

**CONFÉRENCE FAITE AU COLLOQUE « VISITES MÉDIATISÉES »**

**AIX EN PROVENCE**

**Le 30 septembre 2011**

**LES VISITES MEDIATISEES, UN DISPOSITIF EN DANGER**

**Docteur Maurice BERGER**

### ***Introduction***

Au niveau historique, j'ai créé le terme de visite médiatisée en 1979, mais ce dispositif, nommé autrement, "rencontre accompagnée", a été créé bien avant par Myriam David et Hana Rottman. "Médiatisée" signifie qu'il y a un tiers, mais le but est différent de la médiation qui cherche un accord minimum entre les parents par exemple. Les propos qui suivent se situent dans le cadre de la protection de l'enfance.

Depuis 1979, j'ai effectué moi-même plus de 3500 visites médiatisées dans un service de pédopsychiatrie d'orientation psychanalytique, et les autres membres de l'équipe en ont fait aussi beaucoup. Ceci est important à préciser car le risque, si on reste dans la "théorie", est qu'on peut affirmer tout et son contraire, alors que ce n'est pas le cas si on parle d'une pratique réelle et surtout *si on évalue les effets de cette pratique*. Ces visites concernent des enfants soignés en hôpital de jour ou en hospitalisation à temps complet, pendant leur hospitalisation et après. J'expliquerai plus loin pourquoi ceci nous est apparu indispensable pour la cohérence et l'efficacité de la prise en charge. Dans notre équipe, ces suivis sont réalisés par un personnel stable, les personnes restent en poste souvent plus de 25 ans, et nous pouvons donc évaluer les évolutions au cours de suivis longs. Nous connaissons la lourdeur de la pratique des visites médiatisées, par exemple lorsqu'il s'agit de suivre dans ce cadre des parents et leur enfant depuis la première année de sa vie jusqu'à ses 18 ou 19 ans. Nous connaissons aussi *le choc émotionnel* que la gestion de ce dispositif peut représenter pour des professionnels lorsqu'ils doivent interrompre la rencontre avec un parent dont les paroles sont nocives ou

traumatiques pour l'enfant, ou un parent violent, ou lorsque ce parent envahit ce moment de rencontre par des plaintes ou des menaces concernant le conjoint dont il est séparé.

Ces visites médiatisées sont-elles différentes de celles qui se déroulent hors d'un service de pédopsychiatrie ? Je n'en suis pas certain car nous nous occupons des mêmes situations que celles reçues en MECS, en ITEP, en famille d'accueil ASE, etc. Les parents et les enfants présentent les mêmes difficultés. Dans la réalité, l'orientation vers la pédopsychiatrie ne dépend pas seulement des troubles présentés par l'enfant, mais aussi de deux autres facteurs :

- la préoccupation ou non concernant l'état de l'enfant de la part du milieu éducatif qui assure le suivi de la situation ;
- l'acceptation ou le refus des pédopsychiatres de s'engager dans ce type de prise en charge.

La variété des sortes de visites médiatisées sera évoquée tout au long de ce colloque. Comme exemple, je me contenterai de citer rapidement :

- les situations où un parent est intellectuellement déficient. De tels parents ne sont pas nocifs activement, mais ils sont incapables de comprendre que leur enfant a une otite, ou quelle dose de lait il faut mettre dans le biberon.
- à l'opposé si l'on peut dire, des mères parfaitement compétentes mais qui sont sous l'emprise d'un homme violent et jaloux du bébé qu'il risque donc de frapper. Il s'agit de situations assez dramatiques car au cours des visites médiatisées, nous constatons que ces femmes s'occupent bien de leur bébé mais que le leur rendre serait le mettre en danger.
- des parents qui présentent des troubles psychiques de toutes sortes, schizophrénie, délire, psychopathie avec errance, délaissement. Lorsqu'un parent présente un trouble psychiatrique grave qui le coupe profondément de la réalité, des visites médiatisées régulières peuvent perdre tout sens ; c'est un autre travail qui doit être fait avec l'enfant concernant le fait qu'il a un parent aussi malade.
- des parents qui ont un fonctionnement de type séduction narcissique et que leurs enfants attendent avec passion et amour. Ces parents transmettent un message à leur enfant qui est "tu es tout pour moi", donc « je dois donc être tout pour toi », message nocif car il empêche l'enfant d'investir d'autres personnes, et aussi parce qu'il s'accompagne d'un abandon répété, un tel parent étant souvent absent pendant de

longs mois aux rencontres. On parle trop peu en général des effets très désorganisés produits par l'absence d'un parent à une visite médiatisée programmée.

- des visites médiatisées pour évaluation des compétences parentales après un placement en pouponnière. Ces visites doivent avoir lieu à un rythme de deux fois par semaine pendant un mois, parfois un peu plus, afin de recueillir un matériel suffisant pour éclairer la décision du magistrat. Elles doivent être espacées pendant cette période d'observation si les troubles présentés par l'enfant sont importants (anorexie, insomnie sévère, angoisse durable).
- Des parents qui ont été très inadéquats du fait d'une toxicomanie, d'une errance, etc., et *qui vont mieux*, ne sont pas activement nocifs pendant la visite même s'ils parlent peu, ne parviennent pas à entretenir la relation et ne peuvent que demander "l'école, ça va ?". Mais l'enfant continue à aller mal avant et après cette rencontre qui l'inquiète, nous comprendrons pourquoi.
- Les visites fraternelles qui ont leur propre complexité.
- Je n'aborderai pas ici les visites médiatisées mises en place à l'adolescence car elles se situent souvent dans un registre différent.

Au-delà de la grande variété de ces situations, je vais tenter de proposer quelques principes généraux.

***I - Les visites médiatisées sont un dispositif ultime dans la protection de l'enfant.*** Au-delà il ne reste que la suspension des visites, la délégation d'autorité parentale, la déchéance d'autorité parentale, décisions qui concernent essentiellement des parents dangereux dans la réalité ou qui ont impliqué l'enfant dans des scènes sexuelles, ou qui s'absentent de manière prolongée. En dehors de ces situations, *il est préférable* de maintenir un contact entre l'enfant et ses parents car cela atténue l'idéalisation et la terreur qui suit la plupart des séparations. Avec un contact bien géré, l'enfant constate l'inadéquation de ses parents à certains moments, ce qui fait contrepoids à l'idéalisation qui ne disparaîtra jamais complètement. Ces contacts évitent aussi que l'enfant garde des images violentes, terrifiantes, fixées de ses parents, issues du passé. C'est la présence des parents *dans l'actuel* qui va permettre à l'enfant suffisamment protégé, de *modifier ces deux représentations* de ses parents, idéalisées ou angoissantes, à *condition* qu'en dehors des visites, l'enfant puisse parler de ce qu'il a ressenti lors de ces rencontres. C'est pour pouvoir réaliser ce travail psychique qu'il nous arrive d'aller chercher des parents qui se sont éloignés géographiquement, démarche qui échoue parfois.

Pourquoi le terme « ultime » concernant les visites médiatisées ? Parce que mettre en place ce dispositif signifie qu'*un parent ne peut pas rester seul en présence de son enfant, même pendant une brève durée*. Il indique que passer un moment avec son parent peut être un danger pour l'enfant, ou avoir une influence désorganisatrice, nocive, pour lui. Donc quand on en arrive à un tel dispositif, cela signifie que l'aide éducative tentée auparavant a échoué. Le parent a des capacités parentales faibles, partielles. Et il y a peu de chances pour qu'on puisse faire mieux que les professionnels précédents. Dans la dernière édition de son livre "Le placement familial", en 2004, Myriam David indique : "Nous pensons avec Maurice Berger que la plupart de ces parents dont les enfants doivent être placés ont peu de possibilité de "changer" et se révèlent insensibles aux diverses formes de traitements psychothérapeutiques individuels ou de groupe que nous pouvons leur proposer. Ils sont néanmoins en état de grande souffrance dont ils se protègent [de diverses manières]". Et je trouve qu'on met les professionnels en difficulté lorsqu'on considère qu'on peut faire progresser tous les parents. Il faut avoir l'honnêteté de reconnaître les limites de ce qu'on peut faire avec ces pères et mères dans ces circonstances. On peut permettre que leur parentalité partielle puisse s'exprimer de manière adéquate, par exemple en donnant de l'argent à l'enfant, en lui achetant des habits à la bonne taille, en se présentant à la visite en étant rarement ivre. A la maison, l'enfant ne pouvait pas tirer bénéfice des capacités parentales partielles car elles étaient balayées par les troubles importants de la parentalité du père ou de la mère, ce qui maintenait l'enfant en état d'angoisse permanente. La visite médiatisée peut avoir ainsi pour effet de permettre à l'enfant de profiter *pour la première fois* de certaines parties saines du parent, mêmes si elles ont des limites. C'est pour cela que je trouve inadéquates les formulations habituelles du genre "reconstruire" ou "restaurer" une relation parent-enfant, "renouer" des liens, "rétablir" une vraie communication, etc. Le « re » indique qu'*il y aurait eu une relation adéquate à un moment*, alors que si cela avait été le cas, *on n'en serait jamais arrivé à un dispositif aussi lourd et ultime que des visites médiatisées*. On peut même affirmer que dans beaucoup de cas, notre premier travail consiste à *déconstruire* un mode de relation parent-enfant très inadéquat qui a abouti aux troubles fixés chez l'enfant décrits plus loin. Et cette déconstruction peut prendre des années.

Je laisse chacun réfléchir aux raisons pour lesquelles il serait tenté de mettre un « re ».

Devoir mettre en place des visites médiatisées signifie aussi qu'il y aura très peu de retours possibles au domicile. Travailler avec le retour comme but me paraît utopique dans la plupart des cas. Lors d'une étude rétroactive concernant 24 situations suivies avec des visites médiatisées pendant 15 ans ou plus dans notre service, l'évolution des visites médiatisées a été la suivante. Dans 12 situations, à compter de la préadolescence ou de l'adolescence l'enfant a pu être en contact avec ses parents sans tierce personne sur des durées d'une demie ou une journée, ou d'un week-end, *le placement étant maintenu par ailleurs*. Dans une de ces situations, une adolescente ne retournait dans sa famille que pour s'occuper de ses frères et sœurs dont elle se souciait. Dans les 12 autres situations, les visites médiatisées ont dû être maintenues jusqu'à la majorité. A 18 ans, quatre de ces 12 sujets ont repris des contacts non médiatisés avec leurs parents. Trois d'entre eux ont rompu immédiatement toute relation sans reprise de contact ultérieurement. Une assistante sociale qui travaille maintenant dans notre service nous donne le chiffre d'un arrêt complet de visites médiatisées avec maintien du placement sur 18 situations en sept ans lorsqu'elle travaillait à l'ASE.

Nous avons cherché les points communs des situations dans lesquelles il avait été possible de supprimer les visites médiatisées, sans supprimer pour autant le placement. Chaque cas est particulier, et il est difficile de tirer des règles générales, aussi me contenterai-je des remarques suivantes.

1) Nous avons résisté aux attaques verbales importantes dont nous avons été l'objet de la part de ces parents. Face à ces attaques, nous n'avons jamais cherché à être gentils à tout prix, à être dans la séduction, car ces parents se méfient des personnes "gentilles" dont ils craignent qu'elles ne se transforment en personnes dangereuses ou abandonnantes comme ils l'ont souvent vécu avec leurs propres parents. Ces pères et mères pouvaient être exigeants à propos de la manière dont on devait s'occuper de leur enfant, mais ce n'était jamais une manière d'être en rivalité ou d'essayer d'avoir une emprise sur nous ou sur leur enfant, en faisant obstacle aux soins par exemple.

2) ) Nous sommes toujours restés des "*objets clairs*" en indiquant que nous étions là avant tout pour protéger le développement affectif et intellectuel de leur enfant, lequel pouvait ne pas être prêt à entendre certaines paroles, ou à rencontrer ses parents plus longtemps. Et nous expliquions qu'à vouloir aller plus vite dans le rapprochement parent-enfant, on perdrait

du temps et on aboutirait au résultat inverse. Ce cadrage diminue les revendications des parents et entraîne un accord implicite ou explicite de leur part.

3) Le suivi psychologique de l'enfant et/ou ses soins ont permis qu'il se différencie.

4) Le cadre judiciaire a tenu la route sur la durée, en ce sens que le juge des enfants n'a assoupli le cadre que lorsque les professionnels pensaient que c'était possible pour l'enfant, et non pas sur la pression des parents ou de leur avocat. La technique de "l'essai" qui consiste à essayer de démediatiser "pour voir", comme un sondage, peut faire perdre beaucoup de temps *si elle est prématurée*. L'enfant retrouve ses angoisses précédentes, et ceci s'accompagne d'une perte de confiance dans les professionnels car il pense que le cadre pourra être de nouveau changé à tout moment.

5) Alors qu'ils n'avaient aucun diplôme, presque tous ces parents travaillaient, en usine, comme femme de chambre, ou autre. Ceci signifie qu'*ils maintenaient un certain rapport avec la réalité en acceptant ses contraintes, ses rythmes imposés*. Ceci ne veut pas dire que tous les parents qui travaillent et qui ne rencontrent leur enfant qu'en visites médiatisées ont la capacité d'évoluer.

6) *Ces parents ont progressivement accepté de se laisser "brieffer"* par nous lorsque nous leur expliquions la nécessité d'accepter que leur enfant ne leur dise pas bonjour, se tiennent à distance, ou quant nous leur demandions de ne pas dire certaines choses devant lui.

7) *Ces parents ont cheminé lentement sur certains points*. En particulier, *ils sont parvenus à se décentrer d'eux-mêmes et à reconnaître leurs difficultés passées*. Telle mère reconnaît sa négligence ou sa violence passée. Devant l'enfant, elle n'attaque pas le père parce qu'il est absent depuis longtemps, mais elle évoque ce que cela peut faire à son enfant de ne pas voir son père. Une autre mère reconnaît ne pas avoir protégé son enfant d'un frère aîné très violent. Un père explique qu'il ne savait plus quoi faire et qu'il était totalement dépassé par la situation lorsque son enfant était bébé, ou plus tard, débordé par le comportement de cet enfant. Ces parents deviennent plus confiants, moins impulsifs, ils "grimpent" moins rapidement et moins longtemps. En citant la phrase de Balint, on peut dire qu'ils présentent un changement minime mais considérable de leur personnalité.

Dans la réalité, que les visites médiatisées soient maintenues en permanence ou non, on constate que *c'est plus l'enfant qui va progresser que le parent*. Les visites médiatisées sont donc un dispositif mis en place pour permettre le maintien de contacts, mais du point de vue évolutif, c'est un dispositif qui vise essentiellement à ce que l'enfant puisse progresser dans son développement.

Ceci pose donc la question : *quel but vise t-on ?* Qu'est-ce qu'"un bon résultat" ? En protection de l'enfance, ce devrait être qu'un enfant se développe à peu près correctement, tant mieux si de surcroît, ceci lui permet plus de contacts avec ses parents.

Quand on dit que les visites médiatisées sont un outil protecteur, que protègent-elles ? Elles doivent protéger l'intégrité physique et le développement affectif, intellectuel, et social de l'enfant. Mais elles doivent aussi chercher à "*favoriser*" ce développement. Si on se contente de protéger « tout court » sans viser une évolution positive du développement de l'enfant, on risque de mettre la situation au « congélateur » et l'enfant se retrouvera chaque fois avec les mêmes sentiments désorganisateur lorsqu'il sera en présence de son parent. Certes, les visites médiatisées suivent l'article 8 de la CIDE, c'est-à-dire respecter le droit de l'enfant d'avoir des relations familiales. Mais on omet souvent de préciser que la CIDE repose sur la déclaration des Droits de l'enfant de 1959, laquelle dans son principe 2 précise que "L'enfant doit se voir accorder par l'Etat les possibilités d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social".

On peut donc dire que les visites médiatisées sont *le lieu de tension maximum* entre « faire famille » et permettre à l'enfant un développement harmonieux. Je lis fréquemment qu'il faut trouver un équilibre entre les droits des parents et les intérêts de l'enfant. Cette formule n'a aucun sens car il n'y a pas de symétrie possible. L'enfant est vulnérable, en voie de développement, dépendant de son environnement, et il n'a pas la parole ou que peu pour exprimer ce qu'il ressent. Dans certains pays, il est indiqué clairement que quand droits des parents et droits de l'enfant sont antinomiques, l'intérêt de l'enfant a préséance sur celui des adultes. Cette tension se traduit par le fait que les Cours d'appel sont saisies de plus en plus à propos des visites médiatisées. Il arrive qu'elles tranchent dans le sens de la demande des parents, c'est-à-dire pour le plaisir des parents et contre leur intérêt (E. Bonneville) qui est d'avoir un enfant qui va bien et qui aura une existence meilleure que la leur. L'exemple en est donné par un adolescent de quatorze ans auquel la Cour d'Appel accorde une rencontre non

médiatisée avec sa grand-mère alors que nous y sommes opposés à partir d'arguments cliniques solides. Suite à cette seule visite, ce jeune présente un épisode délirant qui nécessite son hospitalisation depuis deux mois et une incapacité de reprendre sa scolarité.

## ***II – La nécessité de connaître le fonctionnement psychique des enfants soumis à des négligences, et/ou des maltraitances.***

On utilise souvent le terme d'enfant carencé, ou caractériel, ou cas social. Ces termes cachent la complexité très importante du fonctionnement psychique de ces sujets. Notre équipe travaille sur ce thème depuis plus de trente ans et nous sommes arrivés à la conclusion que la protection de l'enfance est *une véritable spécialité*. Les enfants en question présentent un trouble qu'on appelle pathologie des traumatismes relationnels précoces (M. Berger, E. Bonneville). Dès tout petit, ils ont été soumis à des interactions angoissantes car chaotiques, imprévisibles, ou douloureuses, ou trop précocement érogènes, etc. Ces traumatismes répétitifs sont survenus à une période préverbale, c'est-à-dire à un moment où l'enfant n'avait pas la possibilité de mettre des mots sur ce qu'il ressentait. Voici quelques aspects de cette pathologie.

1) *L'impact des traumatismes psychiques est d'autant plus important qu'il est précoce*. La clinique prouve que les nourrissons sont particulièrement sensibles et vulnérables à la qualité de leur environnement. L'impact du spectacle des scènes de violence conjugale sur les nourrissons de quelques mois en est une preuve. Les enfants les plus violents accueillis dans notre service ne sont pas ceux qui ont été frappés directement -ils sont d'ailleurs protégés plus rapidement que les autres- mais ceux qui ont été soumis dès leur plus jeune âge au spectacle de scènes de violences conjugales.

2) *Tout traumatisme relationnel répétitif précoce peut s'inscrire dans le psychisme de l'enfant sous la forme de sensations corporelles ou d'images à l'état brut, sans qu'il puisse faire la différence entre ses pensées et la réalité*. Par la suite, le risque existe en permanence que ces sensations et images ne ressurgissent sous une forme hallucinatoire, en particulier l'image, les gestes, la voix mis en soi d'un père ou d'une mère violents ou négligents, sans écart possible

entre le présent et le passé. De tels enfants déclarent : « Puisque j'y pense, c'est encore du présent ». Ceci explique la forme que peut prendre leur violence éventuelle : ces enfants ont fréquemment leur voix et leur regard qui changent au cours de leurs actes violents comme s'ils étaient habités par une autre personne, et ils insultent avec une tonalité et des mots d'adulte.

Il en est de même de *l'impact de la négligence*, à laquelle on ne prête pas suffisamment attention en France. Celle-ci consiste en une absence de moments de câlins, de portage, d'échanges de sourires ; ou ces moments sont d'une durée insuffisante. L'absence de jeux a un effet particulièrement délétère. La négligence est une absence d'attention portée aux besoins élémentaires du nourrisson, besoin de stabilité, de prévisibilité, de stimulation, absence qui s'accompagne souvent d'une déformation des messages qu'il émet. « La négligence, ce n'est pas que l'on fait à un enfant, c'est plutôt ce que l'on ne lui fait pas » (Rapport 2010 des Directeurs de la Protection de la Jeunesse du Québec). Cette négligence concerne le besoin de disposer d'une figure d'attachement stable, sensible aux besoins de l'enfant, présente physiquement et psychiquement. La carence est d'abord carence d'une première relation sécurisante, ou comme l'écrit Winnicott, " Ce n'est pas tant d'amour que l'enfant a besoin, c'est de parents". *Un nourrisson de moins de deux ans a d'abord besoin d'être rassuré, plus que d'être aimé*. Il ne peut tirer profit de l'amour qu'on lui donne que s'il se sent en sécurité.

3) L'enfant n'ayant à sa disposition aucun adulte capable de s'identifier à ce qu'il ressent, *c'est dans la solitude la plus totale* qu'il vit les sentiments d'angoisse qu'il éprouve face au vide relationnel, à l'abandon, ou à la violence. Cette souffrance " en creux", moins visible que la violence, est un sentiment d'absence d'espoir, de dévastation interne qui se traduit par une sensation de "partir en morceaux".

4) Il existe donc *deux sortes de flash hallucinatoires qui peuvent survenir en présence des parents* : ceux qui concernent le resurgissement en soi d'un épisode violent très angoissant subi, vu, entendu ; et ceux qui concernent un épisode de négligence vécu lui aussi à la période *préverbale, avec la reviviscence de sentiments de lâchage, de partir en morceaux, d'absence totale d'espoir de pouvoir modifier son état*. Un exemple en est donné par la violence que manifeste un adolescent de douze ans après une visite médiatisée qui s'est relativement bien passée avec sa mère, personne gravement négligente. Quelques heures plus tard, il demande à son infirmier référent de l'aider à coller un dessin en relief sur une vitre de sa chambre. Il

prépare mal le matériel et ne tient pas compte des conseils du soignant si bien que le dessin se déchire en partie. Il fait alors une crise particulièrement violente au cours de laquelle, envahi de manière hallucinatoire par les vécus de négligence qu'il a éprouvés autrefois avec Mme B, il accuse l'infirmier de mal s'occuper de lui et de ses objets.

5) Lorsqu'un traumatisme répétitif est précoce, *le sujet ne parvient pas à situer l'origine de ce qui ne « va pas »*, ne perçoit pas si cela vient de lui ou du monde extérieur. Ceci entraîne *une culpabilité primaire*, c'est-à-dire le sentiment très ancré que si les contacts avec ses parents se passent mal, c'est à cause de lui, parce qu'il est un enfant insatisfaisant, mauvais par essence ; d'autant plus que ces enfants n'ont le plus souvent pas été considérés comme attirants par leurs parents et leurs soins corporels ont été peu ou mal investis.

On peut résumer ainsi *les principales modalités d'indifférenciation* qui se fixent alors dans le psychisme de l'enfant :

- « Je ne sais pas ce qui est moi et pas moi, en particulier lorsqu'une image ou une parole de mon parent angoissant surgit en moi ». Et ce n'est pas parce que nous considérons l'enfant qui est en face de nous comme un sujet différencié de nous que la réciproque est valable. Ainsi un enfant tient fortement son éducatrice par le bras en lui disant en même temps "lâche-moi".
- « Je ne sais pas où est la cause, si ce qui va mal vient de moi ou de l'extérieur ».
- « Je ne fais pas la différence entre les images du passé et le présent ».
- « Je ne sais pas ce qui est bon et mauvais pour moi ».

Du fait de *cette indifférenciation entre la pensée de l'enfant et celle de ses parents*, une séparation parent-enfant, lorsqu'elle est inévitable, risque de protéger l'enfant seulement à un niveau physique, mais n'entraîne pas de progrès psychiques suffisants. Seule cette indifférenciation explique que certains enfants aillent mal pendant plusieurs jours ou semaines après une rencontre médiatisée avec leurs parents qui s'est bien déroulée : ce contact a suffi pour réveiller en eux des traces angoissantes du passé. Même lorsqu'ils ont grandi, ces enfants ne réagissent pas seulement en fonction de leur âge biologique, 7 ans, 10 ans, ou plus, car un enfant de douze ans devrait avoir moins peur de ses parents que lorsqu'il avait deux ans. Ce processus peut se reproduire tant que ces traces n'auront pas été traitées, et ce n'est pas

traitable par désensibilisation sur le modèle allergologique, en mettant l'enfant en contact de plus en plus longtemps avec ses parents.

Dans ces contextes, *le dispositif d'écoute de l'enfant a pour but de lui permettre de se construire une pensée différenciée*. Le but est que l'enfant parvienne à identifier ses sentiments personnels au lieu d'avoir une pensée infiltrée par des sensations, des images, des affects du passé. Il s'agit là du principal travail qui devrait être poursuivi en protection de l'enfance, mais pour l'effectuer, il faut prendre conscience que ces enfants présentent une clinique spécifique.

6) Il faut ajouter que dans tout traumatisme psychique répétitif, l'enfant est très angoissé par ses parents, et en même temps, sorte de syndrome de Stockholm, *il n'a pas eu d'autre choix que de chercher du réconfort auprès d'eux*, ce qui le rend confus. Ou encore, comme l'écrit M. Main, l'enfant est partagé entre la terreur du contact et la terreur du rejet.

7) Enfin toute situation traumatique importante répétée entraîne chez l'enfant *un multi-clivage* de son psychisme : une partie de lui, terrifiante, s'identifie à son parent violent; une autre partie est angoissée, voire terrorisée ; une autre partie est adaptée en surface, etc. *Cette absence d'homogénéité du fonctionnement psychique est l'une des causes des divergences d'appréciation entre professionnels concernant l'état de ces enfants*.

8) Ces troubles se fixent précocement. C'est pourquoi, lorsqu'on tarde à mettre en place des visites médiatisées, on dessert toute la famille. L'enfant fixe une image angoissante de ses parents qui réapparaît à chaque contact avec eux.

Il est donc nécessaire d'avoir des connaissances concernant le fonctionnement psychique des enfants négligés et/ou maltraités. Les travaux que je viens de vous exposer datent de plus de vingt ans, ce qui souligne qu'il existe une volonté active de refuser le savoir chez beaucoup de professionnels. On pense que "tout le monde" peut faire des visites médiatisées, gérer un placement familial, comme M. Jourdain fait de la prose. Et bien non, car cette pratique concerne des processus complexes de la vie psychique de l'enfant dont on doit tenir compte. Dans d'autres pays qui prennent la protection de l'enfance plus au sérieux, il y a une

formation d'un minimum de sept jours entiers pour chaque professionnel. Et j'en ai vu le programme, qui est impressionnant.

Autre aspect, l'environnement fait partie des soins ; et la possibilité de comprendre le fonctionnement psychique d'un enfant et de l'aider à progresser dépend donc en grande partie de la manière dont les visites médiatisées sont protégées, de ce que l'on va pouvoir observer avant la visite, au cours de son déroulement, après, et de la manière dont on va pouvoir le reprendre avec l'enfant. C'est pourquoi, au cours des supervisions que je suis amené à effectuer auprès de professionnels en pédopsychiatrie, je constate qu'on arrive à des situations d'impasse lorsque les soignants ne participent pas aux visites médiatisées car il leur manque l'essentiel du matériel pour comprendre les processus défensifs et les angoisses de l'enfant. Ceci pose aussi la question de la prise en compte de l'angoisse de l'enfant face à des parents effrayants. Mouhot a montré que dans 20 % des visites médiatisées, il n'est pas tenu compte du fait que les enfants ne veulent pas rencontrer leurs parents parce qu'ils en ont trop peur, ou parce qu'ils haïssent leur père et/ou leur mère.

### ***III - Le rythme et la durée des visites doivent donc être adaptés aux manifestations de mal-être manifestées par l'enfant.***

Sinon, si l'enfant est réexposé à une situation qui déclenche en lui des images ou des sensations inquiétantes, il n'a jamais de temps de repos psychique suffisant pour qu'on puisse travailler avec lui sur ce qu'il éprouve. Or les visites sont souvent trop longues et trop fréquentes, si bien que l'enfant est complètement entravé dans son développement. D'une manière générale, on constate que beaucoup de professionnels ne parviennent pas à se représenter l'enfant comme différencié de ses parents et comme devant se construire une pensée autonome. Exemple, un nourrisson est soumis à quatre visites médiatisées par semaine, qui plus est en présence de sa famille d'accueil. Après chacune des visites, il se griffe le visage mais le juge refuse d'en tenir compte. Le pronostic psychique pour l'enfant est mauvais. Quand un magistrat décide de visites médiatisées d'une durée de quatre heures, ou de visites trop rapprochées, il est probable qu'il le fait par culpabilité par rapport aux parents. Mais on sait qu'il est déjà extrêmement difficile pour un parent « normal » de s'occuper pendant quatre heures d'un enfant petit. Il a besoin de faire des pauses, de souffler, d'avoir

une petite activité pour lui comme lire une revue. Un parent n'osera pas faire cela en visite médiatisée.

Etant donné les troubles graves de la parentalité qui amènent à des visites médiatisées, et la pathologie des traumatismes relationnels précoces, on peut dire qu'une visite médiatisée ne devrait *jamais* dépasser une heure et si besoin avoir une durée moindre. On voit un certain nombre d'enfants qui se sentent bien avec leurs parents pendant 20 ou 30 minutes, puis leur état psychique se dégrade. Si la rencontre était plus courte, l'enfant pourrait profiter du parent. Le fait qu'elle soit plus longue fait qu'elle devient délétère et que l'enfant repart dans un état de mal-être qui lui fera craindre la rencontre suivante. On est perdant sur tous les tableaux. Exemple : un enfant de huit ans tient bien pendant dix minutes face à une mère extrêmement angoissante et après le départ de ce parent, reste allongé pendant trente minutes sur le carrelage de la pièce sans pouvoir parler. Ceci montre l'énergie qu'il a dû mobiliser pour faire face à la situation.

Il faut remarquer que lorsqu'un enfant va mal et n'arrive pas à apprendre pendant deux jours après une visite médiatisée qui a lieu tous les 15 jours, c'est 25 % de son temps scolaire qui est détruit, et sa scolarité est donc sacrifiée.

Au Québec, il est spécifié : « les contacts entre parents et enfant doivent en tout temps répondre aux besoins et aux intérêts de l'enfant et non à ceux des parents. La modalité de contact se fixe en se basant sur les réactions et le développement de l'enfant ».

#### ***IV – Quel travail psychique ?***

Il est inexact de dire qu'on va pouvoir "travailler sur le lien parent-enfant", sur leur relation, etc. Le travail qui est effectué porte essentiellement *sur la représentation que l'enfant peut avoir de son parent*, et sur la représentation qu'il a du lien qui les unit, et pareillement du côté du parent bien que cela soit souvent peu possible. *Un lien n'existe pas en soi*, il n'existe que des liens en pensée.

Du côté du parent, nous disposons de guides qui nous permettent d'évaluer les capacités parentales, en particulier la sensibilité qu'un parent manifeste à l'égard des besoins exprimés

par son enfant petit. En voici un exemple qui concerne l'évaluation de la sensibilité des parents. Elle se manifeste principalement par :

- *La détection* des signaux émis par l'enfant petit
- *L'interprétation* juste des signaux
- *La sélection* d'une réponse appropriée à ces signaux
- *L'application* rapide de la réponse sélectionnée (C. Lacharité)

On peut illustrer ces quatre dimensions de la sensibilité par l'exemple suivant. Un bébé pleure parce qu'il a faim.

- Sa mère n'entend pas ses pleurs. La mère est donc incapable de détecter le signal émis par l'enfant.
- Une autre mère déclare que son enfant pleure exprès pour l'embêter alors qu'elle est en train de regarder son feuilleton préféré à la télévision. Elle détecte le signal mais en fournit une interprétation erronée.
- Une autre mère peut reconnaître que son enfant a faim mais continue à regarder son feuilleton. On constate qu'elle a sélectionné la réponse qui serait appropriée, donner de la nourriture, mais qu'il n'y a pas de rapprochement physique positif.
- Une autre mère cesse de regarder la télévision et prépare rapidement un biberon pour son bébé. Elle applique la réponse sélectionnée dans un délai bref, si bien que son nourrisson peut établir une relation entre le signal qu'il a émis et la réponse que cela a entraînée.

L'expérience montre que lorsqu'il n'y a pas de détection ou d'interprétation correcte des signaux, on est devant un trouble de la parentalité tellement profond qu'il n'est pas améliorable.

Du côté de l'enfant, pour travailler avec lui sur ses représentations du lien, il faut tout d'abord lui proposer un dispositif d'écoute suffisamment intensif, au cours duquel on aura *un rôle de témoin impliqué* destiné à aider l'enfant à se représenter ce qu'il ressent, soit en en parlant directement avec lui, soit par le biais de jeux qui lui permettent de symboliser ses mouvements intrapsychiques. Il faut savoir que ces enfants n'ont le plus souvent pas de capacité spontanée de narrativité, qui consisterait à être capable de raconter une histoire et d'évoquer ce qu'ils ressentent. Un professionnel doit établir avec eux une relation de longue durée, avec souvent l'utilisation de "pré-jeux", c'est-à-dire de jeux symboliques très sommaires, avant de devenir une personne signifiante dans leur existence, pour que ces enfants puissent commencer à construire une pensée continue grâce à l'étayage sur ce

professionnel. Ce travail est spécifique. Il nécessite entre autres, pour pouvoir être réalisé, que l'enfant cesse d'être méfiant par rapport à l'adulte, et qu'il n'ait pas une pensée envahie par des ruptures successives du fait d'une hyperkinésie massive, ce qui nécessite alors fréquemment l'utilisation de Ritaline.

Comme les visites médiatisées, le lien proposé dans le dispositif d'écoute fait partie des contrepoids face à l'idéalisation, à la terreur, ressentis par l'enfant, et à la séduction déployée par certains parents. Pendant ce dispositif d'écoute, on va préparer la visite avec l'enfant. Comment veut-il être placé par rapport à son parent ? Veut-il dessiner les places sur une feuille de papier pour mieux l'expliquer ? Veut-il apporter un jeu comme objet tiers entre lui et un père paranoïaque ? Quelles questions veut-il poser, à sa mère, par exemple sur son père inconnu de lui ? Pourquoi n'était-elle pas là à la visite précédente ? Pourquoi quand il s'agit d'une mère psychotique, pose-t-elle toujours la même question aberrante ? Si l'enfant ne parvient pas à poser les questions, veut-il qu'on les pose à sa place ? Etc. On peut aussi mettre en place des petits moments de jeu qui ne doivent pas empêcher le travail psychique que je viens de décrire ci-dessus. On va constater aussi comment est l'enfant avant les visites, pendant, et après. Ainsi certains enfants demandent sans arrêt quand la visite va avoir lieu, et les professionnels peuvent penser que c'est parce qu'il est impatient de rencontrer le parent, alors qu'en fait il essaie de se préparer au choc affectif que constitue la rencontre pour lui. *Un professionnel qui ne sait pas comment est l'enfant avant et après la visite médiatisée, ne peut pas avoir d'opinion valable concernant son impact.*

*Les visites médiatisées sont un des moments les plus importants pour travailler la différenciation psychique parent-enfant. On comprend donc qu'elles ne peuvent se dérouler que dans un lieu individuel. Faire une visite médiatisée dans un lieu collectif, c'est incohérent, il n'y a aucun objectif réalisable. C'est une autre forme d'indifférenciation où tout est mélangé, due cette fois aux professionnels.*

***V – L'enfant ne peut commencer à penser que s'il se sent en sécurité émotionnelle, c'est-à-dire avec une personne de référence stable, toujours la même*** (à tel point qu'il nous arrive de repousser des visites médiatisées lorsque cette personne est en arrêt maladie).

Une question préalable à la mise en place de ce dispositif est de se demander quel professionnel est prêt à s'engager dans la durée. Cette nécessité, qui repose sur le fait qu'un enfant ne peut construire une pensée différenciée qu'en s'étayant sur celle d'un adulte, est loin d'être acceptée par tous les professionnels. Pourrions-nous faire part de nos soucis à une personne que nous ne connaissons que depuis quinze jours ? Non. Pourtant lors d'un colloque, un département a présenté un dispositif dans lequel on fait exprès de changer de professionnel à chaque visite de manière à ce que l'enfant soit obligé d'aller vers le parent puisque c'est la seule personne fixe qu'il connaît. Les professionnels concernés disent que c'est pour éviter le transfert de l'enfant sur les professionnels. On peut se demander pourquoi il faudrait éviter ce transfert, mais surtout il y a là une confusion entre la notion de transfert et le besoin de sécurité de l'enfant. Aucun enfant ne peut se sentir bien s'il se trouve en présence d'un professionnel inconnu dont il ignore s'il connaît quoi que ce soit de son histoire et s'il pourra le protéger. Même le parent se sent mal à l'aise face à un inconnu. Dans un autre dispositif, afin qu'il y ait un équilibre entre les droits des parents et les droits de l'enfant, il y a un travailleur social qui est là pour défendre l'intérêt du parent, et un autre qui défend l'intérêt de l'enfant. Le premier professionnel peut par exemple gronder l'enfant s'il refuse d'embrasser son parent au début de la visite, en lui disant « tu pourrais embrasser ta mère, elle a fait 40 km pour venir te voir ». L'autre professionnel dit à l'enfant qu'il n'est pas obligé de le faire.

## ***VI – Lien naturel ou pas ?***

J'entends aussi souvent dire qu'à cause du cadre des visites médiatisées, il ne peut pas s'établir de lien naturel, qu'il n'y a pas de spontanéité entre parent et enfant. Ceci est faux. Chaque fois que les parents disent cela, nous nous référons aux rapports réalisés par les travailleurs sociaux avant la mise en place des visites médiatisées, et nous constatons que le mode de relation actuel entre parent et enfant était identique avant les visites. Un parent qui est incapable de s'intéresser pendant une minute à son enfant ou de jouer avec lui pendant la visite en était tout aussi incapable auparavant. Un parent qui avait comme seul lien le nourrissage en continu fera pareil pendant la visite et il faudra l'empêcher de le faire pour que son enfant puisse commencer à penser. Je dirais même qu'il arrive que l'inverse se produise : *parce que le parent est contenu par le cadre des visites*, une relation différente peut parfois se nouer, surtout sur notre impulsion. Par exemple c'est en notre présence que certains parents jouent pour la première fois avec leur enfant à des jeux qui ne sont pas que de l'excitation, des

chatouilles, ceci à condition que nous mêmes jouions avec le parent, c'est-à-dire que nous jouions à trois. Les parents font leur premier puzzle de leur vie, etc. D'une manière générale, on peut dire que les visites médiatisées ne sont pas une rupture du lien, *c'est une modalité au long cours de lien parent-enfant, la plus adaptée dans certains contextes.*

Par ailleurs, certains parents disent que leur enfant leur devient étranger, qu'ils n'ont plus les clefs pour entrer dans son intimité. Mais *du fait de leur propre enfance*, de tels parents n'ont *jamais* eu les clefs pour comprendre le fonctionnement psychique de leur enfant. Ils n'ont aucun enfant en eux auquel se référer pour pouvoir s'identifier à leur propre enfant. Surtout, *ces parents sont incapables de voir leur enfant comme quelqu'un de différencié d'eux.* Grâce au travail que nous effectuons, l'enfant acquiert une pensée autonome, il se permet de poser des questions qui vont déstabiliser les parents, et *c'est pour cela qu'il leur devient étranger*, à tel point que certains parents n'arrivent pas à croire que leur enfant puisse poser des questions pertinentes les concernant et pensent que c'est nous qui les leur avons implantées dans son cerveau.

Ce n'est que lorsque l'enfant a acquis une pensée autonome et solide qu'il devient loquace et naturel, autant en consultation que lors des contacts non médiatisés.

## ***VII – Une médiatisation complète***

La différenciation n'est jamais totalement acquise, même pour la plupart des enfants que nous avons suivis pendant des années avec des dispositifs de soins intensifs. Il reste quelque chose de fragile chez eux car on ne guérit jamais totalement de la pathologie des traumatismes relationnels précoces, mais on peut acquérir la capacité d'apprendre, de vivre en groupe, de contrôler ses pulsions, d'éviter les situations où l'on sent qu'on va se sentir mal, et de pouvoir passer de bons moments avec ses parents.

Ceci signifie que la médiatisation doit être *totale*, sinon elle est peu efficace voire même dénuée de sens. Il ne faut pas de courrier, les enfants vont aussi mal après certaines lettres de leurs parents qu'après avoir été exposés directement à une rencontre sans tiers. Si des courriers sont cependant autorisés, ils doivent être lus préalablement par un professionnel qui évalue s'ils risquent d'être nocifs. Il ne faut pas non plus de coups de téléphone, sauf s'ils sont

rigoureusement médiatisés par un professionnel qui peut les interrompre et ils doivent être brefs. L'enfant s'appuiera sur ce professionnel au cours de la conversation. Il est totalement contre-indiqué que les coups de téléphone aient lieu dans la famille d'accueil. Comment l'assistante maternelle pourra-t-elle se situer si elle entend un parent dire à son enfant des phrases qui peuvent être nocives ? Si elle interrompt la conversation, l'enfant pensera qu'elle n'aime pas sa mère. Si elle le laisse faire, elle se sentira complice de l'échange parent-enfant. Cette médiatisation complète signifie enlever à l'enfant son téléphone portable, ce qui, de nos jours, frôle le sacrilège, et lui interdire d'accéder à internet s'il est seul. Par ailleurs, laisser retourner un enfant chez lui un week-end et médiatiser d'autres rencontres n'a aucun sens. On peut appeler alors les rencontres "consultations" ou "entretiens", mais certainement pas visites médiatisées.

Par ailleurs, les visites doivent être médiatisées de la première à la dernière minute. On constate des reprises de symptômes graves, comme des agressions sexuelles de la part d'adolescents parce qu'après une première visite calme, le professionnel pense qu'il peut laisser un père pervers seul en présence de son fils la fois suivante, et immédiatement le comportement de l'enfant redevient dangereux. Une attention importante doit être apportée à la fin de la visite, le moment des embrassades qui doit avoir lieu dans la pièce, et pas dans le couloir. C'est le moment où le parent va glisser à l'oreille de l'enfant des messages du genre « je vais te reprendre », ce qui balaye la parole du magistrat. S'il le faut, l'enfant devra sortir le premier et aller dans une autre pièce. Ce risque explique aussi pourquoi nous ne faisons pas de visites médiatisées hors de nos bureaux. Dans un jardin public, les choses peuvent devenir totalement incontrôlables.

Il faut insister sur le fait que des parents peuvent se montrer relativement adéquats grâce à l'effet de cadre. Il ne faut donc pas se presser de quitter ce cadre, d'où l'importance de la routine. Des visites qui se déroulent avec une bonne routine doivent être maintenues longtemps, jusqu'à ce qu'on ait le sentiment que *l'enfant est capable de repérer le moment où il risque de ne pas se sentir bien en présence du parent*, c'est-à-dire le moment où le vécu d'indifférenciation réapparaît. Un des moyens d'évaluer la possibilité de passer à d'autres contacts que les visites médiatisées, ce sont des sorties accompagnées dans un centre commercial pour faire une course par exemple. Ou encore, on peut tenter un séjour de l'enfant de quelques heures dans sa famille, avec un travailleur social qui reste la (ou les) première(s) fois puis qui le laisse seul. Exemple, lors de la première tentative de contact non médiatisé

depuis dix ans, la mère de Jennifer, 16 ans, ne réalise rien de ce qu'elle a promis de faire avec sa fille, c'est-à-dire des courses, et l'amène dans des bars pour la présenter à ses copains et montrer qu'elle est revenue à la maison. On évaluera ensuite les effets de ce moment de contact sans intermédiaire. D'une manière générale, nous ne réalisons cela que tardivement.

Il est aussi indispensable que les visites aient lieu dans un endroit distinct de celui où vit l'enfant, sinon ce lieu devient contaminé à ses yeux. « Ça sent le parent », dit ainsi un enfant en entrant dans la pièce où a eu lieu la dernière visite médiatisée. Il faut aussi éviter les contacts entre la famille d'accueil et la famille biologique car ceci est à l'origine de mécanismes de clivage très important chez l'enfant, même chez les nourrissons. Il est regrettable que certains travailleurs sociaux arrivent à la dernière minute pour une visite médiatisée, laissant l'enfant, sa famille d'accueil et sa famille biologique ensemble pendant un quart d'heure dans la salle d'attente. On imagine l'état de l'enfant et de l'assistante maternelle dans ce contexte. C'est ainsi, les visites médiatisées sont un outil très précis où tout doit être géré au millimètre.

### ***VIII - Les visites médiatisées fratrie nécessitent une attention particulière.***

Si on admet que des visites médiatisées sont mises en place parce qu'un parent ne parvient pas à s'occuper de manière adéquate d'un enfant même pendant un temps court, comment peut-on imaginer qu'il puisse s'occuper de plusieurs enfants simultanément ? Pour cette raison, nous sommes opposés aux visites où, pour "faire une famille" et à leur demande, les parents rencontrent ensemble plusieurs membres de la fratrie, car ce qui prédomine alors le plus souvent, c'est l'excitation, et personne ne profite vraiment de la présence de l'autre.

En ce qui concerne les contacts entre enfants, nous avons constaté que la fratrie est impliquée d'une manière ou d'une autre dans la totalité des situations que nous prenons en charge. Un travail sur la représentation que chaque enfant a du lien avec chacun de ses frères et sœurs peut être entrepris, deux par deux. Ceci représente une quantité de travail très importante. Il y a beaucoup de situations où il vaut mieux ne pas entreprendre ce travail, en particulier lorsque le contact entre les deux membres de la fratrie provoque une aggravation de l'état de chacun car la présence d'un enfant réactive chez l'autre les scènes traumatiques du passé. Parfois on laisse des frères et sœurs ensemble sous prétexte qu'il n'y a pas de danger. Cela fige la

relation et il n'est pas si évident que cela ne soit pas dangereux. Ainsi une grande sœur de 15 ans qui va apparemment bien, dit à son frère de 13 ans « tu es un accident » ou encore « il faut que tu vois papa », se faisant le porte-parole du père qui néglige gravement son fils, est alcoolique, a frappé son épouse devant les enfants, a menacé de se jeter sous une voiture devant le garçon. Et ce garçon, au prix d'un gros effort de pensée, demande justement à ne plus voir son père pour le moment.

### ***IX - Le futur des visites médiatisées.***

Y a-t-il une augmentation du nombre des visites médiatisées ? C'est le cas dans le département où je travaille, mais je n'ai pas d'éléments pour le reste de la France. Lorsqu'on cherche les causes de cette augmentation, on avance de très nombreux facteurs, mais on ne parle jamais d'un point essentiel. Pour avoir insuffisamment protégé les enfants depuis plus de 30 ans, ces enfants sont devenus des parents incapables de comprendre les besoins minimum de leurs enfants. Dans le département de la Loire, il y a de plus en plus de parents qui, pendant leur enfance, ont été suivis dans le cadre d'AEMO peu structurées n'ayant pas pris en compte leur souffrance affective.

De plus, ce qui a scellé de manière inexorable le destin de nombreux enfants, c'est la loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance qui est une loi anti-différenciation parents-enfants. J'ai été le seul professionnel à demander que soit introduite dans la loi la notion de protection du développement affectif, intellectuel, et social de l'enfant et la prise en compte de ses besoins fondamentaux. Ces amendements, rédigés avec une Députée, Henriette Martinez, ont été votés, mais ils sont insuffisants. Que personne d'autre n'ait pris en compte cette dimension montre à quel point cette loi a été centrée sur les parents afin d'être "consensuelle". Conséquence, ce texte législatif n'a aucun axe directeur et peut être interprété de manière totalement opposée par différents professionnels. Le fait de privilégier l'adhésion des parents aux mesures proposées par rapport à la prise en compte du développement de l'enfant a des conséquences graves. Ainsi dans le département de la Loire, la cellule informations préoccupantes à une position modérée, non excessive. Malgré cela, beaucoup de dossiers transmis au Parquet pour enfant en danger sont renvoyés au Conseil Général parce qu'une phrase ou un mot fait dire au magistrat qu'il faut poursuivre l'aide à la parentalité encore et encore alors qu'elle a montré ses limites. Ceci est d'autant plus grave quand des nourrissons

sont concernés. La demande faite par les Conseils Généraux de l'Ile de France, que parmi les critères de danger soient pris en compte l'état de l'enfant, c'est-à-dire ses graves difficultés de développement, n'a pas été retenue. Nous constatons que lorsqu'un placement est nécessaire, il a lieu de plus en plus tard. Les enfants qui nous sont confiés sont dans un état beaucoup plus dégradé qu'auparavant, et leurs soins sont de plus en plus coûteux et de résultat de plus en plus aléatoire. Les visites médiatisées vont donc être de plus en plus compliquées à gérer car nous avons à faire à des enfants qui ont un mode de pensée indifférencié très fixé.

C'est regrettable car dans certaines circonstances, les visites médiatisées sont indispensables pour mettre en place des soins efficaces. Nous sommes obligés régulièrement de renoncer à soigner des enfants qui sont insuffisamment protégés, et ce sont précisément les enfants qui sont les plus exposés à des parents très pathologiques. Comme nous savons que nous ne serons pas suivis a priori par la tendance actuelle de la Cour d'Appel locale, nous négocions les visites médiatisées avec certaines familles en leur indiquant que nous mesurons l'effort que nous leur demandons, et nous leur expliquons les raisons de cette demande : en leur présence, leur enfant est encore envahi par des émotions du passé. Nous leur expliquons enfin les soins que nous proposons à leur enfant, avec l'espoir qu'il aura une existence meilleure que la leur. Si les parents refusent, nous ne prenons pas leur enfant en soins lourds et coûteux du genre hôpital de jour ou hospitalisation à temps complet puisque ce sera inefficace, mais seulement sous forme de consultations espacées, ce qui correspond à l'obligation de soins que nous devons légalement effectuer.

Je suis très pessimiste concernant ce qui est en train de se produire dans notre pays. C'est la conséquence du fait que nos principaux responsables institutionnels impliqués ne sont pas capable de penser l'enfance.

## **BIBLIOGRAPHIE**

BERGER M., 2004, "L'échec de la protection de l'enfance", Dunod, Chapitre 6, p. 109-136.

BERGER M., "Ces enfants qu'on sacrifie... au nom de la protection de l'enfance", Dunod, 2007, Chapitre 7, p. 83-95 ; Annexe 3 (p. 139-143) ; Annexe 5 (p. 149-154).

BERGER M., "Voulons-nous des enfants barbares ?", Dunod, 2008, Première partie, p. 13-54.

BERGER M., Soigner les enfants violents, Dunod, parution en Février 2012.

BONNEVILLE E., "Pathologie des traumatismes relationnels précoces. Comprendre et accueillir les liens en souffrance", 625 p. Thèse de Doctorat en psychologie, Université Lyon 2.