



Canal Psy

ISSN : 2777-2055

Publisher : Université Lumière Lyon 2

70 | 2005 Enfances

Illustration : Laurence
Chassard

 <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=3235>

Electronic reference

« Enfances », *Canal Psy* [Online], Online since 05 mai 2021, connection on 12 juin 2024. URL : <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=3235>

DOI : [10.35562/canalpsy.3235](https://doi.org/10.35562/canalpsy.3235)

ISSUE CONTENTS

Anne-Claire Froger
Édito

Dossier. Enfances

Lisbeth Brolles
Enfants de la guerre : la mémoire ou l'oubli

Maurice Berger and Anne-Claire Froger
Entretien avec Maurice BERGER autour de son dernier ouvrage *L'échec de la protection de l'enfance*

Malory Perrichon
Parent en sursis/enfant en survie

Tribune libre

Bernard Chouvier
La formation à la psychothérapie à l'université ?

Édito

Anne-Claire Froger

TEXT

- 1 Pour ce numéro 70, nous avons opté pour l'intitulé, au pluriel et suffisamment évasif, « *Enfances* », afin de mettre l'accent sur la multiplicité des vécus qui fondent cette période qui, dès lors, ne peut plus être envisagée comme un état en soi. Les trois auteurs qui ont contribué à ce dossier vont nous rappeler, au fil de leurs observations, de leurs réflexions, mais aussi de leurs indignations, les conséquences sur l'enfant de nos impensés le concernant. Souvent il se retrouve ainsi plongé trop tôt, trop massivement, dans un monde imprégné de notre pulsionnalité, de nos angoisses et souffrances narcissiques, alors même qu'il n'a pas encore achevé de construire les outils qui lui permettraient de s'en distancier suffisamment.
- 2 Il y a quelques décennies maintenant, Françoise DOLTO avait produit une petite révolution en nous sensibilisant à l'« être de langage » qu'est l'enfant dès sa naissance, et en nous incitant à le reconnaître sur un plan d'égalité ; notion qui a pu parfois se trouver galvaudée et rencontrer ses limites dans nos résistances mêmes à l'intégrer. Aujourd'hui, l'enfant se retrouve impliqué dans nos enjeux de vie, pris à partie, au titre de confident ou de témoin de nos impasses affectives, ou encore installé à une place indue : encore et toujours il reste objet.
- 3 Tel est le propos de ce numéro qui va tenter de réinterroger ces situations qui l'imprègnent et ne manqueront pas de conditionner l'adulte qu'il deviendra.
- 4 Lisbeth BROLLES ouvre donc ce dossier avec une réflexion menée autour de Keita, jeune garçon de 7 ans, qui a fui avec sa mère la guerre civile qui déchire le Congo, et qui manifeste à l'école les effets des traumatismes subis et entretenus par sa situation familiale et sociale. Puis nous sommes allés interviewer Maurice BERGER au sujet de son ouvrage, intitulé non sans provocation de sa part : *L'échec de la protection de l'enfance*, réédité en 2004, au sein duquel il nous fait

partager ses constatations et réflexions issues de nombreuses années de pratique auprès d'enfants suivis dans son service.

- 5 Enfin, Malory PERRICHON referme ce dossier par un voyage qui nous emmène au cœur de la cancérologie, en prenant le point de vue inhabituel des enfants non pas eux-mêmes malades, mais plongés de fait dans la « parenthèse » somatique et psychique que vit leur parent, selon leur propre terme.
- 6 Vous pourrez remarquer l'apparition d'une « Tribune libre » dans *Canal Psy* à compter de ce jour. Bernard CHOUVIER a bien voulu s'y risquer pour ce numéro, et développe pour nous une argumentation sur la question débattue de la formation à la psychothérapie. Remercions-le pour ce commentaire sur l'actualité psy dont nous tenions à nous faire l'écho...
- 7 De plus, la page « Infos » classique va être amenée à disparaître de l'édition papier bi-mensuelle peu adaptée à la diffusion. Les initiés auront déjà pris l'habitude de la consulter directement sur le site de l'Université où elle est régulièrement tenue à jour par Marc-Antoine BURIEZ.
- 8 Très bonne lecture à tous...

AUTHOR

Anne-Claire Froger

Dossier. Enfances

Enfants de la guerre : la mémoire ou l'oubli

Lisbeth Brolles

DOI : 10.35562/canalpsy.3242

OUTLINE

Introduction
Choix du dispositif
Présentation de Keita
Résultats et analyse du RORSCHACH
Analyse du D10
Discussion

TEXT

Introduction

- 1 La clinique du traumatisme a déjà donné lieu à de nombreuses études. Mais lorsqu'elle se donne à voir dans un lieu qui n'est pas un lieu de soin, il n'est pas toujours aisé de l'aborder, de la contenir ou de l'accompagner. En effet, les conséquences du trauma se manifestent sous des formes différentes selon le lieu ou les personnes qui vont en être dépositaires.
- 2 Psychologue clinicienne en milieu scolaire, j'interviens dans un secteur situé en ZEP (zone d'éducation prioritaire). La population scolaire qui y est accueillie est composée d'un grand nombre d'enfants de demandeurs d'asile, réfugiés de différents pays, mais également d'enfants dont les parents, même en situation dite régulière, se trouvent encore très fragilisés. En effet, la situation des demandeurs d'asile est particulière : non seulement ils arrivent d'un pays qui a connu (ou connaît encore) la guerre, avec une histoire traumatique lourde, mais ils doivent, dans l'attente du statut de réfugié, supporter une situation extrêmement délicate où l'insécurité, tant matérielle que psychique, accompagne leur quotidien. Quant à leurs enfants, qu'ils aient été directement témoins de cette réalité traumatique ou qu'ils soient nés dans le pays d'accueil, les dégâts sur

la psyché sont tout aussi dévastateurs. Or c'est une population qui, généralement, ne va pas consulter sauf lorsqu'un dispositif (association de réfugiés par exemple) leur apporte l'accompagnement nécessaire pour accéder à un soin.

Choix du dispositif

- 3 La plupart du temps, la demande que les enseignants adressent au psychologue à propos de ces enfants, concerne, outre les difficultés d'apprentissages, des troubles du comportement, des passages à l'acte inadaptés à la vie scolaire, de l'agressivité voire de la violence. Dans ce double contexte de transculturalité et de traumatisme de guerre, où le vécu d'intrusion caractérise toute tentative d'entrer en lien, la crainte de réactiver les vécus traumatiques rend difficile le choix d'outils de médiation pour entrer en relation avec ces enfants lors d'un entretien psychologique. L'agir, dont la clinique infantile nous a appris qu'il vient en lieu et place d'un impensable, d'un irreprésentable, est avant tout un passage à l'acte qu'on peut entendre comme un symptôme, au-delà des désagréments qu'il provoque. Il s'agit alors de pouvoir proposer des « dispositifs à rêver » qui puissent devenir des « dispositifs pour symboliser » (R. ROUSSILLON, 1999, 2001) permettant d'explorer le fonctionnement psychique et tenter de comprendre ce qui se dit au-delà d'une conduite qualifiée d'agressive. Ma pratique m'a ainsi conduite à utiliser un double dispositif faisant appel à deux supports projectifs : le RORSCHACH et le D10. Il m'est apparu, en effet, que ces deux outils de médiation ne font pas intervenir de données culturelles marquées, risquant d'entraver l'expression de l'enfant et qu'ils favorisent l'ouverture d'un espace transitionnel susceptible de laisser se déployer son monde interne. Le RORSCHACH est non-figuratif et semble en mesure d'offrir un espace disponible, relativement ouvert faisant appel au processus associatif ; quant au D10, il permet, par la consigne qu'il propose, de contenir les angoisses et de proposer un support rassurant par sa proximité avec l'environnement de l'enfant. La sollicitation motrice permet, quant à elle, de transformer la décharge corporelle en représentation qui peut ainsi s'organiser autour de la consigne proposée. C'est la pertinence de leur complémentarité qui a justifié mon choix de ce double dispositif.

- 4 En effet, ces tableaux cliniques marqués par l'agir, m'ont conduite à faire l'hypothèse suivante : l'envahissement de la psyché par la scène traumatique a opéré un blocage des capacités fantasmatiques donnant lieu à des passages à l'acte divers, comme expression du trauma non élaboré. La position de témoin dans laquelle s'est trouvée la plupart d'entre eux viendrait entraver le travail de refoulement dans une forme d'assignation à porter la mémoire de la situation traumatique familiale, opérant une forme d'empiètement imagoïque tel que l'a décrit A. CICCONE dans ses travaux sur le transgénérationnel.

Présentation de Keita

- 5 C'est à partir de la vignette clinique d'un enfant, parmi une dizaine de cas étudiés, que je vais mettre à l'épreuve cette hypothèse
- 6 Quatre ans après son arrivée en France, Keita est toujours en proie à de terribles cauchemars. Lorsque je rencontre ce garçon de 7 ans, dans le cadre scolaire, il a déjà connu plusieurs écoles depuis son arrivée en France. Il est au CP et entre difficilement dans l'apprentissage de la lecture. Il est présenté comme bagarreur, perturbateur, difficile à canaliser.
- 7 Comme tous les demandeurs d'asile, sa mère et son beau-père vont de démarche en démarche et Keita se construit un environnement d'appartement en foyer : l'école semble être le seul lieu d'ancrage offrant une certaine continuité. C'est là qu'il dépose son mal-être sous la forme la plus immédiate pour lui : l'agir.
- 8 Lors du premier entretien, Keita se dit harcelé par des cauchemars qui l'empêchent de dormir : il voit son père qui vient le trouver, en lui disant : « *tu es mon fils, viens !* » ou bien « *tu vas mourir* ». Il va alors se réfugier dans le lit de ses parents ou dans le petit lit de son frère dans une quête de contenant que les multiples déménagements semblent avoir mis à mal. Très informé de la situation administrative de sa famille, il exprime son inquiétude de devoir repartir au Congo à cause du « *dossier qui n'est pas arrivé* », car il connaît bien la situation dans son pays d'origine : les informations qu'il regarde régulièrement, entretiennent la mémoire traumatique de ce garçon, comme de toute la famille.

- 9 En effet, il a vu son père et son oncle se faire tuer sous ses yeux, alors qu'il avait à peine 3 ans. Arrivant chez lui en courant il retrouve sa mère, en hurlant que les soldats viennent de tuer son père. Ceux-ci ne tardent pas à arriver. Resté caché comme le lui avait appris sa mère, il voit alors les soldats débarquer brutalement chez lui, la frapper puis l'embarquer avec eux. Celle-ci sera violée à plusieurs reprises. Lorsqu'elle est relâchée, son départ pour l'Europe est organisé avec Keita. Elle laissera sa mère et une fille aînée. Après différents lieux de transit, ils arrivent en France.
- 10 Ces éléments d'anamnèse ont été reconstitués à l'aide des différentes informations que j'ai pu recueillir, car les souvenirs d'enfance de Keita sont entachés de confusion, le traumatisme de la guerre ayant semble-t-il provoqué un amalgame entre cauchemar et réalité. Les différentes étapes de son histoire sont confuses, parsemées d'explosions, de soldats qui crient et tirent, et les repères temporels sont fluctuants. Cette réalité, certes reconstruite, est néanmoins envahissante et déborde les capacités élaboratives de ce garçon. Pourtant, le double dispositif, évoqué plus haut, a pu offrir un cadre contenant qui a mis en évidence les capacités fantasmatiques de Keita malgré le débordement de la psyché.

Résultats et analyse du RORSCHACH

- 11 Ce qui caractérise la passation du RORSCHACH, c'est le mouvement de persévération qui traverse tout le protocole : chaque planche semble faire ressurgir un épisode traumatique au point que l'enquête ne pourra être conduite jusqu'à son terme : « *ça me fait trop peur tout ça* » dit Keita.
- 12 Les réponses font d'emblée apparaître les effets du trauma sur le processus d'élaboration à travers le blocage de la capacité élaborative, dans des formes de meurtre de la pensée évoquant le « meurtre d'âme ». L'analyse clinique met en évidence, chez les enfants de demandeurs d'asile, un écrasement de l'imaginaire dont rendent compte les persévérations et l'incapacité à se déprendre de la réalité traumatique dont témoignent les scénarii souvent organisés autour de kinesthésies explosives ou d'objet. Malgré les possibilités

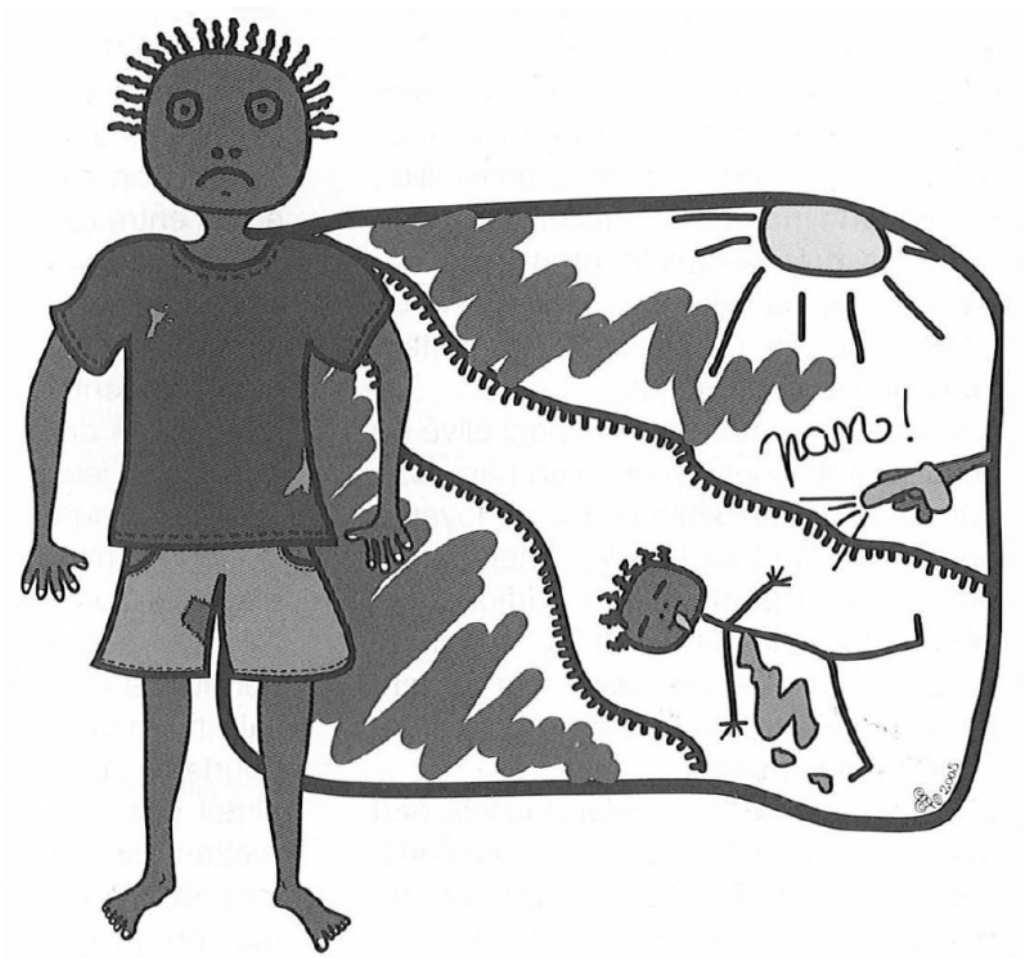
offertes par l'épreuve projective de déployer un espace de jeu, le trauma semble se répéter à l'identique, dans une mise en scène où se confondent la réalité vécue et la réalité interne de l'enfant.

13 Différentes caractéristiques qui semblent propres aux enfants victimes de traumatismes de guerre apparaissent :

- Le pôle sensoriel est largement convoqué autour du rouge dans des évocations crues de blessures (Pl. III « *les dames qui nettoyaient les blessés* »), de sang qui gicle (Pl. II « *ça me fait penser le sang qui a saigné quand mon père il s'était fait éclater* ») ou autour du noir dans des évocations d'angoisses destructrices. Les menaces de mort ou d'anéantissement parcourent le protocole. Le rapport « mouvement/couleur » vient soutenir cette remarque et confirme le débordement des affects d'angoisse ainsi que la faillite de l'élaboration défensive. En revanche la formule complémentaire inversée permet d'envisager, au-delà de la conflictualité interne, une possible mobilisation de la capacité fantasmatique et donc de remaniements psychiques.
- L'accrochage à la réalité traumatique empêche l'ouverture de la capacité fantasmatique vers un possible dégagement du trauma dans des formes d'empiètement sur la psyché produisant un effet de persévération du thème.
- La représentation de soi à la Pl. V révèle une forme d'identification à l'agresseur dans un retournement passif/actif : « *un géant papillon : il est en train de couper tous les arbres avec ses ailes* ».
- Les kinesthésies humaines sont associées à un engramme bien adapté au percept, et témoignent des capacités d'adaptation de Keita, bien qu'elles restent toujours collées au registre traumatique (Pl. I « *mon père et mon oncle avec deux soldats qui les emmènent* » et Pl. III « *les dames en noir et blanc qui nettoyaient les blessés* »). Les kinesthésies mineures, d'objet ou explosives (Pl. « *la fusée qui décolle pour attaquer dans la guerre* » et Pl. X « *les bombes* ») indiquent, comme le souligne N. RAUSCH DE TRAUBENBERG, la position défensive de l'enfant face aux pulsions destructrices, renvoyant à un sentiment d'être en danger dans un monde trop violemment destructeur et envahissant.
- L'effraction traumatique ne semble pas pouvoir être contenue par un pare-excitation efficace : la planche VII, considérée généralement comme la planche des relations précoces, rend compte des déchirures opérées dans les enveloppes et des attaques opérées sur l'objet primaire « *le loup qui criait à la lune. C'était dans mon rêve, quand ma*

mère s'est fait taper par les soldats et quand mon père s'est fait tuer. Les loups criaient parce qu'ils allaient attaquer ma famille ». Le déplacement sur l'espace de la planche, des cauchemars et de la réalité traumatique, vient témoigner de la fermeture de l'espace de jeu qui pourrait permettre un dégagement du trauma.

- Enfin, ce qui apparaît comme un glissement permanent entre cauchemars et réalité traumatique viendrait comme une tentative de mise en représentation des effractions traumatiques, de l'impensable du meurtre du père et des effractions subies par la mère.
- L'épreuve du RORSCHACH apparaît ici comme un révélateur des difficultés d'élaboration et de dépassement du trauma, ainsi que des mécanismes de défense mis en place pour tenter de le contenir.



Laurence Chassard

Analyse du D10

- 14 L'épreuve graphique du D10 est une épreuve de dessin qui propose à l'enfant de représenter un paysage organisé autour de 10 éléments. Cette épreuve a offert à Keita un espace plus contenant. D'abord par l'espace de la feuille, puis par les éléments eux-mêmes avec lesquels Keita a pu se laisser aller à « jouer » au sens où WINNICOTT l'emploie. Ainsi a pu s'élaborer une scène plus distanciée des impacts traumatiques, et dans laquelle a pu se déployer son univers fantasmatique. Certes, le lieu d'habitation reste un abri précaire : c'est une tente, plantée dans un endroit froid suscité par les montagnes que Keita a associées avec la neige. Cette référence d'allure dépressive vient en écho avec le pôle affectif qui reste encore massivement entaché d'angoisse et de lourdeur, à travers la représentation d'une rivière transformée en lac et fortement noirci. On peut imaginer que la situation où se trouvent Keita et sa famille soumis au risque d'expulsion, ne lui permet pas d'envisager un lieu d'accueil sécurisant dans la durée. La route qui fait une boucle vers la gauche semble figurer la menace du retour dans le passé, origine du trauma. Cependant les personnages sont présents, entiers et en relation les uns avec les autres laissant envisager une possibilité de réorganisation et de résolution du trauma.

Discussion

- 15 Le double dispositif montre un intérêt évident, à plus d'un titre. Il dévoile comment l'enfant de demandeur d'asile porte en lui l'histoire traumatique familiale sous forme de cauchemars qui hantent les alcôves de sa psyché, comme s'il était assigné à une place de témoin oculaire, de gardien de la mémoire traumatique de la famille. En déchargeant ses angoisses dans une agitation motrice et une forme d'agressivité, l'enfant évacue à l'extérieur ce qui ne peut être traité à l'intérieur.
- 16 La complémentarité des épreuves proposées soutient notre hypothèse : le RORSCHACH, par l'aspect non figuratif du matériel et la consigne de libre association qu'il propose, rend compte de la compulsion de répétition et de l'impasse élaborative malgré les tentatives de maîtrise du trauma. L'épreuve graphique, en revanche,

offre la possibilité, grâce au matériel familial et à la consigne précise qu'elle propose, d'ouvrir un espace de jeu permettant un lâcher prise et un certain dégagement du contexte traumatique.

- 17 On peut alors interroger l'aspect clivé de ces résultats sous l'angle d'un paradoxe qui révèle un possible conflit de loyauté entre l'enfant et sa famille. Il semble en effet, que l'identification radioactive, décrite par Yolanda GAMPEL, soit massivement à l'œuvre chez cet enfant hanté par les traumatismes subis par sa famille et lui-même.
- 18 Mais on peut se demander aussi la part que prennent l'instabilité et l'insécurité subies par la famille, en attente de papiers et d'un statut de citoyen, dans cette forme d'entretien du traumatisme. L'enfant, lui aussi en attente d'asile définitif, est le seul à avoir un statut « ordinaire » du fait de sa scolarisation. Pourtant il devient porteur de l'histoire traumatique des parents, dans une double implication : garant de la transmission intergénérationnelle et objet anti-dépressif, dans une mise en scène de la distorsion des liens intrafamiliaux et extra-familiaux. Son statut d'élève viendrait faire écran entre l'enfant et sa famille. À l'image du « souvenir écran » dont FREUD nous a appris qu'il n'est que la face apparente de l'iceberg, le statut d'élève donné à l'enfant de demandeur d'asile, ferait office de « surface de déni » empêchant que les effets du trauma, sur lui, soient reconnus et entendus par la famille, tout comme par les enseignants. Il s'agit ici d'un trauma qui va au-delà de l'histoire vécue par la famille : l'enfant porteur de la mémoire traumatique familiale n'a pas droit à l'oubli, un oubli qui, pourtant, ne serait pas une perte, mais plutôt une trace de son histoire lui permettant de s'installer dans une vie d'enfant et d'élève pour se construire de manière différenciée.

BIBLIOGRAPHY

CICCONE A., *La transmission psychique inconsciente. Identification projective et fantasme de transmission*, Paris, Dunod, 1999.

EMMANUELLI M., dir., *L'examen psychologique en clinique, situations, méthodes et études de cas*. Paris, Dunod, 2004.

GAMPEL Y., « Penser la mémoire impensable de l'extermination » in GILIBERT, WILGOWICZ et al., *L'Ange exterminateur*, Université de Bruxelles, Cerisy, pp. 171-181.

RAUSH DE TRAUBENBERG N., *Le Rorschach en clinique infantile*, Paris, Dunod, 1996.

ROUSSILLON R., « Activité projective et symbolisation », in *Projection et symbolisation chez l'enfant*, sous la direction de P. ROMAN, Lyon, PUL, 1997.

ROUSSILLON R., *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, 1999.

ROUSSILLON R., *Le plaisir et la répétition*, Paris, Dunod, 2001.

APPENDIX

Annexe

Protocole de Rorschach passé le 14 octobre 2004. Keita, 7 ans, né le 9 septembre 1997.

I) Λ (... 15s) Ça me fait penser à mon rêve quand y'avait mon papa et mon oncle avec 2 soldats qui les emmenaient.
[Gconf Fclob K H]

II) Λ ∇ Ça me fait penser le sang qui a saigné quand mon père il s'était fait éclater.
[D C kex sang]

III) Λ Ça me fait rappeler quand on nettoyait le sang.
→ Les dames qui nettoyaient le sang. Elles étaient en noir et blanc et elles nettoyaient les blessés.
[G CF K H]
 ∇ Comme ça, ça me fait rappeler à deux arbres ... ça me fait trembler
[D FC Vég.]

IV) Λ Ça me fait rappeler l'ours
[G F± A]

V) Λ Ça me fait rappeler le géant papillon. J'avais fait un rêve où y'avait un géant papillon : il était en train de couper tous les arbres avec ses ailes. Ça me donne l'impression de retourner dans mon rêve.
[G Fclob A Ban]

VI) Λ Ça me fait rappeler la fusée des agents X. Ils sont en train de décoller pour aller attaquer dans la guerre. Des gendarmes X comme à Kinshasa.
[G FE kex fusée]

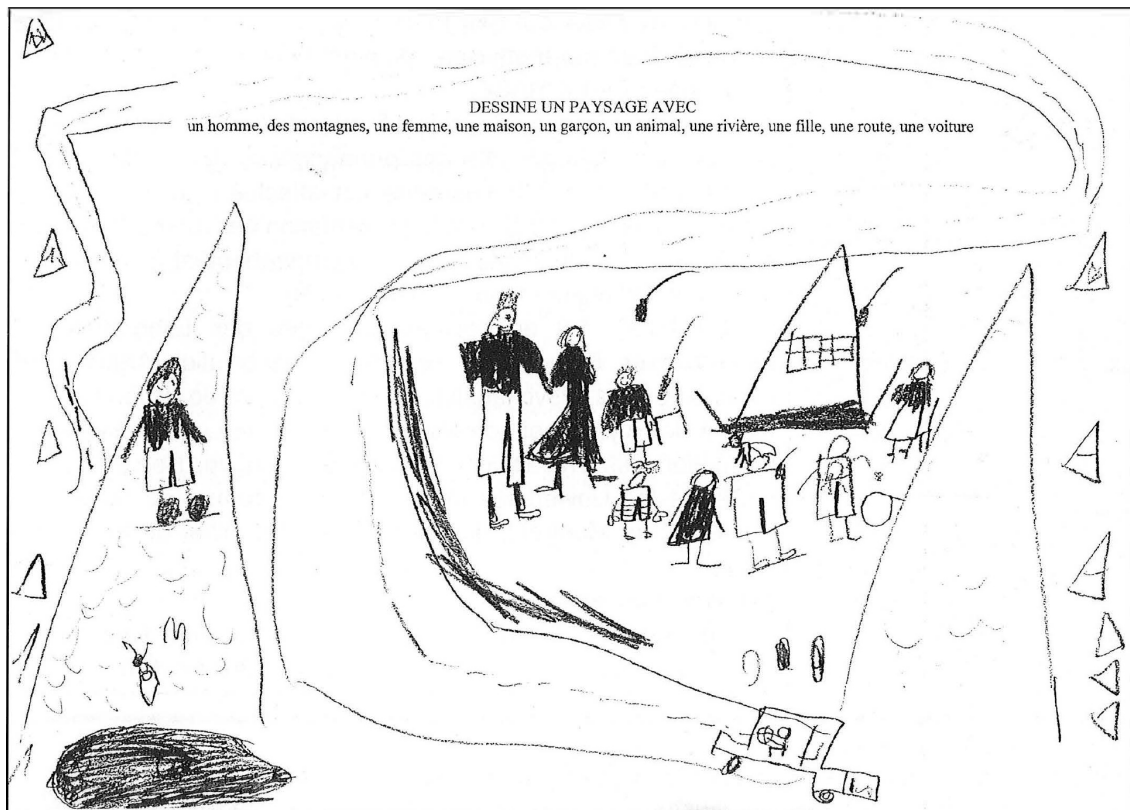
VII) Λ Ça me fait rappeler les loups qui criaient à la lune. C'était dans mon rêve : quand ma mère s'est fait taper par les soldats et quand mon père et mon oncle se sont fait tuer ; les loups criaient parce qu'ils allaient attaquer ma famille.
[G F± kan A]

VIII) Λ ∇ > Le lion guerrier
[D F+ A Ban]

IX) Λ ∇ > Ça me fait rappeler la nuit (il montre les taches vertes)
→ la nuit c'est presque comme ça
[D C nuit]

X) Λ > ∇ Ça me fait rappeler les bombes
[G C kex bombes]

D10



Ordre d'exécution

Il dessine d'abord une montagne à gauche et une autre à droite, pointue, avec un trait appuyé ; puis la route, de droite à gauche, sans aboutissement avec une voiture dessus qui roule de droite à gauche. Une maison triangulaire qui ressemble à une hutte : 2 fenêtres accolées l'une à l'autre. La rivière au bas de la montagne de gauche dans un ovale fermé et entièrement noircie. Puis il revient vers la maison et la chaise dessinée à l'extérieur et fait un personnage à gauche de la chaise, puis un personnage féminin encore plus à gauche (les vêtements de ce 2^e personnage sont noircis entièrement). Un autre personnage masculin plus à gauche. Le dernier personnage féminin est à droite de la maison et un oiseau devant la maison. Il rajoute un personnage dans la montagne de gauche et un autre devant la maison, puis un autre encore.

Il raconte : « C'est le papa, la maman, le petit garçon et de l'autre côté la petite fille. Devant la maison, ce sont des copains du garçon. Dans la

montagne (à gauche) c'est un frère qui fait du ski. (Il dit qu'il est allé faire du ski avec ses parents pendant les vacances ??!).

La voiture roule de droite à gauche : elle a déposé les enfants et elle part au travail maintenant (finalement il continue la route à mesure que la voiture roule, comme s'il s'appuyait sur l'histoire qu'il raconte pour soutenir sa représentation). La maison est en fait une tente. Les traits sur les côtés sont des « tendages ». À ce moment-là, il dit qu'il a dormi dans la tente dans la neige... comme j'essaie de comprendre, il m'explique :

- Oui, tu m'as dit de dessiner de la neige...
- (?)
- oui, des montagnes... de la neige...

C'est ainsi qu'il a associé mais la confusion reste entière ! Je ne sais pas si c'est dans son dessin ou dans la réalité qu'il a dormi sous la tente dans la neige !

Il continue à remplir le dessin de plus en plus et finit par ajouter quelqu'un (minuscule) qui est en train de plonger dans l'eau.

AUTHOR

Lisbeth Brolles

Psychologue clinicienne, docteur en psychopathologie et psychologie cliniques

IDREF : <https://www.idref.fr/069014930>

ISNI : <http://www.isni.org/000000043099638X>

Entretien avec Maurice BERGER autour de son dernier ouvrage *L'échec de la protection de l'enfance*

Maurice Berger and Anne-Claire Froger

DOI : 10.35562/canalpsy.3243

EDITOR'S NOTES

Propos recueillis par Anne-Claire FROGER.

TEXT

Votre ouvrage édité aux éditions Dunod s'avère particulièrement engagé et critique envers notre système de protection de l'enfance. Dès l'introduction en effet, vous posez le ton en le décrivant comme « inefficace et souvent même nuisible ». Qu'est-ce qui vous a amené à cet état des lieux relativement sévère ?

Mon point de vue est celui d'un clinicien impliqué directement dans des soins auprès d'enfants en provenance du dispositif de protection de l'enfance. L'équipe dans laquelle je travaille a une exigence de résultats : nous ne nous satisfaisons pas d'une position de pseudo neutralité et d'attentisme, laquelle consiste à se contenter de progrès minimes qui, dans la réalité, ne modifient en rien le destin des enfants qui nous sont confiés. Cette volonté de cohérence nous amène à nous poser constamment la question : « Pourquoi les enfants qui nous sont adressés sont-ils dans un état aussi délabré ? Pourquoi sont-ils devenus violents, incapables d'établir des liens avec qui que ce soit, débordés par des moments hallucinatoires, et/ou déficients intellectuels alors qu'ils sont nés avec des potentialités intellectuelles normales ? ». Nous constatons que ces enfants ont été laissés exposés, depuis nourrissons, à des interactions très pathologiques avec leurs parents psychotiques (schizophrènes ou paranoïaques), psychopathes, mélancoliques, toxicomanes, en errance perpétuelle, gravement négligents, etc. L'inadéquation du milieu familial avait pourtant été repérée par divers professionnels, mais pour de

nombreuses raisons, ces enfants n'ont pas été protégés d'une manière adéquate. On constate donc que de très nombreux enfants souffrent d'une pathologie psychique lourde, handicapante, parfois irréversible, et qui était en grande partie évitable.

Quant aux soins, ils sont d'autant plus difficiles à effectuer que de nombreux juges des enfants ne comprennent pas la nécessité de protéger le fonctionnement psychique d'un enfant et refusent d'accorder le cadre nécessaire (séparation, visites médiatisées de courte durée, délégation d'autorité parentale parfois). Il s'agit d'un des grands scandales de notre société, non seulement sur le plan humain, mais aussi sur le plan financier. Un nourrisson insuffisamment protégé de parents psychotiques évolue souvent vers des troubles cognitifs ou psychiques qui ne lui permettront pas d'être autonome à l'âge adulte, et il devra vivre grâce à une Allocation d'Adulte Handicapé au lieu de tenir une place créative et active dans la société ; le coût d'une telle évolution est de 1 365 000 euros jusqu'à 60 ans, et 270 000 mineurs peuvent être actuellement concernés.

Les raisons de cet état des lieux sont nombreuses. La première cause est « l'idéologie du lien familial à tout prix », position de principe selon laquelle le maintien d'un lien physique réel entre l'enfant et ses parents a une valeur absolue. Or la valeur d'un lien n'existe pas en soi. Il existe des liens positifs, qui fournissent un étayage indispensable au développement psychique de l'enfant et des liens négatifs, traumatiques, qui exposent l'enfant à des stimulations violentes, douloureuses, brusques, à des excitations prématurées, à de l'angoisse, et qui sont gravement désorganisateurs. De plus, il existe une confusion entre maintenir l'enfant dans sa famille, et faire en sorte que l'enfant maintienne des liens avec la famille. Les chercheurs qui ont comparé les différents dispositifs de protection de l'enfance européens considèrent que la France est le pays où les parents sont les plus sacralisés, et nous sommes l'une des rares démocraties, peut-être la seule, à ne pas avoir de loi sur la protection de l'enfance. Derrière des déclarations de beaux parleurs, la devise de nombreux professionnels (pas tous), juges des enfants, éducateurs, travailleurs sociaux est : « l'enfant peut bien supporter ça ». Ceci est favorisé par l'impunité totale des professionnels. Aucun n'aura d'ennuis parce qu'il aura laissé un enfant évoluer vers une violence pathologique extrême ou une déficience intellectuelle moyenne. Il faut ajouter que les

enfants concernés « n'appartiennent à personne » : leurs parents ont vécu une enfance tellement désastreuse, qu'ils n'ont pas acquis le minimum de capacité parentale qui leur permettrait d'étayer un projet d'avenir réaliste pour leur enfant, et d'exiger des professionnels une cohérence dans sa prise en charge.

On invoque aussi la nécessité d'établir un équilibre entre les droits des parents et les droits de l'enfant. Cet argument est faux, car il n'y a pas de symétrie possible. L'enfant petit est immature, sa personnalité est en développement, il est vulnérable, totalement dépendant de son environnement pour la satisfaction de ses besoins. À la différence de ses parents, il n'a pas – ou il a peu – la parole pour exprimer ce qu'il ressent et émouvoir les professionnels, et il n'est représenté par aucun groupe.

Les questions prioritaires devraient être : « Comment protéger le psychisme et le corps de l'enfant de situations fortement traumatiques ? Comment protéger son développement en fonction de ce que nos connaissances les plus récentes nous permettent d'affirmer ? » Ces questions sont balayées par la notion de « famille », abstraction et unité symbolique qu'il faudrait préserver à tout prix, et qui l'emporte sur l'évaluation de l'état de l'enfant réel. Ceci soulève une interrogation de fond : pourquoi existe-t-il, dans la société française, un tel surinvestissement du débat d'idées au détriment des faits, de la réalité de ce que l'enfant vit ? L'idéologie, ici clivage entre pensée et réalité, est une caractéristique de notre fonctionnement groupal. Il peut être intéressant d'établir une différence fondamentale entre être intellectuel et être intelligent. Être intellectuel, c'est être habile et brillant en jouant avec les idées, alors que l'intelligence tient aussi à la capacité de prendre en compte la réalité, de s'y adapter, ou de la modifier si besoin. Posons clairement la question : comment sommes-nous élevés, éduqués dans ce pays pour être autant aspirés par l'imaginaire ? Mais aussi, qu'elle est la nature des liens narcissiques qui nous unissent depuis la petite enfance pour que, derrière une apparente volonté d'indépendance, sorte de syndrome d'Astérix, nous sacralisons à ce point le lien parent-enfant ? Qu'elle est la fragilité identitaire sous-jacente ?

Comment définiriez-vous les difficultés spécifiques du travail clinique des psychologues et pédopsychiatres avec ces enfants ?

Le travail clinique, l'évaluation, et l'abord thérapeutique des situations en provenance du dispositif de protection de l'enfance, constituent une véritable spécialité, particulièrement difficile à pratiquer. Tout d'abord, il faut accepter de se désabriter de nos théories « classiques », qui sont inefficaces, pour comprendre les processus en jeu. Par exemple, nous constatons que la violence pathologique extrême n'est pas une violence « des jeunes. » Elle n'a pas d'âge biologique. On peut en faire le diagnostic dès l'âge de quinze mois, lorsque la marche libère les mains des nourrissons qui peuvent alors taper n'importe quand, n'importe qui, sans aucune raison ni culpabilité. Dans un certain nombre de situations, ces enfants n'ont jamais été frappés, et l'origine de cette violence est due au fait qu'ils ont été exposés, dès les premiers jours de leur vie, à des scènes de violences conjugales, à une époque où ils ne se sentaient pas complètement différenciés du monde extérieur. Un bébé dont la mère est frappée quand elle le porte dans les bras, se vit comme un bébé tapé, mais aussi comme l'agresseur tout-puissant. D'une manière générale, il n'a pas d'autre choix que de mettre « en lui » l'image terrifiante de son père (ou sa mère), individu extrêmement violent, dans une sorte d'incorporation globale, d'identification introjective. On dit plus tard que ces enfants sont tout-puissants. En fait, ils sont « tout-impuissants » face au surgissement hallucinatoire de l'image de leur père violent en eux, à laquelle ils ne peuvent pas s'opposer, comme René ROUSSILLON nous a aidés à le comprendre. Il faut aussi connaître les terribles effets de captation entraînés par les absences prolongées d'une mère qui peut maintenir une emprise sur son enfant grâce à un comportement de séduction narcissique. Au cours de ses rares visites, parfois une tous les six mois, elle fait sentir à son enfant qu'il est tout pour elle, et qu'elle doit donc être tout pour lui, ce qui interdit à l'enfant de nouer des liens avec d'autres adultes. Il est nécessaire aussi de se référer à la clinique de l'attachement « désorganisé-désorienté » à la profondeur de l'atteinte du schéma corporel due aux interactions précoces inadéquates, etc. Sans cela, le fonctionnement psychique de ces enfants peut nous apparaître comme incompréhensible.

Ce qui peut rendre aussi difficile d'investir ces situations, c'est la nécessité de « mettre les mains dans le cambouis ». Il nous faut parfois être présent à certaines audiences judiciaires, sinon les

décisions prises par les magistrats risquent d'être inadéquates, aller également à des actions concertées, gérer soi-même des visites médiatisées parfois très houleuses, et même gérer le placement familial, si l'on veut avoir une représentation suffisamment globale du fonctionnement psychique de l'enfant. Il y a de l'inconscient partout, pourquoi s'arrêterait-il à la porte d'une assistante maternelle ? Dans ce genre de travail, on ne peut se contenter de jouer avec les pensées, la prise en charge thérapeutique de ces enfants ne peut pas s'effectuer au seul niveau d'un travail intra-psychique. H. ROTTMAN indique que toutes ces situations réveillent en nous une forte ambivalence, qui doit trouver sa résolution dans l'action, différente du passage à l'acte. Nous sommes donc fréquemment obligés d'agir sur la réalité pour donner cohérence au cadre de vie de l'enfant, et conséquemment à sa vie psychique. On ne peut pas se contenter de rester « en seconde ligne » par rapport aux équipes socio-éducatives et soignantes.

Face à cette complexité, la tentation est grande de renvoyer ces situations aux institutions socio-éducatives, en évoquant la nécessité que le sujet soit confronté à la loi, ce qui est nécessaire, mais n'a jamais amélioré un fonctionnement hallucinatoire.

C'est la spécificité de cette pratique qui a amené à créer un diplôme universitaire « évaluation et prise en charge des situations de défaillances précoces » à l'Université de Saint-Étienne.

Vous consacrez un chapitre à la question controversée de la séparation de l'enfant d'avec son milieu familial. Comment l'envisagez-vous ?

Je ne suis ni pour ni contre la séparation, une telle formulation n'aurait aucun sens. La question doit être posée au cas par cas, dans le cadre d'un raisonnement clinique, à partir de la question « Comment faire en sorte que cet enfant ait un destin ni plus heureux, ni plus malheureux, que la moyenne des êtres humains ? »

Dans les faits, chez beaucoup de professionnels, l'identification aux parents l'emporte sur l'identification à l'enfant, si bien que lorsqu'une décision de séparation apparaît comme inévitable, elle est prise trop tard, lorsque des dégâts psychiques sont déjà constitués et fixés chez l'enfant. Il faut souligner la rapidité avec laquelle les troubles

psychiques apparaissent et les défenses précoces se fixent. MOUHOT, psychologue enseignant à Besançon, a montré que lorsque la séparation a lieu avant la fin de la première année, 15 % des enfants présentent des troubles psychiatriques à l'adolescence dont 5 % sont graves. Si la séparation a lieu entre un an et trois ans, 52 % des enfants présentent des troubles psychiatriques à l'adolescence.

Par ailleurs, il faut se rappeler qu'une séparation ne règle en rien les difficultés liées à la situation. Elle protège simplement physiquement l'enfant. D'autres questions surgissent aussitôt. Quelles modalités de contact avec les parents va-t-on mettre en place ? Quels liens stables va-t-on proposer à l'enfant ? De quelle manière va-t-on écouter les mouvements émotionnels qui le traversent ?

Dans une situation où la décision a été prise de retirer l'enfant de la garde de ses parents, comment envisagez-vous l'instauration de visites médiatisées ? Quelle place penser pour le professionnel au cours de ces visites ?

Les visites médiatisées consistent à ne faire se rencontrer parents et enfant qu'en présence d'un ou deux professionnels, dans un lieu institutionnel. Ce cadre doit être mis en place dans deux circonstances. Soit le comportement des parents est toujours nocif ; l'enfant lors des rencontres, risque d'être soumis de plein fouet à leur pathologie : folie, confusion, perversion, séduction malsaine, menaces, dépression profonde, etc., ce qui l'angoisse et le désorganise durablement. Soit la rencontre se passe d'une manière à peu près adéquate, mais elle réveille chez l'enfant des traces angoissantes du passé sous forme de réviviscences hallucinatoires. On constate alors qu'il va mal avant et après chaque contact avec son parent, pendant une durée qui peut aller de plusieurs jours à plusieurs semaines. Le but des visites médiatisées est alors d'aider l'enfant à être en contact avec son parent tout en maintenant une pensée différenciée, et donc en étant progressivement moins terrifié, moins aspiré par la séduction, etc. Ceci signifie que les visites médiatisées se situent dans un registre psychique et non pas social. Pour cela, il faut que l'enfant puisse, avant la rencontre, réfléchir avec un professionnel, toujours le même, à ce qu'il ressent, qu'il soit soutenu ensuite, lorsqu'il pose des questions à ses parents sur son origine, sur les raisons de l'absence du parent à la visite précédente,

sur le comportement psychotique de ce dernier, et puisse réfléchir après au déroulement de la rencontre à nouveau seul avec le professionnel. Les visites médiatisées sont donc un outil mis en place pour l'enfant, et pas contre les parents. Leur sens n'est pas compris par de nombreux professionnels qui laissent l'enfant seul avec son parent à certains moments de la rencontre, parfois dans un local où sont reçues plusieurs familles et enfants simultanément. Immanquablement, le parent profite alors de l'absence du professionnel pour dire à son enfant : « je vais te reprendre », ce qui peut l'angoisser fortement. Beaucoup d'échecs de placement sont liés à la non mise en place de visites médiatisées dans des situations où cela serait nécessaire, ou à leur mauvaise gestion.

Quant au « matériel » qui apparaît en cours de visite dans la relation parent-enfant, il peut être d'une telle complexité qu'il est évident que les rencontres « compliquées » devraient se dérouler en présence d'un psychologue ou psychiatre formé à ce genre de situation.

Pouvez-vous nous dire ce qui vous a amené à mettre en place dans votre service un dispositif spécifiquement à l'écoute de l'enfant ?

L'histoire d'un enfant en tant que sujet débute quand on l'écoute. Or les enfants dont il est question ici ne sont, le plus souvent, pas écoutés de manière adéquate. Notre équipe a défini un dispositif d'écoute qui s'adapte de la manière suivante à leur fonctionnement psychique.

Dans ces circonstances, il faut un très long temps pour qu'un enfant parvienne à modifier sa manière de penser et à prendre de la distance par rapport au comportement et au fonctionnement psychique de ses parents. D'autant plus que ces enfants ne restent jamais dans la souffrance, ils font tout pour s'en défendre grâce à des procédés particulièrement hermétiques et qui traduisent un « art » avancé du camouflage : carapace d'indifférence, agressivité, sourire permanent derrière lequel peut exister un grand vide, colère, incompréhension des situations, etc. Le premier but est donc d'aider l'enfant à identifier ses sentiments, à repérer le moment où il est envahi par eux, et à trouver des pensées qui lui permettent d'en diminuer l'intensité, et de tenir ces positions dans la réalité, malgré les affects que cela suscite en lui.

Pour permettre cela à l'enfant, un lien fréquent doit être mis à sa disposition, avec un engagement personnel du professionnel, lequel accepte de prendre une place relationnelle importante. On sait que si les psychothérapies classiques, à un rythme hebdomadaire, peuvent aider certains enfants, et il peut en être de même des groupes thérapeutiques, ces modes de travail sont inefficaces dans beaucoup d'autres situations : *l'enfant se montre clivé* et en faux-self, amenant le matériel (scénarios, fantasmes) qu'il pense que le thérapeute attend, sans jamais parler des passages à l'acte importants qu'il commet dans la vie quotidienne ; et/ou le psychothérapeute ne devient jamais une personne signifiante dans la vie de l'enfant parce qu'il ne le rencontre pas à un rythme suffisamment rapproché et parce qu'il ne participe pas avec lui à certains moments de sa vie réelle. Les possibilités thérapeutiques ne peuvent alors passer que par l'établissement d'un lien quotidien avec un engagement relationnel dans la durée. Ce sont souvent les personnes les plus présentes auprès de l'enfant – dans notre service il s'agit d'éducateurs(trices), formé(e)s, et supervisé(e)s – qui sont les mieux placées pour ce genre de travail relationnel, car les enfants doivent avoir un interlocuteur pour pouvoir partager leurs pensées et leurs émotions au moment où ils les ressentent. Devoir attendre plusieurs jours la séance suivante avec un psychothérapeute, afin de pouvoir s'exprimer, n'a pas de sens pour eux, en tout cas au début du travail thérapeutique.

Cette prise en charge individuelle a lieu dans une petite pièce. Au cours de ce cheminement, l'écouter doit, à de nombreux moments, avoir une position de « témoin impliqué » au sens fort du terme, c'est-à-dire accepter la gravité de ce que l'enfant lui dit sur son état interne sans chercher « à réparer » ou « à consoler ». Il est nécessaire que l'enfant puisse vivre des moments de désespoir, ou de sensation où tout est informe, etc., mais en étant accompagné, ce qui est une différence fondamentale par rapport à ce qu'il a vécu auparavant. En prenant cette position, l'adulte permet à l'enfant de ne plus être dans l'éprouvé solitaire, mais d'être dans l'éprouvé partagé, et c'est la première fois qu'il ne sera pas confronté à la solitude au moment où il ressentira des sentiments de terreur, d'absence totale d'espoir, et d'abandon. Le professionnel doit aussi accepter d'éprouver les affects que l'enfant lui fait vivre, confusion, excitation, plaisir voyeuriste, érotisation, sentiment d'être sous emprise ou abandonné, solitude,

désir de meurtre, avec une intensité parfois extrême. Mais il ne suffit pas d'écouter, il faut aussi parler, car ces enfants ne prennent conscience de leurs sentiments complexes et contradictoires que si un adulte les nomme, éventuellement en les reliant à un mouvement tranféro-contre-transférentiel.

Amener un enfant à penser sur ce qu'il ressent lui permet de différencier sa pensée de celle de ses parents. Ceci fait contrepoids à la force du clivage que presque tous ces enfants mettent en place, avec une idéalisation inébranlable de leur parent, clivage qui maintient une indifférenciation massive.

Vous regrettez l'absence concrète d'évaluation au cours du suivi d'un enfant par les services de protection de l'enfance, et décrivez certaines incohérences décisionnelles. Quelle pourrait être la place de telles évaluations ?

L'évaluation porterait d'abord sur l'état affectif et cognitif de l'enfant. Il faut insister ici sur la valeur des tests de niveau, en particulier la mesure du Quotient de Développement chez le nourrisson grâce au test de Brunet-Lézine. En effet, l'apparition d'un éventuel retard de développement est un excellent indicateur précoce du niveau de souffrance psychique du nourrisson, ceci pour plusieurs raisons. La violence de l'environnement paralyse la pensée : les enfants concernés cessent de réfléchir car penser sur ce qui se passe est trop angoissant pour eux. Les troubles du schéma corporel ne permettent pas la construction de repères temporo-spatiaux. L'attachement « désorganisé-désorienté » empêche d'explorer le monde. Un holding défectueux est à l'origine d'une instabilité psychomotrice avec des troubles de l'attention.



Laurence Chassard

Tous ces processus entravent le développement psychique et moteur du nourrisson, alors qu'on constate que beaucoup de professionnels attribuent trop facilement ce retard à la « carence ». La preuve en est donnée lorsqu'un enfant est retiré de son milieu familial et placé en famille d'accueil. Dans un premier temps, son QD remonte rapidement, par exemple de 67 à 80, amélioration liée à la mise en place d'un maternage adapté, de rythmes prévisibles, la possibilité d'anticiper étant un des fondements de la vie psychique. Mais cette évolution bute ensuite sur les problèmes intra-psychiques, angoisses de diverses natures, apparition d'une agressivité massive, qui se sont constituées au cours des premiers mois. Le QD stagne et ne peut reprendre sa progression que lorsqu'un travail psychothérapique, éventuellement une thérapie associant l'enfant et l'assistante maternelle, est mis en place. Ces tests permettent donc d'évaluer

l'efficacité de la prise en charge. Si le QD baisse ou stagne, c'est que cette prise en charge est inadaptée et doit être repensée.

L'évaluation peut porter aussi sur le fonctionnement psychique des parents et sur la nature des interactions parents-enfants. Les mouvements affectifs que déclenchent ces situations sont si forts que l'utilisation de repères qui diminuent la part de subjectivité, sans la faire disparaître et sans exclure la place de l'expérience, est essentielle. C'est pourquoi nous avons décrit en 1999 des jalons d'évaluation précis et fonctionnels qui sont actuellement utilisés dans d'autres pays. Mais en France, il existe un refus de l'évaluation et des nouvelles connaissances de la part de beaucoup de professionnels ; c'est ce que j'appelle « l'arrogance tranquille de l'ignorance assumée ». C'est pourquoi j'ignore si le dispositif de protection de l'enfance français pourra un jour évoluer. Il a pris un tel retard que dans aucun domaine n'existe un tel hiatus entre connaissance et pratique. Du coup, envisager les changements nécessaires apparaît comme dangereusement révolutionnaire, alors qu'il ne s'agirait que d'une mise à niveau.

AUTHORS

Maurice Berger

IDREF : <https://www.idref.fr/026720434>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000121192046>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/11891394>

Anne-Claire Froger

Parent en sursis/enfant en survie

Malory Perrichon

DOI : [10.35562/canalpsy.3244](https://doi.org/10.35562/canalpsy.3244)

OUTLINE

Introduction

La parenthèse ou la temporalité bouleversée

Françoise ou « je ne vais quand même pas faire un cancer tous les six mois pour lui faire plaisir ! »

La bulle ou le retour sur soi de l'investissement narcissique

Mathias ou la mère derrière la vitre
Conclusion

TEXT

Introduction

- 1 Ma pratique en cancérologie, depuis maintenant sept ans, m'a amenée à m'interroger sur les implications que cette maladie pouvait avoir sur la psyché des patients. La maladie cancéreuse rend plus présente psychiquement l'épée de Damoclès pesant sur la vie de chaque être humain. Nous devrions plutôt dire, d'ailleurs, qu'elle la rend visible, engendrant par là une prise de conscience aiguë de sa qualité d'être mortel. Le cancer reste encore très lié à la mort dans l'esprit de la population et réactive généralement des processus archaïques marqués par la déliaison. Pour la plupart des patients une importante souffrance psychique, due aux bouleversements liés à cette maladie vient donc se surajouter à la grande souffrance physique préexistante.
- 2 Le propos de cet article concernera l'implication psychique que la maladie des parents – et le fantasme de mort qui lui est associé – peut avoir sur l'enfant. Nous pouvons nous interroger sur les répercussions entraînées par les bouleversements psychiques des parents sur les psychés encore en construction des enfants. Pour cela nous nous pencherons plus particulièrement sur deux thèmes prégnants dans l'économie psychique de nombreux patients atteints de cancer. Dans un premier temps nous traiterons de la question de la temporalité des sujets, qui se trouve bouleversée par la maladie. Puis, dans la deuxième étape de notre réflexion, nous aborderons la question du retour du narcissisme primaire chez le patient, en raison de la menace de mort qui pèse sur lui.

La parenthèse ou la temporalité bouleversée

- 3 Les bouleversements psychiques se caractérisent bien souvent par une mise au premier plan de Thanatos chez les patients, qui peut se manifester par une perte de la vectorisation temporelle : l'individu peut avoir l'impression d'être « détourné » du cours habituel de sa vie. Un nombre important de patients rapportent qu'ils ont l'impression de vivre « entre parenthèses » pendant le temps de leur maladie.
- 4 L'annonce est souvent, selon les patients, faite de façon trop brutale. La manière de procéder du médecin, radiologue oncologue ou autre praticien est vécue comme violente. Les patients peuvent avoir le ressenti qu'on leur assène cette nouvelle sans la moindre précaution. L'annonce de la maladie signe l'ouverture de la « parenthèse », et ceci le plus souvent dans un mouvement d'effondrement, au sens où l'emploie D. W. WINNICOTT ; les termes employés par les patients évoquent ce registre : « j'ai eu l'impression que le sol s'ouvrait sous mes pieds, je suis au bord du précipice... » Les agonies primitives, toujours en rapport avec des menaces d'annihilation, sont des angoisses de morcellement, ou bien encore de peur de perdre la capacité de rentrer en relation avec les objets. Ici, le potentiel de mort qui accompagne la maladie, son annonce, met le sujet face à une menace que l'on peut rapprocher de celle de l'annihilation.
- 5 Il est alors possible de relever que la notion de parenthèse évoquée plus haut est souvent utilisée par les patients dans une visée protectrice. La parenthèse, étant constituée d'un début et une fin, permet aux patients de se représenter la maladie comme une entité du même type. Dans l'utilisation de cette expression, nous pouvons nous rendre compte que les patients tentent d'écarter l'idée que la fin de la parenthèse pourrait aussi signifier la fin de leur existence. Ils attendent ainsi la fin de cette parenthèse pour « reprendre leur vie normale », dans un moment que l'on pourrait qualifier de rupture temporelle.
- 6 Les individus atteints de cancer se retrouvent inscrits dans le temps hospitalier ; un temps que l'on pourrait qualifier de « faux rythme »,

pour prendre une métaphore du milieu footballistique. En effet, durant cette période de « parenthèse », l'individu ne suit plus son propre rythme, il est obligé de se référer au temps donné par celui qui devient le chef d'orchestre, c'est-à-dire le soignant. Le temps du patient se trouve donc partagé entre les opérations, la succession des traitements, ou bien encore les multiples temps d'attente intermédiaires. Les patients se retrouvent alors dépendants du temps d'autrui et objet de soin. Dans son ouvrage intitulé *L'impasse relationnelle, temporalité et cancer*, SAMI-ALI développe le fait que les patientes atteintes d'un cancer du sein ont généralement une temporalité mal construite. Comment pouvons-nous comprendre cette particularité ? Dans la relation patient/soignant, la passivité du patient dans le cadre du soin peut se rapprocher de la passivité de l'enfant devant la toute-puissance de l'adulte. En effet, le patient se retrouve dépendant du savoir médical qu'a alors le soignant sur lui, et de plus, les soins corporels renforcent le mouvement régressif. Penchons-nous sur les répercussions que cette parenthèse peut avoir sur les enfants de ces patients. Illustrons ce propos à l'aide de la vignette clinique suivante.

Françoise ou « je ne vais quand même pas faire un cancer tous les six mois pour lui faire plaisir ! »

- 7 *Françoise est une femme de 56 ans qui est atteinte d'un cancer du sein que je rencontre en entretien hebdomadaire à sa demande faisant suite à une tumorectomie. Françoise est mariée et a deux enfants, Michel 17 ans et Élise 12 ans. Paul, son époux, travaille sur Paris et ne rentre que les week-ends. Après une seconde opération cette femme a suivi un traitement de radiothérapie durant plusieurs semaines. Elle a de plus de fréquentes visites chez le kinésithérapeute pour l'aider à recouvrer une meilleure mobilité de son bras.*
- 8 *Durant toute la période de traitement, Françoise abordait la question de la « parenthèse » de façon plus ou moins directe. Elle comparait le temps de sa maladie avec celle d'amies, signalant qu'« elle aurait dû être*

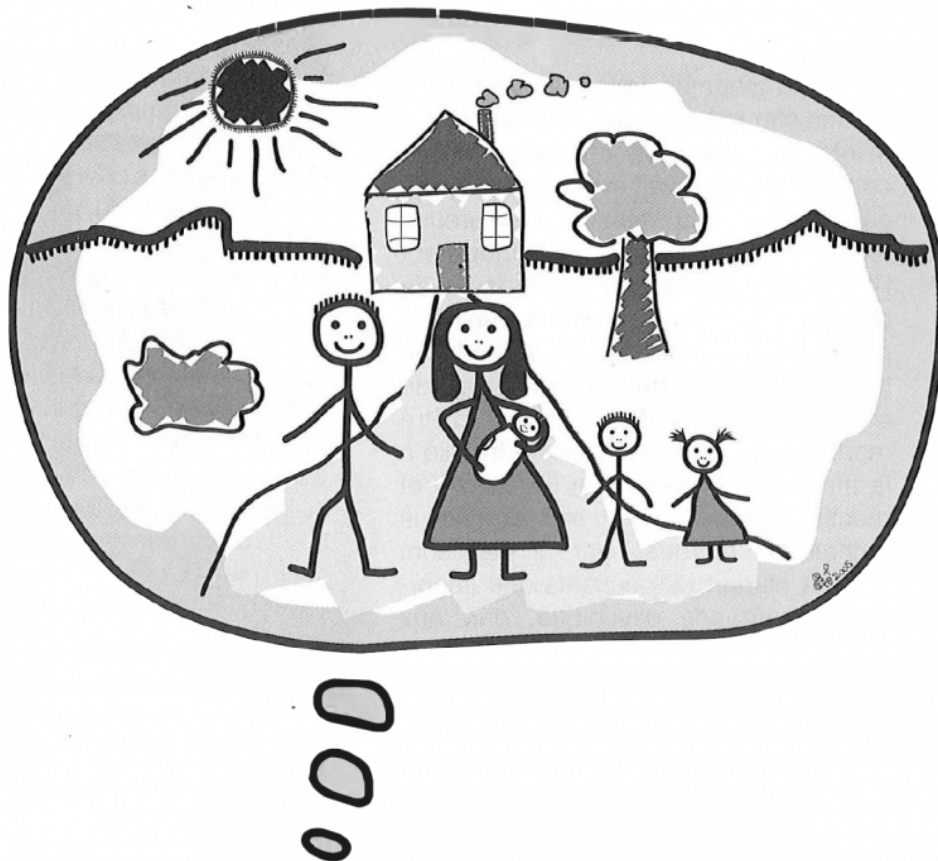
plus en avance si elle n'avait pas eu de deuxième opération » avec l'impression que le temps s'étirait. Elle manifestait ainsi le fait que son temps était totalement rempli par la maladie, tout en soulignant le paradoxe que bien que ne travaillant pas, et n'ayant que des séances de 10 minutes de radiothérapie par jour, elle « n'avait plus de temps ».

- 9 Un après-midi, ayant fini ses traitements depuis quelques semaines, elle arrive à sa séance, s'assoit, et dit après un petit temps de latence : « tout le monde m'énerve ! ». Elle précise alors qu'en fait il s'agit essentiellement d'Élise, et que cette dernière est particulièrement agressive vis-à-vis d'elle « elle se sent lésée pour tout ». Françoise dit que durant la maladie et les traitements « elle était dans sa... » et fait un signe de parenthèse avec ses mains. Que durant cette période Élise faisait la cuisine, la vaisselle, qu'elle était toujours de bonne humeur. « Je ne vais quand même pas faire un cancer tous les six mois pour lui faire plaisir ». Je soulève le fait que sa fille était déjà entrée dans l'adolescence avant sa maladie et qu'elle était peut-être en « stand-by » pendant ce temps. Françoise a un mouvement d'humeur « si c'est ça je veux tout le temps une fille en stand-by » !
- 10 Je propose que nous nous arrêtons sur cette expression « stand-by » que j'ai employée lors de cet entretien. Il semble bien répondre à la situation de parenthèse vécue par Françoise. Ici c'est un peu comme s'il y avait eu un arrêt du développement psychique d'Élise. Lors de la « parenthèse » de sa mère, cette jeune pré-adolescente semble avoir marqué un temps d'arrêt dans le processus de séparation inhérent à l'adolescence. L'agressivité que l'on retrouve chez les adolescents dans le but d'affirmer leur identité aurait été durant ce temps mise en veille. Nous pouvons le comprendre comme un souci de la part de l'enfant de protéger son parent malade. Dans ce cas précis, cette jeune pré-adolescente était entrée avant la maladie de sa mère dans une phase adolescente, et nous pouvons nous demander si son attitude hyperprotectrice et mature dans la gestion du foyer ne constituerait pas une tentative de réparation consécutive à un sentiment de culpabilité liée à son agressivité antérieure.
- 11 Ces éléments cliniques nous permettent de repérer le fait qu'Élise traverse elle aussi un vécu de mise entre parenthèses, en miroir de celui de sa mère. Je m'interroge aujourd'hui sur le vécu des enfants face aux bouleversements temporels que vivent leurs parents. Ne

serait-ce pas un équivalent de mort du parent pour eux ? La parenthèse, tout comme la mort, se présente comme un arrêt de la temporalité. Celle-ci peut être vécue comme une agonie par le parent et l'enfant, si la passivité, l'angoisse et l'impression de non finitude de la maladie prédominent. L'équivalent de mort peut se trouver exacerbé par le fait que l'enfant se retrouve seul face à un parent pris dans un mouvement de régression narcissique.

La bulle ou le retour sur soi de l'investissement narcissique

- 12 Le cancer en lui-même provoque généralement d'intenses remises en question chez les patients. La prise de conscience de la mort suscite des interrogations existentielles¹. Les patients parlent également de leur corps qui les trahit. Pour cette raison nous pouvons comprendre que c'est une période où l'individu se recentre sur lui, pour lutter contre un effondrement dépressif. Ce repli narcissique s'organiserait pour pallier aux atteintes corporelles subies lors des traitements et engendrées par l'hospitalisation.
- 13 Ce retour sur soi s'exprime chez les patients par la fréquente utilisation du terme « bulle », telle cette patiente qui expliquait que chez elle, elle s'asseyait sur son canapé et se mettait « dans sa bulle ». Quelles peuvent être alors les répercussions sur la psyché des enfants de ce retour du narcissisme ? Bien entendu cela dépend en grande partie de l'âge de l'enfant et de son développement psychique. Cependant nous pouvons noter que la diminution de la capacité des patients à rentrer en relation avec leur entourage ne peut qu'avoir des conséquences sur leur enfant. Lors de la période de construction narcissique qu'est l'enfance, la non-disponibilité du parent peut causer des discontinuités dans l'édification psychique de l'enfant.



Laurence Chassard

Mathias ou la mère derrière la vitre

- 14 Mathias est un enfant de cinq ans dont la mère vient de finir ses traitements pour un cancer du sein. Cette dernière a pris un rendez-vous avec le service de psychologie dans le but de voir si cet événement n'aurait pas perturbé Mathias. Au début de l'entretien cette mère aborde la raison de sa venue, sans dire un mot de sa maladie, de son vécu. Mathias quant à lui examine le contenu du sac à jouets et est tout de suite très intéressé par la mallette du docteur. Il l'ouvre, demande à sa mère ce que sont un ou deux des outils qu'il lui montre, puis essaye de lui faire un pansement. Je relève ce geste et dis à Mathias qu'il a l'air de

vouloir soigner sa maman. Il ne répond pas mais a l'air d'écouter très attentivement. Je reprends alors en disant que lorsqu'on est un petit garçon l'on peut se sentir triste de ne pas pouvoir soigner sa maman malade. Il reste silencieux sa mère ne reprend pas. Je demande alors à la maman si elle a remarqué quelque chose. Elle répond alors qu'elle n'a rien remarqué mais qu'elle aimerait savoir s'il a pu être perturbé. Je lui demande alors si quelqu'un d'autre, l'institutrice par exemple, a remarqué quelque chose. Elle dit qu'elles ont parlé de cela mais que rien n'est apparu à l'école.

- 15 Durant l'entretien Mathias refusera de rester seul avec moi, ne pouvant supporter que sa mère soit éloignée de lui. Il accepte, semble-t-il, avec un certain plaisir, que nous soyons tous les trois, et met en place un jeu où il nous donne de la pâte à modeler à travailler pour la rendre plus souple afin qu'il puisse l'utiliser. Il jouera plus tard en mettant une femme Playmobil dans une boîte ronde transparente. Il prendra un enfant Playmobil qu'il tapera contre la boîte jusqu'à la faire voler dans la pièce (le fera plusieurs fois). Après cet exercice il finira par dire qu'il s'est inquiété pour sa maman. Sa mère me regarde émue et dit qu'il n'avait jamais évoqué cela auparavant. Nous concluons la consultation, Mathias semble détendu, sa mère demande encore une fois d'être réassurée par rapport à son fils.
- 16 Ce qui a retenu mon attention, c'est l'attitude de la mère de Mathias lors de cet entretien. Elle semble très soucieuse des implications que la maladie a pu avoir sur son fils. De sa démarche de consultation nous pouvons entendre son besoin d'être rassurée et peut-être même un désir de soulager une certaine culpabilité. Cela se retrouve d'ailleurs souvent chez les parents qui se considèrent comme coupables de ces circonstances particulières. Bien qu'ils finissent par admettre qu'ils ne sont pas coupables d'être malades, ils portent le poids de la responsabilité des répercussions possibles chez leurs enfants. Cette culpabilité s'originerait dans leur conscience, après coup, de leur manque de disponibilité psychique durant leur maladie.
- 17 Dans le jeu de la pâte à modeler nous pouvons remarquer que Mathias fait appel à sa mère pour assouplir la pâte. Cela peut nous faire penser aux théories de W. R. BION. Ce jeu ressemble à une sorte de mise en scène de la fonction alpha. Ici Mathias semble faire appel à nous pour transformer la pâte trop dure de façon à pouvoir l'utiliser.

Peut-être exprime-t-il par cela son impuissance face à l'élément inélaborable que représente pour lui la maladie de sa mère.

- 18 Lors du jeu de Mathias mettant en scène les Playmobil, nous pouvons comprendre que ce petit garçon a pu ressentir sa mère comme enfermée, peut-être même, pourrions-nous dire, prise au piège. Il est possible alors qu'il ait vécu difficilement cet « éloignement psychique » de sa mère : on perçoit d'autant mieux l'importance qu'a pu prendre pour lui le fait que sa mère reste présente et participante durant toute la consultation. De plus, rappelons-nous qu'âgé de cinq ans il est probable que des mouvements œdipiens soient d'actualité chez lui. Cela exacerberait son envie de pouvoir sauver sa mère, tout en vivant comme difficile son immaturité fonctionnelle. Son besoin d'attention privilégiée de la part de sa mère a pu être en partie frustré en raison de l'attention constante que la mère devait s'auto-prodiguer.
- 19 Enfin, nous pourrions dire que l'enfant, dans cette situation, serait, dans une certaine mesure, lésé par le repli narcissique de sa mère : l'enfant éprouverait des difficultés à surmonter ce contexte entraînant chez lui le besoin d'utiliser un moi auxiliaire pour lui permettre d'intégrer cette situation.

Conclusion

- 20 Soulignons tout d'abord le fait que cet article n'a pas la prétention d'être exhaustif sur la question. Cependant ces deux vignettes cliniques nous permettent d'appréhender quelques implications psychiques de la maladie des parents sur les enfants. Nous sommes avec ce type de problématique au cœur de souffrances très archaïques, que les psychés des différents protagonistes tentent de gérer le mieux possible, en fonction aussi bien de leurs failles, que de leur niveau de maturation.
- 21 Ces parents, entre angoisse massive de mort, et soucis pour leurs enfants, se retrouvent face à des événements particulièrement difficiles à élaborer. Ces enfants se retrouvent face à leurs propres difficultés d'élaboration, et face à un parent qu'ils peuvent vouloir protéger. Ces parents en sursis qui peuvent être dans une paralysie

de la pensée ; ces enfants qui essayent eux aussi de survivre par leurs propres moyens.

BIBLIOGRAPHY

BION W. R., *Aux sources de l'expérience*, 2001, 4^e édition, Paris, PUF, Bibliothèque de Psychanalyse, 137 p.

FREUD S., 1914, « Pour introduire le narcissisme », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, édition 1969.

GREEN A., *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1983.

SAMI-ALI, *L'impasse relationnelle, Temporalité et cancer*, Paris, Dunod, 2000.

SAMI-ALI, *Le cancer*, Paris, EDK, 2000.

WINNICOTT D. W., *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000, pour la traduction française.

NOTES

1 Voir « Temps, identité et cancer » de Martine DERZELLE in SAMI-ALI, *Le cancer*.

AUTHOR

Malory Perrichon

Psychologue clinicienne, doctorante à l'Université Lyon 2

Tribune libre

La formation à la psychothérapie à l'université ?

Bernard Chouvier

OUTLINE

La psychothérapie : sens et non-sens
Les enjeux du soin psychique

EDITOR'S NOTES

Bernard CHOUVIER est Professeur de Psychopathologie, directeur du Centre de recherches en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC) de l'Université Lumière Lyon 2. Il est membre du Séminaire Inter-Universitaire Européen de Psychopathologie et de Psychanalyse qui coordonne sur le plan national et européen les réflexions actuelles sur le devenir d'une psychologie fondée sur les apports freudiens.

TEXT

- 1 La question se pose aujourd'hui, de manière particulièrement cruciale, de la transmission de la pratique clinique. Quels psychologues former pour le futur ? Sur quelles bases théoriques former les praticiens, et quels sont les dangers qui pèsent sur la transmission d'un héritage spécifique, laborieusement mis en place durant les cinquante dernières années ? L'harmonisation en cours des formations et des pratiques à l'échelle européenne est certes une nécessité contraignante, mais c'est aussi l'occasion de réfléchir ensemble, sur l'évolution de la profession de psychologue clinicien. Quels sont les changements souhaitables ? Quels sont les fondamentaux qui demandent, à tout prix, d'être préservés, car ils représentent un acquis, fruit d'une lente et structurante maturation ?

La psychothérapie : sens et non-sens

- 2 Le statut de psychothérapeute est au cœur du problème actuel. Être psychologue clinicien ou psychiatre est peut-être une condition nécessaire, mais sûrement pas une condition suffisante. On concevrait mal un psychothérapeute, quel que soit son référentiel théorico-clinique, qui n'ait aucune formation personnelle. Aider autrui, entendre sa souffrance et l'accompagner dans une dynamique de changement, suppose que le clinicien ait mené lui-même une expérience d'auto-transformation. *Mieux se connaître pour être capable d'entrer en empathie avec l'autre et également être en mesure de contenir, de cadrer et de suivre un processus de maturation subjectivante.* Expérience personnelle et supervision sont toujours à envisager au sein de groupes, de sociétés ou d'associations ayant une organisation et une gestion autonomes. Par contre, il semble raisonnable et équitable de confier à l'Université le contrôle et la garantie du sérieux de ces formations privées, sinon les dérives de toutes sortes – sectaires, dogmatiques ou fantaisistes – menaceraient les perspectives authentiquement formatrices. De même, une formation à la psychothérapie qui ne serait qu'universitaire risquerait d'être superficielle et plaquée. L'Université a pour rôle d'accompagner, de cadrer, et d'évaluer des pratiques de terrain et des stages sur les lieux du soin psychique. La durée de la formation à la psychothérapie est sujette, d'autre part, à discussion. On a parlé de thèse d'exercice qui mettrait la formation du clinicien à huit années et conférerait de nouvelles responsabilités dans les hôpitaux et les centres de soin. Cette idée, qui ne semble plus d'actualité, n'est pas cependant à éluder totalement.
- 3 Avec René ROUSSILLON, nous avons conçu un projet de recherches cliniques spécifiques dans le cadre de certains services hospitaliers utilisant des dispositifs symbolisants particuliers, comme les médiations artistiques. Les jeunes psychologues cliniciens seraient engagés par l'hôpital à titre de praticien chercheur pour conduire une thèse sur les pratiques concrètes de terrain. Une telle valorisation de la place de la recherche clinique permettrait une meilleure

coopération entre les lieux du soin et le cadre universitaire, sans modifier le statut propre du psychologue clinicien.

- 4 Les négociations actuelles semblent s'orienter vers la création d'une sixième année professionnalisante au terme de laquelle serait délivré le titre de psychothérapeute.

Les enjeux du soin psychique

- 5 Quoi qu'il en soit, derrière ces questions de formation, se dessine la vision de la thérapie. Le soin psychique a-t-il un sens, et lequel ? À qui s'adresse-t-il ? S'attache-t-on à une vision globale de la *psyche*, ou ne prend-on en compte que le symptôme ? Qu'est-ce que la souffrance psychique ?
- 6 Ici les points de vue s'opposent et les écoles s'affrontent. Mais au-delà des effets médiatiques et de la société du spectacle, quels sont les enjeux réels pour les contenus du traitement psychothérapique ?
- 7 Un soin psychique contractualisé et remboursé par la Sécurité Sociale ou les Mutuelles. D'accord, mais à quel prix ? Le risque, à ce niveau, est celui de la para-médicalisation de la psychologie clinique qui en détruirait, du même coup, les résultats. La thérapie ne se prescrit pas de l'extérieur, elle s'élabore dans l'authenticité d'une rencontre et dans l'élaboration d'une demande. Prescrite et calibrée, la psychothérapie se perd dans une réduction purement comportementaliste. Se centrer sur le symptôme revient à parcelliser l'individu. C'est oublier que la clinique est avant tout une approche holistique et qui nécessite d'être centrée sur l'humain. Une psychothérapie peut être brève, se limiter positivement à quelques séances, pourvu qu'elle ne soit pas sous l'emprise d'un protocole pré-établi qui annihile la profondeur et la richesse de la tri-dimensionnalité psychique.
- 8 La formation des cliniciens est à ce prix, qui engage une vraie conception de la vie psychique et de la dimension humaine de tout soin, au-delà de simples effets de mode d'une scientificité de surface.

AUTHOR

Bernard Chouvier

IDREF : <https://www.idref.fr/026788489>

ISNI : <http://www.isni.org/000000008081555X>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/11896796>