

Les professionnels de l'enfance sont de plus en plus interpellés par les parents pour des troubles présentés par leur enfant même très jeune, pour des difficultés d'apprentissage ou à la suite d'épisodes traumatiques.

Ce phénomène témoigne d'une attention nouvelle à l'égard de la vie psychologique des enfants mais aussi d'une conception renouvelée de la parentalité. L'enfant étant considéré comme un adulte en formation dont il faut préserver toutes les potentialités, son épanouissement et sa protection vis-à-vis des événements de vie douloureux deviennent une priorité.

Dans une confusion de repères éducatifs, la contrainte et la limite nécessaire à l'évolution de l'enfant apparaissent même comme maltraitantes aux parents qui craignent de frustrer l'enfant voire de perdre son amour.

Paradoxalement à cette recherche du risque zéro, subsiste une violence omniprésente qui témoigne d'une difficulté des adultes dans leur fonction d'éducation.

## LA CLINIQUE DE L'ENFANT: UN REGARD PSYCHIATRIQUE SUR LA CONDITION ENFANTINE ACTUELLE

*Michèle Brian*

LECTURES

### Temps d' Arrêt:

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

yapaka.be

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



TEMPS D' ARRÊT

yapaka.be

**La clinique de l'enfant:  
un regard psychiatrique  
sur la condition  
enfantine actuelle**

*Michèle Brian*

## Temps d'Arrêt:

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

Cette publication reprend l'intervention de Michèle Brian présentée le 3 février 2007 dans le cadre d'une conférence organisée par le Collège européen de Philosophie politique de l'Éducation, de la Culture et de la Subjectivité.

Michèle Brian, pédopsychiatre, exerce dans un Centre médico-psychologique de la banlieue parisienne.

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

### Comité de pilotage:

Jacqueline Bourdouxhe, Guibert Denis, Françoise Dubois, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Patricia Piron, Philippe Renard, Reine Vander Linden, Jean-Pierre Wattier.

### Coordination:

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

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

Éditeur responsable: Jean-Pierre Hubin – Ministère de la Communauté française – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles. **Juin 2008**

## Sommaire

<b>La place de la pédopsychiatrie</b> . . . . .	7
<b>Les traitements des enfants de moins de quatre ans</b> . . . . .	9
<b>Les consultations motivées par des événements traumatiques</b> . . . . .	11
<b>Le champ des difficultés scolaires</b> . . . . .	25
<b>L'exposition des enfants à la violence</b> . . . . .	31
• La famille . . . . .	31
• L'école . . . . .	33
• Les médias . . . . .	36
<b>Audrey, ou comment on passe de l'acte à la pensée</b> . . . . .	40
<b>L'intérêt du travail avec les parents</b> . . . . .	53

Les demandes adressées à une consultation de pédopsychiatrie de proximité, dans un centre médico-psychologique ou CMP, donnent, par nature, une assez bonne idée des problèmes que les enfants posent actuellement aux adultes.

Depuis ce poste d'observation, il apparaît que l'exposition des enfants à la violence est fréquente et qu'elle est lourde d'effets pathogènes, au moins pour les plus fragiles d'entre eux. Cela dans une société où les adultes affichent une volonté particulièrement forte de protéger les enfants, qu'ils soient en position de parents, de professionnels travaillant auprès d'enfants ou de décideurs politiques. Ce décalage entre un souci exacerbé de protection et la réalité vécue de la violence fait s'interroger sur la vraie place de l'enfant dans le fonctionnement social.

Précisons que dans ce texte le terme « psy » est employé indifféremment pour désigner les psychiatres et les psychologues consultants. Il y aurait peu d'intérêt à détailler les spécificités de leurs professions respectives du point de vue d'une approche globale comme celle à laquelle je me tiendrai.

# La place de la pédopsychiatrie

Tout d'abord quelques chiffres pour donner une idée de la place qu'occupe la pratique pédopsychiatrique en France.

Une coupe transversale a été effectuée du 3 au 15 juin 1996 par des épidémiologistes. Durant cette période, 188.000 enfants ont été suivis en ambulatoire dans les CMP (centres médico-psychologiques) ou CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques); cette étude ne comprend pas les actes effectués par les psychiatres libéraux. Dans l'organisation actuelle, les CMP ainsi que les CMPP sont conçus comme des centres de soins ambulatoires (sans hébergement) et de proximité, avec un accès gratuit. L'augmentation du nombre d'enfants suivis durant ces cinq dernières années est estimée aux alentours de 40%–50% dans le secteur public. En adoptant cet ordre de grandeur par rapport à l'étude de 1996, on se trouverait en 2002 avec 250.000 enfants suivis en ambulatoire, hors psychiatres privés, pour une période de douze mois. Notons que dans ces statistiques, le terme d'enfant recouvre la période allant de zéro à dix-huit-vingt ans.

Dans une déclaration du 14 novembre 2001, Bernard Kouchner\* a cité de son côté le chiffre de

---

<sup>1</sup> À l'époque, ministre français délégué auprès du ministre de l'Emploi et de la Solidarité, chargé de la Santé.

370.000 enfants et adolescents suivis par les services de psychiatrie publique, probablement par an.

Ces chiffres montrent que la proportion des enfants suivis par des psychiatres ou psychologues est loin d'être négligeable! L'activité des centres de soins ne cesse d'augmenter sans pouvoir répondre aux demandes dont l'inflation est exponentielle.

Les garçons sont sur-représentés: on dénombre 181 garçons pour 100 filles dans les consultations, 238 garçons pour 100 filles dans les hôpitaux de jour privés. Cette sur-représentation des garçons augmente avec la gravité des troubles, comme on le voit à propos des hôpitaux de jour. Ce sex-ratio est constaté par tous les soignants, mais il demeure sans explication et ne donne pas lieu à une réflexion approfondie.

La scolarisation est pratiquement toujours maintenue: 91% des enfants suivis par les secteurs sont scolarisés, dont 78% en classe ordinaire.

L'augmentation de l'activité est en rapport avec l'extension du champ de la pédopsychiatrie et l'apparition de nouveaux types de demandes, dont les plus importantes quantitativement sont formulées, en premier lieu, pour des troubles manifestés par des enfants de moins de quatre ans, en deuxième lieu au décours de situations considérées comme traumatisantes et en troisième lieu, enfin, pour des difficultés scolaires.

## Les traitements des enfants de moins de quatre ans

Je laisse de côté la question des pathologies graves de la petite enfance qui sont «classiquement» adressées à la pédopsychiatrie depuis que cette spécialité existe. Je parle des nouvelles demandes qui sont formulées pour des motifs qui n'auraient pas été considérés comme psychiatriques jusqu'à ces dix dernières années.

Leur existence est due à la formation des professionnels de la petite enfance concernant le repérage de signes précoces évocateurs de souffrance psychique (cela concerne le personnel des crèches, les PMI, les pédiatres). Ils sont plus avertis des difficultés des enfants qui leur sont confiés.

Les consultations sont motivées, le plus souvent, par des troubles du sommeil, de l'alimentation et, à partir de trois ans, par des retards de langage, des refus scolaires. Le travail de réseau que les services de soins entretiennent avec ces professionnels facilite l'accès aux CMP.

Cette orientation précoce vers des services de soins est possible dans la mesure où professionnels et parents sont d'accord pour interpréter ces manifestations, avant tout corporelles, comme des signes de souffrance psychologique nécessitant une prise en charge.

Dans la pratique, les consultants psychologues ou psychiatres observent effectivement des dysfonctionnements graves chez ces enfants, accompagnés d'altérations du fonctionnement familial, qui se centre pathologiquement sur ce problème. Des relations fusionnelles s'instaurent, avec leur lot d'empiètement sur les espaces de chacun.

Les améliorations sont notables lorsque les traitements sont suivis régulièrement, tant du côté de l'enfant, qui reprend généralement le cours de son développement, que du côté de ses proches, qui retrouvent leurs places respectives au sein de la famille.

On peut penser que ces traitements ont une valeur préventive, car on retrouve de telles symptomatologies dans l'anamnèse des psychoses ou des troubles graves de la personnalité. À ce titre, ces traitements précoces constituent sans doute une avancée de la pédopsychiatrie. On est en droit de croire qu'ils sont le moyen d'écarter l'apparition de troubles plus graves qui risqueraient, sans cette intervention, d'évoluer à bas bruit jusqu'à la constitution d'authentiques tableaux pathologiques. Cette évolution dans l'abord des dysfonctionnements psychiques du jeune enfant est d'autant plus importante que l'accès aux soins pour des troubles psychiatriques constitués reste toujours difficile, patients et familles opposant fréquemment un déni des troubles et un refus des soins jusqu'au moment où se déclarent des situations d'urgence.

mmkmmmmk

## Les consultations motivées par des événements traumatiques

Les tentatives de suicide ou les actes agressifs à l'égard d'autrui déclenchent de plus en plus systématiquement une demande de soins psychiatriques formulée par les parents ou les professionnels qui ont à en connaître. D'autre part, depuis quelques années, nous recevons de plus en plus souvent des appels urgents émanant de parents ou d'institutions, anxieux, demandant une intervention immédiate après un décès, un divorce, un incendie, l'hospitalisation d'un proche en psychiatrie. Ce ne sont pas les faits comme tels qui sont en question, ce sont leurs conséquences psychologiques qui sont redoutées. Je me centrerai sur les appels émanant des parents eux-mêmes pour essayer d'en comprendre les ressorts.

Une fois arrivés à la consultation, que demandent-ils? Ils veulent avoir l'assurance que cet événement ne va pas entraîner de séquelles psychologiques chez leur(s) enfant(s) et, si besoin est, ils se déclarent prêts à faire ce qu'il faut pour les éviter. Ils ont recours au «spécialiste» pour répondre à leur interrogation.

Le problème est qu'il est impossible de prédire, dans l'immédiat après-coup, s'il y aura des

«séquelles» ou non, en dehors des cas rares où l'on constate d'emblée des troubles psychiatriques.

Les remaniements psychologiques qui suivent des événements traumatiques s'étalent sur plusieurs mois, en fonction de la résonance entre les faits et la dynamique psychique du sujet, elle-même constituée à partir de l'histoire personnelle de celui-ci.

Le praticien saisi en urgence ne saurait résoudre cette question, qui relève d'une évolution non programmée d'avance.

Que peuvent faire les «psys» dans ces conditions? Essentiellement, écouter le récit du drame, rassurer quant à la normalité et la nécessité psychique des manifestations émotionnelles réactionnelles (repli, pleurs, hypersensibilité, insomnies, agressivité des enfants, etc.), évoquer l'évolution de cette symptomatologie dans les semaines qui suivent, donner des repères afin qu'une nouvelle consultation soit prévue si nécessaire.

Ce travail d'accueil et de repérage par les psys ne pose pas de problème en lui-même. Il est inévitable qu'il se développe dans une société où les interlocuteurs traditionnels disparaissent de plus en plus: je pense au curé, bien sûr, mais aussi aux personnes avisées qu'on connaissait et qu'on allait voir dans ces circonstances, qu'il s'agisse d'une personne âgée ou d'un ami. Cette position peut très bien être occupée par les psys, ils s'emploieront à la tenir avec professionnalisme.

La question essentielle à mes yeux est ailleurs; elle est de savoir ce que peut ressentir un enfant dans de telles circonstances. Ne vit-il pas une situation étrange et insécurisante lorsque c'est un psy qui explique que les larmes, la peur, les cauchemars... constituent des manifestations émotionnelles normales, témoignant d'un travail d'élaboration psychique destiné à faire face à la situation sans effondrement?

N'attendrait-il pas que cette réassurance lui vienne de ses figures d'attachement? Ne serait-ce pas de ses parents qu'il voudrait entendre des paroles apaisantes? «Tu pleures parce que tu es triste de ce qui est arrivé, et c'est toujours difficile quand cela arrive à quelqu'un qu'on connaît, voilà ce que je peux t'en dire...» Comment ces enfants vont-ils pouvoir s'identifier à des adultes qu'ils aiment et qui les aiment, mais qui sont incapables de mettre des mots sur leur douleur, de faire des liens entre leurs réactions émotives et ce qu'ils ont vécu, c'est-à-dire d'humaniser ces réactions en les intégrant dans l'histoire de leurs proches?

Le psy n'est justement pas un proche que l'on continuera de fréquenter, la consultation demandée en urgence après un traumatisme ne crée pas un lien significatif avec l'enfant et sa famille. D'après mon expérience, d'ailleurs, ces consultations débouchent rarement sur des suivis, même lorsque les adolescents le demandent. Les parents décident de l'interruption quand ils le souhaitent, ce qui n'était pas le cas des interlocuteurs traditionnels qu'on était amené à revoir. La consultation en urgence possède un caracté-



tère consumériste (on y a droit), mais réfléchit-on à ce dont on prive les enfants pour satisfaire les parents? Pour illustrer mon propos, je vous propose de réfléchir sur quelques observations.

La première traite d'un préadolescent de 12 ans que j'ai reçu dans le cadre d'une consultation post-traumatique. Le CMP reçoit l'appel d'une mère, Mme P, qui demande un rendez-vous d'extrême urgence. Elle sort de la brigade des mineurs, son fils Maxime a été agressé. Elle décrit un enfant qui a 12 ans, prostré à la maison, qui ne parle plus, ne s'alimente plus, après une agression sexuelle. Cette dame insiste beaucoup sur le fait qu'elle ne sait pas comment réagir, qu'il faut les voir tout de suite. Je lui propose un rendez-vous le jour même. Elle m'explique qu'il lui est absolument impossible de se déplacer le jour même: «On a décidé de partir en week-end pour se remettre en famille» et elle demande si c'est bien de faire cela. Dans le «on», j'ai supposé qu'il s'agissait d'elle et du père de l'enfant. Ils arriveront au CMP 10 jours plus tard. Ce délai de 8-10 jours après une conversation téléphonique est classique dans ce type de situation.

Maxime, est abattu, triste, il fait l'effort de répondre à mes questions, il pleure en évoquant l'agression. Il s'endort très difficilement, fait des cauchemars au cours desquels il est menacé, il ne mange pratiquement plus. Chez lui, il s'enferme pour ne voir personne, n'entendre aucun bruit.

Il se force tout de même à aller au collège où il s'isole car il ne supporte plus les autres. Il a des

difficultés de concentration alors qu'il était très bon élève. Ses notes ont baissé, il n'a pas le courage de participer au cours de gymnastique.

Il est disponible pour un bref échange et il me dit qu'il essaie de se remettre de ce qui lui est arrivé. Il tente de penser à autre chose et il accepte l'idée de revenir la semaine d'après, Mme P ayant décidé qu'il était impossible de me voir plus fréquemment. Il est convenu qu'en cas de problème, il peut rappeler ou venir; cela semble le rassurer.

Dès ce premier entretien, personnellement, je m'inquiète, non du tableau post-traumatique, mais des traits obsessionnels que Maxime présente. L'obséquiosité, la froideur du contact, le souci du détail, l'intellectualisation, l'isolation des affects. Mais, il est impossible d'en parler avec sa mère, celle-ci revient répétitivement sur l'agression de son fils.

Il s'agit d'un viol qui a eu lieu au domicile, Maxime a fait entrer l'agresseur chez lui pour lui montrer son nouveau jeu vidéo. Après avoir été agressé, il a appelé sa mère. Mme P a porté plainte le jour même.

Cet agresseur, qui ne sera jamais nommé dans le suivi, est âgé de 15 ans et habite un hôtel social situé en face de leur domicile. Ce qui est douloureux pour Maxime, c'est que ce jeune a nié les faits lors de sa garde à vue et lors de la confrontation. Mme P indique que le jugement est prévu quelques temps après.

Mme P qui élève seule son fils a entamé une recherche en paternité, cela est très important pour elle, confie-t-elle à cette occasion. En fait, le «on a décidé de partir en week-end pour se remettre en famille», c'était elle et son fils. Son souci, à ce moment là, est de savoir si le traumatisme de l'agression sexuelle surajouté à l'émotion suscitée par la recherche de paternité auront des conséquences préjudiciables pour son fils. En sera-t-il perturbé? C'est la question qu'elle me pose.

De mon côté, j'aurais d'autres questions à poser, mais je ne les pose pas car je ne perçois aucune empathie de cette mère vis-à-vis de son fils, qui manifeste pourtant des signes de souffrance psychique intense.

L'attention de Mme P semble accaparée par les procédures qu'elle a entamées contre l'agresseur sexuel et contre le présumé père.

Une semaine après, Maxime est un peu moins abattu, il donne son accord pour des entretiens hebdomadaires, je commence à dire que le traitement va peut-être s'étendre sur quelques mois.

Le jugement est reporté. Mme P explique que l'agresseur de Maxime a récidivé, alors qu'il est placé dans un foyer qui reste proche de chez eux, constituant donc une menace permanente pour Maxime. Quelques jours avant cette agression, l'ami de Mme P a disparu; cet homme avait fait beaucoup de cadeaux à Maxime, dont le fameux jeu vidéo. Il leur avait également promis de les

amener à Chicago, mais elle vient d'apprendre qu'il a été arrêté pour escroquerie.

La semaine suivante, Mme P me téléphone à l'heure du rendez-vous prévu, Maxime ne peut pas venir, il a eu une crise de larmes quelques jours avant, il lui a dit qu'il n'en pouvait plus, qu'il voulait tout arrêter, les entretiens, les démarches judiciaires. Elle me pose la question: que doit-elle faire? Un rendez-vous est prévu pour une semaine après.

Maxime me rappelle à l'heure de ce rendez-vous, pour me dire: «On est occupé, je ne peux pas venir»; mais il demande quand même à me parler, il me dit qu'il a été découragé, qu'il a eu une crise la semaine d'avant, qu'il ne pouvait vraiment pas venir, que là il est encore assez découragé, mais qu'il va revenir.

Lorsqu'il revient, accompagné par sa mère, Maxime explique qu'il commence à prendre quelque distance par rapport à son agression. Il a réinvesti sa scolarité, il recommence à jouer, il a fait une prison en légo dans sa chambre, mais il se sentira soulagé quand le jugement sera prononcé et que son agresseur n'habitera plus dans la même ville. Mme P reste sur ses positions, c'est-à-dire qu'elle me reparle de ses procédures, de sa vie amoureuse, du fait que c'est gênant d'avoir un fils quand on a un amoureux chez soi.

Les entretiens sont repoussés encore pendant 3 semaines, chaque fois avec un coup de télé-

phone de Maxime ou de sa mère («on tient quand même à vous rassurer»), il commence à aller mieux, mais il ne peut vraiment toujours pas venir.

Au bout d'un mois et demi, Maxime peut venir seul, il essaye de comprendre ce qui lui est arrivé, il lit des articles de psychologie pour essayer de saisir la personnalité de son agresseur, lui-même a subi une expertise psychiatrique dans le cours de la procédure.

Il désinvestit peu à peu cette histoire, il parle d'autres choses. Il émet des critiques sur le comportement de sa mère. Il ne comprend pas pourquoi sa mère a pris plusieurs mois d'arrêt de travail après son agression à lui, alors que lui a fait énormément d'efforts pour continuer à aller au collège et à apprendre; c'est une question importante pour lui que l'on travaille en consultation. Une recherche en paternité est en cours, mais en fait il connaît son père et il le voit assez souvent.

Ce travail d'élaboration est interrompu par un appel en urgence de Mme P, à l'heure d'une consultation à laquelle Maxime ne vient pas, pour m'expliquer que cela va très mal et qu'il faut que je la reçoive en urgence avec son fils. Ils reviennent au rendez-vous suivant, Mme P se plaint de l'agressivité de son fils, elle a dû le changer de collège. Comme cela se fait-il?

Ce qui est encore plus embêtant, c'est que Maxime est agressif et notamment avec les

enfants de son amoureux quand il vient à la maison. C'est très compliqué pour Mme P qui me demande de l'aider à ce niveau. Lors de cet entretien, Maxime parvient à exposer à sa mère les raisons de son agressivité, le sentiment d'envahissement qu'il éprouve quand il voit débarquer chez lui les amis de sa mère avec leurs enfants.

Il vient régulièrement durant plusieurs mois au cours desquels il travaille l'histoire de ses relations avec les autres. Il ne parvient pas à trouver un moyen terme entre la proximité avec les autres qui l'irritent immédiatement et l'isolement, le retrait qui s'ensuit. Les enfants de son âge, il les trouve débiles, ils ne comprennent rien, ils ne sont pas cultivés. Le seul ami qu'il ait connu dans sa vie a été son agresseur. Il a «flashé» sur ce jeune et il s'est dit «là c'est mon ami, j'ai rencontré quelqu'un en qui je peux avoir confiance, avec qui je peux avoir une relation», il l'a fait monter chez lui pour lui montrer son nouveau jeu.

Maxime continue aussi de prendre une certaine distance avec sa mère; celle-ci traverse une période de rupture avec son amant. Il me fait part de son projet professionnel, c'est un élève brillant, et il veut devenir généticien. Se posent alors les questions des origines, de la paternité.

Un nouveau mouvement de recul se manifeste. Il annule deux rendez-vous par téléphone, il n'est pas très bien, il est découragé, mais il va revenir. Mme P m'appelle la deuxième fois sur un ton dramatique. «Là, il faut absolument que je vous voie. J'ai besoin d'un conseil urgent.»

Je la revois avec Maxime qui s'exprime ainsi : « Je me sens bien maintenant, je veux interrompre les entretiens »; et Mme P de dire : « Voilà, il veut interrompre avec vous, moi je ne sais pas quoi faire, c'est à vous de décider. Vous me dites ce qu'il faut faire, je le ferai. »

J'évoque la disparition des éléments post-traumatiques et je pointe des signes indiquant des difficultés de relations avec les autres, la froideur, l'obséquiosité, la difficulté à supporter les autres, et je propose un travail psychothérapeutique pour Maxime. Mme P répond que j'ai tout à fait raison, que c'est bien comme cela, mais il n'y a absolument aucun dialogue qui peut démarquer. J'ai l'impression qu'en fait, elle acquiesce immédiatement sans question, comme si, c'était une manière d'éviter de discuter des difficultés de son fils. « Maxime, tu es d'accord? Oui, tu es d'accord, donc tu commences une psychothérapie » et elle enchaîne sur la question qui reste fondamentale pour elle : est-ce que je peux valider sa recherche de paternité? Elle a un avocat et elle doit donner son accord dans les jours qui viennent, pour les prélèvements d'ADN. En fait, c'est ce point qui lui importe. Je ne peux que tenter de dégager Maxime de cette question obsédante qui regarde avant tout sa mère.

Après cette séance, il viendra encore deux fois, puis le traitement sera interrompu.

Des rituels deviennent apparents, est-ce le fait d'en avoir parlé à sa mère? Il fait 3 fois le tour de la porte pour rentrer dans le bureau. Lorsque

je les évoque, Maxime me dit que tout va bien. Il parle longuement de son père qui est un soignant, et qui a une double vie entre sa femme officielle avec des enfants officiels et puis sa mère et lui. Il est très occupé par son travail, comme cela il n'est ni chez l'une ni chez l'autre. Maxime se demande s'il aime ses autres enfants.

Après l'interruption des congés d'été – « on a décidé de partir en vacances » et « on vous rappellera si on a besoin » – ils ne rappellent pas.

Cette histoire clinique pose des questions quant à l'exposition de ce jeune à la violence. Certes, il a bénéficié après coup de l'intervention de la brigade des mineurs, son agresseur a été poursuivi, le jugement a eu lieu, d'autre part un travail thérapeutique a été effectué au CMP même s'il n'a pas été mené à terme. Mais son agression n'a-t-elle pas été sur-déterminée par son histoire familiale? La recherche de paternité pointe une défaillance parentale, mais comment aider des enfants pris dans des dysfonctionnements familiaux plus globaux? Quel type de mesure de protection pourrait les soutenir?

À l'occasion de ces consultations, il arrive que le psy repère des problèmes psychologiques qui préexistaient au traumatisme et qu'il propose des soins pour ces troubles. Le passage d'une démarche à l'autre est en fait très difficile, en raison des mécanismes de déni que j'évoquais plus haut, et le caractère utilitaire du recours au psy en urgence n'est pas fait pour le faciliter. Quand le motif immédiat de consultation a

disparu, quand les réactions émotionnelles qui l'ont suscitée se sont estompées, les parents ne voient pas de raison de poursuivre.

Il faut s'interroger sur les véritables motifs qui animent les parents en pareilles circonstances. Il y a une réponse évidente, c'est qu'ils se sentent débordés, démunis, de telle sorte qu'ils demandent à travers leurs enfants un soutien pour eux-mêmes. La réponse comporte certainement une part importante de vérité, mais il y a plus. Le statut contemporain de l'enfant me paraît également en cause. Les parents actuels ont été élevés par leurs parents comme ceux-ci le pouvaient dans un monde où les valeurs à transmettre aux enfants étaient évidentes. Aujourd'hui, l'enfant est tenu pour un adulte en formation dont il faut avant tout préserver toutes les potentialités. Ce nouveau statut de l'enfant modifie radicalement la place de la transmission. Celle-ci tend à s'effacer devant la prééminence de principes tels que la protection et l'épanouissement. Les relations à l'intérieur des familles en sont profondément modifiées.

On pourrait dire, en forçant le trait, que les parents actuels ne peuvent s'appuyer sur les références éducatives de leur propre enfance et ne peuvent se reconnaître dans leur propre enfant. Les milieux favorisés qui ont un patrimoine à léguer, qu'il soit culturel ou matériel, trouvent encore un appui dans cette fonction pour éduquer leurs enfants et ils sont moins touchés par l'incertitude que les milieux défavorisés. Mais il faut reconnaître qu'il ne s'agit que d'une différence d'intensité.

Les parents de toutes les couches sociales se trouvent pris au dépourvu à un moment ou à un autre, car ils ne peuvent puiser dans ce qu'ils ont reçu ou compris pour adopter une attitude pertinente vis-à-vis de leur progéniture.

D'où la difficulté de communiquer directement, avec ses propres mots, et le recours au spécialiste de la relation dès qu'une difficulté un peu bruyante surgit. Comment peut-il se faire que cet enfant idéalisé, à qui j'offre tout ce qu'il est possible d'acheter, pleure, ait des cauchemars, me tienne des propos agressifs ?

D'où, également, les proportions monstrueuses attribuées aux événements pénibles ou tragiques, ainsi que la panique des parents quand ils surviennent. Nous faisons tout afin de protéger nos enfants des épreuves de la vie, et il a fallu qu'arrive cette chose horrible !

## Le champ des difficultés scolaires

«Il n'obéit pas, il n'apprend rien en classe, pourtant il a des capacités», ces deux griefs reviennent fréquemment lorsqu'on nous amène un enfant en consultation.

Les troubles du comportement et les difficultés d'apprentissage peuvent être des symptômes de dépression, d'inhibitions névrotiques, de pathologies psychotiques. Certains enfants vivent dans des conditions qui ne leur permettent pas d'investir une scolarité. Il arrive également qu'on repère des troubles du langage, auditifs, visuels, voire une déficience intellectuelle, derrière ce type de symptômes.

Dans tous ces cas, l'équipe pluridisciplinaire des centres de consultation est là pour jouer pleinement son rôle diagnostique et thérapeutique. Toutefois, dans la moitié des cas environ, on se retrouve face à un enfant qui ne présente pas ce genre de problèmes «classiques», Il s'agit d'autre chose.

Pourquoi ce type d'enfant que l'on pourrait qualifier de perturbateur est-il adressé en pédopsychiatrie? Tout simplement parce que l'on considère qu'un enfant agité ou refusant d'apprendre souffre certainement d'une difficulté d'ordre psychologique: il doit être bloqué ou agité par un

problème dont il ne peut parler à ses parents. On suppose qu'il s'épanchera plus facilement auprès d'un psy qui saura comprendre, deviner ou lui faire dire ce qui ne va pas.

La racine du problème est, en général, d'ordre éducatif. Elle se situe dans des familles où les parents ne parviennent pas à poser des limites claires et cohérentes. Les manifestations incriminées appartiennent au registre de l'opposition, de l'intolérance aux frustrations, en bref à ce que l'on identifiait jadis aux troubles du caractère. Ces enfants sont issus de familles qui n'ont pas été en mesure de leur transmettre les règles élémentaires de la socialisation. Poser des interdits, les faire respecter constitue un lourd travail éducatif quotidien qui repose sur les épaules des parents et qui nécessite qu'eux-mêmes aient intégré le sens de ces contraintes. Dans un certain nombre de cas, c'est la marginalité des parents qui est en cause. L'école, milieu de socialisation, révèle le caractère asocial de leurs enfants. Le phénomène n'est pas nouveau et il n'y a pas lieu d'y insister.

En revanche, indépendamment de toute psychopathologie familiale, le rapport des parents au savoir et aux contraintes a subi des transformations au cours de ces dernières années, et c'est aux conséquences de ce phénomène que nous sommes confrontés dans le plus grand nombre de cas. La frustration a perdu sa qualité d'épreuve structurante pour beaucoup de nos contemporains. Il s'ensuit un brouillage des repères éducatifs pour ceux qui se retrouvent en position

de parents. Imposer une frustration à un enfant ce n'est plus, pour beaucoup d'entre eux, l'aider à différer la satisfaction, à élaborer des solutions d'attente, des scénarios d'avenir gratifiants dans lesquels le petit peut se projeter grand et s'imaginer obtenant ce qu'il souhaite. C'est infliger une violence et, à la limite, se conduire comme un parent maltraitant. Les signes d'intolérance à la frustration sont interprétés comme des signes de souffrance: si je lui refuse ce qu'il veut, il va être malheureux, la preuve c'est qu'il va pleurer, les pleurs venant signer la souffrance qui va appeler l'action comblante d'un bon parent. «Tiens, mon petit, je te donne ce que tu réclames, ainsi tu peux sécher tes larmes.» Frustrer un enfant, c'est aussi risquer de perdre son amour: si je lui impose cette règle, il va m'en vouloir, me traiter de méchant(e). Dans ce système d'interprétation, les règles éducatives sont assimilées à de mauvais traitements et la fermeté à une violence exercée sur l'enfant.

Or ce type de fonctionnement familial est insécurisant pour un enfant. En effet, pour lui, ce qui se fait et ce qui ne se fait pas est déterminé avant tout par l'attitude de ses parents à son égard. En l'absence de cadre éducatif stable, il est amené à penser que la position des parents et, donc, du monde est manœuvrable par ses cris, ses colères ou sa séduction.

Un autre changement qui mérite d'être relevé réside dans le rapport des parents eux-mêmes. Quelles formes de relations peut-il construire sur ces bases? Des relations de proximité oscillant

au gré de ses colères, menaces ou séductions. Des relations qui ne prennent pas en compte l'idée que l'autre peut avoir son propre système de référence, qu'il s'agisse des parents avec leur rôle de transmission, ou des enseignants avec leur fonction de socialisation et leur savoir. Plus généralement, des relations dont on est le centre, évacuant toute notion d'organisation puisque l'affectivité commande tout, barrant toute référence au collectif, à la seule exception des phénomènes de bande, où le collectif se fait affectif.

On voit bien comment ces enfants, puis ces jeunes, peuvent souffrir de la méconnaissance des règles de la vie sociale dans laquelle ils se sont installés. Elle pourra les conduire jusqu'à des troubles graves du comportement pour les plus fragiles d'entre eux; j'y reviendrai plus tard. On comprend également les difficultés qu'ils seront voués à rencontrer dans les apprentissages, domaine dans lequel l'acceptation de la frustration fait partie intégrante du processus.

Que peut faire le psy dans de telles situations? Un travail élémentaire de guidance parentale poursuivant des objectifs simples, comme le respect de la différence des générations, la reconnaissance des positions nécessairement différentes entre le père et la mère, l'intérêt de poser un cadre éducatif élaboré par les deux parents.

Dans le cas où le père et la mère se montrent partie prenante, il survient assez rapidement une amélioration. L'enfant resitué comme enfant du

couple présente moins de problèmes d'intégration et retrouve le cours de ses apprentissages. Lorsqu'une collaboration de ce genre entre le psy et les parents, ou l'un des parents, se révèle impossible, en revanche, les troubles se chronicisent, l'enfant organise ses relations avec son entourage sur un mode pathologique qui pérennise les motifs de consultation pour agitation ou difficultés scolaires.

Un autre changement qui mérite d'être relevé réside dans le rapport des parents eux-mêmes au savoir. Traditionnellement, l'école avait avant tout pour fonction la transmission d'un corpus de connaissances à travers l'enseignement délivré par les instituteurs, puis les professeurs. C'est ainsi qu'elle était perçue socialement. Or, aujourd'hui, ce qui est demandé au psy, c'est de résoudre avant tout des problèmes d'intégration. La première formulation exprimée au téléphone pour prendre un rendez-vous: «Il (elle) ne travaille pas» se transforme dans le bureau de consultation en: «La maîtresse craque, il (elle) ne fait rien, il (elle) est agité(e) en classe...» Les parents semblent accorder plus d'importance à l'adaptation de leur enfant qu'aux apprentissages proprement dits. L'essentiel est qu'il n'y ait pas de vagues et que l'enfant ne soit pas pointé comme posant problème au système scolaire. Une relation ajustée entre enseignant et élève apparaît primordiale, même si le prix à payer est un faible niveau masqué par une notation surévaluée.

Enfin, certains enfants mal supportés à l'école sont confrontés quotidiennement à la violence,



et ce point mérite un développement particulier en raison des conséquences qu'il entraîne sur le plan clinique.

## L'exposition des enfants à la violence

Les équipes de pédopsychiatrie ont affaire avec la violence inhérente aux troubles mentaux; cet aspect du problème ne sera pas envisagé ici, car il relève du travail «traditionnel» pour les professionnels. La nouveauté réside dans l'exposition banalisée des enfants et adolescents à la violence, soit qu'elle se manifeste dans des lieux spécialement conçus pour les recevoir – l'école, par exemple –, soit qu'elle arrive par un média qui est censé les distraire – la télévision, l'audio-visuel en général. Ce phénomène constitue un important motif de préoccupation pour les psys, étant donné sa fréquence et son poids dans la clinique, alors même qu'il n'y a jamais eu par ailleurs autant de dispositifs sociaux et juridiques pour protéger les mineurs de la violence.

### La famille

---

La violence familiale dans le cadre d'une séparation ou d'un divorce est un motif de consultation relativement fréquent. La demande est quasiment toujours exprimée par la mère qui dénonce une violence paternelle dès la prise de rendez-vous et exprime la crainte que son ou ses enfants ne deviennent aussi violents que leur père. Dans ce cas de figure, les problèmes scolaires ne sont pas mis en avant dans la consultation. Le rôle du psy

est de faire la part de ce qui ressort de manifestations réactionnelles à cette situation angoissante et de ce qui tient à la problématique propre de l'enfant. Il est aussi de voir ce qu'il est possible de faire pour aider l'enfant à se dégager du conflit parental et à retrouver une place d'enfant.

Dans des configurations de ce type, travailler avec le père n'est pas une chose facile. En premier lieu, il faut passer par la mère pour obtenir ses coordonnées et celle-ci ne consent pas toujours à les donner. Ensuite, quand le père se déplace, le rapport qu'il a avec son enfant est influencé par son conflit conjugal et les accusations de violence portées à tort ou à raison contre lui. Le travail de réflexion autour des soins à prodiguer à l'enfant n'en est pas facilité. Il y a également lieu de se poser la question du désir d'enfant dans certaines histoires. La mésentente conjugale n'est-elle pas assez fréquemment en relation avec la fuite des charges familiales ?

Dans tous les cas, les effets de cette présence de la violence dans la cellule conjugale ne sont jamais neutres. Le parent violent laisse à ses enfants un souvenir fascinant avec lequel ils auront à composer dans la construction de leur personnalité. La plupart des enfants que nous voyons dans ces circonstances sont excités, animés d'un sentiment de toute-puissance qu'ils mettent en acte dans leurs comportements, d'une façon qui court-circuite toute possibilité de penser; plus rares sont les enfants inhibés ou repliés sur eux-mêmes. Le message de la violence comme mode de réponse aux conflits

passé bien, si l'on ose dire, auprès des enfants qui en sont témoins. Des soins sont nécessaires pour apaiser l'angoisse et permettre à l'enfant de prendre quelque distance avec cette violence qui a envahi son monde interne. La difficulté dans ces situations est de pouvoir garantir à l'enfant un espace neutre qui ne soit pas utilisé comme une arme dans le conflit des parents.

## L'école

---

Dans le domaine scolaire, la violence représente également un problème quotidien pour nombre de pré-adolescents reçus en consultation, que leur établissement soit situé ou non en zone d'éducation prioritaire (ZEP). Ils se plaignent de l'insécurité qui règne au collège, ils se disent menacés dans les couloirs ou à la sortie, les filles se sentent traitées comme une marchandise sexuelle par certains garçons.

Le constat qui revient dans le discours qu'ils formulent est stéréotypé: les adultes sont au mieux des aînés, sans vraie différence de place, les profs les briment, distribuent des réprimandes ou des heures de colle de manière arbitraire et aveugle, sans chercher à savoir qui a dépassé les bornes. Ces jeunes n'ont pas en tête des personnages de référence susceptibles de poser la loi dans le collège et de les protéger des exactions. Ils vivent dans un monde sans figures d'autorité.

Aussi pensent-ils qu'ils ont à se débrouiller avec cette violence ambiante. Ils n'imaginent pas

que leurs parents puissent les aider dans cette épreuve, c'est pourquoi ils les tiennent volontiers à l'écart sur ce point. Ils en parlent sous le sceau du secret de la consultation, de la même manière qu'ils abordent d'autres sujets de préoccupation intimes. La violence fait partie de leur culture, de leur quotidien, mais avec quelles conséquences sur le plan psychopathologique ?

Que signifie le fait d'avoir peur en permanence d'autres jeunes plus forts que la loi des adultes à une période de la vie où les identifications sont en plein remaniement ? Que cela implique-t-il de penser qu'il n'y a pas d'autre choix que d'assurer soi-même sa protection, plutôt d'ailleurs par la ruse que par la parole ou la référence à la loi ? Les adultes, parents et enseignants se rendent-ils compte de ce qui peut résulter psychologiquement de devoir grandir dans un tel environnement ? En immergeant systématiquement les jeunes dans un milieu aussi délétère pendant plusieurs années de suite, les adultes, parents et enseignants, ne contribuent-ils pas à favoriser la formation des personnalités structurées par des mécanismes psychiques d'autoprotection, par la fermeture à l'autre et l'incapacité d'adhérer à une organisation sociale symbolisée ?

Ces questions se posent de manière encore plus cruciale pour des jeunes fragiles sur le plan psychologique qui sont alors aux prises avec une excitation pulsionnelle mal contenue et réactivée par le processus d'adolescence. Ceux-là ne se plaignent pas de la violence des autres, mais de la leur propre qu'ils ne parviennent pas à

contrôler, notamment dans les moments où ils se retrouvent entre eux de manière informelle, entre les cours. Ils se voient alors confrontés à une vie de groupe sans référence possible à un système de règles précises, puisque celles-ci peuvent être transgressées à volonté par eux sans que cela tire à conséquence. Or, le plus grand besoin qu'auraient ces pré-adolescents serait de pouvoir s'inscrire dans un cadre cohérent, capable de leur poser des limites, dans la mesure où ils n'ont pas les ressources internes qui leur permettraient de canaliser leur vie pulsionnelle et de trouver des modes d'élaboration de leurs rapports avec les autres socialement acceptables. Leurs relations aux autres sont construites plus sur un modèle d'actions et de réactions, sur les pressions que l'on subit et celles que l'on impose, que sur des échanges réglés dans lesquels le langage sert à exprimer les pensées ou les affects.

C'est ainsi que la fréquentation du collège peut renforcer l'effet déstabilisant du processus d'adolescence. La circulation des produits toxiques, en particulier le cannabis, alimente encore cette spirale. Les conséquences peuvent en être importantes en termes de décrochage de la réalité ou de troubles du comportement chez les plus vulnérables, amenés à la marginalisation ou au passage à l'acte par un milieu sans loi. Il faut y ajouter l'absence de culpabilité, du sens de ce qu'ils doivent s'interdire et de ce qu'ils peuvent se permettre, qui prive ces adolescents fragiles de leviers internes de changement. Ils demeurent très dépendants à cet égard des réactions des

adultes qui comptent pour eux. C'est pourquoi l'attitude de leurs parents a un poids si déterminant pour leur avenir, selon qu'ils se situent comme adultes responsables de leur enfant ou qu'ils le laissent filer par méconnaissance ou par impuissance. La prise de conscience des parents constitue une part cruciale du travail de consultation dans de telles situations. Mais il arrive qu'ils soient dépassés, auquel cas il ne reste d'autre solution que de solliciter l'aide de la circonscription d'action sociale ou du juge pour enfants.

## Les médias

---

Il n'est pas possible, enfin, de passer sous silence l'influence de l'audiovisuel quand on parle de l'exposition des enfants à la violence, ne serait-ce qu'en raison de la place qu'il a prise dans la vie familiale. Une enquête américaine a pu aller jusqu'à soutenir que l'augmentation du taux d'homicides dans une population était directement corrélée à l'introduction de la télévision\*. La thèse est probablement excessive, mais on comprend qu'elle parle aux cliniciens, qui sont obligés de constater, en pratique, que certains passages à l'acte semblent imprégnés de contenus télévisuels. Il est courant de voir des enfants ou des pré-adolescents qui suivent au pied de la lettre les modèles de personnages qui se caractérisent par leur toute-puissance violente, qu'il s'agisse de « flics » ou de délinquants.

---

\* B. S. Centervall, « Télévision et développement du surmoi », in Colette Chiland et Diana Kaplan (sous la dir. de), *Les Enfants et la violence*, trad. de l'anglais par Y. Noizet, Paris, PUF, 1994.

De manière générale, le renforcement de l'excitation pulsionnelle par le visionnage fréquent d'images violentes a pour effet de lever les inhibitions, de désagréger les fragiles limites posées dans l'environnement. Si peu d'enfants ou d'adolescents passent franchement à l'acte, en dépit de cette ambiance favorisante, un certain nombre deviennent prisonniers du besoin d'images excitantes directement en prise sur leur vie pulsionnelle. Cette addiction, facile à contenir puisque l'accès aux images est banalisé, limite la recherche de satisfactions d'un autre genre, dans le jeu ou dans la lecture par exemple. Beaucoup d'enfants n'ont pas d'autres jouets que les « produits dérivés » des séries télévisées ou des jeux vidéo. Le plus grave est la restriction du cercle des relations que tend à entraîner cette addiction à l'image. Où est l'intérêt d'aller chercher des copains quand on obtient la satisfaction de ses besoins tout seul dans sa chambre sans risque de frustration ou de conflits ?

Mais il faut ajouter que l'influence de l'audiovisuel ne revêt cette importance qu'en raison de la place éducative qui leur est accordée par nombre de familles. Tout se passe comme s'il y avait délégation d'une partie des fonctions parentales au monde audiovisuel. Les enfants sont laissés devant le poste plusieurs heures par jour sans que les parents contrôlent le contenu de ce qu'ils regardent. Ils sont rassurés par le calme de l'enfant fasciné par les images qui défilent devant ses yeux, ils approuvent cette captation, ils apprécient de trouver un auxiliaire parental ayant le pouvoir magique de les faire se

tenir tranquille sans les frustrer. Le standard du bien-être est devenu un poste de télévision et un ordinateur pour chaque enfant dans sa chambre. Une fois qu'il est atteint, les parents ont le sentiment qu'ils ont fait ce qu'il faut pour lui donner accès au monde.

Les médias ont un indéniable pouvoir d'instruction. Ils ont la qualité séduisante d'apporter un savoir immédiatement accessible par rapport aux connaissances scolaires dont l'acquisition suppose un travail plus ou moins répétitif. Aussi ont-ils pour effet de saper l'autorité de l'école qui devient plus un lieu de vie, dans l'esprit de ses usagers, qu'un lieu de transmission.

L'autre effet massif des médias sur le psychisme des enfants et des adolescents, indépendamment du problème particulier de la violence, est de brouiller l'appréhension de la réalité. Le force de captation est telle qu'ils donnent facilement à l'enfant l'illusion de bien connaître des domaines dont il n'a jamais fait véritablement l'épreuve. On ne sait pas skier parce qu'on a vu beaucoup de compétitions filmées. Et pourtant on peut le croire, quand on regarde la télévision avec le psychisme d'un enfant. Les frontières du permis, du possible, du fictif, du virtuel deviennent aisément floues pour lui, faute du loisir d'expérimenter ses propres capacités au travers d'expériences vécues – ce à quoi servaient traditionnellement, et continuent malgré tout de servir, heureusement, les jeux et les sports.

Le principe de réalité est ébranlé. Il l'est d'autant

plus que ce principe exige pour fonctionner auprès des enfants et des adolescents de s'incarner dans des adultes importants pour eux. Or beaucoup sont ceux qui ne rencontrent pas cette butée dans leur entourage. Les limites du réel deviennent ainsi doublement incertaines à leurs yeux.

# Audrey, ou comment on passe de l'acte à la pensée

En guise d'illustration du type de problèmes que j'ai évoqués, je terminerai sur une vignette clinique. Le cas est celui d'une jeune fille de 12 ans; appelons-la Audrey. Le service d'orthopédie d'un CHU appelle un matin le centre médico-psychologique où je travaille pour nous demander de prendre en charge une jeune fille hospitalisée à la suite d'une défenestration. La mère prend contact avec nous quelques jours après, sur la demande pressante du psychiatre qui a vu sa fille durant son séjour à l'hôpital.

Lors de la première entrevue, Audrey est tendue, elle banalise la situation. Elle dit se sentir bien, d'ailleurs son père séparé de sa mère est venu la voir à l'hôpital et lui a offert un portable. Elle n'a plus mal, elle n'aura pas de séquelles de sa chute. Sa mère l'accompagne et les relations mère-fille apparaissent chargées d'agressivité. Un second rendez-vous lui est fixé quelques jours plus tard. Son angoisse et son impulsivité sont toujours au premier plan, faisant redouter un nouveau passage à l'acte.

Audrey a sauté par la fenêtre au cours d'une dispute avec sa sœur aînée, excédée par un conflit répétitif dont elle ne parvient pas à sortir. Sa mère semble débordée, incapable d'apaiser ce climat

d'excitation. Elle est souvent absente en raison de ses activités personnelles. Il est convenu avec elle d'une démarche auprès de la circonscription d'action sociale, car la situation paraît dangereuse étant donné l'absence de bornes susceptibles de contenir la violence latente. Une aide éducative semble nécessaire pour aider la mère à créer un cadre familial plus sécurisant.

Audrey ne présente pas de pathologie psychiatrique à proprement parler. Elle ne laisse pas voir de symptomatologie psychotique ou névrotique. Elle n'exprime pas de souffrance psychique. Elle dit avoir compris qu'elle a été trop loin et que désormais elle saura s'arrêter à temps. Elle laisse juste transparaître quelques signes qui ne cadrent pas avec ces paroles rassurantes : une angoisse non rattachée à des pensées ou à des affects, de l'impulsivité, une surexcitation.

Au cours de la même période, une amie d'Audrey, Ludivine, qui fut témoin de la défenestration, est également reçue en urgence. La mère de celle-ci s'est déplacée très rapidement au moment de l'accident; elle a soutenu Audrey et sa fille, alors que la mère d'Audrey n'était pas joignable. Cette amie est bouleversée par la chute d'Audrey, tout en prenant une distance critique vis-à-vis de son passage à l'acte; ses manifestations émotives, pleurs, désinvestissement scolaire, menaces de fugue, s'estompent rapidement. Ludivine paraît relever d'un fonctionnement plus classiquement névrotique, avec tout de même une attirance marquée pour des camarades violents. Cette jeune fille fait l'objet d'une discussion lors de

l'entretien familial qui se déroule peu après. Des questions sensibles y sont soulevées : que faire de cette fascination pour la violence ? Quelles sont, au juste, les positions de ses parents à ce propos ? Quel est leur propre passé ?

Ces consultations ne déboucheront pas sur un suivi individuel de Ludivine, faute de demande de sa part, mais elle accompagnera souvent Audrey au CMP. Elle reviendra une fois, après le décès brutal d'un de ses amis et sur la demande de sa mère, qui craignait les répercussions de ce deuil pour sa fille.

Cette petite histoire illustre, soit dit au passage, le caractère de proximité et d'accessibilité que revêt un CMP pour les enfants et les adolescents. Il n'est pas rare que les jeunes patients reviennent à l'occasion d'événements marquants ou d'évolutions qui posent question à leurs parents. Il est également fréquent que les adolescents ou les pré-adolescents viennent accompagnés par leurs copains, quelquefois en bande. Il faut peut-être y voir des marques d'appropriation du CMP par ses usagers, hypothèse que corroborerait l'absence de dégradation ou de vandalisme.

Quant à Audrey, elle accepte volontiers des consultations régulières. « Ça ne me dérange pas du tout de revenir la semaine prochaine », dit-elle à chaque occasion. Cependant, le travail est très irrégulier durant les trois premiers mois, en raison de nombreuses erreurs sur les rendez-vous ou d'oublis, tant de la part d'Audrey que de sa mère. Il faut les recontacter après

chaque «raté», démarche indispensable, afin de préserver un cadre thérapeutique et d'éviter une rupture. Pendant plusieurs semaines, elle est surexcitée, angoissée, elle rit sans cesse et dénie toute souffrance. Aucun lien affectif n'émerge de ce qu'elle apporte dans ses récits. Elle semble n'être soutenue, sur le plan interpersonnel, que par l'appartenance à sa bande. La rivalité avec sa sœur est toujours aussi vive, mais elle trouve des aménagements moins coûteux qu'une défenestration par rapport à elle en fréquentant sa bande de manière encore plus assidue et en demandant à quitter le foyer familial, d'abord pour des séjours de vacances, puis avec un projet d'internat. Elle investit peu sa scolarité, ne parvenant ni à se concentrer ni à maîtriser des réactions agressives envers ses profs ou les autres élèves. Cependant, elle conserve le souci de son avenir. Elle veut gagner sa vie en travaillant. Elle refuse d'être assistée. Elle dit vouloir devenir directrice de DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales), non pas tant pour aider les gens en difficulté que pour l'intérêt qu'il y a à écouter leurs histoires.

Lorsque je lui annonce que je vais rencontrer son père, elle devient subitement blême; elle est... terrorisée. Elle se rassure un peu quand je lui propose de le voir sans elle. C'est la première fois qu'elle exprime un affect et cela marque le début d'une élaboration consciente de sa difficulté à vivre entre une mère absorbée par ses activités et un père qui ne tient, selon elle, aucun engagement. Ses parents se haïssent et leurs enfants sont pris dans leurs règlements de comptes.

Elle commence alors à reprendre ce qui s'est passé; parvient à y réfléchir au cours de consultations qui se font de plus en plus régulières. Elle raconte la scène de la défenestration: elle a dit à sa sœur qu'elle allait sauter si celle-ci continuait de l'énerver, sa sœur lui a lancé: «Vas-y!» et a ouvert la fenêtre. Audrey a enjambé le balcon et n'a pu se rattraper à la balustrade. Elle avait en tête un geste de toute-puissance, celui des héros des séries télévisées ou du cinéma qui sautent et qui se rattrapent toujours, mais elle n'avait pas conscience de ce qu'est un corps brisé par la chute. Elle s'est rendu compte qu'elle avait «fait une bêtise», selon ses propres termes, quand elle s'est retrouvée blessée sur la pelouse. Elle n'a pas perdu connaissance et cette idée d'avoir été trop loin ne l'a plus quittée.

Les adultes qui l'environnent ne peuvent lui offrir que peu de soutien. Sa mère assure la subsistance du foyer, effectue les démarches nécessaires, mais elle demeure distante. Elle est elle-même paniquée par l'impulsivité de sa fille. Son père est venu me voir une fois, à ma demande. Il m'a donné l'impression d'un homme potentiellement violent, présentant des troubles manifestes de la personnalité. La haine vouée à son ex-femme a envahi le temps de l'entretien, Audrey étant considérée tantôt comme un instrument du conflit, tantôt comme le support de rêves narcissiques de réussite en raison de ses capacités scolaires. Au moment où Audrey s'est mise en tête de chercher un internat, en essayant de concevoir un lieu qui la mettrait à l'abri, il n'a pas manqué de s'en prendre à cette démar-



che d'autonomisation. Il a fait des propositions contradictoires en attisant la rivalité entre sœurs, puis il s'est retiré du jeu sans répondre.

Les enseignants sanctionnent l'échec scolaire d'Audrey au moment de l'orientation. Les services sociaux, quant à eux, n'ont proposé aucune aide, la situation ne l'exigeant pas à leurs yeux. Cependant, l'évolution se poursuit. La recherche d'un internat scolaire n'aboutira pas, au milieu des tribulations familiales, mais elle aura produit un effet d'ouverture intéressant. En se projetant dans cette perspective d'un lieu où elle serait loin aussi bien des tensions familiales que de sa bande, Audrey expérimente la capacité de penser en elle et pour elle, sans recours au passage à l'acte, et abstraction faite des conflits quotidiens dans lesquels elle est plongée. Elle se met à rédiger un texte autobiographique, un journal de ce qui lui est arrivé. Elle me le donne à lire. C'est le récit d'une adolescente qui parvient à se regarder comme le sujet de sa propre histoire.

Les vacances d'été arrivent et posent encore une fois la question de sa place entre ses parents et pour ses parents. Elle arrive à conserver de la distance vis-à-vis des menaces et des pressions diverses. Un séjour en camp d'adolescents qu'elle a souhaité va être pour elle l'occasion de découvrir les sentiments qu'elle éprouve, la tristesse de la séparation, son ambivalence à l'égard de ses proches.

À la rentrée, le changement est manifeste tant chez Audrey que chez sa mère. Celle-ci a propo-

sé le réaménagement de l'appartement familial afin de réserver un coin personnel à Audrey. Elle matérialise ainsi l'idée que sa fille occupe une place à elle dans le fonctionnement familial. Son regard s'est également modifié, elle reconnaît l'évolution qui s'est opérée et s'en félicite.

Les conflits entre parents ont abouti au maintien d'Audrey dans le cycle scolaire général. Son accès à l'intériorité intellectuelle lui permet de réinvestir sa scolarité et d'obtenir des résultats honorables. Elle aspire à choisir sa profession, accepte d'en passer par des études longues afin d'y parvenir. En bref, elle souhaite occuper une place tant de fille vis-à-vis de ses parents que d'élève vis-à-vis de l'école. Elle expérimente une situation nouvelle pour elle, où elle n'est pas rejetée, où elle peut exister.

Bien entendu, ces progrès sont loin d'être linéaires. Elle reste démunie dans ses relations avec les autres, peu habituée qu'elle est à déchiffrer la polysémie des messages qu'elle reçoit ou qu'elle envoie. Ainsi, en une occasion, elle se présente comme déléguée de classe, mais c'est afin d'écouter ce que les profs vont dire sur elle ! L'idée ne l'a pas effleurée que le délégué est surtout là pour tenir un rôle de représentant de l'ensemble des élèves. La dimension du collectif n'a aucun sens pour elle.

De la même façon, la violence comme moyen de pression sur l'autre se manifeste encore lorsque l'angoisse vient à resurgir. Un jour, elle me raconte une scène qu'elle a faite au collège : un

professeur lui a posé une question à laquelle elle ne savait pas répondre. Elle a eu l'impression que les autres élèves allaient la trouver bête. Ne supportant pas cette idée, elle a bousculé sa table et elle est sortie de la salle de classe en claquant la porte. La découverte de ses limites, le sentiment de ne pas être à la hauteur n'ont fait qu'affleurer à la conscience. Le passage à l'acte s'est imposé comme un antidote à ces pensées pénibles. Son récit ne comporte aucune nuance de culpabilité. Lorsque je la questionne sur son attitude, elle me précise, visiblement dans le but de me rassurer, que celle-ci ne lui pose vraiment aucun problème.

C'est par rapport à ces difficultés de relation avec les autres qu'il faut apprécier l'effet protecteur de la bande qu'Audrey fréquente toujours assidûment et qui l'accompagne d'ailleurs aux consultations. À l'intérieur de la bande, le regard est de connivence, l'appartenance tient lieu d'identité. Il n'y a pas de problème pour se situer et pour se comprendre.

Cependant, les processus de pensée gagnent du terrain et relèguent peu à peu le registre impulsif au second plan. Sa palette de sentiments s'élargit, sa capacité de penser ce qui lui arrive se renforce, des sentiments de tendresse pour sa mère apparaissent, elle attend moins de manifestations affectives ou de reconnaissance de la part de son père.

Elle entame un travail de réflexion sur des thèmes qui la préoccupent : la violence, le viol, l'appar-

rence, ce que veut dire être mal dans sa peau, l'épilepsie, en référence à des problèmes surgis dans son entourage. Elle consigne ses réflexions dans un carnet qu'elle m'apporte pour me les montrer. L'écriture et, plus généralement, le langage commencent à prendre de la valeur à ses yeux en tant qu'outils de pensée et d'échange. Un jour, elle s'interroge sur ses nombreuses fautes d'orthographe. Faut-il en conclure qu'elle est en train de s'approprier certaines dimensions de la culture ? On mesure en tout cas le chemin parcouru chez cette adolescente qui se trouvait quelques mois auparavant dans un état d'excitation permanent et dont le comportement se situait aux marges de la délinquance. Mais de nouveaux événements familiaux vont replonger Audrey dans une situation déstabilisante et entraîner l'interruption des soins.

Sa mère s'est absentée une fois de plus pour des motifs professionnels, comme elle le fait régulièrement. Audrey le vit comme un abandon douloureux, sentiment dont elle parle volontiers lors des consultations qui sont devenues très régulières. En dépit de son abattement, elle tente de minimiser la gravité de la situation. « Si je vous dis ce qui m'arrive, me dit-elle en substance, vous allez faire un signalement, et la justice va nous retirer à notre mère pour nous confier à notre père. » Mais elle confie quand même que le frigo est vide et que sa mère n'a pas donné de nouvelles depuis plusieurs semaines. En plus de son inquiétude et de la crainte de son père, elle s'en veut beaucoup d'avoir déclenché, de la part de l'école, le signalement d'un de ses jeu-

nes frères, un jour où elle avait oublié d'aller le chercher. Il est remarquable, toutefois, que dans cette situation dramatique elle ait pu continuer à s'adresser à l'adulte s'occupant d'elle, moi en l'occurrence, sans passer par de nouveaux troubles du comportement.

J'ai naturellement prévenu la justice, ce qui n'a pas suffi à déclencher une mesure de protection immédiate, mais ce qui a contribué, en revanche, à alimenter le triomphe haineux du père et la crainte d'Audrey d'être retirée à sa mère. Finalement, la mère est revenue et le père a repris ses distances. L'enquête demandée par le juge des enfants n'a pas débouché sur une aide éducative, cette famille se montrant décidément très habile à neutraliser les travailleurs sociaux. Mais les entretiens se sont arrêtés là. Les parents n'ont pas répondu à ma demande de les rencontrer, et Audrey n'est plus revenue.

Peut-être a-t-elle été emportée par le besoin de défendre sa mère et donc d'adhérer au déni de celle-ci à propos des conséquences douloureuses de ses absences. Peut-être aussi touchons-nous aux limites de nos possibilités d'intervention, lorsque l'enfant ou l'adolescent est seul demandeur, tandis que ses parents cherchent au contraire à se protéger.

Cette vignette clinique illustre le type de travail qui peut être conduit avec des enfants ou des adolescents enfermés dans des conduites qui leur barrent l'accès à une réelle subjectivation, alors même qu'ils ne sont pas psychotiques. Il

ne s'agit pas tant du traitement d'une pathologie répertoriée que d'une démarche de soutien de nature à permettre l'émergence d'un fonctionnement propre, entravé par les sollicitations d'un environnement violent à un titre ou à un autre.

Ces difficultés dans le processus de constitution de la personne étaient mal connues jusqu'à une date récente, alors que les conditions sociales présentes semblent leur donner une assez grande fréquence. Au-delà de sa portée immédiate, le travail des psys a manifestement un enjeu préventif considérable en la circonstance. La chose remarquable est que ces problèmes sont de plus en plus facilement abordés par les familles (ou les intervenants sociaux) dans le cadre des consultations de proximité.

## L'intérêt du travail avec les parents

Avant de terminer, je souhaite préciser ce qui me paraît important dans le travail avec les parents que j'ai souvent évoqué et qui demande à être précisé. Je propose de commencer à y réfléchir avec une histoire clinique dans laquelle, justement, ce travail est impossible.

Jonathan a 4 ans quand nous commençons à le rencontrer dans le cadre d'une équipe d'unité thérapeutique pour des enfants de 2 à 6 ans présentant des tableaux psychiatriques (autisme, psychose essentiellement).

Jonathan est accompagné par sa mère, Mme T, dont il est le quatrième enfant. Il ne parle pas, il évite notre regard. Quand notre regard croise le sien, il ferme les yeux très fort comme si cela lui avait fait mal. Il présente des stéréotypies. Lorsque sa mère nous dit qu'il vient d'être propre, il baisse son pantalon comme s'il voulait nous montrer qu'il n'avait plus de couche.

Dans cette unité, les traitements proposés sont des psychothérapies de groupe. Mme T donne son accord et elle nous explique que c'est un enfant qui ne peut pas la quitter une minute dans la vie quotidienne. Pendant le premier entretien, il est sur ses genoux, sinon il est dans la poussette qu'elle juge indispensable pour les déplace-

ments. Il a fréquenté une classe de petite section durant l'année, le matin. À l'école, il était isolé, ne participant ni aux échanges ni aux activités, mais, Mme T a tenu à conserver ce temps d'intégration de son enfant.

L'institution scolaire s'est inquiétée très rapidement; elle s'est mise en relation avec le centre de protection maternelle et infantile qui suit l'enfant sur le plan somatique et qui l'avait adressé dès l'âge de 3 ans vers un bilan neuro-pédiatrique puis au CMP. Un consultant a tenté de mettre en place un traitement psychothérapeutique qui n'a pas marché parce que sa mère n'accompagnait pas assez régulièrement. Au bout d'un an, il a pensé qu'une indication de groupe serait plus acceptable par la mère. Au moment de l'admission de Jonathan dans l'unité, Mme T est partie prenante du projet de soins, elle accepte de l'accompagner deux fois par semaine, elle prévient elle-même l'école. Elle connaît le diagnostic d'autisme sans organicité retrouvée au bilan; elle sait que son enfant a des troubles de la communication, qu'il ne peut pas apprendre et qu'il a besoin de soins.

Son hostilité se manifeste quand nous demandons à voir le père de Jonathan. Elle nous fait savoir qu'il s'agit d'une demande totalement incongrue, ce père vivant à l'étranger sans pouvoir être localisé. Elle ne compte pas sur lui, d'ailleurs ses quatre enfants sont issus de trois pères différents.

Jonathan est un enfant qui avance dans le cadre des groupes. Il commence à mieux parler, à instaurer quelques jeux. Toutefois, il reste

toujours extrêmement particulier, oscillant entre moments d'isolement et de collage aux autres. Il s'approche tout près d'un autre enfant et tente d'introduire deux de ses doigts dans les yeux de l'autre enfant terrifié. Il s'accroche aussi à nous ainsi qu'au matériel avec ses dents, produisant beaucoup de dégradations. Il s'agit d'un enfant très malade.

Les relations avec Mme T sont difficiles, nous la recevons régulièrement en entretien pour discuter du travail thérapeutique poursuivi. Au cours de ces rencontres, il y a échange d'informations au sujet de Jonathan et de ses difficultés mais il n'y a aucun espace pour en discuter véritablement. Nous ne nous sentons pas autorisés à discuter de l'opportunité de la poussette par exemple. De son côté, elle fuit le groupe de parents qui fonctionne comme un espace de soutien et de réflexion pour les parents des enfants traités dans le même groupe. Et puis, un jour, elle voit que son fils a un œil rouge en sortant du groupe, preuve que nous l'avons frappé et elle frotte l'œil de son enfant tout en nous accusant. Le partenariat avec Mme T devient acrobatique après cet épisode. Elle accompagne irrégulièrement son fils.

Afin d'éviter une rupture avec le service, ce qui équivaldrait à une rupture de soins, nous proposons une place en hôpital de jour tout en étant conscients du fait que Jonathan allait une nouvelle fois subir un changement de soignants. Sa destructivité dans le groupe (attaques des autres enfants et des thérapeutes, dégradation du matériel) peut se comprendre à la lumière de

l'hostilité de sa mère à l'égard de l'équipe. N'est-il pas conduit, de par les sentiments haineux de sa mère à notre égard, à exercer une violence sur le cadre de soins et à en limiter les effets thérapeutiques ?

Cette histoire montre les limites de notions telles que l'information, la transparence, la recherche de l'accord des parents tout au long du processus de soins. Ces étapes ont été suivies mais elles n'ont pas permis d'engager une collaboration active avec Mme T. Qu'a-t-il manqué ? Nous n'avons pu partager avec elle un travail de réflexion autour des difficultés de son fils et n'avons pu élaborer de représentations communes du problème qui eurent permis de construire avec sa participation un cadre de soins global qui dépasse les interventions ponctuelles du groupe psychothérapeutique. Cette fermeture a été aggravée par le barrage à l'accès du père de Jonathan.

Dans les groupes de parents menés dans les CMP, des questions concernant la parentalité émergent et sont reprises par le groupe, ce qui permet justement de leur conférer une dimension collective. Comment être parent d'un enfant souffrant ? Comment faire avec l'école, le regard de la famille, l'isolement ? Ces échanges offrent un soutien considérable à des parents blessés par la maladie de leur enfant. Ces expériences menées dans des centres de soins montrent, au-delà du contexte pathologique dans lequel elles se situent, l'apport de réflexions en groupe de parents pour la constitution de repères structurants. Ne doit-on pas réfléchir à cette voie pour l'avenir ?





Tous les 2 mois, un livre de 64 pages envoyé gratuitement aux professionnels de l'enfance et de l'aide à la jeunesse (11.000 ex.)

### Temps d'Arrêt – Déjà parus

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

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

## Prenons le temps de travailler ensemble

La prévention de la maltraitance est essentiellement assurée au quotidien par les intervenants en lien direct avec les familles.

Le **programme Yapaka**, mené par la Coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance, a pour mission de soutenir ce travail.

D'une part, il propose un volet de formations, de conférences, d'informations via une newsletter et les livres Temps d'Arrêt aux professionnels. D'autre part, des actions de

sensibilisation visent le public (livres, spots tv, autocollants...).

Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: un tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.

**yapaka.be** 

Une action de la Communauté Française



# Les livres de yapaka

disponibles toute l'année gratuitement  
sur simple demande au 0800/20 000



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite à chaque  
élève de 4ème primaire



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite via  
les associations fréquentées  
par les adolescents



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite via les  
crèches, écoles, associations  
fréquentées par les parents



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite via les  
écoles, associations fréquentées  
par les parents