

Identifications croisées autour de l'enfant à protéger : espace potentiel et réalité dans le soin en CMP

Jean-Louis NOUVEL,
pédopsychiatre
Tiphany BERGER, psychologue
clinicienne-psychothérapeute
CESAM Enfance, Centre
hospitalier Laborit, Poitiers

Ce texte a été présenté à l'atelier «Enfance en danger» aux Carrefours de la pédopsychiatrie, organisés par l'API et la SFPEADA qui se sont tenus à Paris le 7 février 2020 sur le thème «Le CMP : mission un possible».

Rencontrer un enfant placé, en prendre soin, n'est souvent pas chose aisée. Ces enfants se construisent dans des interactions profondément perturbées faites de désaccords. Nos processus empathiques sont mis en défaut, voire en échec, quand les modalités relationnelles de ces enfants se sont construites de manière défensive, face à des situations d'interactions traumatisantes qui, du fait de leur répétition, sont à la base de traumatismes relationnels précoces. Nous sommes ici face à la pathologie du lien.

Le bébé par et dans son corps, en communion émotionnelle avec la figure maternante, organise les premiers éléments de son appareil psychique. Qu'en est-il quand le maternage ne prend pas en compte le besoin de l'enfant, voire maltraite le corps ? Nous allons en donner une illustration clinique à deux voix, celle du pédopsychiatre référent, et celle de la psychothérapeute.

Emma, un premier placement à l'âge de 2 mois

Dès avant la naissance, Emma est prise dans une gangue familiale qui ne la subjective pas, empêchant le cristal de son développement de briller et de s'épanouir. Elle connaît dès in utero et après sa naissance les violences au sein du couple parental. Puis, à 2 mois de vie, son père la secoue et la laisse seule dans l'appartement. Suite à cet épisode, Emma est placée pendant 6 mois. Elle est, par la suite, confiée à sa mère. Mais «*Ce n'était pas la même fille qu'avant*», dit Mme P. «*Avant, elle était facile, elle dormait beaucoup*».

Emma, pendant ce premier placement a-t-elle eu la chance de rencontrer pour la première fois une figure maternante en capacité d'interactions accordées, lui permettant de ne pas être obligée d'être dans le retrait interactionnel et ayant commencé à la subjectiver ?

En effet, Mme P., dès avant la naissance, ne subjective pas ce bébé à naître. Elle est contente d'attendre une fille parce qu'«*elle pourra la peigner et parce que les filles ça va plus*

vers les mamans». De plus, en fin de grossesse, elle est incapable de contenir une certaine pulsionnalité, «*je ne pouvais pas arrêter de bouger*», ce qui a provoqué des contractions importantes et un accouchement avant terme, à la limite de la prématurité.

Enfin, le jour anniversaire de ses 2 ans, Emma fait un AVC en lien, semble-t-il, avec une varicelle. La mère, par la suite, refuse toute orientation vers une structure de type CAMSP, déniait la réalité et les besoins de sa fille.

Rencontres au CMP

Je rencontre pour la première fois Emma à l'âge de 6 ans et 1/2. Elle vit alors dans une famille d'accueil depuis ses 4 ans, soit depuis 2 ans, officiellement à cause de fessées données par la mère. Au moment de son arrivée dans cette famille, Emma était une enfant négligée qui présentait un retard global, particulièrement au niveau du langage, un déficit moteur partiel à droite et des crises de colère qui ressemblaient à de la rage.

En consultation, elle se présente comme une enfant au physique assez harmonieux mais qui semble vouloir se faire oublier. Au niveau scolaire, elle est en CP. Elle a beaucoup de mal dans les apprentissages et dans la relation à ses pairs. Elle est décrite comme instable. Les crises de colère sont toujours très présentes. Elle a, par ailleurs, tendance à coller à l'adulte. Les consultations successives confirment qu'Emma présente des séquelles de traumatismes relationnels précoces, selon l'expression d'Emmanuelle Bonneville Baruchel (1), du fait des négligences subies et des violences rencontrées. Ceci a pour conséquences une insécurité d'attachement, des difficultés à tisser des liens avec ses pairs, à

contenir ses émotions, ainsi qu'un impact sur ses capacités cognitives.

Par ailleurs, nous pouvons qualifier les dysparentalités rencontrées d'incapacités parentales chroniques. C'est-à-dire d'une dysparentalité en lien avec une pathologie de la personnalité et présentant ici des éléments péjoratifs tels qu'ils sont décrits dans les jalons de l'évaluation de la parentalité : errances multiples, non remise en question des parents par rapport aux raisons du placement, etc... Ces dysparentalités, étant en lien avec un état psycho-pathologique, n'évoluent pas ou pas suffisamment vite par rapport aux besoins de l'enfant (1).

Construction d'un espace de partage centré sur Emma avec l'assistante familiale

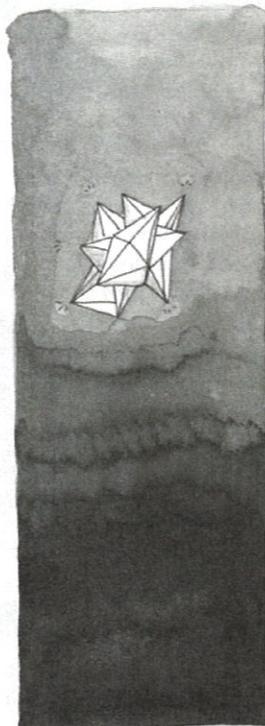
À partir de ce constat, il m'est apparu nécessaire de proposer à l'enfant et à l'assistante familiale un espace commun de partage, de subjectivation, d'élaboration et d'action dans la réalité. En effet, il était pour moi essentiel qu'Emma puisse bénéficier dans le long terme de l'accueil bienveillant et humanisant actuel et ce d'autant plus que c'était son deuxième placement. Nous savons que la multiplication des placements a des effets délétères sur le développement des enfants et leurs capacités de faire confiance en l'adulte.

Cet espace de partage est constitué par les éléments que l'assistante familiale nous amène du quotidien. L'enfant au début ne peut pas le faire. C'est un travail sur les petits riens de la vie de l'enfant : l'assistante familiale raconte, prête des émotions et des sensations que nous partageons. C'est un travail de mise en mots et de mise en jeux. Ce qui caractérise alors Emma c'est sa peur de l'abandon. Alors que nous discutons des difficultés de séparation et que nous les mettons en mots en présence d'Emma, celle-ci participe à notre échange par son corps. Elle s'écroule entre deux chaises.

Durant ces consultations, je prends souvent un temps individuel avec l'enfant. À la fin de ce temps, je demande à Emma d'aller chercher son assistante familiale. Elle sort du bureau en disant : «*Je m'en vais pour toujours*». À l'arrivée de son assistante familiale, Emma reste dans le couloir. J'énonce que je suis inquiet et triste parce qu'elle a dit qu'elle partait pour toujours et que je ne sais pas où elle est. Emma, restée dans le couloir, s'amuse beaucoup de ma verbalisation, rassurée par mon inquiétude jouée/vécue.

Redonner une place de sujet à l'enfant

Ces temps de pensées partagées à trois sur Emma viennent lui redonner une place de sujet : de sujet qui a de la valeur, dont on s'inquiète, dont on essaye de partager, de mettre en mots les affects, les sentiments



et les émotions. Montrer que ce partage est possible, est essentiel. L'enfant qui a subi des traumatismes précoces des liens, a été confronté à une immense solitude. Une solitude singulière, une solitude en présence physique de la figure qui doit porter le maternage mais qui est psychologiquement absente au lien à son enfant. L'enfant se confronte à un esseulement profond et déshumanisant.

Il ne s'agit pas dans cet espace de partage d'asséner des vérités, mais de chercher ensemble, de proposer, de prêter nos appareils psychiques à l'enfant. L'enfant par rapport à son parent est un fin clinicien. Il le connaît, il en sait plus que nous sur lui. Il est par contre dans un doute profond, personne n'ayant validé ses perceptions.

Une confusion similaire habite l'assistante familiale par rapport aux représentations de la parentalité à laquelle est confronté l'enfant. Il faut accompagner, expliquer, faire des pas de côté, essayer de s'identifier aux parents pour essayer de comprendre la part dysparentale, sans en excuser le parent. Ceci doit se faire avec doigté, sans jamais dénigrer le parent devant l'enfant.

Les incapacités parentales chroniques nous font basculer, pour reprendre l'expression de Martine Lamour (2) dans un autre monde où la vie ne s'approprie pas facilement. Cet autre monde nous oblige à changer nos paradigmes du lien parent - enfant, nous oblige à le penser de façon contre-intuitive. Voir plus sa mère ne rassure pas l'enfant mais au contraire le confronte à de l'impensé, de l'irreprésentable et à des reviviscences traumatiques. Ces dysparentalités viennent faire vibrer nos propres liens et nos représentations de nos liens à nos parents et à nos propres enfants. Sont touchés alors des éléments internes profonds sur lesquels nous nous sommes construits depuis notre enfance. L'assistante familiale n'en est jamais épargnée.

Protéger le psychisme de l'enfant aussi dans la réalité

Il est donc important de porter aussi dans la réalité concrète la protection du psychisme de l'enfant. Concernant Emma, elle voyait sa mère deux week-ends par mois, son père deux heures tous les mercredis et sa grand-mère maternelle un week-end par mois. Ne sommes-nous pas dans ce cas de figure, non dans un placement familial mais dans un internat familial de semaine ? Emma n'avait pas d'espace libre de développement suffisant, c'est-à-dire d'espace de développement au sein de sa famille d'accueil, sans confrontation à la problématique familiale de dysparentalité, d'abandon, de négligence et de parentification.

Les errances affectives maternelles entraînant des interruptions de visites, nous ont beaucoup aidés à montrer le mieux être d'Emma quand elle voyait moins sa mère. Nous avons participé à des réunions de synthèse de l'Aide Sociale à l'Enfance et écrit les faits

observés. Nous nous sommes engagés dans la réalité de la situation pour que le Juge des Enfants puisse avoir des éléments motivant sa décision de réduction des rencontres. Il en a été de même avec la grand-mère maternelle. Il a fallu aussi accompagner son assistante familiale dans le changement de cet enfant qui s'installait enfin chez elle.

Cet espace a permis assez rapidement une amélioration d'Emma au niveau scolaire et il a été possible alors de lui proposer un espace psychique pour elle-même en parallèle de ces rencontres.

Premières séances de psychothérapie avec Tiphany Berger, psychologue

Pour faire suite au propos de mon collègue pédopsychiatre concernant l'anamnèse d'Emma, je souhaite m'arrêter sur la prégnance des identifications dans les jeux symboliques proposés par l'enfant durant les premières semaines de sa psychothérapie individuelle. Dans ce but, je proposerai l'analyse résumée de quatre rencontres correspondant aux premières séances de psychothérapie ayant suivi l'entretien initial, lesquelles ont pour particularité principale d'être marquées par une entrée brutale dans le travail d'élaboration autour de l'histoire familiale.

J'aborderai les éléments contre-transférentiels qui ont émergé de façon toute aussi rapide face aux manifestations de violence dans l'espace potentiel, cette aire qui nous permet de rencontrer l'enfant au croisement entre imaginaire et réalité. Cette violence, inhérente aux identifications possibles pour Emma du fait de son histoire de vie singulière, sera retrouvée durant de longs mois pour s'apaiser peu à peu au fil de la psychothérapie.

Emma, durant les rencontres qui nous occupent aujourd'hui, investit « de plein fouet » l'espace proposé dans le cadre de la psychothérapie. L'entrée dans le jeu symbolique se fait de façon immédiate, brutale, s'imposant à moi et me laissant souvent inquiète, le regard porté sur la violence des identifications proposées par cet enfant à travers les situations et personnages qu'elle propose.

Emma passe en effet de personnage en personnage au fil des séances : tour à tour enfant placé, mère de l'enfant placé, nourrice, psychologue..., elle joue et me fait jouer sans cesse les sévices physiques et les effractions traumatiques en lien avec son histoire de vie. Les séances sont chargées, pénibles pour moi. Lors de la première séance, je suis une nourrice à l'hôpital et l'une de mes collègues maltraite les bébés. Elle est cette collègue, que je dois protéger ou dénoncer selon mon propre choix. Elle prend deux baigneurs et les tape violemment contre mon bureau en riant ; je suis impressionnée de ces attaques et de l'aspect brut en lien à son propre vécu de bébé secoué. La réalité occupe une majeure partie de mon espace de pensée et je dois faire un effort pour lutter contre un effet de sidération qui vient sans doute en miroir à la zone traumatique correspondante chez Emma.

Lors de la deuxième séance, elle est une

psychologue et je joue une fille et sa mère à la fois. La mère comme la psychologue sont maltraitantes envers l'enfant. L'enfant présente des troubles du comportement et doit être enfermée par les policiers dans une cellule. Elle sera finalement défendue par sa mère. J'éprouve un certain vécu d'insécurité face à la froideur affective d'Emma dans ses mouvements de violence et crains parfois de recevoir moi-même un coup.

Lors de la troisième séance, Emma reprend le rôle de la psychologue. Cependant, celle-ci ne peut s'occuper de ses patients car elle est trop prise par sa propre histoire, qu'elle confie aux enfants dont elle s'occupe. Face à une situation familiale imaginaire, Emma-psychologue invite les parents à laisser partir leurs enfants chez une nounou, chez laquelle ils se sentent bien. Je joue les parents et l'enfant et réalise que je me sens souvent avec Emma dans une position immature, soumise aux humeurs et à l'agressivité manifeste de celle qui dirige les séances.

La quatrième séance marque des difficultés importantes dans le contre-transfert, en lien sans doute avec l'exacerbation dans le jeu des manifestations de l'insécurité fondamentale d'Emma. Elle joue un bébé, je joue sa mère. Une famille appelle pour rencontrer l'enfant dans un projet d'adoption. Emma me demande de jouer la réaction de sa mère, qui n'est pas d'accord, en prenant en compte ce que je sais des conditions de son placement. Sa mère doit ici l'enfermer pour la protéger des policiers et des assistantes sociales. Le bébé s'endort dans cette pièce, dort très longtemps, trop longtemps, ne se réveille pas, ce qui inquiète les policiers qui appellent le SAMU. Elle se réveillera finalement, partira en taxi chez sa nounou pour y raconter les maltraitances subies : « *ma nounou s'occupe mieux de moi que ma mère* ». A ce moment du jeu, elle tient elle-même un baigneur dans ses bras, qu'elle rudoie tout en suçant son pouce. Ici, je développe une forte inquiétude autour des conséquences émotionnelles possibles pour Emma à partir de ces séances gravement cathartiques. Je m'inquiète de leur effet possible sur son état psychique tant le contenu des jeux met en exergue avec violence l'intensité du trauma initial : bébé secoué, enfant présentant un AVC, enfant placé, enfant secouru et enfin protégé... J'ai le sentiment de ne pas avoir pu suffisamment préparer Emma aux séances que nous vivons ensemble. Je me rends compte que je dois me reposer moi-même sur mon collègue pédopsychiatre sur ce point, me fiant à lui pour avoir assuré cette préparation au préalable.

Un dispositif de co-portage autour d'Emma

Dans l'après-coup de l'accompagnement d'Emma en psychothérapie, il nous est possible de prendre conscience du dispositif de co-portage en place tout autour de cet enfant. Emma est portée par son assistante familiale, laquelle est soutenue par le Dr Nouvel, référent de la situation de l'enfant au CMP. De mon

côté, je participe aux aspects maternants de ce dispositif, pouvant jouer tantôt la mère, tantôt la nourrice, au sein même de ma fonction de psychologue. Lorsque je m'inquiète un peu trop, c'est à mon collègue que je m'adresse, lequel contient alors avec moi, à l'extérieur des séances, l'angoisse extrême issue directement de la vie psychique de l'enfant, projetée sur la thérapeute dans le cadre des rencontres. Et lorsque la réalité s'impose à mon collègue, entre dossier MDPH et échanges avec les professionnels de la protection de l'enfance, c'est auprès de moi qu'il vient déposer sa frustration et son mécontentement face aux erreurs potentiellement gravissimes de l'administration. Les aires intermédiaires d'expérience partagées entre les uns et les autres se croisent et se décroisent mais toujours se rejoignent dans l'intérêt de l'enfant.

Comme Ferenczi (3) a pu le souligner dans son approche du traumatisme et des particularités de la relation de l'enfant à l'adulte, la déception fondamentale éprouvée par l'enfant à l'égard de ses figures d'attachement premières endommage les fondements mêmes du lien. Le psychologue qui accueille l'enfant doit se montrer capable d'abandonner à ce dernier pour quelques temps les bénéfices narcissiques liés à sa fonction de psychothérapeute. Avec Emma ainsi qu'avec d'autres enfants aux histoires de vie dramatiques, j'ai appris à figurer ce matériel mou, informe, modelable qu'elle a sans doute éprouvé être en tant que nourrisson. Malmenée par ses jeux que je n'oserais qualifier de fantasmes, il me semble que ma fonction a toutefois été de lui montrer que l'intérêt de l'expérience relationnelle doit survivre à la terreur, à la sidération et que les choses déjà transformées peuvent se transformer à nouveau.

A l'image de l'objet trouvé-créé de Winnicott (4), les enfants qui présentent les stigmates de ces traumatismes précoces doivent pouvoir trouver-créer en le thérapeute rencontré leur propre reflet incarné le temps d'un jeu. Survivre ensemble à la violence des mouvements psychiques éprouvés dans la relation transférentielle en psychothérapie et maintenir l'effort de subjectivation, point central du désir du thérapeute pour l'enfant, constituent sans doute l'essence même de cet accompagnement.

Emma, à travers ses jeux, m'a offert plus qu'une vue sur sa problématique psycho-affective. Il s'est plutôt agi ici d'une plongée sans palmes et sans tuba, de l'impression de paniquer avec elle face aux incohérences, à la violence et à l'empêchement actif à se subjectiver que lui ont imposé ses figures d'attachement durant ses premières années de vie. L'expérience de relations structurantes avec des adultes qui résistent aux attaques du lien permet toujours pour ces enfants de percevoir enfin, au cœur du parcours thérapeutique, la possibilité de l'espoir et la perspective de la résilience.

Emma met en place sa propre protection

La psychothérapie a duré deux ans et demi. Je continue en tant que pédopsychiatre à proposer un espace de partage autour d'Emma avec son assistante familiale au rythme de 5 à 6 consultations par an. Emma est maintenant âgée de 13 ans. Elle investit son corps avec plaisir dans une activité danse. Elle est scolarisée en ULIS et cette année se pose la question d'une réintégration d'un cursus ordinaire. Elle a son réseau de copines au collège et à la danse. Elle n'a plus besoin de s'exprimer par des crises de rage. En consultation, à peine assise, elle parle d'elle dans ses tracasseries mais aussi dans les plaisirs de sa vie. Ce n'est que lorsque l'enfant a acquis une pensée autonome et solide qu'il devient loquace et naturel.

A l'hiver 2019, sa grand-mère lui demande son avis sur l'intérêt qu'elle se marie avec son ixième compagnon. Le mariage est fixé pour le mois d'août. Emma souhaite y participer sur un temps englobant une nuitée. En consultation, je partage avec l'assistante familiale notre inquiétude autour de cette nuitée. En effet nous avons à l'esprit un épisode qui s'était déroulé lors d'un droit d'hébergement chez la mère lors duquel avait eu lieu une fête bien arrosée. Emma, alors âgée de 8 ans, avait décrit un moment d'effroi du fait de l'excitation due à l'alcool. De plus, elle s'était retrouvée dormant avec un oncle... Malgré un écrit au juge des enfants, un droit d'hébergement exceptionnel est accordé.

En juillet, Emma, alors en colonie de vacances, vient signifier à une animatrice son malaise grandissant par rapport au mariage. Elle dévoile alors les attouchements subits quand elle avait 8 ans lors de la soirée précédemment décrite.

Emma, grâce à la qualité de son accueil, à l'ensemble de son suivi et au rôle de tuteur de narrativité des consultations, s'approprie son histoire, montre sa capacité à se penser, à se protéger elle-même et à se raconter. Le cristal d'Emma se libère doucement de sa gangue familiale trans-générationnelle et se met à briller.

Bibliographie

- 1) Emmanuelle Bonneville Baruchel, *Les traumatismes relationnels précoces, Clinique de l'enfant placé*, Erès, 2015
- 2) M. Lamour, *La souffrance des professionnels confrontés aux troubles graves de la parentalité* p. 209-239, in *La protection de l'enfance maintien, rupture et soins des liens*, M. Gabel, M. Lamour, M. Manciaux, Editions Fleurus psychopédagogie, 2005
- 3) S. Ferenczi, *Le traumatisme*, Editions Payot (2006)
- 4) D.W. Winnicott, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Editions Gallimard (1978)

Des «épidémies» d'un nouveau genre ?

**Dr Nicole STEINBERG, PH
CHE, 67150 Erstein**

Ce texte a été présenté lors des «Rencontres Santé Société Georges Canguilhem» sur le thème «Responsabilité individuelle, responsabilité collective en santé», organisées par «Eurocos, humanisme et santé» les 11 et 12 Octobre 2019 à Strasbourg.

*«Lorsqu'une affirmation a été suffisamment répétée, et qu'il y a unanimité dans la répétition (...) il se forme ce qu'on appelle un courant d'opinion et le puissant mécanisme de la contagion intervient. Dans les foules, les idées, les sentiments, les émotions, les croyances possèdent un pouvoir contagieux aussi intense que celui des microbes»
Psychologie des foules, Gustave Le Bon (1)*

Pédopsychiatre de service public depuis de longues années, les propositions faites par ces journées sont toujours pour moi l'occasion d'interroger ma spécialité et sa pratique ; elles me semblent en très grande transformation, voire en danger de disparaître, et la question des «responsabilités» à l'oeuvre dans ce constat ont été le fil de ce travail. Les classifications contemporaines ont remplacé la pensée d'une psychopathologie complexe dont les «symptômes» seraient le témoignage, par la notion de «troubles», décrits pour eux mêmes.

Au cours de mes années de pédopsychiatre de secteur, j'ai eu l'occasion de voir naître, puis se réduire sans jamais s'éteindre, nombre d'«épidémies», si l'on accepte d'élargir ce terme, comme G. Lebon nous y invite, à la soudaine multiplication de situations reconnues comme similaires... Elles s'enflamment parfois à partir de leur nomination (comme les phobies scolaires, par exemple), ou à partir de la mise sur le marché de molécules répondant à une manifestation, «trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité», diagnostic posé maintenant dès l'école en attente du médicament prévu et quels que soient les facteurs liés à de telles manifestations (anxiété, éléments traumatiques, violences intra-familiales), voire sous l'influence de lobbys efficaces. Peut-on repérer «un responsable» de cette évolution, ou s'agit-il d'un faisceau de facteurs de différents niveaux qui entraînent une sorte de spirale auto-aggravante et