concernant ce quatrième champ.

RÉFLEXIONS POUR CONCLURE ...

La décision concernant l'éloignement d'un enfant de son milieu familial est en soi pénible à assumer ; lourde de conséquences, elle est redoutée par le professionnel animé par la peur de l'erreur, renvoyant d'ailleurs habituellement la responsabilité de décider aux autorités judiciaires. Et, en soi, il est juste de cerner son mandat et de ne pas occuper toutes les places et fonctions. Certainement en sciences humaines, personne ne peut prédire l'avenir et les cliniciens sont attentifs à la portée négative des propos prédictifs.

On connaît combien le maintien d'une ambiance, la répétition de propos disqualifiant, amène à correspondre in fine à l'objet ainsi défini ; nous avons tous dans nos souvenirs, les « phrases bateaux » comme : « cet enfant sera comme son père, un bon à rien, un voyou, regardez comme, déjà à trois ans, il ne respecte rien, ... il faut punir sans cesse sinon on n'en fera rien... »

L'intérêt pour le professionnel de disposer d'un temps d'évaluation structuré est d'estimer non l'avenir d'un individu ou d'un système familial, mais le potentiel de changement est crucial ; en d'autres termes, la décision d'une séparation de l'enfant d'avec son parent psychotique repose essentiellement sur l'appréciation des possibilités d'une famille de modifier suffisamment ce qu'on

appelle les « patterns transactionnels » pour permettre à l'enfant de se développer le plus normalement possible et ce dans un délai rapide pour éviter l'apparition de séquelles ; là, les cliniciens peuvent vraiment éclairer les autorités compétentes en vue d'une décision de placement. Nous partons d'une position de principe certes critiquable mais qui, nous semble-t-il, a le mérite d'éviter les débats d'idées sans fin ; sauf exception, on ne peut « tenir le grand écart » bien longtemps ! En effet, un choix de priorité s'impose entre soigner (et donc protéger aussi) d'une part un mineur d'âge et d'autre part un adulte présentant une structure psychotique où la relation à l'autre ne souffre d'aucune remise en question. Il nous apparaît clairement qu'il faut veiller à l'enfant au risque, qu'il soit perçu par l'adulte comme « objet persécuteur », qu'il personnifie une reminiscence d'un parent du passé (éventuellement maltraitant). Connaître, même par bribes, l'histoire du parent actuel (en face de nous) autorise à ponctuer, à connoter de manière la plus adéquate possible nos intentions thérapeutiques par la reconnaissance d'une enfance blessée.

Parcourir attentivement les quatre champs proposés en donnant priorité à celui de l'enfant ne décomplexifie pas le travail d'analyse, il le facilite par la réalisation d'un canevas de repères à suivre. Si le premier champ qui concerne l'enfant est prioritaire, il peut demeurer rassurant par l'absence d'indice direct de souffrance. Il arrive que sa capacité d'adaptation lui permette de « tenir bon » et de s'appuyer sur l'intériorisation et l'expérience d'échanges positifs. Il peut aussi bénéficier d'autres lieux d'investissements narcissiques ce que certains vont appeler des « tuteurs de résilience » renforçant ses mécanismes de protection (2). Le champ parental, dans nos cas de figure, passe régulièrement « au rouge », étant donné la psychopathologie en question tandis que le troisième celui du lien, de l'attachement vécu, doit permettre habituellement de « trancher ». En effet, ce que montre un sujet dans ses actes, au-delà de la parole, se différencie, parfois radicalement, quand l'adulte est en présence d'un tiers ou de son objet idéalisé et/ou de persécution qu'est l'enfant.

Dans un modèle idéal, aucune décision ne devrait être prise en l'absence de l'observation d'au moins une interaction parent/enfant. Enfin, le dernier champ ne devrait pas « passer au bleu » car il colore l'évaluation par la présence ou l'absence de tiers, système d'accompagnement, de « chemin de traverse », de voies de décharge, toutes modalités souvent bien nécessaires. Le canevas est certainement à reprendre dans le temps, étant donné les évolutions inéluctables

des individus, leur développement, leurs liens, dans le sens de l'apaisement ou parfois dans celui du désœuvrement, de la déstructuration. Ainsi, certains parents paranoïaques, malgré toutes les tentatives proposées, ne peuvent investir une quelconque thérapeutique et s'enferment dans « une tour sans fenêtre », rongés par la rage, se plongeant en vain dans les procédures judiciaires de réhabilitation narcissique.

Retenons que l'évaluation, qui a valeur de « tiercéité subjectivante », doit être conduite de manière dynamique, processuelle pour avoir un effet mobilisateur. En considérant le présent à la lumière du passé, elle participe à sa « réhistorisation », focalisant successivement l'attention sur les données d'équipements, de compétences, de qualité des interactions et de l'environnement de l'enfant concerné de son entourage. Cette première définition s'articule nécessairement à une seconde. L'acte évaluatif se situe au point de rencontre de trois pôles que sont, d'un côté le neuro-développemental, de l'autre l'intrapsychique et, enfin, de l'intersubjectif. C'est ainsi que se complètent les rencontres de parole aux formats divers et les outils standardisés que représentent les tests (13).

Enfin, si nous misons sur les liens aux figures d'attachement qui participent à la construction de toute identité psychique, nous sommes aussi confrontés à la « dysparentalité » et à ses répercussions sur l'enfant (26); tout système familial rencontre des limites dans ses possibilités d'évolution et d'épanouissement et certaines familles ne parviennent pas à modifier les dysfonctionnements et entretiennent par maltraitance la souffrance des enfants (27), (21). Ceux-ci n'ont pas à « payer le prix fort en attendant que ça passe (éventuellement) ». Le clinicien soucieux du processus de la demande et de l'émergence du changement ne peut demeurer silencieux et inactif. Pas plus qu'il n'a à s'autoriser à se retrancher sur l'idéologie du lien, dérive et/ou reliquat du modèle du pater familias. L'important est également de nommer, de reconnaître et d'établir d'autres types de liens entre l'enfant et le parent psychotique maltraitant par la mise en place de liens protégés et de rencontres médiatisées. Celles-ci possèdent une intention non « de neutralité bienveillante » entre les protagonistes mais de protection réelle de l'enfant, l'accompagnant par une présence (éventuellement silencieuse) dans la rencontre avec le parent. Retenons enfin qu'il y a lieu d'attendre que l'enfant soit psychiquement apte (prêt) pour entendre et faire face aux failles de son parent. Le travail de séparation représente dès lors l'établissement d'une autre modalité de lien certes tenue mais existant et protecteur.



RÉFÉRENCES

1. Gavarini L. *La passion de l'enfant*. Hachette, 2001.
2. Ferragut E. (dir) *Agressions et maltraitances*. Masson, 2006.
3. Forward S. *Parents toxiques*. Paris, Stock, 1991.
4. Haesevoets YH. *Regard pluriel sur la maltraitance des enfants*. Kluwer, Bruxelles, 2003.
5. Hayez JY, de Becker E. *L'enfant abusé sexuellement et sa famille : évaluation et traitement*. Paris, PUF, 1997.
6. Kent A., Waller G: The impact of childhood emotional abuse : an extension of the child abuse and trauma scale. *Child Abuse and Neglect*. 1998 ; **22** : 393-399. 1998.
7. Eliacheff C. *Vies privées*. Odile Jacob, 1997.
8. Berger M. *L'enfant et la souffrance de la séparation*. Paris, Dunod, 1997.
9. Berger M., Rigaud C. *Différence entre travail de deuil et travail de séparation*. Prisme (Canada), 36, pp. 44-52, 2001.
10. Berger M. *L'échec de la protection de l'enfance*. 2004.
11. Gabel (et al.) *Evaluation des maltraitances*. Paris, Fleuves, Psychopédagogie, 2002.
12. Hart SN, Binggeli NJ, Brassard MR: Evidence for effects of psychological maltreatment. *J. Emotional Abuse*. 1998 ; **1** : 27-58.
13. Lempereur E. *Utilité de l'échelle de BAYLEY dans la clinique de la maltraitance* - conférence 06/12/07- ONE La Hulpe - Belgique.
14. Rigaud C. *Violence et contention : la fonction phorique du soin*. (DEA) Faculté de psychologie Lyon II, 2001.
15. O'Hagan KP : Emotional and Psychological abuse : problems of definition. *Child Abuse and Neglect*. 1995 ; **19** : 449-461.
16. Delion P. « *La fonction parentale* » temps d'arrêt. Ministère de la Communauté française de Belgique, 2007
17. Godelier M. *Métamorphoses de la parenté*. Fayard-Paris, 2005.
18. Houzel D et al. *La parentalité* - Erès-Ramonville, 1998.
19. Houzel D. *Les enjeux de la parentalité* - Erès-Ramonville, 1999.
20. Tilman-Ostyn E. *La thérapie familiale face à la transmission inter-générationnelle des traumatismes*. Thérapie familiale, Genève, 16, 2, pp. 163-183, 1995.
21. Neuberger R. *Le mythe familial*. Paris, ESF, 1995.
22. Guidelines for psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Chicago, APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children), 1995.
23. Steinhauer PD. *Assessing Parenting Capacity Manual Guidelines*. Institute for the prevention of child abuse. Montréal. Canada 1993.
24. Steinhauer PD. *Le moindre mal*. Presses de l'Université de Montréal. Canada 1996.
25. Tange C. *Le placement des enfants : une bienveillance à risque*. De Boeck, 2003.
26. Ausloos G. *La compétence des familles*. Erès, 1995.
27. Lebrun JP. *Un monde sans limite*. Erès, 1997.