

- 10708 -

CENTRE TECHNIQUE NATIONAL
D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS
2, rue Auguste Comte - BP 47 - 92173 Vanves cedex

Deuxième Edition

DU CRI AU SILENCE



Attitudes défensives
des intervenants médico-sociaux
face à l'enfant
victime de mauvais traitements

Elisabeth HADJIISKY,
psychiatre, psychanaliste
Dominique AGOSTINI,
psychologue clinicien, psychothérapeute
Florence DARDEL,
psychologue clinicienne, psychothérapeute
Christiane THOUVENIN,
psychologue clinicienne, psychanaliste

EXTRAIT DU CATALOGUE

- **LES ABUS SEXUELS A L'EGARD DES ENFANTS**
Montes de Oca (M.), Ydraut (C.), Markowitz (A.)
- **LA DEFENSE DE L'ENFANT EN JUSTICE**
Bongrain (M.), Chaillou (P.), Davidson (Cl.), Neirinck (Cl.)
- **LA LOI AU SECOURS DE L'ENFANT MALTRATE**
2ème édition
Bongrain (M.)
- **LES SEVICES INSTITUTIONNELS**
Analyse thématique
4ème Congrès International AFIREM/ISPCAN
Lambert (TH.)

VIENT DE PARAÎTRE :

- **DE LA SEGREGATION A L'INTEGRATION**
L'éducation des enfants inadaptés de 1909 à 1975
Roca (J.)

Afin de garantir l'anonymat des informations que les professionnels et les responsables d'institutions nous ont fournies, nous nous trouvons contraints de ne citer aucun nom d'établissements, de services ou de personnes ayant participé à cette recherche.

Nous regrettons de ne pouvoir les associer officiellement à cette publication.

Que tous ceux qui ont participé à cette enquête, nous permettant de collecter les données indispensables qu'eux seuls, confrontés de l'intérieur au problème de la maltraitance, pouvaient nous fournir, trouvent ici nos plus vifs remerciements pour leur collaboration. Cette étude n'aurait pu se faire sans eux.

SOMMAIRE

Préface de M. le professeur LEOVICI	p. 3
Introduction	p. 7
Chapitre I : LE DOUTE,	
par Christiane THOUVENIN.....	p. 23
. Introduction	p. 25
. Définition du doute	p. 25
. Témoignage des auteurs	p. 27
. Témoignages des intervenants	p. 29
. Conclusion.....	p. 48
. Bibliographie du chapitre I.....	p. 51
Chapitre II : PHENIX OU LA MORT,	
par Elisabeth HADJISKY.....	p. 55
. Toute puissance - impuissance.....	p. 57
. Le discours de la toute puissance	p. 60
. Le discours de l'impuissance	p. 63
. Le discours « adéquat »	p. 64
. Variation des attitudes selon le secteur d'activité.....	p. 65
. Explication métapsychologique.....	p. 67
. Cas clinique confirmant l'allégation théorique	p. 72
. Bibliographie du chapitre II.....	p. 79
Chapitre III : LES DEFENSES D'EN PARLER,	
par Dominique AGOSTINI.....	p. 81
. Description et compréhension	p. 85
. Les mécanismes de défense inconscients des intervenants	p. 95
. Conclusion.....	p. 104
. Bibliographie du chapitre III.....	p. 107

Chapitre IV : LA BANALISATION, par Florence DARDEL.....	p. 111
. Banalisation ou dramatisation.....	p. 116
. Bibliographie du chapitre IV.....	p. 127
Conclusions générales.....	p. 129
Causes de non-signalements relevées dans notre étude	p. 133
Le syndrome « maltraitance ».....	p. 136
L'interaction intervenant-parent maltraitant.....	p. 140
Bibliographie.....	p. 149
Annexes	p. 159
. Annexe I : Méthode de dépouillement	p. 161
. Annexe II : Identification de la population contactée	p. 163
. Annexe III : Analyse de contenus.....	p. 167

PREFACE

Les médias donnent une grande place à la violence et à l'indifférence apparente de ceux qui en sont témoins : on sait le silence et l'absence de courage de ceux qui assistent à des crimes, à des viols et à des agressions. Ils s'éloignent prudemment en abandonnant les victimes. Cette conduite incivique est souvent attribuée à la peur qui paralyse les témoins : ils craignent d'être les victimes des coups des agresseurs, de la vengeance de leurs familles, etc.

Cette explication, sans doute assez superficielle, ne saurait, en tout cas, être retenue en ce qui concerne le silence des opérateurs sociaux et du corps de santé en cas de maltraitance dans la famille.

Les auteurs, cherchant à comprendre ce qui, dans certains cas, a altéré leur propre mémoire ou leurs témoignages sur de tels cas, ont demandé aux intervenants de discuter avec eux de leur silence et de leur surdité devant le cri de jeunes enfants maltraités.

Il ne s'agit pas à l'évidence de la méconnaissance des textes qui prévoient leur intervention ou de leur désir de ne pas les appliquer.

La recherche a été plus loin et elle met en cause les ressorts les plus profonds de la relation entre les familles maltraitantes, violentes ou négligentes, et les représentants du travail social et sanitaire.

Il s'agissait de dévoiler les ressorts intimes de ce que les auteurs appellent les contre-attitudes (et le contre-transfert) des intervenants. Elles aboutissent à des banalisations, et donc à la méconnaissance, ou à la dramatisation, qui rend le signalement dérisoire.

Impuissant ou tout-puissant, l'intervenant n'a pas à signaler non plus la famille concernée.

Il y a donc « défense de (d'en) parler », et ceci parce que la maltraitance est difficile à cerner et parce que, de ce fait, elle met en cause notre vécu : la dissimulation des parents, leur culpabilité les conduisent à donner un sens à leurs réactions transférentielles devant les intervenants revêtus à leur yeux de la tunique, redoutée et recherchée, du justicier.

Ces intervenants sont alors mus par leur contre-transfert, qui est la conséquence du transfert dont ils sont l'objet : identifiés à des parents tout-puissants, punissant ou pardonnant, ils vivent intensément l'horreur de la faille narcissique des parents, mise en évidence par les auteurs. Cette dernière se révèle par la violence qui ne s'organise pas dans l'ambivalence des investissements pulsionnels. Tous les parents vouent, en effet, leurs enfants aux gémonies et D. Winnicott l'a montré dans son célèbre travail intitulé : « La haine dans le contre-transfert¹ » (1947). Mais en même temps, l'enfant est capable de les regarder, de les stimuler, de s'harmoniser et de s'accorder avec eux pour des échanges heureux, ce qui les fait accéder à l'ambivalence.

On vient d'évoquer le contre-transfert des intervenants ; cette notion définit ici leurs attitudes qui peuvent être, au moins en partie, une réponse au véritable transfert des parents maltraitants. Elles revêtent de ce fait des formes très contradictoires avec les intentions conscientes qui sont bridées par les déclarations de confiance des parents, ces derniers cherchant à retrouver enfin de bons parents chez les professionnels auxquels ils ont à faire. Dans d'autres cas, les intervenants doivent déployer des défenses contre les affects parentaux qui leur donnent le sentiment d'être soupçonnés de malveillance : ainsi ceux-là risquent-ils, comme les enfants qu'ils veulent protéger, de développer, à l'occasion de leur intervention, les sentiments de culpabilité — inconscients — qu'ils avaient organisés autrement à l'égard de leurs propres parents. Ces quelques considérations montrent la complexité des liens qui s'établissent entre les parents maltraitants, leurs enfants et les intervenants, qui, englués par des attitudes et des contre-attitudes contradictoires,

1. WINNICOTT (D.W.), La haine dans le contre-transfert, p. 47, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. - trad. française KALMANOVITCH (J.). - Paris : Payot, 1978.

risquent de ne pas oser accuser des parents, pas plus qu'ils n'auraient osé accuser durant leur enfance les leurs.

Cette vision allégorique que les intervenants pourraient avoir de la complexité de leur contre-identification à l'égard des parents maltraitants inclut donc, me semble-t-il, les grands-parents qui ont maltraité et négligé ceux qui vont devenir les parents nocifs, et les enfants provocants parce qu'ils se refusent à investir et « aimer » leurs parents.

Culpabilité et honte, violence non dégagée de ses aspects les plus bruts contribuent peut-être à expliquer le silence gêné ou négligent des intervenants.

Comme l'écrivent les auteurs, les retenues contre-identificatoires ne peuvent que traduire l'emprise des maltraitants sur les intervenants. Celle-ci s'atténuera s'ils collaborent avec d'autres opérateurs sociaux par l'échange de leurs informations et la discussion de leur position profonde.

Ces réflexions, inspirées par la compréhension de la relation familiale dans la maltraitance, à partir de l'expérience et de la théorie psychanalytiques, ne doivent naturellement pas faire oublier le rôle de la misère et des problèmes multiples qui assaillent ces familles de génération en génération.

C'est le faisceau de ces facteurs étiologiques qui doit être pris en considération pour déceler les indicateurs de risques qui sont aussi socio-économiques et culturels et pour préciser le danger que courent particulièrement certains enfants dont la vulnérabilité traduit la faillite narcissique de leurs parents.

*Serge LEOVICI
Professeur émérite
de psychiatrie de l'enfant
à l'université Paris-Nord.*

Introduction

Les mises au point nécessaires à l'introduction de cette nouvelle édition nous permettent de constater une évolution nette dans le secteur de l'enfance maltraitée.

En 1986, date de la première édition de cet ouvrage, nous avons cru devoir faire état de l'oubli dans lequel était maintenue l'enfance maltraitée. Nous évoquons la « loi du silence » dans laquelle se trouvait enfermé sans signalement le plus grand nombre d'enfants maltraités.

Cette loi du silence est évoquée par la plupart des auteurs qui ont abordé le problème de l'enfance maltraitée, quels que soient leur formation d'origine et leur domaine d'intervention.

Pierre Straus et Dominique Girodet, parlant des cas mortels, utilisaient le terme « **chiffre noir** ¹ ». « Le nombre d'enfants maltraités ne sera probablement jamais connu », écrit Harry Kempe, les chiffres obtenus varient « selon la définition restrictive ou extensive que l'on donne des mauvais traitements, selon leur visibilité sociale et le **degré de résistance des structures** qui devraient les signaler ». Michel Manciaux constate que, « jusqu'à un passé récent, les médecins et autres professionnels de la protection de l'enfance refusaient tout simplement, **par ignorance ou par répugnance**, d'envisager la possibilité de tels problèmes et allaient jusqu'à en nier l'existence ». Jean-Claude Xuereb, ancien président du tribunal pour enfants de Paris, constatait le faible pourcentage de cas d'enfants maltraités signalés à la justice... « si l'on se réfère aux données quantitatives dégagées par les enquêtes effectuées, tant en France que dans divers pays », et constate également « le très petit nombre de signalements provenant de médecins qui exercent dans un cadre libéral »... bien que le secret professionnel soit levé dans ce cas précis par l'article 378 du Code pénal. Pour lui, « la méfiance envers la justice paraît tenir :

« - d'une part, à une **sous-information** et à une **réticence** des "signaleurs" potentiels à l'égard des diverses modalités d'intervention judiciaire ;

1. Toutes les citations sont extraites de l'ouvrage de Pierre STRAUS, Michel MANCIAUX et coll. (1982), *L'Enfant maltraité*, Paris, éd. Fleurus.

« - d'autre part, à une absence de politique judiciaire cohérente en matière de mauvais traitements à enfants et à l'imprévisibilité des suites qui peuvent être données à un signalement. »

Dominique Girodet note encore « que beaucoup de cas ne sont pas signalés par les personnes ayant en charge le jeune enfant », pour des motivations variables :

- « - la méconnaissance des systèmes de protection de l'enfance auxquels on peut s'adresser, de leurs rôles et de leurs limites ;
- « - l'absence de confiance dans ces structures : certains assistants sociaux polyvalents n'accordent qu'une valeur très limitée au signalement à la PMI... Certaines travailleuses familiales craignent, en faisant un signalement aux assistantes sociales, de perdre la confiance de la famille, ou de ne pas être écoutées ;
- « - le sentiment d'outrepasser le rôle qui leur est imparti ;
- « - la mauvaise qualité de l'évaluation, souvent associée à une idéalisation du lien familial. »

Ces citations montrent bien que les différents spécialistes qui se sont préoccupés au plus près du problème de la maltraitance n'ont pu ignorer, à un moment ou à un autre de leurs recherches, le silence qui entoure l'enfant victime de sévices.

Mais il semble que pour aucun d'eux ce silence n'était attribuable à une carence fondamentale du cadre juridique. Les textes déjà en vigueur donnaient à l'autorité judiciaire des moyens d'intervention très diversifiés, en fonction de la gravité des sévices subis par l'enfant et de la situation de la famille.

Dès 1959, l'assemblée générale des Nations unies a adopté à l'unanimité la déclaration des « Droits de l'enfant² » qui faisait suite et reprenait en partie la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, bien consciente des besoins spéciaux de l'enfance et de l'urgence de leur application.

En 1986, en France, on estime à environ 6 000 les cas de sévices graves par an, avec un taux de mortalité de 1 % (soit plus de 1,6 par jour !).

2. Signée par la France en date du 20 novembre 1989.

Or, les sanctions pénales prévues par l'article 312 du Code pénal visant les coups et blessures volontaires sur mineurs de moins de quinze ans, la privation volontaire d'aliments ou de soins compromettant la santé de l'enfant et toute violence ou voie de fait, sont environ de 1 500 par an.

Les déchéances d'autorité parentale, fondées sur les articles 378 à 381 du Code civil, sont encore moins nombreuses (38 en 1977) et tombent en désuétude.

Dans leur grande majorité, les cas de mauvais traitements sont déférés au juge pour enfants, dont le rôle n'est pas de répression des parents, mais de protection de l'enfant. En France, les enfants maltraités n'ont pas de statut particulier, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, au Canada par exemple. Ils sont considérés comme des enfants en danger parmi d'autres et bénéficient à ce titre des dispositions concernant l'assistance éducative, telles qu'elles sont prévues par les articles 375 et suivants du Code civil. Ces textes permettent aux père et mère ou à l'un d'eux, ou gardien ou tuteur, au mineur lui-même ou au procureur de la République de saisir le juge des enfants lorsque la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou si les conditions de l'éducation de ce mineur sont gravement compromises. L'assistance éducative concerne 45 000 mineurs par an, dont un nombre non défini d'enfants maltraités.

Qui doit signaler aux autorités judiciaires ou administratives les cas d'enfants maltraités ?

L'article 62 du Code pénal fait obligation à tout citoyen qui a eu connaissance de sévices ou de privations infligés à des mineurs de moins de quinze ans d'en informer les autorités administratives ou judiciaires. Le non-respect de ces prescriptions constitue un délit. L'article 378 du Code pénal lève l'obligation de secret professionnel qui lie certaines professions (médecins, sages-femmes, travailleurs sociaux) dans le cas de mauvais traitements à enfants dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur fonction.

Combien d'enfants sont concernés par ces dispositions ? Recensant tous les cas de mauvais traitements connus des différents services (qu'ils aient été signalés ou non aux autorités compétentes) dans deux communes de la région parisienne, l'équipe du professeur Straus a dénombré 130 cas par an, soit un pour mille habitants. L'extrapolation de ce chiffre sur l'ensemble de la population donne un résultat de 50 000 cas de mauvais traitements par an, comme le suggérait le dossier technique du ministère des Affaires sociales en 1987.

Tout en admettant que ce nombre est hasardeux, il souligne malgré tout l'existence d'un « chiffre noir », si on le compare au nombre de signalements qui ont effectivement lieu chaque année en France. D'ailleurs, les travaux des pays comme la Grande-Bretagne, le Canada, les Etats-Unis..., confirment cette tendance.

Devant cette situation, où le cadre juridique est suffisant mais ne semble pas utilisé, le ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale a publié les circulaires des 16, 18 et 21 mars 1983. Elles ont pour but d'informer chacun sur ses responsabilités propres et sur les rôles et fonctions des autres intervenants, de rappeler à chacun des intervenants (particuliers, enseignants, travailleurs sociaux, médecins) que le signalement des cas de mauvais traitements à enfants découle d'une obligation légale (art. 62 et 63 du Code pénal, art. 378 du Code pénal).

En 1987, le Conseil de l'Europe, dans un colloque sur « La violence au sein de la famille, mesures dans le domaine social », insiste sur certaines recommandations aux Etats membres, de **prévention, d'information et de traitement.**

Parmi celles-ci, nécessité pour les travailleurs sociaux :

- de travailler en équipes pluridisciplinaires ;
- de bénéficier d'une assistance leur permettant de mieux comprendre leur propre *ambivalence* face à la violence dans les familles ;
- de bénéficier d'une formation initiale et continue incluant une préparation au travail interdisciplinaire et interinstitutionnel.

Ce colloque fait d'ailleurs état d'une réticence compréhensible à signaler.

Depuis 1986, la protection de l'enfant en danger a progressé par :

1. l'évolution de la loi, faisant suite :

- à la circulaire interministérielle du 18 mars 1983 sur le partenariat institutionnel ;
- à la circulaire du 9 juillet 1985 sur l'accueil de l'enfant maltraité à l'hôpital ;
- à la loi du 10 juillet 1989 ;
- et à la loi PMI du 31 juillet 1990.

2. l'action de la direction de l'Action sociale depuis la décentralisation, avec le lancement de campagnes :

- de 1981-1985 : campagne « 50 000 sont maltraités : en parler c'est déjà agir » ;
- de 1985-1988 : « Les abus sexuels à l'égard des enfants : comment en parler » ;
- de 1988-1991 : préparation de la loi du 10 juillet, priorité donnée à la formation des professionnels.

3. l'organisation de journées nationales en concertation interministérielle.

- 1988 : campagnes abus sexuels ;
- 1989 : bilan de la première année et les expériences à l'étranger ;
- 1990 : la protection des enfants maltraités et les actions innovantes ;
- 1991 : l'hôpital et ses partenaires dans la protection et la prévention de l'enfant maltraité et négligé.

4. la mise en place d'un téléphone vert en application de la loi du 10 juillet. Cet accueil téléphonique a pour mission également l'aide et les conseils aux professionnels.

Pour résumer, on observe une nette progression en ce qui concerne le repérage des abus sexuels, les actions de formation, la création d'outils pédagogiques avec un accent mis sur la prévention. A ce propos, nous recommandons la lecture du *Protocole d'intervention sociale, judiciaire et thérapeutique* du groupe de recherche du Centre

des Buttes-Chaumont³ (janvier 1990). Ce texte ferme et précis semble bien contrecarrer l'ensemble de nos attitudes défensives.

Tous ces efforts, dont nos références sont loin d'être exhaustives, ont-ils eu un effet appréciable ? Ont-ils suffi à rompre cette loi du silence dont nous faisons état en 1986 ?

Cet effort suffit-il pour qu'une action efficace d'aide aux enfants victimes de mauvais traitements se mette en place ?

M. Gabel, dans son article « Définir la maltraitance : limites des études épidémiologiques » (septembre 1991), dit encore : « Il faut bien reconnaître que les mauvais traitements envers les enfants sont un problème qui s'appréhende mal par des chiffres, pour plusieurs raisons :

- « - le silence de l'enfant maltraité comme le déni du parent maltraitant ou complice ;
- « - les réticences conscientes ou inconscientes d'un grand nombre de professionnels concernés à admettre que les troubles que présente un enfant sont consécutifs à de mauvais traitements (déni) ;
- « - l'insuffisance de la formation professionnelle et de la capacité de chaque intervenant à évaluer une situation de maltraitance de la place où il se trouve ;
- « - le grand nombre des intervenants médicaux, sociaux et éducatifs autour d'une famille et leur difficulté à se coordonner pour poser un diagnostic.

« Les données épidémiologiques se heurtent encore à une hétérogénéité dans les définitions des mauvais traitements, des critères de repérages et le manque de coordination interinstitutionnelle. »

De ce fait, malgré un réel effort, le nombre des enfants maltraités reste à ce jour largement un chiffre noir, et ceci malgré, au cours de ces cinq années, la prise de conscience des sociétés, les recommandations gouvernementales, les multiplications des recherches effectuées (500 en France en 1989).

Le problème du silence est toujours d'actualité, ce qui en accentue l'importance et l'intérêt à comprendre les mécanismes qui le soutiennent.

3. Centre des Buttes-Chaumont, 15 rue de Bellevue, 75019 Paris.

Monique Bauer disait encore, au congrès de Toulouse en 1990, que le concept maltraitance dans le champ socio-éducatif continue à être passé sous silence. Les professionnels restent sourds aux signaux reçus. « Trop souvent, dit-elle, ils recherchent le silence et la solitude d'un savoir non partagé. »

Dans ce travail, nous tenterons justement de montrer certains de ces mécanismes à l'oeuvre chez les intervenants psycho-médico-sociaux, à partir des interviews que nous avons effectuées. Et nous verrons que la problématique ne se situe pas dans une dynamique juridique (légale ou illégale), mais au coeur même de la relation qui s'instaure entre l'intervenant et la famille maltraitante.

Nous nous sommes demandés si le silence qui entoure le phénomène de mauvais traitements n'était pas induit dans une certaine mesure par le syndrome lui-même.

Cette question s'est imposée aux auteurs de cet ouvrage dans leurs pratiques d'intervenants psycho-sociaux : silence de la mémoire, de la sienne propre ou de celle des autres travailleurs sociaux, aussi honnêtes soient-ils dans leur démarche professionnelle. Le projet de cette recherche est né d'un désir commun des auteurs de mieux comprendre les causes de ce silence et d'éclairer les mécanismes psychologiques qui se mettent en place dans le face à face avec les familles maltraitantes. La mise à jour des réactions les plus secrètes et souvent inconscientes des professionnels dont la tâche est de soutenir l'enfant et ses parents dans leur évolution vers un meilleur fonctionnement pourrait aider toute personne qui, un jour, serait confrontée à la maltraitance.

Nous ne souhaitons pas entreprendre une oeuvre théorique, mais utiliser les témoignages des professionnels sur le terrain. Pour cela, nous avons besoin de leur accueil et nous remercions tous ceux qui ont bien voulu accepter de nous recevoir et nous consacrer un peu de leur précieux temps de travail. Nous nous sommes adressés à tous les intervenants d'un arrondissement d'une grande ville, susceptibles de rencontrer des familles maltraitantes dans leur pratique quotidienne : médecins exerçant en libéral, PMI, crèches, écoles maternelles et primaires (les interventions qu'exigent les adolescents maltraités nous semblaient d'un ordre différent, car à cet âge, l'enfant fait déjà plus ou moins partie

prenante de la démarche), Brigade des mineurs, travailleurs sociaux de la mairie. Nous avons contacté 292 professionnels de l'enfance, par lettre ou par téléphone. 72 personnes ont accepté de nous rencontrer, nous avons obtenu 67 interviews utilisables selon nos critères de dépouillement.

Ce nombre peut paraître modeste, statistiquement parlant. Nous avons été limités par deux facteurs. D'une part, nous avons rencontré un certain taux de refus de la part des personnes concernées. D'autre part, la méthode de dépouillement choisie, l'analyse de contenu la plus fine possible ne permettait pas, matériellement parlant, de décrypter un nombre très élevé d'interviews en sachant que chacune d'entre elles durait en moyenne une heure. Etant donné la complexité des éléments que nous souhaitions dégager, il nous a semblé que le choix d'une analyse fine des discours des intervenants s'imposait et qu'une approche plus globale et plus superficielle aurait gommé la richesse du matériel obtenu. Mais à partir des axes que nous avons dégagés d'un nombre restreint d'interviews, nous pensons qu'il serait désormais possible de concevoir un questionnaire écrit et pré-codé qui pourrait s'adresser à un échantillon bien plus large et plus représentatif sur le plan national, qui donnerait une assise statistique solide aux hypothèses que nous émettons dans cet ouvrage. Notre travail représente une première approche, adaptée à la complexité du phénomène. Elle nous paraît avoir toute sa valeur scientifique.

Qu'il soit clair dans l'esprit de chacun que notre propos n'est pas de juger du bien-fondé de telle ou telle intervention, ou de tel ou tel fonctionnement institutionnel, mais de comprendre pourquoi une intervention a été préférée à une autre. Face à des cas de mauvais traitements semblables apparemment, les solutions apportées varient selon les intervenants, selon leur expérience, leur degré de connaissance du problème de la maltraitance, leur sensibilité, les soutiens qu'ils pensent pouvoir trouver à l'intérieur et à l'extérieur de leur propre institution.

Nous remercions tous ceux qui ont répondu favorablement à notre demande d'interview pour la confiance qu'ils nous ont accordée : ils nous ont parlé librement de leurs expériences, de leurs échecs comme de

leurs réussites, de leurs doutes et, parfois, de leur souffrance face à un problème social profondément douloureux.

Nous avons strictement tenu notre promesse d'anonymat : seule la personne chargée de l'enquête connaît l'identité des interviewés. Cette garantie est d'autant plus nécessaire que l'objet même de l'enquête — les contre-attitudes des intervenants sociaux face aux familles maltraitantes — ne pouvait être dévoilé sans fausser les données recueillies.

Nous avons procédé en demandant aux personnes qui nous ont reçus de nous parler des cas d'enfants maltraités qu'elles avaient rencontrés dans leur pratique professionnelle, des contacts qu'elles avaient eus avec les parents de ces enfants, de l'action qu'elles avaient menée ou en collaboration avec les services spécialisés, de la décision qu'elles avaient prise de procéder ou de renoncer à un signalement, en insistant sur deux moments-clé : la découverte des mauvais traitements et la décision de procéder à un signalement avec tous les doutes qui y sont liés : y a-t-il réellement mauvais traitements ou non ? Le signalement représentera-t-il un bénéfice pour l'enfant et pour sa famille ?

La méthode adoptée était l'entretien semi-directif qui laissait aux personnes interrogées un maximum de liberté pour exprimer leurs démarches, leurs sentiments et les difficultés rencontrées, tout en permettant au chercheur de centrer l'interview sur l'objet de son étude et en lui fournissant des points de repère pour le décodage des interviews.

Nous avons tout de suite rencontré deux difficultés majeures de définition qui coïncident avec les deux moments-clé cités plus haut : qu'appelle-t-on les mauvais traitements et que signifie « signaler » ?

Pour plus de clarté, les chercheurs limitent leur définition aux sévices laissant des traces sur le corps de l'enfant : violence ou négligence extrêmes, ignorant ainsi volontairement le domaine bien difficile à repérer des mauvais traitements moraux et des abus sexuels. Mais la majorité des personnes interrogées nous ont donné spontanément leur propre définition des mauvais traitements, sans se préoccuper de la nôtre que nous leur rappelions en cours d'entretien. Nous avons constaté que les cas de mauvais traitements, où les personnes interrogées expriment un souhait d'intervention, vont du plus extensif : les enfants du

divorce, les enfants que les parents n'embrassent jamais, au plus restrictif : l'enfant en danger de mort dans sa famille. Mais, plus généralement, les mauvais traitements sont associés aux coups et à la violence, moins souvent à la négligence grave, encore plus rarement aux sévices sexuels qui restent un sujet tabou, ce que souligne encore M. Gabel aujourd'hui.

Ainsi, une définition précise des mauvais traitements — si elle existe — demeure un problème majeur pour les professionnels, même les plus avertis et les plus sensibilisés. Pour y voir plus clair, certains utilisent les notions de « dose » de violence, de répétition de mauvais traitements, d'intentionnalité chez le parent maltraitant. Deux chiffres éclairent le flou qui prédomine encore la définition des mauvais traitements et la part de subjectivité laissée au travailleur social. Ils ont été recueillis dans deux institutions géographiquement voisines, accueillant une population semblable par l'âge et par l'origine socio-culturelle et cités par deux personnes exerçant la même profession : l'une dépiste une dizaine de cas par an d'enfants victimes de sévices ; l'autre, un tout les trois ans.

Un autre facteur important d'incertitude est celui des différences culturelles. Faut-il utiliser la même définition des mauvais traitements pour les familles d'origine étrangère pour qui la notion d'éducation obéit à des règles différentes des nôtres ?

Certains intervenants affrontent le problème en tentant de faire la part des choses, suscitant le dialogue avec les parents immigrés, leur manifestant leur respect du droit parental, tout en leur signifiant clairement les limites tolérables dans le pays d'accueil, dont ils sont eux-mêmes garants en tant que travailleurs sociaux. D'autres, peu nombreux, trouvent dans le culturel une excuse facile à des actes manifestement sadiques, tels que les brûlures systématiques de cigarettes. Mais la plupart des intervenants restent perplexes et démunis face à la dimension culturelle des mauvais traitements, et nous pensons que ce thème mériterait d'être approfondi lors des échanges et des réunions entre professionnels.

Bien entendu, notre définition des mauvais traitements s'est heurtée au problème des limites des châtiments corporels, des abus sexuels et des mauvais traitements moraux, qui peuvent difficilement se quantifier.

Les mauvais traitements moraux peuvent, bien sûr, grever tout aussi lourdement, sinon plus, l'avenir psychique d'un enfant. Pour cerner de manière plus précise le sujet, nous avons choisi de nous préoccuper, en premier lieu, des mauvais traitements laissant des traces sur le corps de l'enfant, là où la constatation d'une réalité physique devrait, a priori, apporter une facilité plus grande au constat.

Nous regroupons les traces telles que hématomes, fractures, brûlures et troubles graves de l'état général.

Or, même la constatation de ces traces ne semble pas produire l'effet attendu chez bon nombre d'intervenants.

Notre hypothèse de travail part de notre pratique quotidienne. Notre équipe est constituée de médecins consultants et psychothérapeutes dans un internat et dans un centre médico-psycho-pédagogique, recevant essentiellement des enfants dont la famille est déjà signalée et prise en charge par les travailleurs sociaux mandatés d'éducation en milieu ouvert : mandats administratifs et judiciaires.

Depuis quinze ans, nous recevons et essayons de traiter des cas de maltraitance (15 % des cas de la clientèle). Nous avons l'habitude de travailler en équipe pluridisciplinaire avec les travailleurs sociaux des équipes d'AEMO ; régulièrement, des synthèses ont lieu, réunissant tous les intervenants auprès des familles, enseignants compris.

Bien qu'exerçant en fin de course, lorsque tout le travail de signalement et d'évaluation est pratiqué (consultation COE comprise), nous avons perçu un malaise relatif dans notre pratique.

Un regard autocritique nous permet de constater, à notre grande confusion, qu'un oubli s'infiltrait dans nos mémoires.

On ne se souvenait plus du motif du signalement, on en avait oublié l'origine, on avait oublié que, peu de temps avant, l'enfant avait été hospitalisé pour fracture..., que l'école avait encore constaté un hématome. De là, nos réflexions et initiatives se trouvaient faussées, et entachées d'incertitudes.

Ceci nous fit penser au fameux « silence » qui s'instaure autour des mauvais traitements et nous poussa à explorer ce qui peut se passer aussi

chez tout intervenant dans la circonstance bien particulière où il est amené à « suspecter », à « découvrir » un mauvais traitement.

Nous supposons que la constatation du mauvais traitement produit un effet tel chez l'intervenant qu'il réagit à son insu par une contre-attitude défensive.

Notre hypothèse serait que cette contre-attitude qui instaurerait ce fameux silence regrettable laisserait l'enfant en danger et les familles sans soutien.

Pour mieux comprendre l'intervenant dans son discours, nous pourrions nous mettre en situation, au moins par la pensée, et imaginer quelles seraient nos réactions.

Nous sommes instituteurs, un élève de notre classe est souvent absent, il a un petit visage pâle, les yeux enfoncés dans les orbites, il est triste et trop sage. Il arrive un jour avec la joue tuméfiée et l'arcade sourcilière entamée. Nous demandons comment cela s'est passé. Il répond évasivement qu'il s'est cogné au coin d'une table.

Allons-nous le croire et attendre ?

Nous sommes médecin et un enfant brûlé gravement est amené en consultation. S'agit-il, comme le dit la mère, d'un poêle dont l'enfant s'est approché ?

Vous avez, dans votre entourage, des voisins bruyants : les enfants crient vraiment trop et tous les soirs.

Allez-vous penser qu'il ne faut pas se mêler des affaires des autres ?

Ces situations et d'autres nous ont été décrites par les intervenants. C'est grâce à leur honnêteté et leur collaboration que nous avons pu obtenir ce qu'ils pouvaient nous révéler de leur vécu. Nous tenons à les remercier encore.

Qu'ils nous pardonnent le travail de décryptage et d'analyse auquel nous avons dû nous livrer pour mieux comprendre.

Que cette violence ne nous soit pas reprochée si elle aboutit, dans un effort de lucidité, à une plus grande compréhension et, aussi, au

grand soulagement de tous ceux qui ont ou auront encore à s'occuper de mauvais traitements.

Le discours ne nous intéresse, d'ailleurs, qu'en tant qu'il témoigne d'un vécu. Les mesures prises nous restent étrangères. En effet, nous nous sommes heurtés à la définition du signalement qui varie d'un sujet à l'autre, d'un secteur à l'autre. Nous n'avons pas pu savoir avec assez d'exactitude pour en tirer une conclusion si les sujets signalaient ou non, et à qui. Un flou apparaît dans la manière dont on peut, ou doit signaler, et où. Certains pensent en avoir déjà trop fait en signalant au service de PMI ; pour d'autres, signaler, c'est avertir le juge des enfants, ou le procureur. Il y a une grande confusion et aucun intervenant n'a pu dire avec précision combien d'enfants il a signalés par rapport au nombre d'enfants suspectés de mauvais traitements. Beaucoup pensaient ne jamais avoir vu d'enfants maltraités, tout en racontant, ensuite, l'histoire de trois ou quatre cas. Le rôle du juge pour enfants est également mal connu et très souvent assimilé à celui d'un juge pénal. A notre avis, le thème du signalement mériterait une étude à lui seul.

Nous avons dû nous en tenir à essayer d'analyser les affects, représentations et attitudes qui nous ont été livrés.

Un certain nombre de thèmes sont revenus assez souvent pour que nous ayons envie d'en tenir compte, les regrouper et les coder.

Un grand nombre d'intervenants se disent envahis par le doute. Quelle est la signification, l'origine de la trace en question ? On ne cherche pas tellement à tirer au clair. On attend que cela se reproduise. Puis, on suspecte, mais est-ce à tort ? Presque tous manifestent une omniscience et un tout-pouvoir sans qu'apparemment ils nous montrent que ce soit avec raison.

D'autres, au contraire, paniqués, font état d'un désarroi d'impuissance et d'ignorance tout aussi exagéré que peut l'être l'attitude inverse de toute-puissance.

Dans toutes les interviews, on se rend compte qu'une dichotomie s'établit entre les bons et les mauvais, que ce soit au sein de la famille ou dans les institutions. Il y a ceux qui sont censés pouvoir agir et les autres. Ces derniers sont dénigrés, inefficaces, voire dangereux.

Pour finir, dans l'ensemble, l'intervenant paraît banaliser le drame qui s'offre à lui.

Parfois, au contraire, il dramatise en exagérant et attaque les parents.

Nous allons essayer de comprendre ces réactions émotionnelles qui, réunies, nous semblent constituer un véritable syndrome. Nous noterons au passage comment est vécu le signalement.

Chacun a pris le thème qui correspond le plus à ses préoccupations et à ses intérêts. Nous souhaitons que nos chapitres, parfois violents, ne déconcertent pas les lecteurs et espérons que notre approche amène à une plus grande efficacité du travail auprès des familles maltraitantes et qu'elle oeuvre à un meilleur confort dans l'exercice de ces fonctions.

E. HADJISKY

F. DARDEL

Chapitre I



« LE DOUTE »

Christiane THOUVENIN

INTRODUCTION

On ne fréquente pas impunément les familles maltraitantes. Elles constituent un terrain de travail difficile, déconcertant, décourageant parfois. Les énigmes sur lesquelles elles nous font buter peuvent être vécues comme atteinte à l'estime de soi et atteinte au sentiment de compétence sur lequel on a besoin de s'appuyer. La honte serait-elle contagieuse ?

Entreprendre le suivi à domicile d'une famille où un enfant a été gravement maltraité, ceci ayant été dûment constaté et signalé, et en venir à douter des faits et de l'identité de leur auteur, voilà bien de quoi mettre l'abord choisi sérieusement en question.

Une expérience de ce genre, vécue avec des travailleurs sociaux exerçant des mesures d'AEMO (Action éducative en milieu ouvert) judiciaires, a contribué à l'élaboration de notre projet de recherche, après avoir fait l'objet d'une communication au congrès de Montréal sur les enfants maltraités et négligés en 1984.

DEFINITION DU DOUTE

Qu'est-ce que le doute ? Le *Robert* nous dit : « Etat de l'esprit qui doute, qui est incertain de la vérité d'une énonciation, de la conduite à adopter dans une circonstance particulière. Jugement par lequel on doute de quelque chose. » « Sans doute : certainement, ou par extension, selon toutes les apparences. » « Douteux » voudrait dire « incertain », mais encore « ambigu et contestable et, par extension, faible, sale, mauvais et, de toute façon, suspect ».

Il s'agit donc d'un état mental, d'un jugement qui conditionnera un acte. Doute s'oppose à certitude. Les apparences et leur perception permettent, si on les considère, de ne pas douter. Et si quelque chose devient « douteux », c'est dans un sens péjoratif comportant le rejet, pour raison de saleté, éventuellement.

Ces indications du *Robert* vont nous aider à définir le doute tel que nous l'aborderons : un état mental amenant la remise en question d'une certitude pourtant déjà établie concernant des faits. Ces faits sont, en l'occurrence, des mauvais traitements subis par un enfant, de graves négligences ayant laissé des traces sur son corps ¹.

Le problème de leur réalité, comme s'il s'agissait d'un mirage, se pose répétitivement. Et pourtant, c'est bien à cause du caractère particulièrement anxiogène des situations abordées que des personnes exerçant des professions diverses l'éprouvent. Il s'agit à la fois d'une confusion de la pensée et de l'oscillation entre deux croyances (est-ce vrai, ou faux ?), pouvant entraîner le déni.

Cette difficulté d'apprécier la réalité, ce malaise, peuvent dans certains cas compromettre l'exercice d'une mission de protection en amenant à banaliser les faits, à sous-estimer le danger jusqu'à ce qu'il y ait à nouveau parfois des sévices graves mettant en danger la vie de l'enfant. Le doute concerne directement la décision de faire un signalement.

Le doute pourrait constituer une réaction défensive liée à la pathologie des familles maltraitantes. On sait que son effet peut se manifester dans divers cadres de travail : dans la famille bien sûr, mais aussi dans différents lieux d'accueil et de soin et aussi quand les professionnels se réunissent pour parler de la famille, par exemple, lors de réunions dites de « synthèse ».

Après avoir été piégé dans cette problématique, on peut ressentir une certaine culpabilité, de l'irritation, on est tenté de rejeter en bloc le doute, le terrain de son travail, les familles maltraitantes, avoir envie de changer de métier... Ce sont des manifestations de l'usure, du « *burn-out* ». N'oublions pas que « doute », dans le dictionnaire *Robert*, amène à « douteux » : qui n'est pas de bonne fréquentation.

1. On y ajoutera les abus sexuels, mieux connus depuis ces dernières années.

LE TEMOIGNAGE DES AUTEURS

Dans un sursaut de curiosité, on peut aussi se tourner vers les auteurs qui auraient pu nous en dire quelque chose. On se trouve alors en bonne compagnie.

Outre les philosophes (Descartes, Spinoza), les légistes, les psychanalystes nous disent à ce sujet des choses intéressantes. Si nous nous en tenons aux psychanalystes, Harold Searles ⁽²⁾ soutiendra le début de nos questionnements. Il nous renvoie à un article de 1952, où il traite du doute et de la perplexité.

Il insiste sur le fait que l'on doit considérer ces états mentaux comme des indices précieux de processus dynamiques : la lutte pour maintenir dans l'inconscient des sentiments insupportables. Le trouble de la pensée, le doute en sont issus. Il y a un lien entre la pensée et les émotions profondes.

Georges Devereux, ethnologue et psychanalyste, dans *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* ⁽³⁾, parle du matériau anxiogène que constitue l'humain étudié par l'ethnologue. Il fait état des défenses professionnelles, des méthodes destinées à réduire l'angoisse éveillée par les données que l'on recueille sur le terrain pour arriver à travailler de façon efficace. L'impact traumatique, dit-il, décroît si l'on est préparé par sa formation. En lisant ce livre très vivant et démonstratif, on se sent très proche de l'ethnologue dont parle Georges Devereux. A un point de l'expérience — et c'est commun à toute recherche — un événement est converti en une perception. « Et c'est cela que je perçois ! » dit le chercheur. Cette perception peut atteindre les frontières du Moi et les menacer de rupture, dans le cas où un matériel angoissant crée un effet de traumatisme. Il cite en particulier des exemples concernant l'étude de blessures symboliques.

L'évocation de la violence crée des réactions violentes en nous. Nous pouvons soit être provisoirement débordés par un effet de résonance dans notre inconscient, soit recourir à des défenses qui à leur tour font que nos perceptions subissent une distorsion, de façons diverses, selon notre personnalité. Ces perturbations sont des indices précieux. A nous de les connaître et de les utiliser et pour mieux nous comprendre

nous-mêmes et pour mieux comprendre le matériel qui fait l'objet de notre étude (et ajoutons, de notre intervention).

José Bleger ⁽⁴⁾, psychanalyste argentin, décrit et distingue des états mentaux voisins du doute dans Symbiose et Ambiguïté. L'ambiguïté se définit par le fait que deux groupes d'idées apparaissent conjointement sans se contredire tout en étant différentes. Elle n'implique pas la contradiction, mais la coexistence de ternes différents non discriminés entre eux, comme si la contradiction était perdue ou effacée. Ceci existe dans un fonctionnement mental psychotique, mais comme le Moi est une structure dynamique, des phénomènes ambigus peuvent réactiver chez tout sujet des aspects immatures et provoquer ce genre de régression.

On n'est pas loin du malaise du doute vécu dans certaines familles.

On n'est pas loin non plus de l'impression d'« inquiétante étrangeté » dont parle Freud ⁽⁵⁾ dans ses *Essais de psychanalyse appliquée*. On peut l'éprouver, dit-il, devant les crises d'épilepsie, certaines manifestations de la folie, devant les automates. Pour José Bleger, toutefois, l'inquiétante étrangeté est, comme l'ambiguïté, différente du doute et de l'incertitude, en ce que le Moi (dans le doute) ne subirait pas une désorganisation telle qu'il ne puisse rester observateur. Et pourtant, il nous semble retrouver un écho de quelque chose de vécu à certains moments dans le cadre familial, à domicile, lorsque nous lisons : « Ce n'est pas la totalité du familier qui devient ambiguë..., mais des choses cachées, c'est ce qui n'a jamais été discriminé qui fait surface. » José Bleger ajoute : « Une partie inconnue, pleine de fantômes, que dans notre vie de tous les jours nous ignorons être contenue dans le familier. »

Le doute est un phénomène complexe. D'autres auteurs pourraient nous aider à le cerner et en particulier ceux qui ont contribué à élaborer une théorie de la psychanalyse familiale. Nous évoquerons plus loin leurs travaux.

Pour terminer cette introduction, on ne peut manquer de citer Bruno Bettelheim ⁽⁶⁾ qui évoque, dans *Survivre*, les réactions de ceux qu'il tenta d'intéresser aux « situations extrêmes » vécues en camp de concentration, lors de sa libération, dans un rapprochement avec le doute concernant les violences sur des enfants de la part de leurs parents.

Il est saisissant de trouver au début de ce livre des pages où il décrit la force du doute et du déni chez ceux auprès desquels il entreprit de décrire l'horreur des camps de concentration. A sa libération, aux USA, ses collègues psychiatres et psychanalystes lui faisaient reproche... de n'avoir pas pris de notes sur place. « Mon histoire fut accueillie avec le plus grand scepticisme... », dit-il. Son essai fut longtemps refusé à la publication. Lorsqu'un film documentaire fut présenté au public, il provoqua des réactions telles que Bruno Bettelheim note : « Le fait de voir de leurs propres yeux un film documentaire qui montrait ces atrocités et d'entendre des témoignages semblait créer... des sentiments insupportables de répulsion et de désespoir. Cela peut expliquer pourquoi ces gens réagissaient à cette expérience en se distançant d'elle affectivement et en niant toute relation émotionnelle et intellectuelle entre ces abominations et l'ici et maintenant. »

Notons en passant la force des défenses qui ont agi devant la présentation visuelle, au cinéma, de documents destinés à convaincre et à émouvoir l'opinion.

Comment s'étonner, dès lors, du fait que le syndrome de Silverman n'ait été décrit que dans un temps relativement récent, attribuant à leur cause réelle, les coups portés, un ensemble de signes visibles à l'examen radiologique de certains enfants ?

LES TEMOIGNAGES DES INTERVENANTS

Après cette brève et incomplète consultation de la bibliographie, nous nous tournons enfin vers les intervenants de notre échantillon. Ont-ils douté, eux ? Que peuvent-ils dire du doute, s'ils l'ont éprouvé, à moins qu'ils n'aient connu que la certitude.

Cette réaction des intervenants nous a semblé particulièrement difficile à présenter sur un mode quantitatif, ce qui explique le caractère réduit de nos données statistiques. Les sujets interrogés détaillent peu l'expérience du doute lui-même, ce qui est facile à comprendre, puisque

dans notre introduction nous avons vu combien il est proche de la confusion. En parler peut rendre confus.

Nous allons nous attacher surtout à essayer de dégager le contexte dans lequel agit le doute et tenter de rattacher ce phénomène à une théorie du fonctionnement mental individuel et groupal.

Dans le traitement statistique des interviews, il apparaît que la majorité des sujets sont dans la problématique du doute : qu'ils évoquent le doute simple ou la certitude, c'est-à-dire, dans ce contexte, une dénégation défensive que nous considérerons comme une façon de se dégager du doute. Seuls quelques sujets sont « hors doute » (9 %), c'est-à-dire ne connaissent pas ce vécu. Il y a par ailleurs des sujets qui seront ou dans le doute uniquement (55 %), ou dans la certitude uniquement (24 %), et d'autres qui oscilleront entre ces deux positions (13 %), manifestant une certaine souplesse et probablement moins de confusion que ceux qui ne font que douter, bien que le doute puisse aussi être une façon de garder un jugement en suspens. (L'item de décodage peut être consulté dans l'annexe II.)

Pour cerner ce phénomène du doute qui apparaît à des degrés divers, mais qui ne semble guère quantifiable dans la grande majorité des interviews, nous avons choisi des lignes directrices qui nous guideront pour lire les textes. Ces lignes directrices seront à considérer comme des hypothèses pouvant être soumises à l'expérimentation.

On a supposé que des facteurs puissants, agissant à un niveau plus ou moins conscient sur toute personne concernée professionnellement par l'abord des enfants maltraités, entraînent cette réaction. Pour que la réalité soit mise en doute à un point tel que les sévices soient en quelque sorte mis entre parenthèses, oubliés, alors que des traces corporelles sont encore ou ont été visibles, il faut que l'impact de ces facteurs soit important. Il faut aussi que l'approche de ces cas soit particulièrement délicate pour mettre en difficulté des personnes expérimentées et sincères dans leur souci de protection des enfants en danger.

Nos hypothèses concerneront trois axes :

A - Les interdits rigides, liés à des idéaux qui, dans un cadre institutionnel donné, limitent l'approche et la relation avec l'enfant.

B - L'écart entre le mode de communication attendu et celui qui est dominant (verbal/non verbal). L'importance du visuel et le malaise des intervenants dans ce contexte particulier.

C - Le paradoxe et la paradoxalité, à déjouer afin de n'y pas rester piégé.

Ces points choisis limitent notre abord et le délimitent. Nous justifierons notre choix à partir du matériel. Ensuite, nous essaierons de situer ces données par rapport à une théorie : la théorie psychanalytique, en essayant de ne pas faire un usage abusif des mots. Les théories de la communication (Palo-Alto) qui nous ont aussi apporté des moyens d'étudier les relations dans et avec les familles. Nous nous tournerons également vers la psychanalyse familiale qui se développe de façon dynamique en France depuis quelques années.

Notre compréhension s'alimentera aussi de ce que disent les enfants dans les psychothérapies psychanalytiques que nous entreprenons avec eux parfois. Tout ceci dans un mouvement de va-et-vient et d'enrichissement constant.

A - Les interdits et les idéaux selon le cadre institutionnel et la profession exercée

- L'idéal officiel ou inconscient d'un individu ou d'un groupe concourt à lui donner son identité. Chaque institution a les siens, comme chaque individu. Il s'agit de la plus belle image de soi que l'on puisse avoir dans sa profession.

- L'abord de l'enfant dans tel ou tel milieu où il est accueilli ou soigné, seul ou avec ses parents, va être influencé par ces idéaux. Un pouvoir s'exercera sur lui à partir de là, donnant une tonalité à l'action et la limitant. « Ici, nous sommes pour ceci et pas pour cela », nous diront-on.

Dans notre siècle, l'enfant est valorisé au-delà de ce qu'il a jamais été. La publicité le dit « phénomène culturel », ce qui est bien ambigu. On se soucie de lui, on le connaît mieux dans son évolution. Il est plus

rare avec la dénatalité, on attend plus de lui. On le protège et on le menace peut-être plus à la fois, mais, en même temps, tout ce qui met son existence en danger fait l'objet d'une plus grande divulgation. « Civilisation d'exhibition, contre civilisation du secret » dit Philippe Ariès (7). Comment expliquer autrement le débordement d'intérêt dans les médias pour les sévices physiques et, plus récemment, pour les sévices sexuels ?

Les parents sont soucieux d'apprendre à mieux s'occuper de leur enfant, il en est de même pour les enseignants et pour tous ceux qui le gardent. Une grande exigence règne. Les abus sont aussi beaucoup plus souvent rendus publics. Par ailleurs, la société intervient plus qu'autrefois dans les familles avec le risque que telle ou telle idéologie marque cette action. Le rejet, si l'on ne peut entrer dans le cadre délimité par l'idéal ou l'idéologie, est rapide.

Idéaux et interdits sont liés au choix professionnel mais surtout à l'institution. Par exemple, médecins et enseignants peuvent avoir des réactions voisines ou similaires en milieu scolaire.

Nous examinerons séparément divers secteurs institutionnels et étudierons à part le cadre des psychologues, qui exercent souvent dans des institutions très diverses.

a) Le secteur scolaire

On a l'impression que le problème des mauvais traitements sert de révélateur aux idéaux de l'école.

A quelque formation professionnelle qu'ils appartiennent (instituteur, psychologue, assistante sociale), nos interviewés sont mal à l'aise, comme si l'école, dispensatrice d'enseignement, était mise en danger. Les directeurs refusent les interviews ou, s'ils acceptent, plusieurs nient la problématique des mauvais traitements pour ensuite faire état du doute. En tout cas, ils sont plus que réticents à ce qu'on discute de ces choses à l'école.

« Il n'y a pas d'enfant maltraité dans mon école, ce n'est pas la peine d'en parler. »

« C'est une chose cachée, et tant mieux. »

« Les problèmes ici sont pédagogiques et tant mieux. Si on parle des mauvais traitements avec les enseignants, ils ne penseront qu'à ça. »

« Pas d'incertitude en éducation, le remède c'est la discipline. »

« Ce n'est pas le rôle de l'école, mais celui de l'hôpital. Je regarde moi-même et j'y conduis l'enfant tout de suite. »

« J'exige des règles de vie. »

On a l'impression que les personnes en charge d'établissements essayent à tout prix d'endiguer quelque chose qui risque de déborder : curiosité, zèle pour autre chose que la formation intellectuelle ou encore violence en écho à celle des parents ou en réponse à la sollicitation des enfants.

Et tous, à part de rares exceptions, font, malgré tout, état de doute, d'une rencontre personnelle avec cette problématique.

D'où provient cette angoisse et que sont ces interdits ?

Ils concernent l'approche du corps de l'enfant. Ce sont des interdits dont le respect est d'une grande importance. Ils déterminent un cadre à la relation et mettent des limites aux désirs de l'adulte dont l'enfant peut faire l'objet. Il y a du respect de sa personne, de sa vie psychique, nous dit Didier Anzieu⁽⁶⁾. N'oublions pas que, étant donné le nombre considérable d'heures consacrées chaque jour à la scolarité, dès la maternelle, si l'enseignant basculait dans la transgression, son influence pourrait être notoire.

Comment concilier le respect de ces interdits et l'obligation de prendre les moyens de vérifier s'il y a ou non traces de sévices ? Cela devrait être simple dans un partage des responsabilités et une attitude de respect de l'enfant.

On compte sur la séance de piscine ou de gymnastique, si l'enfant n'en a pas été dispensé sur la demande de ses parents...

Cet embarras souligne à la fois la forte sollicitation, la fascination même, exercée par ces cas et un conflit avec les idéaux de l'école

concernant sa mission d'enseignement alors que son rôle social s'étend de plus en plus.

On passe par le doute et l'école n'étant « pas là pour ça », on envoie l'enfant se « faire voir ailleurs », avec un sentiment de regret sincère ou d'exaspération.

Bien sûr, le rejet de l'école va se justifier par un souci de soin (vers l'hôpital), d'orientation (vers un internat spécialisé) ou vers le CMPP, qui y « verra plus clair ». Ceci dans une distribution bien compartimentée de rôles où « on a le droit de... ».

Il s'agit aussi là de tenter de faire face à l'obligation de signalement quand on est aux prises avec le doute. Mais en fait, **l'enfant maltraité est rejeté parce qu'il est embarrassant.**

Et pourquoi est-il embarrassant ?

On est surpris de trouver, dans un nombre très élevé d'entretiens, l'assimilation de l'enfant maltraité à l'enfant sale.

« On ne savait plus si c'était des traces de coups ou de la saleté. »

« Sur la peau noire, ça ne marque pas beaucoup... »

« Cet enfant maltraité venait d'une famille malpropre. »

« Il sentait mauvais à distance. »

La fréquence de ce thème est telle qu'il faut le souligner. Ces remarques indiquent bien comment la perception est mise en doute (les traces) et comment un déplacement se fait sur la saleté, peut-être plus supportable à évoquer après-coup.

En anticipant sur la suite de notre exposé, nous pouvons dire aussi que c'est un élément de communication non verbale qui est pris en compte, mais non pas pour qu'on lui trouve un sens (idéal d'hygiène et propreté oblige !), mais pour entraîner le rejet. Il est certain que ne pas être propre est asocial, mais ce peut être aussi la marque de négligences graves, qui risqueront de rester méconnues.

On se débarrasse de toute façon du doute et de l'objet douteux en même temps.

b) D'autres institutions à but social

Tel centre d'accueil, par exemple, se défendra contre l'abord d'une relation violente entre mère et enfant par un règlement : expulsion immédiate, sans avertissement. Là, il n'y a pas de place pour le doute et l'on peut maintenir un travail idéalisé sur une relation mère-enfant idéalisée.

c) Les travailleurs sociaux en milieu ouvert

Ils ont aussi leurs idéaux. Ils sont aussi pris entre ceux-ci, entre la nécessité d'entrer en relation avec des parents difficiles et l'obligation de protéger des enfants malmenés. Ils naviguent aussi entre doute (58 %) et certitude (26 %). Un idéal de « profondeur » du travail, dont plusieurs se réclament, semble ne pas leur rendre plus facile qu'à d'autres l'évaluation de la réalité des sévices. Cet idéal de « profondeur » dans la relation aurait-il pris le relais de l'« assistance » si décriée ? Et pourrait bien se situer au même niveau de lien symbiotique à leur insu.

Ne pourrait-on pas voir là, issue de la pluridisciplinarité dans ses écueils, la tentation de s'identifier à un thérapeute. Thérapeute qui ferait l'économie de connaître la dynamique relationnelle en jeu dans cette pathologie ainsi que celle d'un contrôle, par un tiers compétent, de son travail. On sait que ce sont des conditions qui peuvent amener l'imprudent à l'enfermement dans une relation duelle, sans distance et stérile, quand ce n'est pas à des dénouements parfois dramatiques.

d) Le cas des psychologues

Il est à la fois voisin et différent. Ils semblent aussi marqués par les idéaux de leurs institutions, nous l'avons souligné. Toutefois, ils s'y sentent surtout mal à l'aise et en critiquent plus que les autres l'idéologie. Ils pensent qu'ils travailleraient mieux ailleurs. Ils doutent aussi plus que les autres (67 %) et ne sont pas mieux placés pour faire des signalements. Ils sont peut-être particulièrement désorientés par une

clientèle dont la pathologie s'exprime dans le passage à l'acte. Ils expriment l'attente d'une « demande », confondant demande et expression verbale nuancée. Le manque de temps, l'absence de capacité de parler chez les parents et les enfants les déroutent. N'y aurait-il pas là aussi reflet d'un idéal, leur « écoute » ne pouvant s'exercer que dans la référence à un certain cadre de consultation.

Idéal que limite l'initiative et la curiosité.

Il est étonnant à cet égard de constater dans le texte des entretiens que le doute est souvent évoqué après avoir abordé ce qui peut avoir été vécu comme mise en acte culpabilisée d'une curiosité concernant l'enfant maltraité.

Certains parlent alors d'avoir « dérivé sur ce plan » après avoir beaucoup évoqué l'interdit concernant le corps de l'enfant. « On ne peut aller au-delà d'un constat d'apparence. » D'où nécessité de limiter les territoires d'intervention : « On ne prend pas en charge sur ce plan. »

Il y aurait peut-être, lors de l'abord de ces cas où sont transgressés par les parents des interdits fondamentaux concernant en définitive l'inceste, comme en écho une sollicitation très forte à la violence. Ceci peut remettre les interdits en question et entraîner soit plus de rigidité défensive, soit un vacillement, avec le doute, concernant la réalité même du problème.

En concluant sur ce point, disons que l'aboutissement de la pesée institutionnelle consiste certes à protéger l'enfant d'une certaine violence, mais en même temps à l'éjecter, ce qui est aussi une forme de violence.

Pour René Kaes ⁽⁹⁾, « l'idéologie fonctionne comme sécurité (psychique, groupale, sociale) contre le doute, l'ambivalence et le risque ». Si les idéaux peuvent garantir apaisement et cohérence dans une saine distribution des rôles, ils peuvent aussi amener le rejet de ceux qui sont désignés comme indésirables.

Il est plus facile d'invoquer une idéologie que de supporter le doute, avec l'angoisse et la culpabilité.

B - Le mode de communication dominant, son écart avec celui qui est attendu

L'écoute privilégiée du langage verbal au détriment du non-verbal nous est apparue essentielle à traiter. En effet, à la lecture des interviews, ce facteur nous a semblé particulièrement important pour tenter de cerner le doute et l'abord difficile des cas de mauvais traitements. Du fait que l'usage du langage verbal est survalorisé dans la plupart des milieux enseignants et soignants, on s'attend à ce que les échanges se fassent à ce niveau. Or, ce n'est que partiellement juste, quand ce n'est pas un véritable leurre. L'expérience clinique nous a appris ce que tout le monde sait maintenant, à savoir que « les enfants maltraités ne se plaignent pas ». Ce que l'on sait moins, mais il est important de le souligner, c'est la subtilité de l'usage de la communication non verbale dans cette pathologie relationnelle. Les traitements psychanalytiques d'enfants et de parents le confirment constamment.

Les auteurs qui s'intéressent à la relation précoce de l'enfant avec sa famille (D.W. Winnicott, T. Berry Brazelton), ceux qui s'intéressent tout particulièrement au narcissisme, parmi eux Guy Rosolato, André Green, Didier Anzieu, en France, mettent en évidence l'importance du langage non verbal qui sera la voie d'accès à l'expression symbolique dans le langage verbal.

La « demande » peut emprunter des voies diverses. Que nous le voulions ou non, nous baignons dans l'infra-verbal et nous y sommes plus ou moins consciemment sensibles.

Or, il se trouve que les interdits évoqués plus haut portent précisément sur certaines voies qu'emprunte le langage non verbal, un langage très près du corps. Il s'agit de messages concernant particulièrement la vue et le toucher. Si nos perceptions n'étaient pas refoulées, déformées, par suite de conflits et d'interdits, nous leur ferions confiance pour repérer des éléments de la réalité qui signalent la nécessité de protéger et de soigner un enfant, nous ne douterions pas. Si l'on est très attentif, on s'apercevra que l'enfant utilise des moyens subtils pour nous conduire sur le chemin de sa souffrance. Il montre silencieusement, enlève comme par hasard le vêtement qui devrait camoufler la marque, recherche le contact physique de l'adulte, au besoin le contact violent dans la provo-

cation et l'identification à l'agresseur. Mais tout ceci est angoissant par les remous que cela cause en nous et l'on est en proie au doute ou, encore, on annule la perception tout simplement, entre autres défenses.

L'analyse du texte des interviews laisse à penser qu'être sensibilisé à l'abord non verbal n'annule pas le risque d'éprouver le doute. Dans la mesure où les interdits sont rigides, les positions conflictuelles, la tentative d'utiliser cette voie peut provoquer une grande culpabilité. Le sentiment d'une transgression amènera le doute. La croyance en la seule communication verbale est renforcée et l'on est quelquefois tenté de rejeter l'ensemble du problème, selon l'expression : « Jeter le bébé avec l'eau du bain. »

Privilégier la demande exprimée verbalement est particulièrement surprenant lorsque la « barrière de la langue » (cela est souvent souligné) en rend quasi impossible la compréhension. Parfois, il est même souligné que le non-dit est maintenu volontairement par l'enfant aîné qui refuse de continuer à jouer son habituel rôle d'interprète, quand on aborde ces problèmes.

Nous allons maintenant examiner ce qu'il advient des demandes non verbalisées à l'aide de réponses qui, pour certaines, reviennent plusieurs fois.

1) On les sous-estime et on les rejette, sans faire le lien entre verbal et non verbal.

« Elle ne fait pas de demande, elle ne parle pas » (et vient pourtant montrer son enfant à la consultation).

« Cet enfant venait très sale à l'école... On a vu aussi qu'il était couvert de brûlures de cigarettes. On s'est posé des questions. On a été très soulagés quand il est parti de l'école. »

« Sale » vient avant « brûlé » et motive le rejet (ceci est très souvent exprimé). Pourtant, être sale pourrait bien être une façon d'attirer l'attention sur un corps souffrant, au moins du fait de la négligence maternelle.

2) Parfois, tout est dénié, le doute seul est exprimé dans une généralisation qui évite d'y voir de près.

« Les sévices visibles ne sont pas évidents. »

« Est-ce que le sévice le plus grave est celui qui se voit ? On ne va pas

quand même chercher la petite bête ! »

Les expressions utilisées par les interviewés montrent combien l'élément visuel est présent, combien ils sont sollicités à ce niveau.

C'est ainsi que le renfermement de la mère et de l'enfant, et de l'intervenant avec eux, est décrit :

« Je sentais que l'enfant avait peur face à sa mère. Ce face à face était devenu insupportable entre eux... et puis je me suis trouvée nez à nez avec... C'était l'affrontement perpétuel. »

« Je ne voyais que des petits signes, de doutais. Et puis, il y a eu des gros trucs. Quand on va loir dans les familles, on est tellement assaillant sur elle qu'on peut provoquer des choses graves. »

« L'enfant avait les yeux au beurre noir... Alors, là, j'ai douté... La seule fois. »

Ailleurs, un tableau très visuellement décrit aboutit à la conclusion : « On ne pouvait signaler sans certitudes ni références. » Comme si plus l'accent était mis sur le visuel, plus augmentait le doute... et le silence parfois.

Et encore :

« Quand on a vu ça, on s'est posé des questions et puis on a envoyé faire faire des radios. »

« On cherche avec les yeux (les traces), on voit des yeux battus. La mère dit : "Je t'aime", ses yeux disent le contraire. »

« Je ne suis pas sûre de ce que j'ai vu ou entendu... Quelque chose de faux... J'étais pourtant présente. »

Nous reviendrons sur ce « quelque chose de faux », qui est peut-être essentiel. Voudrait-on intimement, devant l'horrible, que ce soit faux ?

Le vécu est si difficile que le rôle contenant du regard échappe à l'intervenant, il a le sentiment d'être devenu le persécuteur. Il a l'impression de vivre une expérience tragique et s'exclame : « ça abîme quelque chose en nous », sans savoir qu'il a pris en lui probablement toute la souffrance, par le jeu de la projection propre à ces relations en miroir.

Plusieurs interviewés font part de cette expérience « tragique ». D'autres situations que celle d'interview permettraient de connaître les

fantasmes associés aux mauvais traitements sur des enfants. Quelque scène primitive archaïque que l'on verra représentée dans tel ou tel mythe lointain, Médée par exemple, chez les Grecs, meurtrière de ses propres enfants.

Parmi les causes qui amènent les défenses qui nous intéressent, il faut souligner l'excitation interne propre à ces situations. Tout groupe d'intervenants ou de personnes qui réfléchissent sur ces problèmes l'a connue à un moment de son histoire. Cela se manifeste souvent par une surenchère dans l'évocation de l'horreur.

Un autre aspect important dans ce que nous ont confié nos interviewés concerne les traces, les marques qui s'adressent à la vue bien sûr.

Les éléments relationnels insupportables sont ainsi « chosifiés », transformés en signes. Cela pourrait éviter le fantasme, mais n'empêche pas toujours l'interprétation trop directe ou l'intervention hâtive dans la réalité.

« J'ai vu des petits signes. »
« ... des traces un peu bizarres... »
« ... des marques suspectes. »
« ... peu importe la trace, il y a inconsciemment désir de mort. »
« ... un jour, on a vu des traces, on a tout de suite envoyé la brigade des mineurs. »

Mais le doute peut accompagner une attitude réservée et prudente :
« ... Moi qui vois beaucoup d'enfants ainsi, je doute. Je ne peux parler que de ce que j'ai vu. Par précaution, en cas de doute, je laisse une trace écrite dans le dossier. »

Cette sage précaution ne devrait-elle pas être une obligation ?

Pour tenter de mieux comprendre la difficulté de communiquer avec les enfants marqués dans leur famille par la violence de leurs parents, il faudrait considérer les points suivants :

1) Leurs parents ont d'une façon quasi générale subi le même sort dans leur enfance. Ce serait une pathologie transmise de génération en génération (Dominique Agostini et Elisabeth Hadjiisky⁽¹⁰⁾).

2) En élucidant la faille qui existe chez eux depuis une époque précoce de leur développement, nous pourrions mieux comprendre les moyens compensatoires qu'utilise l'enfant maltraité pour provoquer l'attention et tenter de communiquer avec sa mère et les personnes de son entourage.

3) Qu'il y va de son sentiment d'être réel, de son identité.

4) Que si l'adulte, par la rigidité de ses défenses, méconnaît ce besoin de l'enfant d'être contenu en particulier par le regard, il contribue à maintenir la pathologie. Notre sentiment de doute, de mise en question de la réalité de notre perception pourrait être vécu en écho à l'interrogation de l'enfant par rapport au sentiment d'être réel, d'être vrai.

D. Winnicott⁽¹¹⁾, dans son article « Rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », pose cette question : « Que voit le bébé quand il tourne son regard vers la mère ? Généralement ce qu'il voit c'est lui-même. » Il parle ici d'un temps précoce du développement, avant le stade du miroir de Lacan⁽¹²⁾.

D. Winnicott explique que ceci est essentiel et que si, pour une raison quelconque — dépression de la mère par exemple (Cf. les films de Brazelton) —, l'enfant ne reçoit pas en retour ce qu'il est en train de donner, « il adoptera un autre moyen pour que sa mère ou d'autres personnes de son entourage lui réfléchisse quelque chose de lui-même ». L'agressivité, la maladie, provoquent en général une réponse. Si le visage n'est pas un miroir, le bébé peut renoncer à l'espoir ou se mettre à scruter les visages « comme le ciel pour savoir quel temps il va faire ». Il apprend à oublier ses besoins. Il s'habitue à regarder les miroirs comme des choses sans se regarder dedans. Il peut passer sa vie à chercher à être vu. Psychothérapeute, membres de la famille, personnel d'un milieu d'accueil, scolaire ou autre, sont sollicités à ce niveau dans le questionnement de l'enfant qui cherche à se sentir réel. Bien sûr, le développement normal amène l'autonomisation, mais les traumatismes peuvent laisser une faille pour le reste de l'existence.

Dans les thérapies psychanalytiques d'enfants, le problème du vrai nous est posé d'une façon fréquente par les enfants dont nous parlons.

Corine a dix ans. Elle est dans un internat depuis deux ans, un placement ayant été nécessaire à cause des sévices graves dont la mère était l'auteur. Avant d'être capable d'établir des relations plus harmonieuses avec eux, Corine a provoqué les adultes et les enfants de l'institution.

Corine dit de sa mère : « Je ne sais pas ce qui se passe, je la regarde seulement et elle me frappe alors que j'étais gentille. » Corine cherche aussi à être vue par sa mère, elle met volontairement telles chaussures abîmées dont la vue va la rendre furieuse.

En psychothérapie, quand elle ne va pas bien, parfois, elle pose sa tête sur une feuille de papier et trace le contour de son profil. « Pour être plus sûre, dit-elle, qu'il reste là » (et que sa thérapeute la voit aussi).

Plus tard, après un jeu de rôles inventé par elle, elle demandera : « Est-ce que c'était vrai tout à l'heure, quand tu jouais comme si tu étais ma maman quand elle est méchante ? »

Corine doute, comme nous alors ?

C'est aussi probablement la question muette que pose l'enfant maltraité et que l'on a tant de peine à percevoir dans les moyens non verbaux qu'il utilise pour communiquer avec nous. De faits banaux, il parlera avec des paroles ou, plus tard, des sévices qu'il a subis. **Le doute que nous ressentons pourrait être pour nous un signal d'alarme du risque de passer à côté de quelque chose d'important.**

C - Paradoxe et paradoxalité

Tout ce qui précède nous amène à parler d'un facteur extrêmement prégnant et particulièrement lié au doute dans nos interviews. Il caractérise la description que font les interviewés de la famille maltraitante, dans la relation qu'ils établissent avec elle, ainsi que quelquefois le style de leurs réactions à l'égard de l'interviewer.

Le paradoxe caractérise la communication dans les familles très perturbées. Il est décrit par Paul Watzlawick⁽¹³⁾ et l'Ecole de Palo Alto.

Liant deux interlocuteurs en position dominant-dominé, il est appelé « *double-bind* ». Les psychanalystes français parleront de « double entrave » (Guy Rosolato⁽¹⁴⁾) ou de transfert paradoxal (Didier Anzieu⁽¹⁵⁾). Les psychanalystes spécialistes de la psychanalyse familiale parleront de paradoxalité (Jean-Pierre Caillot, Gérard Decherf⁽¹⁶⁾) à la suite de Paul-Claude Racamier⁽¹⁷⁾, ceci étant tout à la fois un mode relationnel et un fonctionnement mental.

Dans le dictionnaire *Robert*, paradoxal est défini comme suit : « Bizarre, qui heurte le bon sens, absurdité. » Selon Paul Watzlawick, non seulement le paradoxe peut envahir l'interaction et affecter notre comportement et notre santé mentale, mais il est un défi à notre croyance en la cohérence et donc finalement en la solidité de notre univers. C'est une situation intenable. Mais pour cet auteur, cela se situe au niveau de la communication, sans la dimension de causalité génétique et intra-psychique que considère la psychanalyse.

Guy Rosolato souligne son lien avec le narcissisme et avec une relation de pouvoir « ... focalisation mentale sur une impasse, un choix indécidable, tel qu'il envahit toute la vie psychique, au point soit de la paralyser, soit d'obliger à recourir à des solutions de rupture par la violence, soit à en sortir par un recours à une voie originale, extérieure au système. » (p. 164, *op. cit.*).

Pour Didier Anzieu⁽¹⁵⁾, quand il évoque le transfert paradoxal : « Le paradoxe est un cercle sans fin. Le vrai n'est plus le contraire du faux. La vérité se transforme en fausseté, la fausseté devient à son tour vérité. Nous sommes dans la logique de l'ambiguïté, non plus dans celle de l'ambivalence et il n'y a plus de place pour une formation de compromis. »

« L'ambiguïté, la confusion, qui sont à la racine de toute démarche paradoxale (communication, injonction, transfert), constituent le vrai et le faux, le bien et le mal, l'amour et la haine, la vie et la mort, non comme des termes contradictoires s'excluant mutuellement, mais comme des termes permutable le long d'un cercle sans fin. »

En psychanalyse familiale, Jean-Pierre Caillot et Gérard Decherf mettent en relief le paradoxe qui régit certaines familles profondément perturbées et incestueuses (celles qui nous intéressent dans cette

recherche) : un fantasme de famille idéalement unie : « Vivre ensemble, c'est impossible, nous séparer serait mortel. » Ce paradoxe même est exprimé par un bon nombre d'interviewés, quand ils font part de leurs efforts pour entrer en relation, de leur enfermement dans cette relation (souvent avec les mères), de leur malaise et du doute qui ne fait que s'accroître, avec un vécu de disqualification.

L'impasse

Il nous a semblé que plus les intervenants exercent à l'intérieur de la famille (visites à domicile des puéricultrices ou des travailleurs sociaux) ou en milieu institutionnel clos, plus ils risquent d'être « piégés », réduits à l'impuissance. Par ailleurs, cette forme de travail est convoitée, idéalisée (certains psychologues) ou à l'opposé rejetée (certains médecins). A croire que l'embûche exerce une certaine **fascination**. L'expérience nous apprend, d'autre part, qu'on y subit un véritable bombardement de stimuli de toutes sortes et de projections, dans une relation d'une extrême complexité, du fait de la surabondance d'éléments non verbaux.

Le **contrat** qui régirait cadre et relation y est des plus difficiles à établir et à maintenir.

Nous allons examiner comment les intervenants évoquent le paradoxe, l'engluement dans celui-ci, avec le doute et, finalement, comment ils tentent de s'en dégager.

Nous réserverons une place à part au travail à domicile et à ses difficultés particulières.

Un certain nombre de travailleurs sociaux intervenants pourtant après signalement (en particulier en AEMO) exposent ainsi les choses :

« Dans notre action, parfois on passe sous silence les mauvais traitements, mais il faut que cela soit dit au juge. Or, on ne signale au juge que ce qui a été dit aux parents. Mais ce sujet aurait dû être dit **d'abord**. »

D'autres : « Lorsque l'hôpital signale, pas de problème. L'enfant est blessé, donc on peut parler aux parents. » Et plus loin : « Lorsque les enfants se plaignent, il faut en prendre et en laisser. »

S'il s'agit d'exercer un pouvoir par le paradoxe, qui l'exerce et sur qui ? Nous sommes dans l'incapacité d'en décider et, probablement, au cœur même du doute...

Il était difficile de repérer et de soumettre aux épreuves statistiques la présence du paradoxe. Une série de remarques d'intervenants, qui avouent tous leur doute, va montrer la situation paradoxale où ils se trouvent.

« Il faut dire les mauvais traitements ; il faut que les mauvais traitements soient dits. » Qui dira ? On sait l'extrême capacité à dénier la réalité des parents maltraitants par crainte ou par non-inscription chez eux d'actes accomplis dans un état d'obnubilation (Dominique Agostini et Elisabeth Hadjiisky ⁽¹⁸⁾, Dominique Arnoux ⁽¹⁹⁾).

« L'enfant ne disait rien. »

« ... et ces coups ont éveillé les soupçons de plusieurs personnes... La question est de savoir si ce sont des coups insupportables. »

« Cet enfant avait sur les bras et les jambes des "bleus" et des bosses... Le problème est de savoir si l'on a le droit de déshabiller l'enfant à l'école en l'absence des parents. »

Certains nous font part d'une sorte de sidération : « On a un mandat de protection de l'enfant, mais on doit attendre que les choses se déroulent. » « Je demande des explications, oui, mais je n'entre jamais dans les détails. » Ce qui est une bonne façon de rester dans le doute.

Certaines institutions comportent des éléments paradoxaux dans leur règlement intérieur. Par exemple, là où l'on procure à de jeunes mères un accueil attentif et chaleureux, il y a exclusion sans préavis pour toute manifestation de violence. Ainsi que dans la généalogie, le cadre institutionnel, pas plus que la mère d'autrefois, ne peut contenir les pulsions agressives. Mère et enfant sont rejetés, renvoyés à leur solitude.

Comment s'en dégager ?

Le meilleur moyen serait de « métacommuniquer », parler du paradoxe, mais en fait peu d'interviewés évoquent l'impasse dans laquelle ils se trouvent inconsciemment piégés.

Aucun, bien sûr, n'évoque de violence physique, mais on a l'impression que la violence marque tout de même la solution adoptée.

- Attitude de maîtrise dans un mouvement de séduction puis de rejet : « Il s'agira de faire la part de ce qu'on voit et de ce qui est. Dans ce cas, c'était le piège. » Suit l'énumération des moyens destinés à faire disparaître tout doute. « On dit que les enfants disent la vérité, j'ai la preuve que non. »

- Interprétation sauvage du désir mortifère inconscient.

- Renvoi à d'autres, qui « verront plus clair ».

- Rejet fréquent, à l'extérieur de l'école en particulier. L'enfant maltraité est devenu enfant sale, insupportable : « On ne souhaitait qu'une chose, c'est qu'il s'en aille. » Telle mère qui résiste à l'offre d'entretien, fuit, est aussi cataloguée comme « sale et repoussante ». Retournement de l'apitoiement en haine.

- Ou la ruse : « J'ai fait hospitaliser l'enfant quand il a eu les oreillons, pour en avoir le cœur net, ainsi, il a pu être examiné et radiographié. » On reste dans le non-dit et le sous-entendu.

D'autres moyens sont évoqués pour sortir du paradoxe dans une relation de soins où les sévices auront été reconnus et où l'intervention d'un tiers aura été intégrée dans la prise en charge. Il est étonnant que de rares témoignages en soient donnés : « Mettre des mots sur les signes », « noter les éléments positifs dans la relation entre la mère et l'enfant et voir les choses changer. » En somme, intégrer amour et haine dans la relation.

Le problème du suivi à domicile

Il était intéressant de se demander si les personnes faisant des interventions à domicile régulières dans une famille étaient, plus que d'autres, sous l'emprise du doute et du paradoxe.

En effet, nous constatons que 64 % des professionnels chargés des visites à domicile sont dans le doute, contre 55 % pour l'ensemble des personnes interviewées. Mais ils sont également plus dans la certitude, définie comme dénégaration du doute : 27 % (contre 24 %). Ils sont aussi moins nombreux, 9 % (contre 13 %), à pouvoir osciller entre le doute et la certitude, c'est-à-dire à pouvoir adopter des modes de défenses moins rigides.

En fait, peu d'intervenants nous apportent des témoignages détaillés là-dessus. Mais on peut dire que plusieurs auraient tendance à idéaliser ce genre de travail. Notre expérience et des témoignages comme ceux de Selma Fraiberg⁽²⁰⁾, relatés dans son article « Fantômes dans la chambre d'enfant », nous ont convaincu du côté très difficile et peut-être illusoire de cette entreprise. La position des psychanalystes observant la relation parfois perturbée d'une mère et de son enfant est tout à fait différente. Il s'agit d'une situation d'où le contrat est clairement déterminé par deux parties volontaires. Les observatrices peuvent y jouer le rôle qui leur serait prêté de « bonnes grand-mères devant qui on peut jouer à la bonne mère », selon l'expression d'E. Kestemberg⁽²¹⁾.

Dans la situation d'intervenant à domicile, il semble que le paradoxe et le doute jouent au maximum. Il arrive que l'intrusion dans le cadre familial, selon certaines personnes, les livre à des impressions étranges. Ne pourrait-on pas faire un parallèle avec ce que Alberto Eiguer⁽²²⁾ note dans « Un divan pour la famille » ? Il dit que « dans le cas de la thérapie familiale, nous pouvons penser qu'un ordre bien spécifique de réactions du thérapeute correspond aux difficultés familiales en mal de verbalisation et de pensée... ». « Le thérapeute ne se trouve pas en condition de reconnaître d'emblée que ses productions psychiques viennent de la famille. » Alberto Eiguer explique que « ceci produit un effet de surprise et que le thérapeute rattache hâtivement à sa propre personne des impressions qui viennent d'ailleurs ». « Le miroir s'inverse », dit-il.

Nos intervenants qui vont à domicile doutent beaucoup et restent, semble-t-il, dans le doute, souvent proche de la confusion. Plus près des angoisses catastrophiques, vécues avec la famille, contre lesquelles le doute et l'oscillation permettent de se défendre.

Les mots « bizarre », « étrange », « suspect » reviennent fréquemment dans le texte des entretiens. On évoquerait volontiers l'« inquiétante étrangeté » dont parle Freud ⁽⁵⁾.

Ce terrain d'observation présumé idéal semble en fait celui où il est le plus difficile d'être objectif. Les mauvais traitements y deviennent des accidents minimisés, on y doute plus qu'ailleurs. Il semble que les fantômes y grouillent. Ceux de l'intervenant autant que ceux de la famille...

Certains avouent vivre ce travail comme un risque et évoquent leur angoisse. « On a peur de dire les mots. » « On aurait besoin d'être à deux. » Quand il y a échec dans la protection de l'enfant, cela est vécu avec une grande culpabilité : « On assiste à une expérience dramatique sans pouvoir l'interdire. » Ceci en dit long sur l'effet de sidération éprouvé. Effet de fascination aussi, au point que les petits signes sont minimisés, jusqu'à ce qu'apparaissent de « gros trucs » pour attirer l'attention dans une aggravation, qui se joue à l'insu de l'intervenant, ce dernier pouvant éprouver l'illusion d'une « bonne » relation avec la mère de l'enfant.

CONCLUSION

L'enfant dans son individualité, comme sujet, semble étrangement absent de tout ceci. Peut-être est-ce une preuve de l'action de l'étreinte paradoxale liée au thème même de la « maltraitance ». Ne serait-il pas absent et présent à la fois ?

C'est un contexte narcissique qui entoure le doute avec le paradoxe, les idéaux, le langage non verbal. Nous avons vu en quoi un effet de fascination se joue des intervenants, rendant aléatoire leur action qui devrait concerner la protection de l'enfant en danger. Ceci plus ou

moins, selon leur compétence et leur souci de ne pas travailler dans l'isolement.

Enfant en souffrance, « corps en souffrance » selon l'expression de Micheline Enriquez ⁽²³⁾. « Comme si, dit-elle, le corps envahissait tout l'espace, mais en même temps ne semblait pas avoir de propriétaire. A nous de lui donner vie et de le rendre à qui il appartient. »

Depuis 1986, où fut publiée cette recherche, nous avons pris conscience, en France, de l'ampleur du problème des abus sexuels sur les enfants, particulièrement en ce qui concerne les sévices intra-familiaux. A notre propre niveau d'intervention ⁽²⁴⁾, notre réflexion s'est enrichie d'un va et vient entre cette clinique si particulière de la maltraitance et la référence à une théorisation, issue de la réflexion psychanalytique, élaborée à partir de contextes proches.

Ainsi, un récent congrès organisé par l'Institut français de thérapie familiale psychanalytique (1991) a eu comme thème : « La pensée perverse ⁽²⁵⁾ ». Ce fut l'occasion de retrouver évoqués des risques que nous connaissons bien lorsque nous rencontrons des familles maltraitantes et de mieux les comprendre. De mieux comprendre aussi ce à quoi est soumis l'enfant impliqué dans la relation d'emprise avec un adulte.

Le thérapeute retrouve là également un élément de son contre-transfert, le doute, et plus spécialement; l'« impression de faux » déjà évoquée, si embarrassante.

Bernard Penot (1989), dans *Figures du Dénî* ⁽²⁶⁾, nous dit que quand il y a doute, c'est qu'il y a du déni, avec sa caractéristique de transmission inter-générationnelle et de risque de contamination par ce mode de défense.

Cet auteur souligne qu'une attitude de recherche dans une équipe est une solide protection contre le déni. Ne pas en prendre conscience ne ferait que perpétuer un fonctionnement familial pathogène destructeur du sens et de la capacité à symboliser.

C'est probablement la force du déni à laquelle se réfère un auteur qui appartient à un horizon tout à fait différent, l'Américain Summit (1983) ⁽²⁷⁾ (in Thouvenin (1989) ⁽²⁸⁾), en décrivant le « syndrome d'adaptation de l'enfant victime d'abus sexuels ». Cet enfant pris au

piège d'une relation marquée par le sceau du secret, s'il tente de dévoiler la situation dans laquelle il se trouve, est en grand risque de se rétracter s'il ne rencontre pas une confiance suffisante chez l'adulte à qui il s'adresse.

Il pourra retourner alors, et pour longtemps, à son adaptation silencieuse que l'on peut considérer comme un mode de survie dans une situation extrême.

C'est probablement à cela que nous touchons, et que nous n'éprouvons pas sans culpabilité, lorsque, confident occasionnel, intervenant ou thérapeute même, nous ressentons une « impression de faux ». L'enfant pourrait bien nous parler alors de son « faux-self » (Cf. Winnicott, 1970⁽²⁹⁾), de choses psychiquement inintégrables pour lui. On conçoit que le faux-self de ces enfants ayant vécu de tels traumatismes puisse être hypertrophié.

Si nous prenons les moyens de connaître nos contre-attitudes, notre contre-transfert, nous pourrons, le moment venu, mieux répondre à l'enfant qui nous parle de sa souffrance et qui mérite bien que les adultes prennent le relais alors qu'il a effectué seul un difficile chemin.

Il faut faire confiance à des sentiments incertains, savoir les analyser pour pouvoir passer du doute à « se douter de quelque chose » (Thouvenin, 1988⁽³⁰⁾).

BIBLIOGRAPHIE DU CHAPITRE I

- (1) ZUCMAN (E.), (1983).
Entre adultes : les personnels auprès des adultes handicapés. –
Vanves : CTNERHI, PUF.
- (2) SEARLES (H.), (1978).
L'effort pour rendre l'autre fou. Trad. – Paris : Ed. Gallimard.
- (3) DEVEREUX (G.), (1980).
De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. –
Paris : Ed. Flammarion.
- (4) BLEGER (J.), (1981).
Symbiose et ambiguïté, trad. – Paris : PUF. – Coll. « Fil rouge ».
- (5) FREUD (S.), (1971).
L'inquiétante étrangeté. – in : Essais de psychanalyse appliquée,
trad. – Paris : éd. Gallimard.
- (6) BETTELHEIM (B.), (1984).
Survivre. Trad. – Paris : Ed. Laffont. – Coll « Pluriel ».
- (7) ARIES (P.), (1973).
L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. – Paris : Le
Seuil.
- (8) ANZIEU (D.), (1985).
Le moi-peau. – Paris : Dunod.
- (9) KAES (R.), (1981).
L'idéologie. Etudes psychanalytiques. – Paris : Dunod, 1981.
- (10) AGOSTINI (D.), HADJISKY (E.), (à paraître).
La question de la transmission des mauvais traitements.
- (11) WINNICOTT (D.W.), (1971).
Jeu et réalité. – Paris : Gallimard.

- (12) LACAN (J.), (1966).
Le stade du miroir comme formation de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. — in : *Ecrits*. — Paris : Seuil.
- (13) WATZLAWICK (P.), BEAVIN (J.H.), JACKSON (D.D.), (1972).
Une logique de la communication. — Paris : Ed. du Seuil.
- (14) ROSOLATO (G.), (1978).
La relation d'inconnu. — Paris : Gallimard.
- (15) ANZIEU (D.), (1975).
Le transfert paradoxal. *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 12, p. 45-72.
- (16) CAILLOT (J.-P.), DECHERF (G.), (1982).
Psychothérapie familiale psychanalytique et paradoxalité. — Paris : Ed. Clancier-Guenaud.
- (17) RACAMIER (P.-C.), (1980).
Les schizophrènes. — Paris : P.B.P.
- (18) AGOSTINI (D.), HADJIISKY (E.), (à paraître).
La question de la transmission des mauvais traitements.
- (19) ARNOUX (D.), (1981).
Le risque de mauvais traitements aux parents maltraitants. *Médecine et Enfance*.
- (20) FRAIBERG (S.), (1983).
Fantômes dans la chambre d'enfants. *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XXVI, 1, p. 57-99.
- (21) KESTEMBERG (E.), (1981).
Autrement vu. — Paris : PUF.
- (22) EIGUER (A.), (1983).
Un divan pour la famille. — Paris : Centurion.
- (23) ENRIQUEZ (M.), (1980).
Du corps en souffrance au corps de souffrance. *Topique*, n° 26.

- (24) THOUVENIN (C.), (1992).
In : Les enfants victimes d'abus sexuels. — Sous la direction de M. Gabel. — Paris : PUF.
- (25) 8^e Congrès national de thérapie familiale psychanalytique.
Septembre 1991, Lyon.
GRUPPO, n° 8, 1992, Paris.
- (26) PENOT (B.), (1989).
Figures du déni. En deça du négatif. — Paris : Dunod.
- (27) SUMMIT (R.C.), (1983).
The Child Sexual Accomodation Syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 7, p. 177-193.
- (28) THOUVENIN (C.), (1989).
Abus sexuels intrafamiliaux : « le syndrome d'adaptation ». Journée d'études CFE-ES, Vaucresson, octobre 1989, p. 119-133
- (29) WINNICOTT (D.W.), (1970).
Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux-self. In : *Processus de maturation chez l'enfant*. — Trad. — Paris : Payot.
- (30) THOUVENIN (C.), (1988).
Attitudes des intervenants devant les cas d'abus sexuels intra-familiaux : une méconnaissance surprenante. *Perspectives psychiatriques*, IV, n° 14, p. 273-278.

Chapitre II

PHENIX OU LA MORT

Elisabeth HADJISKY

Athéna — Tu vois, Ulysse, la puissance des dieux. Personne ne montrerait-il jamais plus de prudence ? Plus de bravoure aussi au moment d'agir ?

Ulysse — Personne que je sache. Le malheureux a beau être mon ennemi, j'ai pitié de lui quand je le vois ainsi plier sous le désastre. Et en fait, c'est à moi plus qu'à lui que je pense. Je vois bien que, nous ne sommes, nous tous qui vivons ici, rien de plus que des fantômes ou que des ombres légères.

Ajax — Sophocle

Quels détours allons-nous emprunter pour nous donner l'illusion de réussir là où les dieux eux-mêmes plient sous le désastre ?

TOUTE PUISSANCE – IMPUISSANCE

Ces termes ce sont imposés à nous lorsque les intervenants nous ont manifesté leurs désirs de prise de pouvoir et cela dans un registre du Tout ou Rien.

Entre ces attitudes extrémistes, marquées du sceau de l'affectif, se situent des prises de position plus nuancées, plus difficiles à vivre sans aucun doute, mais pourtant probablement à la base d'une plus grande efficacité.

Le *Petit Robert* part d'une définition pratique ; puissance : « Moyen grâce auquel on peut faire quelque chose. » Il effectue ensuite un parcours à travers la littérature, philosophie et politique. « Etat de celui qui a une grande action sur les autres, domination qui en résulte. »

« La puissance de Dieu est infinie. » Balzac.

« Puissance que la parole transporte. » Sainte-Beuve.

« Puissance — personnification d'un pouvoir occulte, religieux. »

En termes de mathématiques, le chiffre se multiplie par lui-même.

Le dictionnaire psychologique de Chaplin spécifie qu'il s'agit d'une habilité, autorité à contrôler les autres.

Au contraire de la puissance, l'impuissance se voit caractérisée essentiellement dans les avatars de l'exercice sexuel.

Lors de la suspicion de mauvais traitements, situations que nous étudions, il est très difficile d'obtenir une certitude immédiate quant à la réalité des faits. Confrontés à des marques sur le corps de l'enfant, celui-ci en général ne nous aide guère à en découvrir l'origine. Nous nous heurtons à son silence ou à quelques alibis plus ou moins plausibles. La vérité ne se dévoile que grâce à une enquête nécessitant l'apport d'intervenants de catégories professionnelles différentes : ceux qui peuvent aller au domicile familial par exemple complètent l'information des autres, etc.

Nous avons vu que, même lorsque notre opinion est suffisamment étayée, nous doutons encore...

Or, contrairement à nos attentes, dans 83 % des cas, les intervenants manifestent un tout savoir, se pensent compétents et dénigrent les opinions et les possibilités d'aide des autres disciplines.

D'autres, à l'inverse, s'imaginent totalement incompetents et impuissants.

Bien entendu, ces attitudes extrémistes ne nous paraissent pas sous-entendre un comportement adéquat qui viserait la protection de l'enfant et l'évolution de la famille.

Les mauvais traitements se multiplient parfois sans que l'intervenant pense à signaler le cas. Or, chacun sait qu'il peut être accusé de non-assistance à personne en danger et que l'évaluation du danger encouru par l'enfant nécessite un travail pluridisciplinaire (Cf. circulaires 16-18 et 21 mars 1983). Or, nous avons à faire à des intervenants valeureux, aimant leur travail, soucieux au plus haut point du bien de l'enfant qui leur est confié.

Nous n'analyserons d'ailleurs qu'un discours. La réalité des pratiques nous est étrangère.

Dans cette situation, comme ailleurs, nous pouvons imaginer que nos attitudes dérivent d'une résultante tenant compte de notre personnalité, des caractéristiques de notre situation et du rôle que nous y jouons. L'idéal professionnel induit ce que nous pensons pouvoir nous permettre ou non. Nous essayerons de voir en quoi il diversifie le discours.

A la lecture des interviews, un certain nombre de thèmes revenaient de manière répétitive ; ceci nous permit de les coder et de les regrouper comme suit :

les items n° 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 69 relèvent des attitudes de tout savoir, c'est-à-dire :

	<i>n° des items</i>
- <i>L'intervenant dit ne pas chercher à savoir ce que les autres en savent</i>	58
- <i>L'intervenant dit tout savoir</i>	59
- <i>L'intervenant dit tout faire lui-même</i>	60
- <i>L'intervenant fait tout avec son équipe</i>	61
- <i>L'intervenant ressent les autres comme incapables, inefficaces</i>	62
- <i>L'intervenant ressent les autres comme dangereux</i>	63
- <i>L'intervenant ressent les autres comme envahissants par rapport à lui</i>	64
- <i>L'intervenant veut menacer les parents</i>	69

Les items de l'impuissance sont 67, 68, c'est-à-dire :

- <i>L'intervenant dit se sentir incompetent</i>	67
- <i>L'intervenant veut se décharger de ses responsabilités</i>	68

Les items 65 et 66 nous paraissent relever d'une attitude plus adéquate. Ils montrent que l'intervenant a réfléchi et a pu s'ouvrir aux autres catégories professionnelles et peut collaborer.

En effet :

- . pour l'item 65 : - *L'intervenant reconnaît la compétence des autres,*
- . pour l'item 66 : - *L'intervenant veut collaborer avec les autres.*

En faisant parler les chiffres, la toute-puissance prise globalement se retrouve dans 84 % des cas.

L'impuissance dans 7,4 % des cas.

Les réponses adéquates dans 11 % des cas. Nous avons tenu pour adéquates les réponses faisant état de réflexion à l'appui d'un changement de position. Frappés par la massivité des réponses dans la toute-puissance, nous allons essayer d'en analyser le discours.

LE DISCOURS DE LA TOUTE-PUISSANCE

D'une manière générale, ces intervenants semblent faire leur diagnostic eux-mêmes et ils agissent seuls ensuite. Nous serions rapidement prêts à leur faire confiance si leurs dires correspondaient à une objectivité traduite en efficacité. Mais leurs opinions traduisent des idées personnelles et leur action ou inaction se solde souvent par la répétition des mauvais traitements, parfois par le suicide d'un parent, ou l'éparpillement de la famille. Bizarrement, ils ne semblent pas faire le lien entre leurs attitudes et ce qui se passe alors dans la famille.

Leur discours, truffé de paradoxes apparemment inconscients, révèle que même lorsque la preuve des mauvais traitements est faite, ils ne signalent toujours pas. Dans l'ensemble, ils semblent attribuer un pouvoir presque magique à la relation « de confiance » qui éventuellement s'établit avec le parent : si la mère coopère, tout va bien. L'intervenant dans ces cas ne se remet pas en cause, même s'il fait état, à la phase suivant, de l'évolution catastrophique de la famille.

Ensuite, la relation se poursuit sans qu'à aucun moment il ne soit question des mauvais traitements : en « parler » est rapporté comme une faute lourde de conséquence : c'est acculer les gens au désespoir !

Même lorsque les enfants sont décrits brûlés aux cigarettes ou au fer à repasser, porteurs d'hématomes ou les membres cassés, il faut « comprendre la mère ».

En général, les parents sont « blanchis » : « Ils sont au bout du rouleau » ou « immatures », « mal logés », « étrangers », ce sont « leurs méthodes éducatives ». On laisse « stagner ». On comprend que dans ce contexte : signaler est culpabilisant, l'intervenant signale à contre-cœur ! « Quand on signale, on coupe la relation », « on préfère laisser cette sale besogne à d'autres ». « Signaler c'est ouvrir un parapluie », revient souvent dans la bouche des intervenants. « Parler, agir » ressemblent à des mauvais traitements infligés cette fois à la famille. « Penser » même parfois paraît dommageable. « lorsqu'on soupçonne les mauvais traitements ils le sentent et ne reviennent plus. » On voit comment devient suspecte toute démarche utile à la protection de l'enfant comme si tout dévoilement, même le plus secret, était interdit.

Parallèlement, les autres services avec lesquels ils semblerait que la collaboration s'impose sont décrits comme inefficaces et dangereux. A l'hôpital, l'enfant y « subirait » des radios, le personnel est contre les parents. Les juges placent les enfants...

A aucun moment, un regard lucide ne semble porté sur le parent. Les services habilités à le faire sont dévalorisés : « On va avoir les services sociaux sur le dos. »

Les centres médico-psychologiques sont taxés de superficiels : « Pour savoir, il faut vivre dans les familles », déniaient ainsi le travail élaboratif et le pouvoir de détection des consultations médicales.

La relation établie avec le parent maltraitant doit être à l'origine de cet état d'esprit. Cette relation idéalisée paraît sans doute immobiliser dans une attente inactive les travailleurs médico-sociaux.

Nous allons donc essayer de rechercher les raisons de cet état de fait.

Parler des mauvais traitements est dénigré par certains. C'est par contre valorisé par d'autres : « Si l'on parle, on peut arrêter les mauvais traitements. » Là encore, il est donné à la parole un pouvoir magique. C'est aussi une manière de banaliser que de croire que les mauvais trai-

tements sont une violence sans plus et qu'admonester les parents arrangerait tout. Dans ce cas, le trouble profond n'est pas pris en compte. Réduire le symptôme évite d'en connaître la source. Il faudrait sans doute s'interroger sur ce que nous cherchons à fuir ainsi.

Mais, par ailleurs, à aucun moment l'intervenant ne semble supposer que le parent s'arrange pour que les traces de coup ne soient plus visibles. « Les pervers, ça doit bien exister mais je n'en ai pas rencontré. » Cette phrase revient souvent. L'intervenant ne dit pas comment il reconnaît un pervers mais il semble signifier qu'il souhaite que le parent maltraitant ne le soit pas. Ah, s'il pouvait être un bon parent !

En somme, tout nous paraît décrit à l'envers. Le parent violent est dédouané. C'est l'enfant qui se fait donner des coups, qui est mauvais, sale et criard.

De plus, toute initiative capable d'assurer la protection de l'enfant est culpabilisée. Seul est idéalisé ce lien captateur dans lequel se trouve immobilisé l'intervenant entravé dans sa pensée et ses actions. Sans doute le désir d'être un bon enfant réparateur prime par sa puissance sur le désir réel de protéger l'enfant. Or, dans le discours de l'intervenant, peut-être qu'une clé nous est donnée ? En effet, nous avons aussi relevé dans le discours des intervenants de nombreux exemples de paradoxes. « Ils aiment leurs enfants, ils s'en occupent bien. » « Ils sont violents mais ce n'est pas agressif. » « Je ne sais pas mais je suis résolument contre... »

On connaît l'effet immobilisateur de l'induction paradoxale, pris entre deux injonctions contradictoires, que décider ? Fort de ces constats, nous avons voulu affiner notre analyse et c'est pourquoi nous avons essayé de coder les incohérences du discours.

Or, si le tout-savoir se marie bien avec le tout-pouvoir (77 % de ceux qui pensent tout savoir disent agir seuls), par contre, ceux qui vivent les autres comme dangereux se déchargent quand même de leur responsabilité sur eux et ceci dans 58 % des cas.

Très peu menacent les parents (15 % des cas seulement). Ceci serait-il dû au pouvoir de cette relation de confiance ?

DISCOURS DE L'IMPUISSANCE

Un nombre beaucoup moins grand (7,4 % des cas) d'intervenants manifestent un état d'impuissance. Leur discours dépressif confine au désespoir. Ils nous assurent ne pas savoir que penser : « On ne peut pas se fier à ce que disent les enfants, quant aux parents, ils sont fuyants. » On ne peut rien faire non plus. « Les parents ne parlent pas — bien sûr, il faudrait qu'ils soient traités, mais s'ils ne viennent pas... Ils apparaissent une fois ou deux et on ne les revoit plus. »

Notre intervenant se sent incompetent : c'est toujours une autre catégorie professionnelle qui aurait l'efficacité. Parfois, la responsabilité descend les échelons hiérarchiques pour en arriver aux dames de service... Ou bien ce sont les autres services qui pourraient faire quelque chose, mais ces derniers « attendent pour mieux voir... » Pour finir, personne ne fait rien, les uns parce qu'ils vont à domicile, les autres parce que ce n'est pas leur rôle. Même les psychologues ne se sentent pas concernés. On envoie la mère « parler » chez un psychologue, mais il n'y a pas de demande. Il attend qu'elle parle, elle ne dit rien. Personne ne remarque qu'elle manifeste sa demande de manière infra-verbale, ou bien ailleurs. Cette mère réclame des gratifications dans le concret à l'assistante sociale, mais son attitude n'est pas reconnue, pas interprétée. Il arrive que cette femme soit traitée de névrosée, alors qu'elle manifeste un transfert psychotique.

Le discours se fait dans l'oubli, l'intervenant cherchant sans cesse des repères. Il a perdu ses dossiers, ses fiches de classement. Il a un « trou » dans la mémoire. Or, l'instant d'après, il peut exprimer de manière vigoureuse ses bonnes qualités professionnelles s'il évoque d'autres activités. Il est abondamment fait état d'un vécu de morcellement dans l'institution. Un cloisonnement infranchissable se produit même dans les réunions de synthèse où pourtant les intervenants sont censés réunir leurs informations. Cet état peut aller parfois jusqu'à la confusion.

Or, se décrétant impuissant et incompetent, cet intervenant peut être attendu comme quelqu'un faisant appel aux autres disciplines : il n'en est rien.

25 % seulement parmi les personnes interrogées demandent l'avis des autres.

26 % déclarent vouloir collaborer.

Finalement, tout comme dans la toute-puissance, la pensée est attaquée, l'intervenant ne se sentant ni en état de parler ni en état d'agir. S'il envoie au centre médico-psychologique, il ne signale pas : le centre est alors représenté comme le sauveur tout-puissant, mais l'enfant reste toujours en danger.

Certains reconnaissent que le juge pourrait être une bonne solution de sécurité, mais il est en même temps vécu comme une menace semblable. Il s'agit là encore d'un paradoxe.

LE DISCOURS « ADEQUAT »

Dans 11 % des réponses concernant ce thème, les intervenants manifestent leur malaise, mais ils se montrent humains, pleins de sensibilité et lucides. Certaines de ces interviews mériteraient une publication, tant leur pouvoir évocateur est émouvant. Leur propre opinion peut être remise en cause et ils font preuve d'une véritable objectivité ; leur démarche pourrait être **qualifiée de scientifique** tant l'ouverture est grande. La reconnaissance de la compétence des autres y est manifeste, ce qui prépare à une collaboration harmonieuse avec des intervenants étrangers à leur institution. Il est possible de s'interroger sur cette raison. Peut-être avons-nous là des intervenants qui avaient rencontré des cas moins gravement atteints ? Peut-être leur insertion institutionnelle leur permet-elle de se vivre suffisamment sécurisés pour pouvoir se remettre en cause ? C'est le cas de certains responsables. Ce n'est pas l'explication, puisque nous avons recueilli aussi ces interviews dans toutes les disciplines et à tous les échelons hiérarchiques.

VARIATIONS DES ATTITUDES SELON LE SECTEUR D'ACTIVITE

Pour simplifier notre exposé, nous avons regroupé les secteurs d'activité en quatre secteurs : scolaire, crèche-PMI, hôpitaux et services sociaux.

Chaque secteur a, bien entendu, un rôle, une vocation différente. Les uns s'occupent plutôt du corps, les autres ont plus en charge l'éducation ou l'évolution intellectuelle de l'enfant. Les intervenants ont une idée précise de leur mission et nous l'ont souvent exprimée. Parmi eux, les services sociaux ont une place à part. Considérés comme référents en ce qui concerne la maltraitance, ils sont souvent chargés de signaler ou de faire évoluer les familles après signalement. Il serait bon de s'interroger : notre organisation sociale ne se décharge-t-elle pas trop de ses responsabilités sur eux, sans toujours leur donner les moyens de les exercer ?

Serait-ce pour cette raison que 97 % d'entre eux ont un discours dans la toute-puissance ? Alors que seulement 3 % ont des réponses plus nuancées, correspondant davantage à la réalité.

Par contre, c'est dans les hôpitaux et les crèches que nous rencontrons le plus de personnes se sentant impuissantes (40 % dans les hôpitaux, 40 % dans les crèches).

On peut comprendre que ces secteurs, dont la vocation prend en charge le corps de l'enfant, se sentent plus démunis lors de l'apparition de la violence et lors de la nécessité d'analyser les liens relationnels familiaux. Bon nombre de médecins se disent dépassés et demandent des grilles afin d'établir rapidement un diagnostic le plus précis possible.

Ceux qui fournissent les réponses les plus adéquates se trouvent parmi les intervenants scolaires avec 71 %. On peut penser que le milieu enseignant, qui n'a pas l'abord du corps de l'enfant (on n'a pas le droit de déshabiller), cherche à établir ses opinions par une plus grande concertation.

C'est dans les crèches que nous trouvons ceux qui reconnaissent le plus la compétence des autres et ceux qui veulent collaborer de manière

plus étendue. Il est vrai qu'école et crèche prenant en charge essentiellement l'enfant se situent peut-être plus près de lui que des familles.

Il nous semble que les distorsions constatées dans les interactions que nous venons de décrire, qu'elles soient de l'ordre de la toute-puissance ou de l'impuissance, se retrouvent davantage chez ceux qui prennent en charge la famille. Ceci n'est pas pour nous étonner car c'est bien dans le jeu interrétionnel familial que se mobilisent les défenses contre un changement éventuel.

Variation des attitudes selon les catégories professionnelles

Dans ces différents secteurs d'activités, des catégories professionnelles diverses sont à l'oeuvre : puéricultrices, médecins, infirmières, psychologues, assistants sociaux, instituteurs...

Nous avons donc aussi essayé de coter leurs attitudes en fonction de leur profession puisque leur idéal professionnel devrait être indépendant du lieu institutionnel occupé.

C'est l'assistant social qui se manifeste le plus dans la toute-puissance (100 %) ; viennent ensuite les puéricultrices. Ceci peut se comprendre en fonction des raisons énoncées plus haut. Nous ne pensons pas qu'une assistante sociale puisse se montrer impuissante sans penser déchoir à sa fonction. Il en est de même chez les différents directeurs rencontrés.

Par contre, ce sont les médecins et les psychologues qui admettent le plus leur impuissance. Leur rôle institutionnel le leur permet sans doute davantage. Les psychologues, dont la pratique privilégie l'abord verbal, ne se montrent pas très à l'aise dans la communication infra-verbale des parents maltraitants. La « demande » de soins se manifeste surtout par des comportements et s'exprime plutôt à d'autres membres de l'équipe. Pour répondre à l'appel de la maltraitance, il faudrait donc qu'une équipe pluridisciplinaire et intersectorielle fonctionne, dans l'idéal, avec un échange régulier des informations. Ceci semble très peu souvent le cas.

Ont des réponses plus adéquates :

- les médecins 57 % ;
- les directeurs de crèches 28 % ;
- les instituteurs 15 %.

Manifestent des qualités pour travailler en équipes pluridisciplinaires :

- les assistantes sociales 35 % ;
- les médecins 16 % ;
- les psychologues 12 %.

Il s'avère donc évident que les catégories qui se disent toutes puissantes sont en même temps désireuses de collaborer et parfois doutent le plus, comme c'est le cas des responsables d'équipe.

EXPLICATION METAPSYCHOLOGIQUE

Nous venons de voir que ces attitudes de toute puissance-impuissance se manifestent de manière générale chez les plus valeureux des intervenants et dans tous les secteurs d'activité. Nous en parlons d'autant plus aisément que ces attitudes furent les nôtres à un moment donné de notre pratique.

Nous ne pensons pas que ces attitudes, que nous pourrions appeler contre-attitudes, ne se produisent qu'au contact des parents maltraitants.

Nous les avons remarquées dans des circonstances diverses, mais toujours dans l'exercice d'un rôle institutionnel et surtout quand ce rôle implique une relation d'aide. Il y aurait toujours « interaction » lorsqu'on tient un rôle. Sandler, étudiant le transfert et le contre-transfert dans l'analyse, parle d'interaction dynamique. Nous pouvons extrapoler sans employer le terme de transfert réservé au cadre bien précis de l'analyse. En effet, nous avons nous-mêmes constaté que notre vécu diffère selon les personnalités que nous recevons dans notre pratique. Les interviewés nous le révèlent à leur insu quand, pour nous parler de cette

expérience, ils quittent le registre de la dépression. Subtilement, le ton change et ils peuvent retrouver leur vigueur et leur empathie.

Nous émettons l'hypothèse que les mauvais traitements nous font vivre, à tous, un état mental particulier qu'il est nécessaire de comprendre car il s'agit, à notre avis, d'une induction piégeante.

Les traces sur le corps de l'enfant nous font imaginer des scènes de violence probables. Elles sont jugées insupportables, insoutenables par tous. Il y a des chances qu'à notre insu nous nous en défendions avec toute l'énergie possible. Ce sont les pédiatres d'ailleurs qui les premiers ont observé à quel point il était difficile d'imaginer que les parents puissent se comporter ainsi. Le mythe de la bonne mère serait omniprésent en nous. S'il nous arrivait d'être témoin oculaire de mauvais traitements, sans doute chercherions-nous à nous interposer ou à quérir de l'aide, mais intervenant dans l'après-coup, nous avons peut-être la chance d'avoir le temps de laisser se dresser en nous des défenses concernant cet « insoutenable ».

Nous avons entendu les intervenants se livrer à une sorte de retournement de situation. Les parents bourreaux sont décrits comme victimes, les enfants comme les véritables responsables des mauvais traitements. « Ces enfants-là se mettent en danger », nous dira-t-on, « c'est eux qui sont sales, méchants, turbulents ». Or, ce paradoxe nous en évoque un autre : entendant parler dans notre pratique les parents maltraitants depuis une quinzaine d'années, nous sommes obligés de constater, avec étonnement, que le discours de l'intervenant reprend intégralement celui du parent maltraitant !

Ces parents qui nous sont déjà présentés par le rapport social comme exerçant des sévices sur l'enfant manifestent souvent une hargne énorme envers lui. « C'est lui le mauvais, il les pousse tant à bout qu'ils vont le jeter par la fenêtre, le tuer. » Certains intervenants reprennent d'ailleurs le même discours. La discordance entre le discours et le comportement de l'enfant nous intrigua et nous incita à pousser plus loin nos investigations. C'est alors que, la réticence surmontée, les parents nous ont livré le contenu d'une projection massive sur l'enfant. Vécu comme un adulte (projection « adultomorphe »), l'enfant est le support de leur désir meurtrier. Le moindre geste, la moindre manifestation

émotionnelle sont pour eux porteurs d'une intention maligne : « Elle se lève la nuit pour ouvrir le gaz et nous asphyxier » (à cinq ans). « Il me regarde comme son père quand il a failli m'étrangler » (huit ans). « Elle veut me prendre mon mari » (trois ans). Tout rapprochement à l'enfant lors des soins : changes, bains, repas, est vécu comme dangereux. L'amour se transforme en haine. L'adulte, sans se rendre compte que cette haine émane de lui, la vit comme venant de la part de l'enfant, se croit en danger et frappe, casse, tue pour se défendre. Les parents semblent fuir dans les passages à l'acte toutes les représentations fantasmatiques dues au rapprochement de l'intimité avec l'enfant.

Or, tout ceci n'est pas dit. Le parent, sans doute grâce à une part d'autocritique à l'égard de lui-même, a une réticence énorme à livrer son vécu. C'est peut-être pour cela que nous sommes abusés.

Retrouver le même discours chez l'intervenant, malgré notre réticence à le faire, pourrait être la preuve de leur induction dans cette interaction. L'empathie peut, en effet, aller jusqu'à nous faire vivre les émotions de l'autre et nous faire prendre son parti.

Mais il y a plus. Nous avons vu que tout ce qui pouvait venir en aide à l'enfant, penser, parler, agir, est décrit comme mauvais et très culpabilisé. Nous pensons que la personnalité du maltraitant, dont la caractéristique est le passage à l'acte court-circuitant la pensée, projette sur l'intervenant la difficulté qu'il ressent lui-même. La totale impuissance où se trouvent ces parents à régler leurs problèmes semble se retrouver chez l'intervenant. Celui-ci, se croyant en état de toute-puissance ou non, est immobilisé, n'agit pas dans le sens qui serait le sien s'il ne subissait pas cette projection.

Nous nous demandons si nous ne devons pas rapprocher la toute-puissance de l'omnipotence. Freud a le premier introduit la notion d'omnipotence infantile. Chacun connaît l'impuissance totale du nouveau-né. Freud (1972) pense que les bons soins maternels lui permettent de continuer à se croire omnipotent⁽¹⁾. Ce sentiment serait nécessaire à la maturation psychologique. D.W. Winnicott (1962), après lui, travailla l'importance des bons soins maternels qui doivent se prolonger suffisamment longtemps pour que l'enfant ne fasse pas trop tôt l'expérience de l'indépendance⁽²⁾. Si cela n'est pas, il peut garder à titre

de séquelle une illusion d'omnipotence comme défense en face d'une réalité apparemment trop dure à affronter.

Or, Harold Searles (1977), qui a une longue expérience de thérapeute de patients psychotiques, nous dit que l'omnipotence qui se manifeste chez des malades serait une manière de lutter contre le sentiment de dépendance ⁽³⁾.

Nous savons que les parents maltraitants recherchent, tout comme les malades de Harold Searles, des gratifications dans le concret (donne moi un bonbon — donne moi une robe) et nous avons vu qu'en contrepartie, l'intervenant semble répondre par une attitude d'omnipotence ou de totale impuissance. Nous pouvons imaginer que ces parents maltraitants qui ont presque tous, selon leur dire, été maltraités eux-mêmes, n'ont pas eu de mère suffisamment bonne, capable de les faire sortir graduellement de leur omnipotence et de leur apprendre ainsi, peu à peu, à accepter sans dommage les frustrations.

Nous pouvons donc établir que ces parents carencés restent accrochés à leur omnipotence infantile, ce qui expliquerait pourquoi ils recherchent chez tout intervenant la mère toute puissante, toujours disponible, et ceci expliquerait aussi pourquoi celui-ci essaie de pourvoir à ce qui lui manque.

Il ne faut donc pas s'étonner que cette image corresponde à celle de « Dieu ». Certains intervenants découvrent une projection bien spéciale, semblant être vécue comme « divinité ». « Il a fait des prières pour que j'intervienne. » « Il a fait des gestes rituels pour que je ne l'accuse pas. » « Elle m'a fait des cadeaux pour que je lui sois favorable. » Pris au piège de ces incantations dont certaines sont du ressort de la sorcellerie, l'intervenant dit qu'il est « le seul à comprendre la mère ». Nous pensons là qu'il s'agit d'une relation idéalissante. Il y a de fortes chances pour que dans l'inconscient, l'intervenant soit vécu comme une « puissance » que l'on désire bénéfique.

Nous pensons qu'il y a chez les maltraitants une faille du narcissisme, dans le sentiment de s'éprouver bon. L'estime de soi nécessite pour se former des gratifications libidinales. Vivre des expériences de plaisir, de joie, pour se sentir bon.

« Une part du sentiment d'estime de soi est primaire, c'est le reste du narcissisme infantile, une autre partie a son origine dans ce que l'expérience confirme de notre toute puissance. » (Accomplissement de l'idéal du moi ⁽¹⁾.)

Plus loin : « La paranoïa est causée par une atteinte du moi, par une frustration de la satisfaction dans le domaine de l'idéal du moi ⁽¹⁾. »

Or, le tableau clinique des parents maltraitants évoque toujours plus ou moins la paranoïa, par la persécution et la projection, mais d'une manière spéciale, car la projection est focalisée sur leur enfant. C'est pourquoi on peut dire que ces patients se situent entre l'idéalisation et la persécution : l'idéalisation pour se défendre de la persécution.

D'une part, ces parents se sentent ou se croient persécutés par l'enfant et, d'autre part, ils lui demandent de ressembler à un idéal qui serait une poupée en extase, toujours souriante, immobile, parfaite. Cet enfant, pour être parfait, devrait être dévitalisé. Tout ce qui est charnel serait péché. Tout rapprochement intime avec l'enfant leur fait courir un risque de « dérapage » délirant. Peut-être peut-on trouver là une clef qui nous introduit dans la projection pour l'intervenant d'une image idéale de toute-puissance divine.

Le discours d'impuissance ne nous surprend guère, car en fait, tout se joue dans une sorte de va-et-vient dans ce type de relation, où, tantôt l'intervenant, tantôt le patient, reprennent à leur propre compte l'omnipotence ou l'impuissance.

En ce qui concerne le paradoxe, nous en connaissons la définition et les effets d'immobilisation sur celui qui en est l'objet. Entre deux désirs contradictoires, comment agir pour rester satisfaisant ? Puisque quoiqu'il arrive, on garde son statut de « mauvais » ?

Didier Anzieu (1975) nous dit : « L'ambiguïté, la confusion qui sont à la racine de toute démarche paradoxale (communication injonction, transfert) constituent le vrai et le faux, le bien et le mal, l'amour et la haine, la vie et la mort non comme des termes contradictoires, s'excluant mutuellement, mais comme des termes permutables le long d'un cercle sans fin. Le clivage essentiel est alors celui, non du bon et du mauvais, mais de l'idéalisation et de la persécution ⁽⁴⁾. »

Nous avons vu comment le parent nous montre à quel point il se sent persécuté par l'enfant qu'il voudrait idéal, comment l'intervenant croit devoir se conformer à une mère idéale toute-puissante et, s'il n'y souscrit pas, a peur d'être persécuté par son patient (qui disparaîtra dans la nature...).

L'impuissance, par contre, semble reprendre celle de l'enfant-victime. En effet, dans tout parent, il y a un enfant et dans l'enfant... un parent. Tantôt l'intervenant semble s'identifier au parent tout puissant dont a besoin l'enfant, tantôt il s'identifie à l'enfant agressé qui protège le parent...

Mais, Phénix tout puissant ou la mort-impuissance, ne sommes-nous pas, tous qui vivons ici, rien de plus que des fantômes ou des ombres légères... ?

UN CAS CLINIQUE, CONFIRMANT L'ALLEGATION THEORIQUE

Le cas clinique choisi est extrait d'un travail d'intervenants spécialisés d'un secteur de province très reconnu pour ses excellentes capacités professionnelles.

Nous y verrons les effets de collusion à la pathologie familiale dans une double prise en charge judiciaire et thérapeutique, confirmant à quel point les contre-attitudes relevées chez les intervenants interviewés se retrouvent bien en chacun d'entre nous.

Comme nous pensons que les échecs nous apprennent plus que nos réussites, nous présentons un cas qui, pour l'enfant, peut être considéré comme une réussite, mais pour la mère, un échec retentissant. Cet échec met en cause la collaboration des équipes judiciaires et thérapeutiques, nonobstant la bonne volonté et les capacités professionnelles des uns et des autres.

Il s'agit du « judiciaire » sous deux formes puisque la mère a été incarcérée trois mois, avant que la famille fasse l'objet d'une mesure

d'Education en milieu ouvert sous mandat du tribunal pour enfants. Nous disposons d'un rapport de police et d'un jugement en chambre du conseil. Nous allons exposer les erreurs et tâtonnements du début de l'intervention et essayer de les comprendre.

Après une première hospitalisation pour fracture du crâne, il y eut en effet remise d'enfant à la famille. Il a fallu une deuxième fracture du crâne pour qu'un placement soit fermement décidé et maintenu.

Une prise en charge thérapeutique de la mère fut entreprise après le placement de l'enfant pour que la deuxième remise s'effectue dans de meilleures conditions psychologiques.

Les protagonistes

Il s'agit d'une petite fille de deux ans et demi que nous appellerons Sonia.

La famille est constituée d'un père — bon ouvrier, jugé sérieux et stable —, d'une mère au foyer, appréciée pour sa propreté, sa gentillesse par ses voisins et sa bonne volonté par les services de Protection maternelle et infantile.

Le service de maternité qui a suivi la mère lors de la grossesse et l'accouchement ne signale rien de particulier. Partout, elle est traitée de « charmante jeune femme ».

Les événements

Or, à deux mois et demi, l'enfant est hospitalisée en urgence par les parents qui se présentent ensemble à l'hôpital pédiatrique de secteur. L'enfant a une fracture du crâne. Le service hospitalier soupçonne les mauvais traitements, mais comme les parents nient fermement, les responsables laissent repartir l'enfant dans son milieu familial.

Mais trois mois après, nouvelle hospitalisation d'urgence pour fracture du crâne. On constate alors une fracture de la branche iléopubienne droite en consolidation, donc antérieure.

La mère, interrogée, explique « être énervée par les pleurs de l'enfant et être tombée avec l'enfant dans les bras. » C'est alors que le service de l'hôpital pédiatrique fait un signalement au parquet.

Un rapport de police expose les faits mais reconnaît les parents irresponsables dans cette affaire. Le procureur, lui, juge l'état de l'enfant sérieux et demande à ce que l'intéressée lui soit déférée.

L'enfant est consignée d'abord dans le milieu hospitalier par mesure de protection urgente, puis il y a enquête de la brigade des mineurs. Ces derniers concluent leur rapport par : « Jeune mère dépassée par ses obligations. » Le réquisitoire définitif attribue tout de même les lésions à des violences provoquées, mais juge « la mère accessible à une sanction pénale mesurée ». Elle lui paraît « réadaptable, sous couvert d'une prise en charge médico-sociale ». La mère, quand elle sort de ses trois mois de prison, est l'objet d'une mesure d'Education en milieu ouvert ordonnée en vue de procéder à la remise de l'enfant à la famille. Lors de l'enquête sociale, les services de pédiatrie recontactés, pourtant auteurs du signalement, disent qu'« au terme de mauvais traitements », ils préfèrent celui de « soins inexpérimentés ».

L'enfant est remis auprès de ses parents.

Un an et demi après, Sonia est devenue anorexique. Les parents gavent l'enfant qui est également encoprésique. Ils reviennent à l'hôpital qui refait un signalement. Le magistrat ordonne à nouveau une mesure d'Education en milieu ouvert. C'est seulement alors qu'un placement nourricier va être organisé et qu'une prise en charge thérapeutique de la mère sera fermement désirée par les travailleurs sociaux.

Quand nous les voyons pour la première fois, les parents et Sonia entrent tous les trois ensemble. La petite fille paraît délurée, bouge beaucoup et touche à tout. La mère ne supporte visiblement pas l'agitation de sa fille. Elle se montre tout à fait exaspérée et se plaint de l'encoprésie de sa fille (comme s'il s'agissait d'un crime de lèse-majesté). Une intention maligne est clairement attribuée à la fillette. Les mauvais

traitements sont complètement niés. Le père veut un placement pour que « sa fille retrouve l'appétit ! » La mère se tient raide, l'oeil mauvais et se plaint de sa fille « qui ne mange pas ».

Quand nous abordons la question des mauvais traitements, les parents se montrent d'abord furieux, puis soulagés. Ils acceptent de venir régulièrement pour comprendre ce qui se passe et « aller mieux ».

Pourtant, quand ils reviennent, c'est pour continuer à dénier, à se montrer les meilleurs parents possibles. Ils sont réticents et n'associent pas. Leur discours sert à nous démontrer que la jeune femme est guérie et qu'on peut leur rendre l'enfant. Ils nous confondent, nous thérapeutes, avec l'équipe d'intervention ! Ils viennent aux consultations comme s'ils se rendaient à des convocations du juge. Le père, quand il se montre plus ouvert, nous dit que « sa femme » n'a rien, qu'elle nous raconte seulement des histoires !

Au bout de trois mois, la mère vient seule et nous parle plus librement. Après quelques mois de travail de renarcissication, elle se met à aborder les mauvais traitements. Pour elle, les relations sexuelles sont douloureuses. Pendant la grossesse, elle se sentait « rongée de l'intérieur ». Les mouvements du bébé l'inquiétaient et, pour le faire tenir tranquille, elle le frappait à travers la paroi abdominale ! A la naissance de Sonia, elle voit à la place de sa fille « un géant qui voulait coucher avec elle ». La levée du déni correspond à une transformation de la demande de prise en charge : elle se sent soulagée après ses séances et vient maintenant « pour ça ».

Or, peu de temps après, une nouvelle ordonnance prescrivant le maintien du placement de l'enfant nous est apportée par la mère : il y avait, à notre grande surprise, dans les « attendus », l'affirmation que « notre équipe l'avait préconisée » !

Nous n'avons jamais plus revu la mère : ce qui peut se comprendre ! Mais était-ce si grave, étant donné que l'enfant placée en nourrice se mit à prospérer ? L'épilogue nous remplit cependant de honte et de confusion.

Epilogue

Quatre ans plus tard, le père demande lui-même une consultation. Il s'est remarié après son divorce, l'enfant lui a été remise et il vient nous voir parce qu'elle a des difficultés scolaires. Nous apprenons qu'après la rupture de la thérapie, le couple a eu encore trois enfants, dont deux sont morts !

La mère les a empoisonnés en mettant quelque chose dans le biberon, dit le père qui a ce mot sublime : « Vous saviez qu'elle était malade, pourquoi vous ne l'avez pas dit ? »

A quelque temps de là, nous avons reçu une lettre de la mère où, avec énormément de virulence, elle avoue les mauvais traitements avec précision et exprime sa haine envers sa fille : si je la revois, je la mettrai en pièces.

A notre grand regret, nous n'avons jamais revu cette mère.

Conclusion

Tout d'abord, nous avons vu le louvoiement des premiers intervenants :

1° – La maternité n'a pas du tout soupçonné une future mère maltraitante. Pourtant, il y avait un vécu caractéristique mais il a été exprimé seulement après.

2° – L'hôpital pédiatrique ne pose pas de diagnostic fermement établi au début. Il faut deux hospitalisations et la constatation de fractures anciennes pour qu'un syndrome de Silverman soit détecté et que le parquet en soit saisi. Le déni des parents est pris en compte comme un fait de réalité.

3° – La même collusion se retrouve dans le rapport de police : puisque les parents nient... Il n'y a pas de mauvais traitements : « La mère est seulement dépassée par ses obligations ! »

4° – Les pédiatres ensuite ne veulent pas entendre parler de mauvais traitements. Ils préfèrent le terme de « soins inexpérimentés » !

5° – Même le réquisitoire définitif du juge conclut avec prudence à des violences provoquées, mais relève que la mère est accessible à une sanction pénale mesurée car elle paraît réadaptable !

Or, la jeune mère, mentionnée dans tous les rapports comme gentille et bien mise, aidée par les assistantes sociales à récupérer sa fille à sa sortie de prison, qui « tient si bien sa maison », un jour frappe sa fille à nouveau. Cette dernière doit être hospitalisée pour une deuxième fracture du crâne et, quelque temps après, cette même charmante jeune femme tue deux de ses enfants puînés.

Comme dit le père : « Ma femme nous a tous roulés. »

Ensuite, nous constatons que les services d'intervention ont fait collusion avec le père en banalisant comme lui quand il disait : « Ma femme ne délire pas, elle raconte tout ça pour nous empoisonner. » En effet, le médecin psychiatre expert qui avait porté le diagnostic de « délire paranoïaque centré sur sa fille » n'est pas entendu. Lorsque la mère adhère enfin à un traitement, le magistrat, malgré lui, fait une erreur qui alimente le délire de la mère.

Comment expliquer cette série de maladresses, d'erreurs, de retards à y voir clair ?

Les contre-attitudes relevées chez les premiers intervenants ne se retrouvent-elles pas au sein des différentes équipes d'intervention ? Nous avons pu retrouver chez tous le doute et même le déni des mauvais traitements à l'origine du retard au signalement des services pédiatriques qui pourtant auraient dû être au fait des signes de mauvais traitements et habitués à signaler. Même après deux fractures de crâne, une fracture pelvienne, l'équipe « travaille » à la remise de l'enfant chez sa mère !

Ensuite, cette sorte de clivage en bon et mauvais objet s'est établi au sein des autres équipes : le psychiatre n'a jamais été entendu des équipes d'intervention... Il y a les « bons » qui faisaient confiance à la mère et les « mauvais » qui la soupçonnaient de délirer. Les équipes d'intervention font alors collusion avec les paroles du père : « Ma femme ne délire pas, c'est seulement une "empoisonneuse". » Il s'agit là d'une banalisation.

Ensuite, il y eut l'acte manqué du magistrat qui alimente le délire de la mère et nous fait penser qu'une véritable induction fantasmatique englué les équipes et la projection se produit à notre insu.

Nous préconisons, pour déjouer cette sorte de manipulation qui se produit d'inconscient à inconscient, l'établissement d'un cadre très strict constitué par un horaire de réunions, rythmé de manière précise où chaque membre de ces équipes réunies se fait un devoir d'exprimer son vécu par rapport à la famille. La présence de chacun est indispensable, même s'il pense n'avoir rien à y dire.

Si ceci ne s'établit pas, le pouvoir inducteur de la famille pathologique est si fort que nos équipes ne font que rejouer le même schéma que celui qui existe déjà dans les interrelations familiales ¹.

Il est bien entendu que chaque membre de l'équipe doit jouer de son entière liberté quant à l'impression de son vécu, de son ressenti par rapport à la famille prise en charge. A aucun moment il ne doit se sentir « jugé » par ses collègues ou ses responsables. Si la haine contre-transférielle ne peut en effet s'exprimer dans une équipe pluridisciplinaire composée d'intervenants d'origines institutionnelles différentes, l'équipe demeure inopérante.

1. Note de l'éditeur : une étude d'évaluation de ce type de fonctionnement d'une structure de coordination menée avec des acteurs interinstitutionnels concernés par le signalement et la prévention des mauvais traitements constate malheureusement encore un fonctionnement collectif dans le déni. BAUER M. and al. (1990) ⁽³⁾.

BIBLIOGRAPHIE DU CHAPITRE II

- (1) FREUD (S.), (1972).
Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle*. — Paris : PUF.
 - (2) WINNICOTT (D.W.), (1969).
De la pédiatrie à la psychanalyse. — Paris : Payot, Petite Bibliothèque.
La théorie de la relation parent-nourrisson. — Paris : Payot.
 - (3) SEARLES (H.), (1977).
L'effort pour rendre l'autre fou. — Paris : Ed. Gallimard, p. 83.
 - (4) ANZIEU (D.), (1975).
Le transfert paradoxal. *Nouvelle Revue psychanalytique*, n° 12, Gallimard.
 - (5) BAUER (M.), CANIBALACHO (M.C.), CAMELIO (G.), (1990).
La commission d'évaluation. DVS 92/CTNERHI.
-
- GREEN (A.), (1983).
L'idéal, mesure et démesure. *Nouvelle Revue psychanalytique*, « Idéaux », n° 27.
 - GREEN (A.), (1973).
Le discours vivant. — Paris : Ed. PUF.
 - GREEN (A.), (1983).
Narcissisme de vie, narcissisme de mort. — Paris : Ed. de Minuit.
 - LAMBERT (Th.), (1982).
Les services institutionnels. 4^e congrès international sur les enfants maltraités et négligés, AFIREM.
 - LEBOVICI (S.), (1983).
Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris : Ed. Païos/Le Centurion.

- SANDLER (J.), (1976).
Contre-transfert et rôle en résonance. *Revue française de psychanalyse*, « Le Contre-transfert », mai-juin 1976.
- STRAUS (P.), MANCIAUX (M.), DESCHAMPS (G.), (1978).
Les jeunes enfants victimes de sévices. — Paris : Les Publications du CTNERHI. — Série « Recherches ».

Chapitre III

« LES DEFENSES D'EN PARLER »

Dominique AGOSTINI

- *La propre mère de l'enfant comment en est-elle arrivée à cette cruauté ?*

- *Elle avait peur d'un oracle des dieux.*

Sophocle – *Oedipe Roi*
Vers 1173-1174

Nous étayerons notre réflexion sur quatre constats de base, qui se dégagent d'une lecture des réponses au questionnaire :

1) Une nette majorité de professionnels interviewés ont été confrontés dans le cadre de leur travail à des familles dans lesquelles des enfants présentaient des signes de maltraitance répétée : fractures, brûlures, morsures, etc.

2) Un nombre significatif de ces intervenants éprouve une profonde difficulté à percevoir les mauvais traitements en tant que tels, c'est-à-dire en tant qu'émanant des parents.

3) Même ceux qui situent la maltraitance dans la relation parent-enfant n'en évaluent pas, bien souvent, la gravité et se montrent réfractaires au signalement à des instances extérieures (assistante sociale de secteur, juge des enfants).

4) Ce refus de signaler est dans la majorité des cas couplés à des réticences à aborder verbalement ce grave problème avec les parents.

La conjonction de ces quatre constatations met en exergue la difficulté des intervenants à assigner des limites à cet extrême conflit parent-enfant.

Tout se passe comme si cette violence ne pouvait être pensée, ce qui la maintient hors du champ du langage.

Cette relation parent-enfant, désastreuse, semble paralyser le Moi et la pensée verbale de l'intervenant, qui ne peut plus lier psychiquement ce qu'il perçoit de l'enfant à ses perceptions du parent. Il surinvestit alors certaines perceptions, qui captent toute son attention et lui font perdre de vue la réalité : l'enfant non protégé et exposé à la violence.

Un conflit aussi mortifère semble susciter chez l'intervenant des affects incontenables, qui altèrent ses représentations et ses perceptions. Ces dernières ne peuvent plus s'organiser en « sens commun » (Bion, 1983 ⁽¹⁾). Le Moi perd alors sa fonction de synthèse.

Avec ce type de cas, nous sommes effectivement confrontés à une pathologie extrêmement narcissique, qui met l'autre à rude épreuve en le niant. Les mécanismes de défense démesurés des parents maltraitants attaquent en même temps que le corps de l'enfant, la pensée, la différence, la réalité. Ces mécanismes peuvent être inducteurs chez le professionnel de contre-attitudes par lesquelles il se nie en tant que personne entière et circonvient l'épreuve de réalité qu'il aurait à effectuer.

Dans ce travail, nous allons essayer de dégager l'impact que cette problématique « maltraitance » peut avoir sur le fonctionnement mental des intervenants, afin de comprendre leurs réactions. Pour ce faire, nous adopterons le plan suivant :

- La première partie sera d'abord descriptive : nous extrairons des réponses au questionnaire les principaux traits descriptifs attribués par les intervenants aux parents et aux enfants. Dans un second temps, nous analyserons ces descriptions afin d'essayer de comprendre le fonctionnement psychique des parents maltraitants ainsi que les conséquences de leurs agissements sur l'enfant.
- Nous examinerons ensuite, toujours à partir des réponses au questionnaire, les mécanismes de défense inconscients des intervenants, qui inhibent en eux toute décision, toute compréhension et les plongent dans l'incapacité d'utiliser leur pensée verbale. Après avoir constaté que bien souvent, les réactions des intervenants sont en écho des états internes des parents, nous proposerons des explications de ce phénomène d'induction.

DESCRIPTION ET COMPREHENSION

1. Les parents

- Dans une proportion importante des cas présentés, la mère vit seule avec le(s) enfant(s).

- Lorsqu'il y a couple, le père n'a jamais une fonction de médiateur, de tiers. Il est souvent décrit comme « violent », « irritable », avec un seuil de tolérance très faible à l'égard de sa femme comme à l'égard de l'enfant : « Il le battait car il ne supportait pas les cris. » La mésentente familiale est constante, il règne dans les familles décrites un climat de « conflictualité permanente » (Caillot, Decherf, 1982 ⁽²⁾). Ainsi, par exemple : « Le père bat la mère, qui se venge sur l'enfant. » C'est une violence en circuit fermé.

- Ces parents sont d'ailleurs présentés comme « isolés », « très seuls », n'osant « pas sortir ». Ils semblent craindre le monde extérieur, les autres, les communications, la vie. Ils n'éprouvent aucun intérêt d'ordre culturel, et évitent tout plaisir. Cette « anorexie de vivre » (Green, 1983 ⁽³⁾) grève lourdement leur relation à l'enfant : « Elle ne supportait pas que son fils vive, tout simplement, tout était en ordre chez elle. »

- Il ne peuvent envisager des changements chez l'enfant : « Il sera toujours comme ça ! » Ils sont fixés à ce mode de relation sans ouverture, sans espoir. Cette « fidélité d'investissement » (Freud, 1937 ⁽⁴⁾) leur fait appréhender le changement comme une perte, comme un deuil impossible. Ceci renvoie à leur fond dépressif très fréquemment repéré par les intervenants : « C'est une mère lasse, déprimée », « elle est au bout du rouleau », « elle se montrait délaissée », « elle somatisait, passait ses journées alitée. » Les enfants sont vécus par ces parents sans ressources psychiques comme « épuisants », « cause de leurs difficultés », persécuteurs : « Elle battait par ras le bol » dit un intervenant à propos d'une mère manifestement déprimée.

- L'incapacité à s'adapter aux besoins les plus élémentaires de l'enfant est massive. Les soins sont très souvent négligés : « Elle ne lavait pas l'enfant », « elle ne s'occupait pas de ses repas ». Les soins

peuvent être aussi « mécaniques », vides de relation ou encore nettement contaminés par l'agressivité manifeste : telle mère « habille et lave sa fille de façon agressive », telle autre « secoue l'enfant de façon brusque lorsqu'elle doit le porter ». La violence peut être beaucoup plus évidente et les besoins de l'enfant sont alors attaqués car vécus par projection comme menaçants : « Il est dégoûtant, il fait trop pipi et caca », « il bouge trop », « il mange trop », « il fait du bruit », etc.

- Les principes éducatifs draconiens, le dressage sphinctérien envahissent et chassent la relation : « Ils mettent l'enfant très longtemps sur le pot », « ils ne supportent pas une tache sur un cahier », « il faut que tout soit rangé et en ordre. » Ils sont effectivement « trop exigeants » comme le dit un intervenant.

- Cette « morale formelle » (Grunberger, 1973 ⁽⁵⁾) laisse bien peu d'espace aux jeux, qui sont extrêmement contrôlés ou refusés comme si ces parents craignaient que l'enfant ne dépasse les limites. Ils ne peuvent appréhender le jeu en tant qu'expression symbolique nécessaire au développement psychique de l'enfant. Ils trouvent le jeu « inutile », voire dangereux car échappant à leur contrôle.

- Ces parents présentent un tableau d'inhibition intellectuelle, utilisent très peu la communication verbale. Lorsqu'ils s'adressent oralement à l'enfant, c'est le plus souvent pour le menacer ou lui donner des ordres. L'intelligence, le langage, les progrès, le développement de l'enfant ne sont pas sollicités, stimulés. Il y a à la fois discours répressif et répression du discours.

- Derrière cette répression, le fantasme de l'enfant dangereux semble toujours présent comme si les parents réprimaient l'enfant pour ne pas être détruits par lui. Ainsi, une mère voyant son fils jouer avec un couteau interprète immédiatement cela comme une menace pour elle. Une autre « attache son fils par crainte qu'il ne devienne un démon ». Nous constatons là la puissance des mécanismes projectifs.

- Bien souvent, également, ces parents projettent dans l'enfant le fantasme de « l'enfant pervers » en prêtant à son comportement une « intention maligne » (Rouyer, 1978 ⁽⁶⁾) : « Il fait ça pour que vous me jugiez mal », « il fait ça pour que mon mari me batte », etc.

- Certains parents manifestent de la jalousie lorsque l'intervenant s'intéresse à l'enfant : « Ne vous occupez pas de lui, il fait du cinéma ! » dit une mère. Cette exclusion de l'enfant sur le mode « lui ou moi » masque, semblé-t-il, la demande de cette femme d'être maternée par l'intervenant. Sa jalousie, contaminée par l'envie qui attaque le lien affectif adulte-enfant, entrave les propres demandes infantiles de cette mère. Dans cette séquence, nous voyons également combien la triangulation est attaquée par ces parents.

- L'inauthenticité, l'absence de spontanéité, la soumission sont partie intégrante de ce tableau d'extrême répression et de projection¹ massive : « Ils viennent par obéissance. » Ils sont méfiants, ne peuvent vraiment faire confiance à l'intervenant : « On ne sait pas ce qu'elle pense », « elle nous cache tout. » Pour eux, « s'ouvrir à l'objet est dangereux sous peine d'empiétement » (Green, 1983⁽³⁾).

- La plupart des parents, décrits par les intervenants, dissimulent et gardent secrets les mauvais traitements : « C'est très rare qu'ils parlent de leurs actes. » Ils cèlent la vérité et disent à l'intervenant que l'enfant s'est fait mal tout seul, qu'il est l'auteur de son malheur : l'enfant « est tombé », « il s'est fait mal en tombant ». Cette rationalisation évoque la perte brutale et prématurée d'une protection, d'une contention — « l'oiseau tombé du nid ». C'est l'incapacité du parent à contenir les pulsions, les siennes et donc celles de l'enfant, qui fait tomber celui-ci.

- Ils évoquent peu leur histoire. Leur mémoire est lacunaire, fragmentée : « Ils ne se souviennent pas vraiment. » Ces parents relatent certains événements de leur histoire sans pouvoir les situer dans un continuum, leur donner un sens utilisable pour l'expérience et la croissance psychique.

Tout se passe comme s'ils figeaient le temps par la répétition, ce qui implique des relations défectueuses avec leurs propres parents. Relations dont ils n'ont pu faire le deuil. Des intervenants ont repéré cette répétition : « La mère avait été elle-même battue par son propre père »,

1. Projection : dans le sens proprement psychanalytique, « opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs voire des "objets" qu'il méconnaît ou refuse en lui ». LAPLANCHE (J.), PONTALIS (J.-B.), *Vocabulaire de la psychanalyse*.

« elle avait elle-même été élevée en institution », « la mère avait perdu sa mère à trois ans ; c'est peut-être parce qu'elle a brutalement perdu sa mère qu'elle rejette son enfant. » Un intervenant remarque qu'une mère ne battait plus sa fille lorsqu'elle reprenait contact avec sa propre mère. D'autres professionnels ont constaté que la grande majorité des mères maltraitantes qu'ils prennent en charge « ne voient plus leurs parents ». Il y a donc une cassure profonde entre les générations, une rupture de continuité qui se répète dans la maltraitance. Ces parents ont effectivement des histoires scandées par des carences multiples, des ruptures, des pertes brutales et donc des désillusions prématurées, des déceptions massives. Etant enfants, ils sont eux-mêmes « tombés » prématurément.

2. L'enfant

Sa présentation est le reflet de la personnalité du parent. L'enfant est manifestement écrasé par la violence et l'absence d'amour.

Les différents traits caractérisant l'enfant relevés par les intervenants, sont :

- La crainte, la peur manifestées à l'égard du parent : « Il tremblait », « il était replié et dès que sa mère approchait, il faisait pipi et caca sous lui », « elle était effrayée par sa mère. »

- Les évitements et la peur du regard : « Il ne regardait jamais sa mère », « il pleure lorsque sa mère le regarde. » Le regard est donc un mauvais regard directement lié aux mauvais traitements. Ces enfants ne pourront introjecter un bon regard interne permettant l'insight. Le regard de l'autre sera persécuteur, malveillant. L'enfant qui « ne regarde jamais sa mère » tente de la faire disparaître magiquement — déni de « l'objet-trauma » (Green, 1983⁽³⁾) — en réduisant d'autant son champ perceptif et son Moi.

- Certains se cramponnent à leur mère en présence de l'intervenant et développent une massive « peur de l'étranger ».

- Une tendance à se faire maltraiter, à rechercher les mauvais traitements : « Il se débrouille toujours pour être attaqué », « il se fait battre

par ses camarades. » L'enfant semble s'agripper à un persécuteur comme pour ne pas être seul face à des angoisses catastrophiques. Il reproduit le modèle de relation établi avec ses parents en dehors duquel il n'y aurait rien.

- L'inhibition motrice², le repli : « Il bougeait très peu », « il restait immobile dans son coin », « il était effacé. » Dans certaines descriptions, le retrait est encore plus profond et fait penser à des auto-érotismes secondaires avec suspension de l'activité mentale : « Il se balançait tout le temps, le regard vide. »

- L'inhibition intellectuelle et verbale avec échec scolaire : « Il parle peu », « il ne parle pas », « il ne fait rien à l'école », « il ne peut rien apprendre. » Les capacités de symbolisation, d'apprentissage, d'utilisation du jeu sont gravement endommagées.

- Peu d'enfants peuvent parler des mauvais traitements qu'ils subissent : « Ils trouvent ça normal. » Cela signe la confusion de ces enfants, incapables de se différencier de leurs parents, d'être sujets.

3. Essai d'approfondissement de ces descriptions

L'enfant et le parent vivent tous deux sous la menace d'être anéantis. Des angoisses persécutoires extrêmes envahissent leur relation et la privent d'amour, de tendresse, d'empathie.

Les besoins de l'enfant ne sont jamais pris en compte et les communications primaires mère-enfant sont distordues, inadéquates et dangereuses : la voix de la mère, les contacts peau à peau, le regard sont toujours agressifs et n'ont jamais une fonction d'étayage du « Moi-peau » (Anzieu, 1985⁽⁷⁾). Ces enfants seront comme leurs parents sans « peau psychique⁽⁸⁾ » et donc incapables de contenir leurs pulsions.

2. La répression de la motricité handicape massivement le développement psychique de l'enfant : grâce au développement locomoteur, l'enfant apprend à évaluer les distances. Par la marche, il peut activement se séparer et se rapprocher de sa mère.

Cette répression du plaisir des contacts peau à peau, nécessaires au développement du tout petit, fait vivre à l'enfant un décamponnement prématuré, brutal et inintégrable. L'enfant n'est pas porté et tenu mais arraché brusquement du giron maternel — « il tombe » — une réalité uniquement violente, qui sera ultérieurement pour lui le modèle de la réalité³.

Ces parents vivent les besoins et les pulsions de l'enfant comme des attaques réellement dangereuses auxquelles ils ne pourraient survivre⁴ et qui nécessiteraient d'être réprimées par légitime défense. Tout se passe comme si le parent renvoyait à l'état brut « les projections de l'enfant telles des balles de tennis sans les intérioriser préalablement dans un effort d'élaboration » (Begoin, 1978⁽⁹⁾). Ils apparaissent donc sans protection, à vif, extrêmement vulnérables, sous l'emprise d'un danger imaginaire qu'ils vivent comme s'il était réel. Leur « peau psychique » est manifestement trouée, fissurée et ne leur permet pas de contenir leurs propres pulsions infantiles qu'ils projettent et agissent sur l'enfant. Cette évacuation violente des pulsions barre l'intégration du Moi. Ces pulsions demeureront sans lieu psychique pour l'enfant comme pour le parent, elles seront toujours haïes et réprimées car jamais reconnues et confirmées. Elles affaibliront toujours le Moi et perpétueront une désintégration alors que leur intégration est constitutive de la force du Moi nécessaire à l'appréhension de la réalité.

Par des représailles agies en écho aux pulsions de l'enfant, « le réel se rend complice de l'imaginaire de l'enfant » (Mac Dougall, 1978⁽¹⁰⁾) et le fantasme demeure concret pour l'adulte comme pour l'enfant. Il s'établit entre eux une relation collusoire, qui confine à la « folie à deux » (Meltzer, 1984⁽¹¹⁾). Les différenciations fantasme-réalité, objet

3. Ils haïront donc la réalité et se tourneront vers l'illusion du « paradis perdu », de la vie intra-utérine. Ces enfants vivent une rupture extrêmement brutale entre la vie intra- et extra-utérine. Ils n'ont pas l'expérience d'une « nidation externe⁽³⁾ » procurée par les soins maternels, qui octroient à l'enfant le sentiment de continuité, d'unité nécessaire à son intégration. Ces enfants ne pourront grandir, ils garderont la nostalgie du giron maternel idéalisé et refuseront la réalité vécue persécutrice.

4. Pour que la relation soit satisfaisante, le Moi de la mère nécessite d'être intégré pour qu'elle puisse s'identifier aux besoins de l'enfant, accueillir ses projections. Pour cela, elle doit « faire jouer à plein l'amour d'Objet⁽³⁾ ». Seul l'amour de la mère peut atténuer la culpabilité, les angoisses persécutrices de l'enfant. Par cet amour, elle permettra à l'enfant d'introduire un Objet aimant et pensant qui sera l'axe organisateur de son Moi, son « holding » interne.

réel-objet fantasmatique et donc sujet-objet ne pourront advenir. L'altérité est niée : l'enfant est pour le parent un « Autre-Même » (Green, 1983 ⁽³⁾) méconnu, étranger. Il y a confusion d'identité entre l'adulte et l'enfant. Le parent ne reconnaît plus ses propres pulsions, il est un double de l'enfant, sans médiation psychique, sans distance. Aussi peut-on penser qu'en anéantissant l'enfant, c'est également lui-même que le parent continue d'anéantir en s'identifiant à son propre parent, qui n'a pas confirmé son omnipotence infantile lorsqu'il était enfant. Le parent n'a manifestement pas eu une « mère suffisamment bonne ⁵ » (Winnicott, 1970 ⁽¹²⁾). Il s'ensuit que ni le parent ni l'enfant ne pourront renoncer à l'omnipotence infantile, en faire le deuil et accéder à l'épreuve de réalité. Pour l'un comme pour l'autre, « la dépendance infantile a été désastreuse » (Begoin, 1984 ⁽¹³⁾) et sera redoutée en tant qu'équivalent à la détresse.

L'enfant imaginaire de ces parents est aux antipodes de « l'enfant de la réalité » (Lebovici, 1981 ⁽¹⁴⁾) : pour eux, l'enfant est soit un « ange » dépourvu de pulsions, soit un « démon » extrêmement pulsionnel et dangereux. L'enfant susceptible de les satisfaire est un enfant sans vie car toute expression de vie est vécue comme menaçante. Il y a chez eux « idéalisation de la dévitalisation » (Agostini, Hadjiisky, 1984 ⁽¹⁵⁾). Leur personnalité est marquée par un profond clivage entre le narcissisme et la pulsion : d'un côté, une extrême idéalisation, exsangue de vie, de l'autre, une extrême persécution par toute expression pulsionnelle. Ils ne peuvent faire le lien entre ces deux « parties » d'eux-mêmes, ce qui occulte toute relation à des personnes entières.

Le Moi pris dans cette problématique est donc extrêmement maltraité. C'est un Moi profondément clivé, incomplet. Le Moi rétréci par l'épreuve de force entre le Ça et le Surmoi est un « Moi bipolaire ⁽¹⁶⁾ » dont Sandor Ferenczi (1982) dit qu'« il est fait uniquement de Ça et Surmoi ⁽¹⁶⁾ ». Ce Moi ne peut déployer les fonctions qui lui sont imparties : appréhension du temps, de l'espace, de la réalité. Il ne peut faire

5. Par « mère suffisamment bonne », D.W. Winnicott entend une mère qui peut « satisfaire les besoins du nourrisson de façon si adaptée que ce dernier soit en mesure de ressentir de brefs moments d'omnipotence ⁽¹²⁾. » C'est une mère qui a accès à l'ambivalence et qui a la capacité d'« entrer grâce à ses anticipations créatrices en résonance avec ce que son enfant lui offre et provoque chez elle. Mais pour pouvoir le faire, elle doit être capable d'être une mère, qui n'a pas seulement porté en elle l'enfant imaginaire mais qui doit répondre à l'enfant de la réalité ⁽¹⁴⁾. »

face à la différence, à l'absence et se développer. Le Moi restera immature, incapable de tolérer la frustration, la dépression, d'élaborer les angoisses de séparation et donc de créer des symboles ⁶.

Les dommages psychiques causés par la maltraitance sont manifestement très profonds. Le parent et l'enfant sont fixés dans un registre où les actes ne sont pas encore « traduisibles en pensées et communications » (Mac Dougall, 1978 ⁽¹⁰⁾), où les mots ne peuvent contenir les émotions et les sentiments.

Pour l'enfant comme pour le parent, la réalité est mauvaise, empiétante, menaçante. Il en découle, semble-t-il, une « haine de la réalité intérieure et extérieure ⁽¹⁾ ». Ils haïront donc les émotions — réalité interne — qui n'ont pas été contenues et transformées par l'objet et seront de ce fait trop intenses pour être contenues par leur Moi immature. Ils haïront tous les appareils qui permettent l'appréhension de la réalité. Ainsi la pensée verbale en tant qu'« appareil de prise de conscience de la réalité ⁽¹⁾ » sera endommagée et attaquée. La communication verbale, qui implique une relation à des objets totaux et nécessite une « distance suffisante à l'Objet pour pouvoir penser à lui » (Meltzer, 1980 ⁽¹⁷⁾), subit un profond préjudice. Le langage est un médiateur sans contact immédiat, dont la condition *sine qua non* est que le sujet parlant soit « hors de ⁽¹⁷⁾ » l'Objet. Or, dans la maltraitance, il y a relation d'« inclusion réciproque » (Racamier, 1978 ⁽¹⁸⁾), qui déracine le symbole. Comme le dit Hanna Segal : « Les problèmes de la formation du symbole doivent toujours être examinés dans le contexte de la relation du Moi avec ses Objets ⁽¹⁹⁾ ». Lorsque le parent renvoie brutalement à l'enfant ce qu'il ressent de mauvais en lui — enfant et parent —, « le sujet n'arrive plus à parler avec certitude de lui à quelqu'un, ni même à être sûr pour lui de ce qu'il ressent ⁽¹⁷⁾ ».

Nous avons le sentiment que la maltraitance est une répétition compulsive d'un « désastre primitif », que l'enfant et le parent sont proches d'une mort psychique, qu'ils ne sont, comme dit Bion (1983), « ni vivants ni morts ⁽¹⁾ » : il n'y a chez eux aucune temporisation, aucun projet, aucun processus. Leur lien à la réalité est, comme nous l'avons

6. Les symboles permettent d'établir un lien entre la réalité interne et la réalité externe. « Le symbole est utilisé non pour nier mais pour surmonter la perte ⁽¹⁹⁾ », écrit Hanna Segal.

vu, extrêmement vicié. Aux différences générationnelles et sexuelles qui constituent « le roc et la réalité » (Chasseguet-Smirgel, 1973 ⁽²⁰⁾) se substitue une lutte extrême entre les générations. Tout se passe comme si une génération menaçait directement de mort l'autre. C'est une dialectique du type « l'un ou l'autre » (Bergeret, 1984 ⁽²¹⁾), une épreuve de force sans merci, sans tiers pensant, sans médiation psychique, sans limites sous le sceau de la loi du plus fort. L'enfant et le parent nous sont apparus au travers des descriptions faites par les intervenants comme deux ennemis.

Il nous a semblé que les intervenants ont peu repéré la honte de ces parents. Or, cet affect narcissique est masqué tout comme leurs déceptions et leurs blessures. Ces blessures narcissiques sont liées à l'échec de leur relation avec leurs propres parents et demeurent à vif comme une plaie non cicatrisée — « Moi peau » troué. Aussi tiennent-ils à dissimuler l'absence d'amour, les empiétements qu'ils ont subis et dont ils ont honte par crainte que ces mauvaises relations originaires ne se répètent.

Ils ne peuvent s'exposer, montrer leurs failles, par peur d'être anéantis. Il y a chez eux une méfiance de base, qui entrave toute confiance à l'égard d'un Objet extérieur par peur d'une déception, d'une répétition du traumatisme. Ils ne pourront plus « accepter les gratifications narcissiques ni les solliciter de manière efficace » (Grunberger, 1975 ⁽²²⁾). Ils se sentent indignes, sans valeur, ne peuvent s'aimer, ne peuvent aimer. Ils se savent plus ou moins confusément immatures, incapables de faire face aux sollicitations pulsionnelles et perçoivent le caractère infantile des mauvais traitements. C'est sans doute pour cette raison qu'ils les cachent. Les mauvais traitements désignent leurs pulsions non résolues, le deuil non effectué, la mauvaise relation avec leurs parents. « Ils vivent donc chroniquement sous le signe de la pulsion non résolue » (Haynal, 1977 ⁽²³⁾), de l'anachronisme. Cette inintégration leur barrera le franchissement des étapes de la vie.

Ces déceptions constituent la « racine de leur dépression » (Green, 1983 ⁽³⁾) qui, elle, est souvent perçue, voire surinvestie par les intervenants. Ils surmontent toutefois le traumatisme en le niant, en le cachant. La honte s'oppose à la verbalisation : l'autre ne doit pas savoir. Mais le

traumatisme à effacer, à oublier est présent dans les mauvais traitements comme un fantôme qui surgirait du passé, comme un mauvais esprit qu'ils ne parviennent pas à anéantir. Par les mauvais traitements qu'ils agissent, ils sont reconfrontés à leur déplaisir originaire auquel ils sont fixés, dont ils ne peuvent faire le deuil.

Le sujet honteux désire la disparition des témoins de sa déception, de son humiliation, l'anéantissement de ceux qui lui rappellent sa blessure narcissique. L'enfant, lui, la réveille en permanence, il dénonce le parent, lui rappelle son enfance, ravive sa douleur. Il est donc à anéantir. L'enfant rappelle trop au parent son manque de « confirmation narcissique ⁽²²⁾ ». Attaquer l'enfant paraît être un moyen extrêmement pathologique du parent pour effacer sa propre blessure narcissique. Mais il reste puissamment assujéti à cette blessure qui est omniprésente. On peut supposer qu'avec les intervenants, ces parents utilisent leurs puissants mécanismes de défense pour induire chez ces témoins une tâche aveugle, qui les empêche de percevoir leur blessure narcissique représentée par l'enfant maltraité.

Nous pensons que ces parents se sentent responsables de l'échec de la relation avec leurs propres parents, qu'ils sont envahis par une culpabilité et par des autoreproches inconscients, incontenables et donc projetés dans l'enfant : pour eux, ce sont les pulsions infantiles qui gâchent tout, qui sont fautrices de traumatisme. Les pulsions sont pour eux sales, mauvaises, cause de leurs insatisfactions et de leur « infirmité honteuse ⁽²²⁾ ». Ces pulsions non confirmées par leur Objet sont vécues par ces parents comme dangereuses et responsables de la mauvaise relation avec leurs propres parents.

Elles sont à anéantir, à réprimer afin de retrouver l'aconflictualité — fantasmée — du « narcissisme primaire absolu ⁷ » ⁽²²⁾.

Nous voyons combien cette problématique est en deçà de la triangulation oedipienne et de l'ambivalence des sentiments. C'est une problématique marquée par la confusion d'identité, dont les mécanismes de défense omnipotents sont : un clivage du Moi extrêmement profond, le

7. Narcissisme primaire absolu : selon B. Grunberger (1975) : « Etat prénatal, où tout besoin est immédiatement satisfait ⁽²²⁾. »

déni de la réalité interne et externe, l'idéalisation, l'identification projective excessive.

L'intervenant est confronté avec ces clients à une pathologie sans ouverture masquant une grande vulnérabilité. Leur omnipotence est réactionnelle aux blessures narcissiques vécues dans leur enfance. Ils attendent peu de la vie et craignent de s'exposer à l'étranger qu'ils s'efforceront de manipuler. Nous avons vu combien toutes leurs relations sont conflictuelles. Dans leur vie, ils choisissent des proches comme eux. Or, ils ne s'aiment et ne peuvent aimer ceux avec qui ils vivent.

LES MECANISMES DE DEFENSE INCONSCIENTS DES INTERVENANTS

Pour 56 % des intervenants, les parents maltraitants sont « quand même » de bons parents.

Leur relation avec ces clients apparaît bien souvent incomplète, artificielle afin d'éviter la désillusion et le doute : « Je n'arrive pas à y croire », « ça abîme trop quelque chose en nous », « un père qui fait ça, comment est-ce possible ? »

Leur désir de maintenir une illusion⁸ leur fait perdre tout repère et adopter des positions extrêmes bien souvent semblables à celles de leurs clients. Leur « activité de pensée » (Bion, 1979⁽²⁴⁾) se dénature dans la fabrication d'idéologies : « Je suis résolument contre le placement », « chaque culture a son mode de punition, or la punition n'est pas un sévice », « c'est parce que les loyers sont trop élevés qu'ils battent leurs enfants », « ils ont des logements exigus », etc.

Dans ces cas, le conflit n'est pas pris en considération, il est situé à l'extérieur.

8. Illusion : « Croyance motivée par la réalisation d'un désir et qui n'a pas besoin d'être confirmée par la réalité », écrit Freud dans *L'Avenir d'une illusion* en 1927.

Les idéologies impliquent l'expulsion de ce qui peut entraver l'illusion de « pureté ⁽²⁵⁾ ». Elles sont une « rationalisation de l'illusion » (Petot, 1979 ⁽²⁶⁾) et font « l'économie de l'évolution » (Segal ⁽²⁰⁾). Le corollaire de l'idéologie est donc la projection de la pulsion. Or, nous avons pu constater dans le premier chapitre les puissantes tentatives des parents maltraitants pour retrouver un fantasme de pureté aconflictuelle, anténatale, en projetant la « mauvaise » pulsion.

Cette relation semble induire chez les intervenants un clivage entre le narcissisme et la pulsion semblable à celui de leur client, qui est par ce jeu de miroir un « Autre-Même ».

Les mécanismes de défense que nous allons approfondir ci-dessous sont intercorrélés et sous le sceau d'un profond clivage du Moi avec idéalisation et projection.

1. Dénier des représentations de la violence

La violence des parents peut être minimisée et déniée : « C'était comme ça car il était nerveux », « ça pouvait être de la maladresse inconsciente », « c'est la situation familiale qui peut expliquer la tristesse de l'enfant sans que les mauvais traitements soient en cause », « la situation n'est pas brillante mais les relations affectives sont très importantes », etc.

Beaucoup de réponses peuvent se réduire à celles-ci : « Malgré tout, ils aiment leurs enfants », « ils lui ont brûlé les genoux mais ils l'aimaient », « il y avait de multiples fractures mais les parents étaient aimants, innocents », « la mère était très très bien. »

L'illusion que la mère est toujours aimante et bonne est préservée à tout prix. La violence est irreprésentable. La mauvaise Imago ⁹, celle de

9. Imago : « Prototype inconscient de personnages qui oriente électivement la façon dont le sujet appréhende autrui ; il est élaboré à partir des premières relations intersubjectives réelles et fantasmatiques avec l'entourage familial. » J. LAPLANCHE, J.-B. PONTALIS, *Vocabulaire de la psychanalyse*.

la mère infanticide, est tenue à distance, évacuée afin qu'elle n'envahisse pas la relation.

Le déni peut être massif et nous pouvons voir combien il attaque la pensée verbale : « Je ne sais pas ce qu'on appelle mauvais traitements. » Certains pensent d'ailleurs que « mauvais traitements » devrait être « enlevé » du dictionnaire afin que cette représentation soit totalement anéantie : « Il faudrait trouver un autre mot. »

Tout un pan de représentations psychiques est donc évacué, ce qui mutile le Moi et inhibe tout désir de savoir : « Il ne faut pas chercher la petite bête », « je n'entre jamais dans les détails », « il ne faut pas tout suspecter. »

L'imgo du « bon parent » doit être coûte que coûte prévalente, ce qui implique la destruction de la mauvaise imago¹⁰.

Dans ces relations, le fonctionnement psychique de l'intervenant est le reflet de celui du parent maltraitant : il s'établit une relation en miroir avec exclusion et attaque du tiers, du témoin, du Moi. Tout comme le parent maltraitant, l'intervenant est atteint d'une véritable cécité psychique, qui dénie le traumatisme et le laisse se répéter sans limite.

2. La dénégation

La dénégation est un « procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées ou sentiments jusqu'ici refoulé, continue à se défendre en niant qu'il lui appartienne » (Laplanche, Pontalis (27)).

Quelques exemples : « Elle le secouait de façon brusque..., rien à voir avec le rejet », « on ne peut pas dire qu'il n'y avait pas d'amour », « les mauvais traitements ne sont pas en cause », « un enfant dressé à coup de gifles c'est pas bien mais c'est pas des mauvais traitements. »

10. « Le déni omnipotent de l'existence de l'objet mauvais et de la situation douloureuse équivaut pour l'inconscient à leur anéantissement par la pulsion destructrice... Ce n'est pas seulement la situation et l'Objet qui sont déniés et anéantis, c'est une relation d'Objet qui souffre ce destin et par conséquent une partie du Moi, celle d'où émanent les sentiments à l'égard de l'Objet est elle-même déniée et anéantie⁽²⁸⁾. »

Ce mécanisme, tout comme le précédent, coupe les liens avec des représentations insupportables afin de maintenir l'illusion de la très bonne mère (l'idéalisation).

3. Idéalisation de la relation avec le parent

Les intervenants ont souvent tendance à idéaliser leur place auprès de ces parents : « Je voudrais tout arranger, être efficace. » Ils désirent alors une relation parfaite, sans conflits, non contaminée par la violence. Ils veulent « un travail gratifiant », c'est-à-dire propre, non sali par la pulsion.

Ces relations sont établies sur l'illusion que tout peut s'arranger magiquement, sans en parler. La relation doit être maintenue pure, non entachée par des paroles sales. « Moi, je n'aborde pas le problème à cru. »

Les intervenants captés par cette relation ne veulent pas être « délogés d'une place si gratifiante » (Soulé, Noël, 1971⁽²⁹⁾). Ils ne veulent pas « trahir la confiance des parents », « être des contrôleurs ». C'est aux autres à intervenir, à s'occuper de la pulsion : « Ce n'est pas notre rôle », « chacun son territoire », « il ne faut pas les culpabiliser à mort comme le fait le juge¹¹. »

Toutefois, la crainte latente que l'imgo persécutoire projetée au dehors ne réapparaisse peut se manifester. Les intervenants deviennent alors méfiants à l'égard de leurs clients : « Je ne veux pas qu'ils viennent me demander des comptes », « il ne faut pas qu'ils puissent établir une relation entre le fait d'être venus nous voir et un signalement », « j'utilise toujours des prétextes scolaires pour les voir... Il faut que ça reste sur ce plan-là, que ça ne dérive pas. »

Cette relation ne peut donc contenir, à l'instar du Moi des parents maltraitants, la culpabilité, l'agressivité et la souffrance psychique. Ces

11. Comme le disent Michel Soulé et Jeannine Noël : « Le client devient l'enfant parthénogénétique du roman familial de chacun et chacun redoute que l'autre ne soit la fée Carabosse qui fera peur et mal⁽²⁹⁾. »

affects doivent demeurer à l'extérieur. L'intervenant fonctionne comme le parent avec un Moi clivé, qui ne peut lier l'Objet idéalisé à l'Objet persécuteur et donc percevoir l'enfant.

Une des craintes qui inhibe la verbalisation du conflit est celle d'une rupture avec le parent si la maltraitance est parlée : « Si on leur dit : vous battez vos enfants, ils risquent de ne plus revenir. » La distance introduite par la communication verbale provoquerait brutalement une distance catastrophique, une cassure et ferait resurgir concrètement le traumatisme au lieu de le contenir.

Parler réintroduirait la mauvaise imago non symbolisable : « Ils vont partir dans la nature, c'est encore plus dramatique. » L'intervenant prend alors la place du mauvais parent qui ne protège pas son enfant, l'expose et l'abandonne aux cruelles pulsions d'une « mère-nature » infanticide. On pense à Oedipe exposé sur le Cythéron.

La mauvaise imago est donc vécue comme une « chose à soi ». Dans cette communication, où les mots cessent d'être des signes, la mauvaise imago est en fait très proche : « Je n'accule jamais les gens au désespoir en disant : vous battez vos enfants, vous êtes un monstre. » Le fantasme archaïque du « monstre », de la mère toute-puissante, du mauvais objet combiné, de la Sphynge « dévoreuse », du cauchemar est donc omniprésent. Mais, comme chez le parent maltraitant, il est proche, trop envahissant pour être mentalisé. Dans cette relation, il attaque l'activité de pensée de l'intervenant sur le même mode que celle du parent. La collusion entre eux est extrême.

Toutefois, cette sidération du moi, cette suspension de l'activité mentale peut être angoissante : « J'aurais pu établir un dialogue pendant des années, mais pour déboucher sur quoi ? »

4. Une formation réactionnelle : la compassion pour le parent

La formation réactionnelle est « une attitude psychologique de sens opposé à un désir refoulé et constitué en réaction à celui-ci » (Laplanche, Pontalis ⁽²⁷⁾).

Les aspects impuissants « démunis », « épuisés » des parents sont surinvestis : « Il faut comprendre cette femme fatiguée », « la mère est épuisée, elle est victime et inconsciente de ce qu'elle fait. » Ce parent, dépourvu, ne peut être perçu maltraitant, sa colossale omnipotence est niée.

La dépression de l'enfant n'est par contre pas prise en compte. La reconnaître impliquerait de la lier à l'omnipotence du parent. De toute façon, l'enfant doit être sacrifié : « Il faut bien voir que l'enfant maltraité est un enfant remède pour les parents, il les soigne de leur mal de vivre. »

Les intervenants tout comme les parents ne peuvent plus faire le lien entre la violence et la dépression. Or, comme nous avons pu le voir, les deux vont de pair dans cette pathologie. C'est l'inintégration de la violence qui est à l'origine de la dépression.

Le parent, « victime », est hyperprotégé et il ne faut surtout pas réévoquer son histoire, parler de ses parents : « Admettre que c'était mal de battre ses enfants, c'était penser que ce qu'elle avait vécu pendant son enfance était mauvais pour elle. Elle aurait dû remettre en cause sa propre enfance ». L'éternel retour du traumatisme premier doit être nié.

Michel Soulé et Jeannine Noël (1971) situent cette compassion à l'égard du parent par rapport au roman familial. Pour ces auteurs, « la formation réactionnelle liée à la culpabilité que réactive en nous le fait d'avoir à protéger et à remplacer leurs parents conduit parfois par renversement en son contraire à vouloir protéger ces parents à tout prix ⁽²⁹⁾ ». Cette extrême indulgence peut octroyer tous les droits aux parents : « Après tout, ils sont les parents, ils élèvent leurs enfants comme ils veulent. »

5. Le clivage psyché-soma

Certains intervenants minimisent outrancièrement le traumatisme dit « physique » aux dépens du « moral ». Il s'ensuit que seuls les cas létaux suscitent leur attention : « Moi, je me base sur un danger de mort », « si

je ne pense pas que l'enfant est en danger de mort, il est quand même mieux chez ses parents. »

Le corps ¹² est alors déprécié, perçu comme négligeable sans intérêt car porteur des pulsions. Le corps est sale alors que le psychisme serait pur, beau. La psyché sans ancrage corporel serait une psyché étale, cosmique. Le corps pulsionnel lui est sacrifié. C'est le corps du délit, le corps « démon » à brûler, comme on brûlait les sorcières. Le corps apparaît comme la part du feu pour sauver la psyché.

Nous avons pu voir que ce fantasme d'une psyché désincarnée est également présent chez les parents maltraitants, qui haïssent la pulsion et souhaiteraient un enfant dévitalisé. Pour eux, la corporéité est mauvaise. Ce clivage corps-psyché correspond au clivage narcissisme-pulsion.

« L'idéal humain à un certain niveau est la pureté absolue qui se présente alors comme antagoniste de la solution pulsionnelle ⁽²⁵⁾ » écrit Bela Grunberger (1984). La pureté implique la projection de la pulsion puis la répression de ceux sur lesquels elle a été projetée. Mais en réprimant les souillés, le pur agit la pulsion qu'il condamne. Il est alors piégé dans le « mauvais cercle » paradoxal de la « haine de la haine », qui engendre des attaques sans fin sous le couvert d'une hyper moralité : Sur-Moi archaïque. Nous voyons combien ce fonctionnement aux « conséquences mortifères » (Klein, 1966 ⁽²⁸⁾) est familier aux parents maltraitants et comme la « pureté » peut être dangereuse !

Le corollaire de ce clivage psyché-soma est qu'il ne faut surtout pas séparer les enfants des parents : « Ils sont quand même mieux avec leurs parents », « on dit que les séparer des parents leur cause un traumatisme moral, c'est leur avenir qui est alors atteint tandis qu'un trauma physique c'est moins grave, on peut toujours réparer à l'hôpital. »

L'unique traumatisme serait en fin de compte celui de la séparation : des intervenants appréhendent celle-ci comme un vide qui suscite des angoisses catastrophiques. Nous avons déjà pu remarquer que les parents et les enfants décrits fonctionnent sur le même mode. La pré-

12. Il est nécessaire d'insister sur l'importance de l'unité psychosomatique que Winnicott renomme le Soi : dans une bonne relation mère-enfant, la psyché s'intègre dans le soma et la peau constitue une frontière entre le dedans et le dehors. Le Moi s'étaye sur des expériences corporelles.

sence du mauvais Objet est perçue comme bénéfique car elle colmaterait soi-disant ces angoisses. En somme, il vaudrait « mieux être fixé au mauvais parent qu'être orphelin ⁽³⁰⁾ ». Nous pensons comme J. Begoin (1984) que de « mauvaises expériences dans la réalité sont dangereuses dans la mesure où elles renforcent la puissance du mauvais Objet et le Surmoi talionique ⁽³⁰⁾ ».

6. Projection de la mauvaise image sur les autres intervenants

Comme l'écrivent Michel Soulé et Jeannine Noël (1971) : « Nous devenons infiniment bons puisque nous projetons notre agressivité en l'attribuant uniquement aux autres ⁽²⁹⁾. »

C'est donc aux autres à signaler : « C'est le risque de leur travail », « ce n'est pas mon rôle de détecter, d'intervenir, c'est aux autres de signaler au juge. »

Le signalement, qui pourrait être une introduction de la réalité, une triangulation, est souvent dénié en tant que tel et est capté par le registre idéalisation-persécution, qui octroie au juge un rôle d'inquisiteur : « C'est affreux pour eux », « c'est la loi du talion. » Au niveau des fantasmes, les parents vont être à leur tour torturés, maltraités par la justice. D'où le refus des intervenants d'endosser ce rôle de délateur et de bourreau.

Nous voyons là combien le Surmoi des intervenants devient identique à celui des parents — Surmoi archaïque talionique. La projection de ce Surmoi archaïque anal sur le juge est parfois évidente : « La structure judiciaire est culpabilisante, c'est un moule. » Le dressage sphinctérien extrême des parents maltraitants est projeté sur le juge.

Ne pas informer les instances extérieures dans des cas aussi graves, c'est mettre le fantasme sur le même plan que la réalité, comme le font les parents maltraitants. La triangulation inexistante dans cette problématique nécessite d'être introduite afin de limiter l'omnipotence de ces parents : « Le juge d'enfants est relégué au rang de croquemitaine alors que son rôle pourrait être d'apporter la solennité du tribunal dans des

entreprises vouées à l'échec dans la mesure où précisément elles supposent la coopération de familles, qui sont souvent en fait plus soucieuses de manipuler l'intervenant pour limiter les dégâts que de profiter de son aide. » (Soulé, Noël, 1971 ⁽²⁹⁾).

7. Projection de la mauvaise imago dans l'enfant

79 % des intervenants ont situé l'enfant comme origine de la mauvaise relation. 20 % ont à peine évoqué l'enfant.

L'enfant est fréquemment perçu par les intervenants comme « peu attrayant », « mauvais », « sale », « encoprésique », « passif », « turbulent ». C'est un enfant décevant et responsable des difficultés de ses parents : « Il ne laisse jamais sa mère tranquille », « il est désolant », « désinvestissant. » Nous retrouvons l'enfant pulsionnel mauvais, l'enfant caca qui gâche tout, est responsable de la mauvaise relation.

Il arrive exceptionnellement que l'enfant parle des mauvais traitements. Certains intervenants pensent alors qu'il ment : « C'est un menteur », « est-ce qu'on peut croire ce que dit un enfant ? » L'extrême indulgence à l'égard des parents l'emporte encore aux dépens de l'enfant : « Il peut croire que c'est sa mère qui l'a blessé et puis c'est tellement facile de casser le bras d'un enfant par inadvertance », « il accuse sa mère qui l'a laissé tomber par inadvertance. » La relation est sous l'emprise du faux.

8. Clivage extrême : l'un ou l'autre

Comme nous avons pu le voir, certains intervenants n'envisagent un signalement que si l'enfant est en danger de mort.

Dans ces cas, ils participent à la « violence fondamentale ⁽²¹⁾ » des parents maltraitants. Celle-ci ne laisse « pas de place dans l'imaginaire à la fois pour les parents et pour l'enfant ⁽²¹⁾ » : « On est partagé entre les

deux », « il n'y a retrait de l'enfant qu'après la mort de l'un d'eux, cela sauve les autres. » Donc l'un vit aux dépens de l'autre, l'un doit être sacrifié pour que l'autre vive. Les intervenants ne peuvent souvent se dégager des rets de cette violence, qui immobilise leur pensée : « On a la confiance de la part des parents, on a une responsabilité à l'égard de l'enfant. » Lequel doit être sacrifié ?

Cette « loi du langage binaire » (Bergeret, 1984 ⁽²¹⁾) exclut à l'évidence tout médiateur, tout lien, toute fonction du Moi et peut paralyser l'intervenant, qui se situe alors en spectateur passif d'une tragédie antique ou d'une épreuve ordalique : « On attend que la situation s'améliore, que les choses se déroulent... » Le jugement de Dieu en somme.

CONCLUSION

Nous avons essayé de comprendre l'inhibition massive que peuvent vivre des intervenants face à une pathologie bien en deçà de l'ambivalence et de la triangulation du complexe d'Oedipe. Cet organisateur central de la vie psychique est attaqué avec virulence par la maltraitance.

Celle-ci endommage toutes les relations. Nous avons effectivement constaté des attaques du lien père-mère, du lien parent(s)-enfant, de l'enfant en tant que lien entre les deux parents. Les assises du Moi subissent un grave préjudice précoce : le Moi maltraité ne peut compter sur un bon Objet interne — le sein, la mère — et sur l'introjection des deux parents réunis — « triade narcissique ⁽²²⁾ ». Ces bases du Moi qui permettent ultérieurement les différenciations et les aménagements identificatoires plus évolués manquent au parent et à l'enfant. Ce fonctionnement mortifère barre tout processus évolutif tant la faille narcissique occasionnée par ces agirs est béante et se perpétue. L'absence de contention, de « peau psychique » de ces clients est extrêmement importante. Le Moi ne peut contenir et utiliser la pulsion pour sa croissance. Ils vivent sous le diktat de la pulsion non résolue, qui s'exprime sur un mode omnipotent.

Le refus de la réalité est massif dans cette pathologie : de mauvaises relations précoces ont vicié leur relation à la réalité, aux sentiments. Ces parents ont souffert de l'absence de médiatisation psychique, de contention et de limite dues aux défaillances de leurs propres parents. Aussi, utilisent-ils leurs défenses omnipotentes pour que rien ne change, pour s'agripper à l'« intemporalité narcissique » (Haynal, 1977 ⁽²³⁾), afin de dénier leurs traumatismes qu'en fait ils infligent à leurs enfants. Il y a transmission transgénérationnelle de cette grave pathologie.

Leurs mécanismes de défense sont des « agirs psychiques ⁽¹⁸⁾ » par lesquels ils attaquent la communication verbale, la pensée, afin de maintenir la relation dans le registre archaïque du « tout ou rien », de « l'un ou l'autre ». Par ces agirs psychiques, ils substituent « l'action exercée sur autrui à la prise de conscience » (Racamier, 1978 ⁽¹⁸⁾). La force de ces défenses peut sidérer le Moi de l'intervenant.

Les réponses au questionnaire ont montré des collusions extrêmes parent-intervenant dans lesquelles ce dernier avait une relation en miroir au parent. L'intervenant perd alors toutes ses capacités d'établir des liens et de trianguler. Son contact à la réalité s'altère d'autant. Nous avons pu constater qu'éviter d'aborder le conflit verbalement maintenait celui-ci dans le registre mortifère de « la compulsion de répétition ⁽³¹⁾ », cet « éternel retour du même » (Freud, 1920 ⁽³¹⁾) qui triomphe dans la maltraitance. Le respect excessif de la honte des parents, qui voudraient cacher leurs propres traumatismes exposés en fait dans leur relation à l'enfant, est préjudiciable à l'épreuve de réalité.

En n'étant pas attentif à l'enfant, en idéalisant le parent, en niant tout traumatisme, l'intervenant n'élimine pas la violence réelle : elle est projetée sur les autres intervenants — qui pourraient fonctionner en tiers — et sur l'enfant. C'est en fait toujours ce dernier qui demeure la cible de cette violence puisqu'il n'est jamais protégé.

Les intervenants pris dans les rets de cette pathologie peuvent vivre le juge des enfants comme une puissance archaïque exerçant la loi du talion alors qu'en réalité ce magistrat se situe « au coeur du conflit — droits des parents — besoins des enfants ⁽²⁹⁾ ». Michel Soulé et Jeannine Noël (1971) insistent sur la fonction « structurante plus que traumatizante... » « de la solennité de la fonction et du lieu ⁽²⁹⁾ ».

Nous évoquerons pour terminer une représentation mythologique de la maltraitance afin d'illustrer la profondeur de ce conflit. L'enfant maltraité nous entraîne dans le registre de la démesure, de l'enfant exposé à la mort car maléfique pour ses parents. C'est Oedipe exposé sur le Cythéron après avoir été maltraité – pieds percés – car sa vie menaçait celle de ses parents, qui avaient « peur d'un oracle des dieux » (Sophocle⁽³²⁾). Sa vie impliquait selon l'oracle d'Apollon la mort de Jocaste et de Laïos. Cet enfant exposé à la violence réactive massivement le roman familial des intervenants.

Nous voyons l'effort psychique à fournir face à cette problématique, afin d'établir des liens jamais établis par ces parents et ces enfants. La triangulation nous apparaît fondamentale avec ce type de client qui mettent en acte une omnipotence infantile devenue extrêmement dangereuse car jamais contenue ni parlée.

BIBLIOGRAPHIE DU CHAPITRE III

- (1) BION (W.R.), (1983).
Réflexion faite. — Paris : PUF.
- (2) CAILLOT (J.-P.), DECHERF (G.), (1982).
Thérapie familiale psychanalytique et paradoxalité. — Paris : Ed. Clancier-Guenaud.
- (3) GREEN (A.), (1983).
Narcissisme de vie, narcissisme de mort. — Paris : Ed. de Minuit.
- (4) FREUD (S.), (1937).
Analyse terminée, analyse interminable. *Revue française de psychanalyse*, 1938-1939, 10-11, n° 1, p. 3-38.
- (5) GRUNBERGER (B.), (1973).
Idéal du Moi et Surmoi précoce. *Revue française de psychanalyse*, T XXXVII, p. 959-967.
- (6) ROUYER (M.), (1978).
Essai de prise en charge des parents maltraitants. — Paris : Ed. ESF.
- (7) ANZIEU (D.), (1985).
Le Moi peau. — Paris : Dunod.
- (8) BICK (E.).
The experience of the skin in early objects relations. *Int. Jour. Psy.*, 49, p. 484-486.
- (9) BEGOIN (J. et F.), (1978).
Pour une resexualisation de la sublimation. *Revue française de psychanalyse*.
- (10) MAC DOUGALL (J.), (1978).
Plaidoyer pour une certaine anormalité. — Paris : Gallimard.
- (11) MELTZER (D.), (1984).
Les concepts d'identification projective (Klein) et de contenant-

- contenu (Bion) en relation avec la situation analytique. *Revue française de psychanalyse*, T. XLVIII, p. 541-550.
- (12) WINNICOTT (D.W.), (1970).
Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant, in : Le processus de maturation chez l'enfant. — Paris : Payot.
- (13) BEGOIN (J.), (1978).
Aimer et se sentir aimé : Notes sur l'amour de transfert. *Revue française de psychanalyse*, T. XLII, p. 721-746.
- (14) LEOVICI (S.), (1981).
A propos des thérapeutiques de la famille. *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XXIV, p. 541-582.
- (15) HADJISKY (E.), AGOSTINI (D.), (1984).
La question de la transmission des mauvais traitements physiques. Communication au 60^e anniversaire de l'Association Olga Spitzer, janvier 1984.
- (16) FERENCZI (S.), (1982).
Confusion des langues entre les adultes et l'enfant 1933. Trad. française — in *Psychanalyse*, T. IV. — Paris : Payot.
- (17) MELTZER (D.), (1980).
Exploration dans le monde de l'autisme. — Paris : Payot.
- (18) RACAMIER (P.-C.), (1978).
Les paradoxes des schizophrènes. — Paris : PUF.
- (19) SEGAL (H.).
Note sur la formation du symbole. *Revue française de psychanalyse*, n° 4, p. 693.
- (20) CHASSEGUET-SMIRGEL (J.), (1973).
Essai sur l'idéal du Moi. *Revue française de psychanalyse*, T. XXXVII.
- (21) BERGERET (J.), (1984).
La violence fondamentale. — Paris : Dunod.
- (22) GRUNBERGER (B.), (1975).
Le narcissisme. — Paris : Petite Bibliothèque Payot.

- (23) HAYNAL (A.), (1977).
Le sens du désespoir. *Revue française de psychanalyse*, T. XLI, p. 5-167.
- (24) BION (W.R.), (1979).
Aux sources de l'expérience. — Paris : PUF.
- (25) GRUNBERGER (B.), (1984).
De la pureté. *Revue française de psychanalyse*, T. XLVIII, p. 483-490.
- (26) PETOT (J.M.), (1979).
Mélanie Klein, T. II. — Paris : Dunod.
- (27) LAPLANCHE (J.), PONTALIS (J.-B.).
Vocabulaire de la psychanalyse.
- (28) KLEIN (M.), (1966).
Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In : Développement de psychanalyse. — Paris : PUF.
- (29) SOULE (M.), NOEL (J.), (1971).
Le grand renfermement des enfants dits « cas sociaux ». *Psychiatrie de l'enfant*, XIV, p. 577-620.
- (30) BEGOIN (J.), (1984).
Présentation de quelques repères sur l'évolution du concept d'identification. *Revue française de psychanalyse*, XLVIII, p. 485-490.
- (31) FREUD (S.), (1920).
Au-delà du principe de plaisir. G.W., XIII.
- (32) SOPHOCLE.
Oedipe Roi vers 1174.
- GREEN (A.), (1973).
Le discours vivant. — Paris : Ed. PUF.
- GREEN (A.), (1973).
L'enfant de ça. — Paris : Ed. de Minuit.

- KAES (R.), (1976).

L'appareil psychique groupal. – Paris : Ed. de Minuit.

Chapitre IV



LA BANALISATION

Florence DARDEL

LA MALTRAITANCE : UN DEFI AUX PROFESSIONNELS DE LA RELATION

Dans cette étude, nous n'insisterons jamais assez sur l'angoisse que suscite chez l'intervenant la relation avec les familles maltraitantes.

Chaque catégorie professionnelle est différemment préparée à aborder le travail d'observation et d'intervention que nécessite la suspicion de mauvais traitements. Si nous prenons par exemple le cas d'un médecin, dont la vocation première est de soigner, de remédier aux défaillances physiologiques de l'individu malade, la découverte de traumatismes chez l'enfant qui seraient causés par une personne proche ne peut être qu'extrêmement difficile à assumer. Serait-ce la raison essentielle des nombreux refus que cette profession a opposés à notre recherche, le refus étant une forme extrême et particulière de réaction à notre enquête ?

Il en va de même pour les intervenants d'un autre domaine professionnel : le scolaire. L'école représente un lieu privilégié pour le dépistage des enfants victimes de sévices. Pourtant, le choix d'enseigner n'implique pas, loin de là, le désir de se préoccuper des problèmes du milieu où vit l'enfant. Mais c'est un fait de société et l'évolution des notions psycho-pédagogiques obligent à prendre en compte le vécu de l'élève dans la fonction pédagogique. Il est généralement admis que le climat affectif et matériel peut favoriser ou freiner les acquisitions intellectuelles. Cette constatation exige une attention plus grande de la part des instituteurs à ce que vivent les enfants en dehors du temps scolaire.

Dès lors, il est possible de supposer que le travailleur social au sens large (assistants sociaux, puéricultrices, etc.) est mieux préparé à aborder la problématique de la maltraitance, puisqu'il est présent auprès des familles dans un but d'aide et de soutien. Mais l'idéologie qui a marqué la création des diverses professions sociales a fondamentalement évolué. Il ne s'agit plus seulement d'aider matériellement une famille, l'assistanat a été dénoncé et ne correspond plus au souci premier du travailleur social. Avec l'extension des connaissances psychologiques et psychanalytiques, le travail social a changé de visage. Les professionnels se préoccupent d'offrir une prise en charge globale et approfondie, dépassant le cadre socio-économique. Or, le travailleur social a le plus souvent affaire à des familles qui expriment leur besoin d'aide sous

formes de demandes matérielles et qui se montrent réticentes à toute approche psychologique. C'est tout particulièrement le cas des parents maltraitants. « En effet, dans la majorité des cas, les parents ne sont pas demandeurs pour eux-mêmes... Cette aide est subie plus qu'acceptée par les parents. La menace d'un retrait de l'enfant ou le désir de son retour dans la famille, s'il a été séparé, fausse constamment la relation. » (Rouyer, 1978 ⁽¹⁾). Il y a donc cassure entre l'offre et la demande et conflit inévitable. Conflit souvent latent, si nous nous reportons à l'analyse d'Elisabeth Hadjiisky ci-dessus, qui révèle combien les travailleurs sociaux tiennent à se sentir en accord, en confiance, avec les familles dont ils ont la charge.

LA MALTRAITANCE : SOURCE D'ANGOISSE

Dans le travail social, comme dans tout travail en sciences humaines, la présence plus ou moins évidente d'un certain taux d'angoisse nous paraît inévitable. Elle résulte du fait qu'une relation s'établit entre deux personnes ou groupes de personnes, qu'il y a donc interaction entre les deux, aidant et aidé, soignant et soigné ; que la relation, provoquant des sentiments positifs ou négatifs, engendre également des sentiments contre-transfériels chez l'intervenant. Le chevauchement des deux domaines affectifs, celui de l'aidé et celui de l'aidant, est le lieu privilégié du surgissement de l'angoisse, dont chacun cherche à se protéger, éventuellement en la niant.

Si l'angoisse est une constante, son intensité dépendra des capacités défensives de l'intervenant et de son aptitude à la reconnaître et à l'analyser comme une donnée essentielle de la relation.

Ce qui est dit ici de toute relation dans le travail social n'existe-t-il pas de manière encore plus flagrante dans la relation avec les parents maltraitants ? La maltraitance n'est-elle pas un phénomène fondamentalement inacceptable ? Ne débouchons-nous pas là sur une limite extrême de la relation humaine ?

- Georges Devereux (1980)⁽²⁾, ethnologue et psychanalyste, affirme que « sur un plan subjectif, l'angoisse est suscitée par un matériau qui :
- « a) - menace la vulnérabilité fondamentale de tout être humain (péril de mort ou de mutilation, menace de castration, etc.) ;
 - « b) - ravive les angoisses idiosyncrasiques en rapport avec des expériences passées ;
 - « c) - menace de saper les défenses ou les sublimations principales ;
 - « d) - rend ses problèmes actuels plus aigus, etc. »

Il nous semble que la maltraitance remplit ces conditions, point par point.

- a) - En effet, l'intervenant est confronté sans doute possible avec le désir de mort d'un être humain sur un autre, même s'il n'est pas conscient chez l'un ou l'autre des protagonistes. Plusieurs personnes interviewées nous ont cité des cas où, à la suite de multiples petits indices de mauvais traitements diagnostiqués comme tels ou déniés, la mère était arrivée avec l'enfant demandant à ce qu'on le lui enlève parce que sinon elle allait le tuer ;
- b) - la maltraitance renvoie l'intervenant à l'ambivalence ressentie ou supposée chez ses propres parents, à ses peurs infantiles de destruction ;
- c) - elle le renvoie également à sa propre violence sublimée en fonction d'aide. « ... Nous nous sentons touchés dans notre propre fibre agressive, nous voyons chez les parents maltraitants ce que nous ne voulons pas voir en nous-mêmes... » ;
- d) - elle pose avec acuité le problème de la compétence professionnelle de l'intervenant, de ses devoirs et de ses limites.

Ces effets de la problématique de la maltraitance dans la relation d'aide nous ont été confirmés par le contenu très riche des interviews recueillies.

Comme l'a développé Christiane Thouvenin, la maltraitance confronte sans cesse le travailleur social à des situations paradoxales. Comment aider à la fois l'enfant et ses parents ? Comment respecter le droit de l'enfant et celui des familles ? Comment « comprendre » les

parents sans tolérer leurs actes de violence ? Comment sauvegarder leur confiance tout en signalant les sévices ?

Le signalement est vécu fantasmatiquement comme à la fois nécessaire et interdit, ce qui ravive l'angoisse qui, si elle n'est pas reconnue, renforce les systèmes de défense. Ainsi la boucle est bouclée et tout est prêt pour que le silence s'installe.

CONTRE L'ANGOISSE : BANALISATION ET DRAMATISATION

Notre propos dans ce chapitre est d'étudier l'un de ces systèmes de défense, très fréquemment rencontré, et qui signe la réussite de l'évitement de l'angoisse. Il s'agit de la banalisation des mauvais traitements. Plus rarement rencontrée, mais servant les mêmes intérêts, nous y avons opposé la dramatisation, bien que les deux termes ne soient pas strictement antinomiques.

La « banalisation » est un néologisme peu utilisé, qui dérive de « banaliser » (rendre banal, ordinaire) et est apparenté à « banal » (qui est extrêmement commun, ordinaire, sans originalité) et à « banalité » (caractère de ce qui est banal ou cliché, évidence, lieu commun, platitude, poncif).

Au niveau du discours, nous avons relevé trois types principaux de banalisations.

Les **généralisations**, qui consistent en une opération intellectuelle par laquelle on étend à l'ensemble d'une classe, ou à une classe, les propriétés et les caractères observés sur un nombre limité de cas ou d'individus.

Les **poncifs** ou thèmes dénués d'originalité, clichés, lieux communs.

Les **atténuations** qui dédramatisent à l'extrême, neutralisent l'impact du mauvais traitement.

Bien qu'utilisant ces trois mêmes mécanismes de pensée, nous avons codé à part une forme particulière de la banalisation, la **banalisation culturelle**, car il nous a semblé que ce thème était problématique pour les intervenants que nous avons rencontrés, confrontés à une population pluri-ethnique.

Dans l'ensemble des 67 interviews traitées statistiquement, les généralisations apparaissent 148 fois, suivies des atténuations (99 fois), des poncifs (96 fois) et des banalisations culturelles (49 fois).

La banalisation, sous une forme ou une autre, apparaît chez 79 % des intervenants interrogés.

A première vue, la **dramatisation** semble se situer à l'opposé de la banalisation. Elle peut être **simple**, amplifiant ou aggravant une conduite parentale. Elle peut généraliser à l'extrême les mauvais traitements, les étendant aux « enfants du divorce », aux « enfants que les parents n'embrassent jamais », y incluant les difficultés éducatives inhérentes aux relations parents-enfants. Elle peut encore poser en principe l'incapacité des services de protection de l'enfance, qui « ne font jamais rien » ou qui, au contraire, arrachent les enfants à leur famille de manière inconsiderée. Elle est présente chez 12 % des interviewés.

Apparemment opposées au niveau du contenu du discours, la banalisation et la dramatisation servent les mêmes intérêts pour l'intervenant. Elles favorisent, en le déculpabilisant, un certain silence, soit parce que le sévère n'est pas vraiment grave (« la mère frappait, mais pas pour le frapper, seulement pour le punir, sans intention méchante » ; « on peut être battu et heureux. ») soit, au contraire, parce que toute situation est fondamentalement et incurablement tragique (« Tout enfant souffre et on n'y peut rien » ; « si l'enfant reste dans sa famille, il souffre, mais si on signale, il est retiré, placé, et il souffre encore plus. »).

Nous avons également pointé ce que nous avons appelé **les thèmes hors-sujet**, lorsque l'intervenant nous entretient longuement d'un sujet qui est étranger au cadre de l'enquête.

Dans les cas extrêmes, cette attitude se rapproche du refus de participer à l'enquête, mais nous ne pouvons assimiler l'une à l'autre des

deux réactions, car dans le cas des « hors-sujets », l'intervenant a accepté de nous recevoir. Mais face à la situation anxiogène que représente pour lui, consciemment ou non, l'évocation des mauvais traitements, il choisit à certains moments de « sortir » du cadre de l'enquête. Cette attitude se retrouve chez plus de la moitié des intervenants interviewés (58 %).

Comment la banalisation et la dramatisation rencontrent-elles, dans le discours, les autres types de défense déjà évoqués dans cet ouvrage ? Mais aussi, comment s'en distinguent-elles ?

La banalisation rejoint les attitudes de toute-puissance et d'omniscience par le biais des généralisations et des poncifs. Ainsi, 87 % des banalisations se retrouvent chez les « tout-puissants », seulement 9 % chez les « adéquats » et 4 % chez les « impuissants ». Cette dernière catégorie a une tendance plus nette à dramatiser les situations (38 %).

La banalisation et la dramatisation sont également très fortement présentes chez les intervenants qui ont tendance à percevoir les autres professionnels ou les parents comme mauvais objets. Elles sont associées au clivage, à l'étrangeté radicale de l'autre.

La banalisation culturelle soutient efficacement la dénégation du mauvais traitement. Même si l'enfant est marqué, zébré de coups, éventuellement blessé ou brûlé, il ne s'agit pas de mauvais traitements, puisque les actes violents sont assimilés à une méthode éducative propre à une ethnie donnée.

Il aurait été intéressant, mais impossible dans les délais attribués à notre recherche, d'étudier la succession de l'apparition des modes de défense au cours des entretiens. L'expression du doute sur l'existence des mauvais traitements n'utilise pas la banalisation, mais nous avons remarqué que cette dernière suit l'émergence du doute, agissant comme défense contre lui. Nous en donnerons un exemple parmi tant d'autres : une fillette, d'un milieu très aisé, se plaint d'être battue par ses parents. L'intervenant nous dit que les parents étaient des gens très bien, très coopérants et qu'il n'a jamais pu savoir la vérité. L'enquêteur évoque alors le doute et la difficulté pour l'intervenant de connaître la réalité des faits. Celui-ci répond par une banalisation : « Les enfants ne sont pas

des anges, vous savez », et continue par un long « hors-sujet » sur les défauts des enfants et leur approche psycho-pédagogique.

Cet extrait d'une interview montre l'enchaînement des défenses contre le surgissement de l'angoisse, de manière exemplaire.

En effet, l'évocation de ce cas est pénible pour l'intervenant, d'une part parce que le niveau socio-culturel des parents et leur contact positif ne lui permettent pas la distanciation nécessaire. Il y a identification aux « bons » parents. D'autre part, parce que le doute subsiste. L'intervenant est-il passé à côté d'un cas réel de mauvais traitements sans intervenir, ce qui serait source de culpabilité ? Lorsque le doute est nommé par l'enquêteur et associé par lui à une angoisse possible, le mécanisme de la banalisation entre immédiatement en jeu, associé au rejet de l'enfant (celui-là, mais tous les autres aussi) dans la catégorie du mauvais objet, manipulateur. L'agressé éventuel devient agresseur. La mise à distance de l'affect se poursuit pendant plus de dix minutes par le « hors-sujet ».

En quoi la banalisation se distingue-t-elle des autres modes de défense ?

A un **premier niveau**, par son degré d'efficacité sur le plan social général et pour l'intervenant lui-même.

La banalisation fait appel à des normes de pensée dont le contenu, sous le couvert du « bon sens », du rationnel ou du technique, est facilement accepté. En utilisant généralisations et poncifs, on se rassure et on rassure tout autre interlocuteur, et même le parent, parce qu'on évite de prononcer les mots qui engageraient à une réflexion créative, voire gênante, et qu'au contraire, on réactive le consensus établi. En dédramatisant une situation, on satisfait son propre besoin d'atténuer le problème et la souffrance qu'il provoque et on touche un désir identique chez l'autre.

La banalisation offre des avantages par rapport aux autres modes de défense. Elle réussit à préserver l'intégrité psychique de l'intervenant là où justement les autres défenses échouent.

La toute-puissance, qui est toujours illusoire, rencontre ses limites dans la réalité des événements (échec d'un suivi d'AEMO, décision autoritaire d'un juge...). Son contraire, la position d'impuissance, ne

satisfait pas non plus l'intervenant, même si elle lui ôte le poids de la culpabilité : il ne peut pas agir, mais il voudrait pouvoir le faire. Quant au doute, il laisse l'intervenant devant une interrogation particulièrement pénible, qui peut perdurer des années, comme nous l'ont montré certaines interviews.

A ce point de nos constats, deux questions peuvent s'imposer à l'esprit du lecteur :

LA BANALISATION : UNE DEFENSE REUSSIE

Comment la banalisation réussit-elle si efficacement à colmater l'angoisse ?

Comment peut-on « banaliser » les sévices sur enfant, actes reconnus en soi comme horribles et condamnables ?

Pour y répondre, nous tenterons de cerner de plus près les mécanismes en jeu dans la banalisation.

Celle-ci ne procède pas seulement par « clichés » (« mieux vaut une mauvaise mère que pas de mère du tout ») ou par dédramatisation à outrance (« il était battu mais ce n'était pas vraiment grave, parce qu'on sentait que sa mère l'aimait ») ou encore par généralisations quelque peu hâtives et souvent contradictoires (« il faut éviter de signaler, parce que ça culpabilise la famille et que l'enfant est immédiatement retiré... » ; « à quoi bon signaler : le juge, ça ne fait même plus peur aux parents... » ; « les petits Africains, ils sont flagellés, mais ils ont l'habitude » ; « les Africains ne battent jamais leurs enfants, mais ils sont dénutris... »). La banalisation n'est pas toujours grossière, elle a des ressources de subtilité. Nous admettons qu'elle est bien difficile à cerner avec précision, parce qu'elle utilise le discours ambiant, social ou même technique, qu'elle énonce des faits intégrés intellectuellement, reconnus comme vrais. Par exemple, savoir et dire que statistiquement les mères maltraitantes ont été, sont encore parfois maltraitées, ne devient une banalisation que si ce savoir justifie une absence d'interven-

tion. « Je ne pouvais pas lui dire : "Vous battez votre enfant", cela aurait été terrible pour elle, cela aurait remis en cause tout son passé, elle avait elle-même été battue... »

Ainsi, 40 % des intervenants interviewés pensent qu'une des causes actuelles des mauvais traitements réside dans les modes d'éducation, associés aux différences culturelles. 70 % de ceux qui évoquent cette cause « banalisent » le mauvais traitement : dans ces cas, parfois gravissimes, ils n'agissent pas, invoquant le droit de la famille, le droit à la différence. 20 % résistent à la banalisation et interviennent, soit personnellement auprès des parents, soit par le biais du signalement.

La banalisation n'est pas une fatalité, mais une tentation !

Freud (1971) avait décrit ce mécanisme dans le travail du rêve : « Du point de vue de la psychologie du rêve, le banal résulte, pour les besoins de la censure, d'un double processus de déplacement : du contenu (du plus ou moins important) et de l'affect (du plus ou moins vif) ⁽³⁾. »

... « Le banal est l'expression par excellence... [des] forces organisatrices et organisées qui, dans une société donnée, poussent à l'uniformité. Uniformité de penser, de sentir et d'être... [il] nous interroge sur sa double appartenance à la pensée la plus essentielle et à ce qui en tient lieu dans des formules toutes faites. Ces formules sont le répétitif et le standardisé... L'exigence de pensée est désormais exigence de conformité... Le réel, qui est à la fois le rationnel et la technique, tend de plus en plus à prendre la place de l'imaginaire ⁽⁴⁾. »

Le réel n'est plus **que** le réel, tout ce qui n'est pas réel n'offre pas d'intérêt. « Malgré ce qu'il disait, l'enfant n'était pas battu, car je n'ai jamais vu de traces » ; « ce petit garçon est battu, tabassé même, mais il n'est pas maltraité, parce que c'est le mode d'éducation choisi par le père... »

Le contenu de l'expérience est schématisé pour aboutir au stéréotype, au typique. Ce qui nous paraît essentiel, c'est que si le réel n'est plus **que** le réel, il y a alors disparition de la projection « comme si l'inconscient n'existait pas ou comme si seul le réel existait ⁽⁴⁾ ». La banalisation exprime le refoulement massif et réussi de toute activité projective

et imaginaire. Ainsi peut être expulsé de l'expérience l'affect, le contenu émotionnel.

Ceci est essentiel, parce que nous pouvons alors tenter de répondre à nos deux questions.

La banalisation colmate efficacement l'angoisse parce que l'intervenant, grâce à elle, peut se contenter de constater des faits objectivables : par exemple, l'absence ou la présence de traces sur le corps de l'enfant. Sa responsabilité est limitée par la stricte observance des droits que lui octroie sa fonction. S'il n'a pas le droit de déshabiller l'enfant, par exemple, il peut ignorer les traces qui sont cachées par les vêtements. De même, la maltraitance peut être séparée de son contenu affectif chez le parent et considérée comme un trait de comportement (55 % des personnes interrogées évoquent cette cause, ce qui ne signifie pas qu'elles excluent les autres causes) qui peut être rééduqué, supprimé par un simple entretien ou par une thérapie de type comportemental.

Comment peut-on « banaliser » les mauvais traitements ? Nous sommes tentés de répondre par une autre question. Comment peut-on ne pas banaliser un acte qui éveille tant d'émotions extrêmement pénibles chez le témoin ? C'est à l'hôpital, où l'enfant arrive « cassé », « en morceaux », que la réaction première peut se dire. Question : « Qu'est-ce que vous ressentez quand vous rencontrez des parents maltraitants ? » Réponse : « Le premier sentiment : on a envie de casser la figure aux parents... et après, on pense qu'on va trop loin, on est "dramatisé". » Phrase exemplaire. Soudain, l'affect se fige dans la dramatisation ; le double déplacement de contenu (des parents sur le sujet) et d'affect (de l'agressivité à la culpabilisation) a lieu comme dans un rêve.

En psychologie projective, les réponses « banales » sont signe d'adaptation aux normes sociales. Leur absence dans un protocole pose problème sur la structuration de la personnalité, tout autant que leur présence excessive. De même, dans les interviews recueillies, c'est l'envahissement du discours par la banalisation qui nous interroge et non pas le recours occasionnel à des schémas de pensée communs au groupe social. Même si cela était possible, nous nous garderions de dresser une échelle « normative » du « trop » ou du « trop peu » de banalisations. Nous préférerions émettre l'hypothèse qu'un intervenant peut répondre

de manière « adéquate » à la demande tragique et angoissante du parent maltraitant et de l'enfant victime de sévices en tendant à rétablir le contact entre les différents systèmes de son appareil psychique (inconscient, préconscient, conscient). Cela se produit certes au prix d'une augmentation de tensions et d'un difficile travail d'analyse de soi, mais aussi avec l'aide des autres intervenants. Le face à face solitaire avec une famille maltraitante paraît être une gageure.

Le mauvais traitement pour l'enfant équivaut à une situation extrême, telle que la définit Bruno Bettelheim (1984) : « Nous nous trouvons dans une situation extrême quand nous sommes soudain catapultés dans un ensemble de conditions de vie où nos valeurs et nos mécanismes d'adaptation anciens ne fonctionnent plus et que certains d'entre eux mettent en danger la vie qu'ils étaient censés protéger. Nous sommes alors, pour ainsi dire, dépouillés de tout notre système défensif et nous touchons le fond ; nous devons nous forger un nouvel ensemble d'attitudes, de valeurs et de façons de vivre, selon ce qu'exige la nouvelle situation ⁽⁵⁾. »

Mis face à face avec une famille maltraitante, l'intervenant voit remises en cause ses notions de la famille, de la parentalité, des rapports entre les êtres, bref ses convictions les plus profondes. Ne risque-t-il pas lui aussi d'être entraîné dans une situation extrême ? D'où l'importance vitale pour lui de se raccrocher à des normes, sociales, professionnelles et institutionnelles.

Nous avons constaté dans l'enquête que les normes institutionnelles sont extrêmement fortes. En étudiant statistiquement les réactions des intervenants par secteur d'activité (PMI, crèches, écoles, services sociaux, hôpitaux), nous avons constaté des recouvrements significatifs dans les discours sur la maltraitance selon les divers secteurs, indépendamment des fonctions professionnelles.

Ceci a démenti notre hypothèse de départ qui consistait à penser qu'éventuellement les recouvrements se feraient en fonction des diverses professions représentées. Il se crée donc un discours propre à chaque institution, qui se rajoute à la parole originale de l'intervenant, la banalisant au niveau du sous-groupe.

Les normes sont efficaces parce qu'elles sont clairement définies par une société donnée. Mais, paradoxalement, cette notion de norme aide un autre aspect de la banalisation en la relativisant. Nos normes ne sont pas celles des autres, dont il faut respecter la différence. Celle de l'éducation en France suivent certaines règles et permettent, avec plus ou moins de clarté, de fixer une limite au-delà de laquelle il y a mauvais traitement. Le dépassement de cette limite n'amène pas toujours au signalement si l'impression de toute-puissance de l'intervenant laisse croire à celui-ci qu'il peut régler seul le problème, mais la norme demeure, au moins en filigrane. Les mauvais traitements sur les enfants étrangers (banalisation culturelle) permet de réintroduire magistralement le silence, au nom du respect des normes (supposées) des autres. Donner une réponse à ce problème n'est certes pas simple et mériterait réflexion. Mais peut-être faut-il insister sur le constat suivant que dans de nombreuses interviews, des sévices graves et des conduites sadiques étaient ramenés à un simple fait culturel. Nous avons démontré statistiquement cette attitude de banalisation, en ce qui concerne les étrangers en France, mais la question se pose également au sein de la société française.

La tendance à faire équivaloir milieu social défavorisé et mauvais traitements est généralisée. Pourtant, « il est sûr qu'il existe des enfants maltraités dans des familles régulières, de conditions socio-culturelles normales voire élevées. Les conditions sociales et familiales n'ont rien de spécifiques, toutes se trouvent banalement dans la psychopathologie de l'enfance. De surcroît, l'immense majorité des populations victimes de la pauvreté économique ou culturelle sont hors de tels passages à l'acte ⁽⁶⁾. » Plusieurs cas nous ont été cités où l'appartenance des parents à un milieu social élevé et à des professions proches des nôtres ont favorisé le déni des mauvais traitements, et ceci en dépit de signes cliniques évidents, de radiographies parlantes.

Georges Devereux (1980) ⁽²⁾ a relevé ce phénomène de distanciation. Face à des actes traumatisants pour l'observateur occidental, celui-ci se défend contre l'angoisse par « un relativisme culturel naïf, qui conçoit l'humanité comme un "musée de coutumes", reconnaît l'existence d'êtres humains mais... refuse d'appliquer les normes éthiques ordinaires à leur comportement... Le relativisme culturel cherche ainsi à réduire l'angoisse en considérant les données culturelles dans un vide

humain... De même nous pouvons réduire artificiellement nos angoisses en considérant la torture des prisonniers comme une « coutume » en niant donc implicitement que ces pratiques aient quelque rapport avec des êtres de chair et de sang avec lesquels nous aurions à nous identifier. » On agit de même en « augmentant les distances sociales ».

Lorsqu'en 1939 Bruno Bettelheim sort des camps nazis et veut alerter l'opinion américaine sur ce qui s'y passe, il est obligé de constater les mêmes réticences. On refuse de publier ses articles : « Tout en exprimant verbalement l'horreur de telles abominations, ces personnes semblaient pressées de tout refouler et de tout nier comme s'il s'agissait de quelque chose de banal ⁽⁵⁾. »

La banalisation nous paraît être une des possibilités qu'explore l'intervenant pour se mettre à distance de la situation extrême. Elle est une lutte contre l'identification qu'a traitée Dominique Agostini ci-dessus, une tentative de retrouver la parole, de dire l'indicible, non pas au parent, mais à l'enquêteur, en passant par le discours normatif, qui neutralise la souffrance.

La dramatisation parle cette souffrance. Mais elle la généralise jusqu'à l'envahissement de l'acte et de la pensée, jusqu'à la paralysie (fascination de l'horreur) de l'intervenant. Peut-on dire qu'elle est une banalisation « ratée » ou une étape vers celle-ci ?

Nous concluons en rappelant que la banalisation, comme son pendant la dramatisation, signe l'appartenance à une norme sociale. Elle est le lieu d'un discours commun, conformiste.

Bien que distincte des autres modes de défense mis en place par l'individu, la banalisation se mêle intimement à ceux-ci, afin de les soutenir, là où ils risquent de faillir à leur tâche de conservation de l'intégrité psychique.

Son apparition dans le discours marque la réussite du refoulement et le maintien de celui-ci. La banalisation éloigne l'intervenant du surgissement des affects pénibles et réduit l'activité projective à un minimum qui le coupe de sa vie fantasmatique, momentanément ou durablement.

Le sujet qui banalise exprime une pensée qui est privée de ses sources inconscientes, qui donc se contente du déjà-dit ou du déjà-pensé, répétitive à l'infini. Lorsque la banalisation quitte les poncifs et les lieux communs, c'est pour se diriger vers le rationnel et le technique.

L'intervenant qui a été mis en face de la situation extrême (au sens où l'entend Bruno Bettelheim) que vit l'enfant maltraité, a eu le sentiment de risquer à tout instant d'être lui-même entraîné dans une situation semblable. Les images idéales internes ont été gravement menacées. Quoiqu'il ait fait alors (dans la réalité) pour aider l'enfant, son discours a posteriori trahit, parfois à son insu, l'angoisse dont il a été l'objet.

La dramatisation semble souligner cette angoisse à travers toute la distance de la dépression.

La banalisation l'efface en réintégrant un événement hors-norme, le mauvais traitement, dans les cadres normatifs de la pensée sociale ou technique.

BIBLIOGRAPHIE DU CHAPITRE IV

- (1) ROUYER (M.), (1978).
Essai de prise en charge des parents maltraitants. In Mère mortifère, Mère meurtrière, Mère mortifiée. — Paris : Ed. ESF.
 - (2) DEVEREUX (G.), (1980).
De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. — Paris : Flammarion.
 - (3) FREUD (S.), (1971).
L'interprétation des rêves. — Paris : Ed. PUF.
 - (4) SAMI (A.), (1980).
Le banal. — Paris : Ed. Gallimard.
 - (5) BETTELHEIM (B.), (1984).
Survivre. — Paris : Ed. Robert Laffont. — Coll. « Pluriel ».
-
- BEAUVOIS (J.-L.), (1985).
Psychologie quotidienne. — Paris : Ed. PUF.
 - CARLONI (G.), NOBILI (D.), (1975).
La mauvaise mère. — Paris : Ed. Payot (PBP).
 - CHOMBART DE LAUWE (M.-J.), (1979).
Un monde autre : l'enfance. — Paris : Ed. Payot.
 - FREUD (A.), (1972).
Le Moi et les mécanismes de défense. — Paris : Ed. PUF.
 - GIRARD (R.), (1989).
La violence et le sacré. — Paris : Ed. Gracet.
 - GOFFMAN (E.), (1979).
La mise en scène de la vie quotidienne. — Tome II : Les relations en public. — Paris : Ed. de Minuit.

- KREISLER (L.), (1978).
Le corps meurtri. – In Mère mortifère, Mère meurtrière, Mère mortifiée. – Paris : Ed. ESF.
- LEULLIETTE (P.), (1978).
Les enfants martyrs – Enquête. – Paris : Ed. du Seuil.
- STRAUS (P.), MANCIAUX (M.), (1982).
L'enfant maltraité. – Paris : Ed. Fleurus.

Conclusions générales

Elisabeth HADJISKY

Pour conclure, il nous paraît encore souhaitable de rappeler l'esprit des circulaires interministérielles de 1983, 1984 et 1985 ayant pour objet l'enfant en danger, victime de sévices : elles soulèvent un certain nombre de points qui, dix ans après leur parution, ne semblent toujours pas appliqués par les intervenants ! Nous pensons apporter, en partie, un éclairage sur cette non-observance volontaire ou involontaire.

Dans la circulaire du 18.3.1983, il était rappelé avec insistance que « toute action isolée risque d'être vouée à l'échec... », d'où « ... la nécessaire complémentarité des actions... » et que « ... les conséquences (sont) tragiques (à cause) du cloisonnement des institutions ».

Soucieux de lutter contre un certain état de fait, le législateur insiste : « Il est impérieux de donner aux diverses parties prenantes l'habitude de travailler en commun. »

Instruit déjà de la non-reconnaissance du travail de certains secteurs, il prend soin de rappeler que « le signalement à la justice de situations de violence à l'enfant n'entraîne pas systématiquement l'incarcération, voire la poursuite des parents, ni même le placement automatique de l'enfant ».

Trois causes sont relevées comme nécessaires à l'origine du signalement. Nous en retenons les deux premières :

« Cette démarche implique :

« 1) que soient identifiés les mauvais traitements ;

« 2) surmontées les réticences à informer les autorités compétentes. »

Il semble que notre étude mette particulièrement en évidence les barrages inconscients à l'oeuvre lors de ces deux circonstances.

Plus loin, les textes officiels relèvent déjà :

« Il n'y a pas de signalement :

« - soit par répugnance à signaler ;

« - soit parce que la personne qui a connaissance des mauvais traitements croit pouvoir prendre en charge elle-même la situation. »

Enfin, la circulaire du 9.7.1985 fait état plus largement du problème qui nous préoccupe : « ... L'enfant en danger et la pathologie familiale sous-jacente éprouvent profondément l'adulte soignant... »
« ... Deux écueils existent en permanence : la banalisation pouvant faire

écran au dépistage et la dramatisation pouvant conduire à des décisions hâtives dictées davantage par l'anxiété que par une juste évaluation de la situation. »

On ne peut que louer le législateur de sa clairvoyance, notre étude prouvant amplement la fréquence de ce type de comportement chez les intervenants.

Nous pensons également nous référer à l'étude de Straus, Manciaux, Deschamps, parue en 1978¹, qui signale déjà les failles du dysfonctionnement du système de la protection de l'enfant en danger et conclut qu'un « meilleur travail n'est possible qu'au prix d'un système d'échanges intersectoriels rapides. »

En relisant les interviews de cette étude sept ans après, nous sommes frappés de leur ressemblance aux nôtres. Les mêmes parti pris, les même incertitudes émaillent les différents discours².

Il semble donc que les recherches et les circulaires n'aient pas encore pu féconder le terrain. Nous sommes obligés de constater que la loi ne s'applique pas.

Il faut en chercher la raison. Loin de nous l'idée d'accuser les intervenants, dont les qualités de bons citoyens, la bonne volonté et les capacités professionnelles ne font aucun doute. Il s'agit d'un phénomène déjà perçu par Straus semble-t-il, car il prétend à l'époque que la formation ne doit pas se borner à une simple transmission de connaissances. Les objectifs doivent porter également sur l'acquisition d'attitudes mentales différentes permettant le dialogue avec les familles, le travail en équipes pluridisciplinaires et les liaisons intersectorielles.

En effet, ces attitudes mentales pourraient être escamotées par des contre-attitudes internes se produisant à notre insu. Il nous est apparu excessivement important que ce phénomène caché soit dévoilé pour que nous puissions en prendre conscience et ainsi nous en libérer. Une fois

1. *Op. cit.*

2. Une étude menée plus récemment dans un service d'AEMO constate la persistance des attitudes de déni et de banalisation : Cf. *Un autre regard sur la relation mère/enfant*, à paraître au CTNERHI.

allégées de ces réactions parasites, les attitudes adéquates pourraient surgir d'elles-mêmes.

CAUSES DE NON-SIGNALEMENT RELEVÉES DANS NOTRE ÉTUDE

Bien entendu, nous avons délimité les contre-attitudes les plus frappantes pour mieux les cerner et les étudier. En réalité, ces différentes attitudes peuvent s'amalgamer ou se dérouler diversement dans le temps.

Quoi qu'il en soit, elles permettent de distinguer plusieurs types de motifs de signalement :

1) Dans le doute ou la banalisation, il ne peut y avoir de signalement, puisqu'il n'y a pas de reconnaissance précise du mauvais traitement. Celui qui doute reste sur le qui-vive de l'hésitation à agir, tandis que celui qui banalise a peut-être une chance de se dédouaner à peu de frais.

En contrepartie, lorsque le sujet dramatise, la reconnaissance du mauvais traitement peut être si écrasante, les réactions affectives d'une intensité telle que le signalement prend une allure dérisoire.

Dans tous les cas, la non-observance des circulaires se comprend aisément. Mais lorsqu'il y a eu reconnaissance confirmée de mauvais traitements, pourquoi n'y a-t-il toujours pas d'intervention, pas de signalement ?

Dans le chapitre « Toute-puissance — impuissance », nous avons vu comment l'intervenant peut se sentir capté par cette fameuse « bonne relation privilégiée » et en être le jouet. Aveuglé, il ne voit plus l'enfant et ne pense pas devoir signaler car sa croyance en son absolue toute-puissance lui suggère qu'il « n'y a plus de mauvais traitements ».

Lorsque le sujet se sent impuissant, on comprend qu'il ne se sente pas non plus l'âme à agir...

Cependant, qu'il se sente impuissant ou tout-puissant, l'intervenant peut encore glisser dans une alternative d'inaction. L'attitude étudiée par Dominique Agostini dans *Les Défenses d'en parler* nous montre à quel point le sujet peut être pris au piège d'une attitude moralisante. Dans notre tête, un démarcage s'instaure à notre insu entre les « bons » et les « mauvais ». Il y a les bons et les mauvais parents, les bons parents et les mauvais enfants, les bonnes et les mauvaises familles. Il y a donc aussi les bons thérapeutes et les mauvaises assistantes sociales, les bons médecins et les mauvais psychiatres et les radiologues toujours oubliés, parents pauvres de la constellation, alors qu'ils sont à l'origine du diagnostic étant donné la précision de leur critère.

Le résultat obtenu divise les services en bénéfiques et nocifs. Or, il semble que c'est justement celui qui est censé être le plus qualifié qui, **bizarrement, est vécu comme le plus dangereux**. L'analyse des discours des intervenants a montré à quel point signaler signifie nuire : d'où le refus du signalement.

Il faudrait aussi se demander pourquoi même pas une lueur d'objectivité ne vient contrecarrer le vécu et les pensées induites par ces familles.

Nous ne pensons pas avoir pu tout cerner ; sans doute bon nombre de réactions internes on dû rester cachées. Notre dévoilement, resté partiel, témoigne d'ailleurs de notre respect, de notre désir de non-intrusion lors des investigations initiales. Ces familles pathologiques, par contre, ne se privent pas, presque toujours à leur insu, d'exercer leur emprise. Faut-il reconnaître là une explication ?

A notre avis, la relation d'emprise exercée par ces familles peut expliquer l'état mental qui s'instaure en nous et nous prive de nos réactions habituelles. L'emprise va parfois jusqu'à une sorte d'envoûtement et le sujet peut être envahi même la nuit en n'arrêtant pas de rêver à ces familles. De même, il arrive à des travailleurs sociaux de douter de la réalité des mauvais traitements même après signalement, au cours de l'exercice d'une Action d'éducation en milieu ouvert. Les défenses s'établissent en nous quelle que soit notre profession et aussi complète que soit notre formation. Sans doute ont-elles été à l'oeuvre lors de ce travail et responsables de nombreux refus à nous recevoir.

Mais il est une constante, signalée par les auteurs, retrouvée dans toutes les interviews quel que soit le mode de défense étudié : il s'agit du discours paradoxal. L'interviewé ne semble remarquer ni ses incohérences ni ses contradictions. Nous savons, par ailleurs, que ceci peut se produire en nous quand momentanément la faculté d'établir des liens est coupée. La pensée est alors attaquée et bien entendu : « qui ne peut penser ne peut agir ».

Cette induction paradoxale signe à elle seule le caractère clivé du psychisme de ces patients. Le parent maltraitant nous fait donc vivre à notre insu ce qu'il vit lui-même. Pourquoi s'en étonner ? Nous savons que l'analyse du « contre-transfert » constitue le repère du « travail » de l'analyste. Il a compris que ce que lui fait vivre son patient tient au type même de la relation que ce patient établit avec lui.

Nous pourrions étendre cette donnée à l'ensemble de nos relations professionnelles lorsque nous travaillons sur et grâce à la relation.

Bien entendu, on ne devrait pas parler ici de « contre-transfert », terme très codifié correspondant à un travail au repérage très précis. Mais nous pourrions nous servir d'une extension de ce processus. Nous savons que de chacun de nous émane une ambiance particulière. Un certain « ressenti » s'instaure en nous-mêmes à l'évocation des personnages que nous connaissons. Nous avons fait l'expérience que certains nous irritent et nous dépriment, nous font du bien ou du mal. Il s'agit de la constatation du vécu émotionnel induit par l'autre. Or, ce vécu est lui-même inducteur de pensées.

Est-ce ainsi que nous pourrions comprendre que la maltraitance induit en nous un système de défense correspondant à sa pathologie ?

Là, on pourrait parler d'une véritable fascination, comme si l'intervenant, presque hypnotisé, perdait l'usage de sa pensée et de ses réactions habituelles. Pour se défendre de l'insoutenable, il doit utiliser les moyens de défense les plus archaïques. Alors qu'il se veut secourable, il se retrouve immobilisé, ligoté par cela même qu'il veut fuir.

Pour mieux comprendre, nous allons reprendre le syndrome « maltraitance » et comparer son interaction à celle de l'intervenant — parent — maltraitant.

ETUDE DE LA MALTRAITANCE A TRAVERS LE DISCOURS DU PARENT MALTRAITANT

Ce qui frappe et trompe en même temps dans le discours du parent maltraitant est son aspect **apparemment raisonnable** : tout apparaît logique : l'enfant est jugé dur, mauvais, méchant ; les alibis aux passages à l'acte immédiatement et irrémédiablement plausibles. Or, à la réflexion, rien ne tient, ni les alibis qui ne tiennent pas compte de la réalité physique de l'enfant, ni les reproches qui ne prennent pas en compte les étapes de son évolution physiologique : un bébé de six mois se voit reprocher de souiller ses couches..., un autre de dix mois de mal manger, de crier la nuit.

Un observateur habitué peut discerner la discordance entre l'intensité de la violence de l'affect et la banalité des faits reprochés.

Si l'interlocuteur poursuit le dialogue, les reproches semblent prendre une allure plus signifiante : la petite fille de trois ans est suspectée de vouloir prendre le mari de sa mère ! Et il n'est pas question d'ironiser sur l'Oedipe ! Une autre, à six ans, est accusée « de se lever la nuit pour ouvrir le gaz et tous nous tuer ! » D'un bébé de six mois, il est dit : « Il crie la nuit, comment ne comprend-il pas que j'ai besoin de repos ? »

Quand on demande au parent ce qu'il craint, on s'entend répondre : « Mais voyons, vous ne voyez pas qu'elle prépare un mauvais coup ? »

Dans son discours, le parent charge l'enfant de ce qu'on a appelé l'**intentionnalité maligne**. Cette attribution provient d'une **projection massive** du mauvais objet sur lui. La part agressive, destructrice du parent s'est déplacée sur l'enfant.

Cette projection a un caractère rigide et permanent : la conviction en est absolue. Si nous essayons de contredire, nous devenons suspect et l'ennemi de l'interlocuteur.

L'entretien se poursuit sur les raisons qui poussent l'enfant à se conduire de la sorte : « Elle emporte son goûter pour le manger dehors et... montrer à tout le monde que je suis une mauvaise mère ! »

D'un enfant de quinze mois, sans couches, dans un appartement non chauffé en plein hiver — les fesses sont bleuies par le froid — la mère dit : « Il pleure pour me faire prendre pour une mauvaise mère. » L'interprétation des soi-disant mauvais comportements de l'enfant se situe dans un registre persécutif visant à élargir une faille narcissique à propos d'être bon ou mauvais parent. C'est la parentalité qui est en cause mais elle retentit, ce faisant, sur le sujet — si je ne suis pas bonne mère, c'est que je ne suis pas bonne.

Quand on fait préciser au parent ce qu'il craint réellement, alors surgissent les fantasmes non explicités au début par réticence. A l'enfant est attribué une force et une puissance, des projets d'adulte (projection adultomorphe). Le parent, en fait, se défend par les coups d'enfant vécu comme un adulte meurtrier. « Nous ne mangeons plus ensemble, quand elle s'assoit, elle prend le regard de son père qui a voulu tous nous tuer. »

Cet enfant « dangereux » doit être maîtrisé et contrôlé. En fait, l'adulte projette à l'extérieur son propre désir de tuer l'enfant : désir dénié car il ne peut le prendre en compte ; il le contrôle en essayant de maîtriser l'enfant.

Après cela, en général, l'entretien tourne vite court. Le parent fait état d'une vie systématique tantôt obturée par le travail (bourreau de travail), tantôt morne sans créativité, sans ouverture. Il vit isolé : le contact des autres le surcharge vite car il se montre incapable d'assumer les différences : « Si tu n'as pas le même dieu que moi, tu es mon ennemi » me disait une mère. Pas de discussion si on n'a pas le même avis... Et puis c'est le vide, emprunt d'absurdité. Le silence s'établit dans un sentiment insupportable d'inanité.

Interrogés sur les moments où l'enfant les irrite le plus et où surgissent les mauvais traitements, les parents font part de leur vécu paradoxal lors des moments de rapprochement à l'enfant que constituent les soins : changes de couches, bains, repas, les devoirs scolaires quand ils sont plus grands. Des cris la nuit (souvent à l'origine de morts d'enfants) il est dit par une mère : « Quand il criait, je devenais folle, j'étais hors de moi, j'aurais fait n'importe quoi ! » Elle lui avait fracassé les jambes à plusieurs reprises. L'enfant « sous terreur », on peut s'en douter, ne

parle pas en consultation ou bien se limite à quelques dessins soumis à un contrôle de stricte banalisation.

L'interaction parent maltraitant — enfant maltraité nous donne à voir, à entendre un scénario aux allures de « scène primitive » archaïque et agie. Ce corps à corps se joue entre deux objets. Tous les auteurs s'entendent sur la projection massive du mauvais sur l'enfant. Il en découle un clivage dans le psychisme qui se scinde en deux parts. La première, la « bonne », voudrait se conserver à l'intérieur pour leur permettre de se vivre en tant que bon sujet et lutter contre leur faille narcissique. Pour ce faire, l'autre, la « mauvaise », est projetée à l'extérieur sur le corps de l'enfant. Mais cette mauvaise part leur revient de l'extérieur : ils se sentent persécutés, ils cherchent à lutter contre cette persécution par l'idéalisation. C'est décrire le concept « d'idéalisation projective » de Mélanie Klein (1966) ⁽¹⁶⁾. Tout y est : la projection, le clivage, le déni et l'idéalisation. Le déni comme le clivage découlant de la projection : déni de cette part clivée. Mélanie Klein décrit ces moyens de défense comme étant schizo-paranoïdes, à la base des états psychotiques. Nous nous demandons quant à nous si, dans le monde de la maltraitance, nous ne trouvons pas toute une gamme d'organisations selon l'intensité du traumatisme en cause : depuis la faille narcissique au sein d'un psychisme névrotique jusqu'à l'organisation narcissique dont le plus grave irait jusqu'à la structure psychotique ou perverse. Le caractère psychotique du clivage et de la projection nous en est donné par son aspect rigide et permanent — ainsi que par la conviction qui en est absolue. Si nous essayons de contredire, nous devenons à la fois suspect et « fou » à l'interlocuteur. On pourrait dire que nous clivons tous mais le clivage chez le névrosé a la qualité d'être réversible.

Dans notre thèse (1971) ⁽¹⁴⁾, nous avons, sur un mode psychiatrique, essayé de classer les personnalités maltraitantes. Aucune catégorie de la nosographie ne convenait, mais on retrouvait à des degrés divers des fonctionnements de la paranoïa, de la psychopathie, de la perversion. C'est sans doute ce bigarrisme qui rend si difficile le diagnostic et par conséquent la conduite à tenir qui en découle.

Pour mieux comprendre, il faut revenir à l'étiologie de la maltraitance. Avec d'autres auteurs, Winnicott (1964) ⁽²⁴⁾ a beaucoup insisté sur

l'importance des soins maternels dans le développement psychique de l'enfant. Lebovici (1983) ⁽¹⁷⁾ a décrit en détail les interactions mère-nourrisson. A ce niveau, il est clair que la mère maltraitante n'apporte pas les soins suffisants à l'édification du psychisme. La mère suffisamment bonne de Winnicott dispense des soins « suffisamment » réguliers pour que l'enfant ne subisse pas ces états de détresse envahissants, déstructurants de la mère absente. Elle n'est pas capable de créer le système parexcitation, cette sorte de barrière contenant à l'intérieur de laquelle l'enfant pourra créer son « espace psychique ». Son fonctionnement mental ne lui accorde pas les capacités de rêverie décrites par Bion (1991) ⁽⁵⁾, ne lui permettent pas d'intégrer les mouvements agressifs de son enfant. Les cris la transpercent : ils ne peuvent pas prendre sens.

En écho, elle crie et frappe et le Moi de l'enfant s'expulse dans cette trouée non signifiante. La peau, support de trop d'excitation, ne figurera pas le symbole de contenant psychique (Anzieu, 1985, 1987 ⁽³⁾). Le regard de la mère chargé de haine sera en contradiction avec ses soins. Pour Lebovici, en effet, le regard de la mère serait le miroir dans lequel l'enfant constituerait sa propre image — à condition qu'elle lui renvoie un regard d'amour...

On peut se demander pourquoi ces mécanismes de défense si aliénants, destructeurs, ont pour cible essentiellement l'enfant. A. Frejaille (1991) nous a parlé de l'enfant comme « objet pathogène ⁽¹¹⁾ ». Il serait difficile d'accepter que l'enfant imaginaire ne corresponde pas à l'enfant réel. L'enfant rêvé est détrôné par l'enfant surmoïque, celui qui empêche sa mère de se réaliser, de travailler, etc. Quand le surmoi chez la mère est resté primitif, c'est l'enfant qui est vécu comme exigeant, captateur, envahissant, vampire (Perel Wilgowicz, 1991 ⁽²³⁾). C'est le cas dans la maltraitance où l'enfant est suspecté d'anéantir ses parents.

Le modèle d'interaction pour Bleger (1986) ⁽⁸⁾ constituerait un état de symbiose (préalable à l'individuation) dans lequel l'enfant serait le dépositaire du mauvais — symbiose signifiant un état où les frontières Moi/non Moi ne seraient pas très franches, ce qui nous semble bien être le cas dans la maltraitance. Cette symbiose implique un fonctionnement psychique de type objets partiels où les contraires ne s'opposent pas encore, mais sont juxtaposés (ambiguïté). Là, nous retrouvons le vécu

paradoxal infligé aux intervenants. Dans ce modèle d'interaction, le pôle passif, ici l'enfant, est censé répondre au désir de la projection de l'autre pôle. Ceci a le mérite de soulever le problème de l'induction fantasmatique, mais aussi le démerite de risquer le glissement vers le fantasme de l'enfant « mauvais » bien retrouvé chez nos intervenants. Mais ne devons-nous pas comprendre qu'il puisse exister un certain flou dans une interaction où le parent non encore vraiment individualisé interpénètre avec un Moi infantile non encore individualisé ?

RELATIONS PARENT-MALTRAITANT-INTERVENANT

En analysant les interviews, nous avons vu que nous avons regroupé des thèmes tels que doute, déni, toute-puissance, impuissance, clivage, défense d'en parler, banalisation. Ces mécanismes de défense semblent alterner les deux pôles des défenses maniaques et dépressives :

- tantôt ils correspondent aux mécanismes de défense des parents maltraitants : projections, déni, clivage, prise de position maniaque de contrôle et d'omnipotence ;
- tantôt ils sombrent dans la dépression avec confusion, coupure des pensées et victimisation.

C'est comme si l'intervenant ne pouvait que s'identifier à l'un ou l'autre des partenaires en action dans la maltraitance et que, réactivé dans ses propres positions schizo-paranoïdes, pour éviter la dépression dans laquelle s'enfoncent certaines impulsions, il prendrait le parti maniaque de la toute-puissance.

Ce faisant, que devient le « désir » de l'intervenant : désir altruiste apparemment traduit en terme de relation d'aide ou de désir de changement ?... chez l'autre (celui-ci paraît déjà plus contestable vu la blessure narcissique qu'il inflige).

Quel que soit le désir conscient de l'intervenant, tout semble se passer comme s'il ne pouvait que s'identifier, soit à l'enfant agressé dépressif, soit pour s'en défendre à l'enfant (parent) agresseur.

Malheureusement, sans le savoir et sans le vouloir, le voilà engagé dans une relation dite de « *burn out* » qui donne ce qu'on a appelé les interventions blanches (Agostini, 1990⁽¹⁾). Ce processus relationnel n'amène aucune mobilisation et s'engage dans une répétition sans fin.

Les analystes de groupes connaissent bien les interrelations. Cl. Pigott (1990)⁽¹⁸⁾ nous décrit les interactions groupales d'un groupe thérapeutique d'enfants qui essaie de sortir d'un fantasme d'imgo maternelle toute-puissante par manque de contenant. L'alternance des objets partiels bons et mauvais est immobilisé dans la paradoxalité et tous les enfants sont captés par l'effort de maîtrise de l'un d'eux. Tous sont saisis tels nos intervenants dans les filets de son contrôle. Dans ce cas, nous dit C. Pigott, l'identification projective n'a pas le pouvoir d'élaboration de la représentation imagoïque maternelle primaire. Elle n'aboutit pas et laisse le sujet prisonnier d'une imago maternelle encore plus primitive cloaque ou chaos — conglomérat d'objets partiels (Pictogramme de Piera Aulagnier, 1978⁽²⁾).

On a parlé du transfert massif, envahissant des psychotiques : la qualité du transfert a ici la même puissance. Voici ce qu'en dit J.G. Badarocio : « Dans la condition psychotique, deux tendances ou besoins impérieux coexistent : un besoin réel de l'appareil psychique de fusionner avec un autre extérieur réel, en cherchant à établir une symbiose qui lui permette de se servir des ressources du Moi de l'autre comme si elles lui étaient propres (comme celle d'une mère avec un petit enfant) et une autre tendance au moyen de laquelle sont réactivées et actualisées des expériences traumatiques douloureuses, des angoisses de persécution intenses, des vécus de vide et de mort. Le patient se voit ainsi compulsivement conduit à calmer l'angoisse psychotique au moyen du contrôle omnipotent de la relation objectale, ce qui s'exprime alors dans les conduites sadomasochistes, les complicités perverses, les mises en actes psychotiques... »

On comprend ainsi la sorte de captation que subit l'intervenant et sa tentation toute thérapeutique d'y céder.

Mais le contrôle qui nous est administré a le pouvoir de nous subjuguier, saisir, sidérer, de nous barrer nos pensées, de nous couper nos liens associatifs. Nous devenons comme l'enfant, des objets « sous

terreur » à manipuler si besoin est. Les psychanalystes de psychotiques ont très bien décrit à quel point pour être thérapeutique, il faut savoir se laisser aliéner (Searles, 1981 ⁽²²⁾ ; Racamier, 1986 ⁽²⁰⁾ ; Green, 1990 ⁽¹³⁾).

Pour résumer, dans le cas d'une interaction de maltraitance, l'intervenant, pris en résonance dans le jeu de ses mécanismes de défense, constituant la base de la structuration du Moi (Rodion, 1991 ⁽¹⁹⁾) :

- est immobilisé dans un transfert paradoxal ;
- est contraint à correspondre à une part clivée et projetée sur lui : part déniée et qui ne peut se faire entendre (défense d'en parler).

Il découle de source que l'intervenant ne pourra se « rétablir », endommagé qu'il est dans sa relation au parent maltraitant que grâce à une **tierce personne, jouant le rôle de médiateur**. Il lui faudra sans doute choisir ce médiateur parmi ceux qui s'y connaissent en fantasmes — ceci en toute liberté. **On voit ici à quel point les exigences d'une autorité hiérarchique serait aliénante quant à l'expression du vécu de l'intervenant...**

Nous souhaitons ainsi déculpabiliser complètement l'intervenant, l'éclairer sur nos motivations et nos fonctionnements, car **il n'y a pas de travail relationnel sans étude de ce qui se passe en nous en reflet de l'autre**.

En effet, pour résumer, d'une part, une pathologie grave est décrite avec clivage de la personnalité, forclusion du délire, bouffées impulsives dangereuses, meurtrières, et de l'autre, un « murmure d'insinuations », perclus de dénégations banalisantes. C'est un silence où nos pas s'ensevelissent dans la neige... Or, quand on dégage ce revêtement calfeutrant, on découvre avec stupéfaction le même tableau mortifère !

C'est sans doute le mérite scabreux de notre étude...

Il est permis de penser que ceux qui auront le courage de réaliser cette prise de conscience pourront se défaire plus facilement de ces contre-attitudes et s'en déculpabiliseront par la même occasion. Pour cela, il faut aller parfois très loin. Il nous apparaît utile, en effet, que l'intervenant auprès de ces familles soit capable d'une démarche intérieure particulière qui n'est pas donnée à tous : paradoxalement, **il ne doit pas se sentir coupable de la « haine » que l'autre lui fait vivre**.

Julia Kristeva (1980)¹ nous instruit du pouvoir de l'horreur, elle nous montre par quels chemins elle arrive à exercer une véritable fascination sur nous. Cette fascination n'existe sans doute que parce qu'elle répond au même sadisme caché et profondément refoulé en nous. Les psychismes apparemment mieux construits que nous sommes ne semblent pas avoir trouvé de réponse plus adéquate sans faire l'économie de la culpabilité. Or, nous savons tous que la culpabilité est mauvaise conseillère. Cela peut être étrange en effet de terminer par une recommandation qui vise à déculpabiliser non pas le parent, mais l'intervenant lui-même.

Quoi qu'il en soit, il s'agit peut-être avant tout d'attraper le bon « fil » et savoir que la bonne démarche serait d'agir contre le système paradoxal en cherchant avant tout à rétablir les liens.

- Pour cela, quelques « réflexes » pourraient déjà se forger en nous :
- **Dans le doute... ne pas s'abstenir**, selon l'adage médical bien connu, qui a déjà sauvé bien des vies humaines ;
 - **Dans le doute... se renseigner** : appeler les équipes spécialisées. Personnaliser nos relations professionnelles. Ne pas hésiter à nous décloisonner, vaincre notre peur. Ne pas rester sur nos a priori concernant les « autres ».

Dans le cas contraire, même lorsqu'on a le sentiment de tout savoir, communiquer tout de même : il a été amplement démontré qu'il est difficile de se forger seul une opinion.

Se rappeler qu'il est utile de signaler, même en cas de soupçons de mauvais traitements. Ne pas oublier de réunir dans ces cas une équipe intersectorielle en vue de réfléchir, d'évaluer ensemble.

Que le lecteur nous pardonne ces recommandations, sans aucun doute dévalorisantes car elles paraissent s'attaquer à la valeur fondamentale sur laquelle repose tout notre système institutionnel. Notre capacité professionnelle repose, en effet, sur notre « savoir », nos aptitudes à trouver les solutions sans en référer aux autres. Il est demandé là une qualité contraire, à savoir s'adresser à l'autre, sans pour autant se sentir déchoir dans ses qualités professionnelles.

1. Julia Kristeva, (1980). *Le Pouvoir de l'horreur - Essai sur l'abjection*. - Paris : Seuil.

S'agit-il d'être un saint ? Reconnaissons que la maltraitance nous y oblige... Que nous avançons en terrain mouvant, de pièges en pièges. Ne nous laissons donc pas déprimer, car derrière ces sentiers illusoires se trouve l'enfant oublié entre temps, qui attend notre aide, que nous le reconnaissons et à qui nous pouvons sauver la vie dans l'humilité de notre action.

BIBLIOGRAPHIE DES CONCLUSIONS GENERALES

- (1) AGOSTINI (D.)
(1986) – L'enfant, les érinnyes, les méduses – Etude des imbrications interactives parents maltraitants - enfants maltraités - intervenants médico-sociaux. *Handicaps et inadaptations, les Cahiers du CTNERHI*, n° 40.
(1989) – Lorsque l'enfant disparaît. *Perspectives psychiatriques 1989*, 28^e année, n° 20/V.
(1990) – L'intervention blanche. *Informations sociales*, janv. 1990, n° 1.
(1992) – La complexité des métiers impossibles. In *Les Enfants victimes d'abus sexuels*. – Paris : PUF.
- (2) AULAGNIER-CASTORIADI (P.), (1975).
La violence de l'interprétation. – Paris : PUF.
- (3) ANZIEU (D.)
(1975) – Le transfert paradoxal. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 12, automne 1975, Gallimard.
(1985) – Le Moi-peau. – Paris : Dunod.
(1987) – Les enveloppes psychiques. – Paris : Dunod.
- (4) BAUER (M.), (1991).
La recherche évaluative antidote au silence. In *L'Enfance maltraitée*. – Paris : Karthala.
- (5) BION (W.R.)
(1991) – Aux sources de l'expérience. – Paris : PUF.
(1983) – Réflexion faite. – Paris : PUF.
- (6) BARANES (J.J.), (1986).
A soi-même étranger. A propos du texte : « Le clivage du Moi dans le processus de défense ». In *R.F. Psych.*, PUF, tome L.

- (7) BADAROCO (J.G.), (1986).
L'identification et les vicissitudes dans les psychoses. *R.F. Psych.*, PUF, tome L.
- (8) BLEGER (J.), (1986).
Symbiose et ambiguïté.
- (9) CRIVILLE, (1981).
A corps et à cris. In *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 33, PUF.
- (10) DIATKINE (G.), (1984).
Parler de la violence. In *R.F. Psych.*, PUF, tome XLVIII.
- (11) FREJAVILLE (A.), (1991).
Le petit enfant comme objet phobogène. *Psychiatrie française*, in *Parents*, déc. 1991, vol. XXII.
- (12) FREUD (S)
(1983) — L'inconscient. In *Métapsychologie*. — Paris : Gallimard.
(1985) — Abrégé de psychanalyse. — Paris : PUF.
(1976) — Essais de psychanalyse appliquée. — Paris : Gallimard.
- (13) GREEN (A.), (1990).
La folie privée. — Paris : Gallimard.
- (14) HADJIISKY (E.), (1971).
Contribution à l'étude du parent maltraitant. — Paris : Mémoire de psychiatrie, Centre hospitalo-universitaire Pitié-Salpêtrière.
- (15) KERNBERG (O.), (1991).
La personnalité narcissique. — Toulouse : Privat.
- (16) KLEIN (M.), (1966).
Quelques mécanismes schizoïdes. In : *Développements de la psychanalyse*. — Paris : PUF.
- (17) LBOVICI (S.), (1983).
Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. — Paidos/Le Centurion — Paris : PUF.
- (18) PIGOTT (C.), (1990).
Introduction à la psychanalyse groupale. — Paris : Apsygée..

- (19) ROBION (J.), (1991).
Les résonances fantasmatiques dans le travail social : Ed. Epidaure.
- (20) RACAMIER (P.-C.), (1986).
Entre agonie psychique, déni psychotique et perversion narcissique. *Revue française de psychanalyse*, T. L. — Paris : PUF.
- (21) SANDLER (J.)
(1991) — Projection, identification, identification projective. — Paris : PUF.
(1976) — Contre-transfert et rôle en résonance. *Revue française de psychanalyse*, T. XL. — Paris : PUF.
- (22) SEARLES (H.), (1981).
Le contre-transfert. — Paris : Gallimard.
- (23) WILGOWICZ (P.), (1991).
Le vampirisme. — Lyon : Césura Ed.
- (24) WINNICOTT (W.), (1969).
De la pédiatrie à la psychanalyse. — Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Colloque sur la violence au sein de la famille : mesures dans le domaine social. Conseil de l'Europe, 25-27 nov. 1987.
- La protection des enfants maltraités. *Informations*, n° 4. Direction de l'action sociale du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale.
- GABEL (M.)
(1992) — Les enfants victimes d'abus sexuels. — Paris : PUF.
(1991) — Du silence au silence. In *L'enfance maltraitée*, AFIREM. — Paris : éd. Karthala.
- MILLER (A.), (1991).
Abattre le mur du silence. — Paris : Aubier.
- ROUYER (M.), DROUET (M.), (1986).
L'enfant violenté. — Paris : Paidos/Le Centurion.

Bibliographie

- AGOSTINI, D. (1987). L'enfant, les érinnyes, les méduses. Etude des imbrications parents maltraitants-enfants maltraités-intervenants sociaux. *Les Cahiers du CTNERHI, Handicap et Inadaptations*, n° 40.
- AGOSTINI, D. (1989). Lorsque l'enfant paraît. *Perspectives psychiatriques*, n° 20/V.
- AGOSTINI, D. (1990). L'intervention blanche. *Informations sociales*, n° 1.
- AGOSTINI, D. (1992). La complexité des métiers impossibles. In *Les Enfants victimes d'abus sexuels*. — Paris : PUF.
- AGOSTINI, D., HADJISKY, E. *La question de la transmission des mauvais traitements*. (à paraître).
- ANZIEU, D. Le transfert paradoxal. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 12, 45-72.
- ANZIEU, D. (1985). *Le Moi peau*. — Paris : Dunod.
- ANZIEU, D. (1987). *Les Enveloppes psychiques*. — Paris : Dunod.
- ARIES, Ph. (1973). *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. — Paris : Le Seuil.
- ARNOUX, D. (1981). Le risque de mauvais traitements aux parents maltraitants. *Médecine et Enfance*, mars.
- BADAROCO, J.G. (1986). L'identification et les vicissitudes dans les psychoses. *Revue française de psychanalyse*, tome L.
- BARANES, G.J. (1986). « A soi-même étranger ». A propos du texte « Le clivage du Moi dans le processus de défense ». *Revue française de psychanalyse*, tome L.
- BAUER, M. and al. (1990). *La Commission d'évaluation*. — Rapport d'étude du CTNERHI/DVS 92.
- BAUER, M. (1991). La Recherche évaluative antidote au silence. In *L'Enfance maltraitée*. — Paris : Karthala.
- BAUER, M. *Un autre regard sur la relation mère/enfant*. — (à paraître au CTNERHI).

BEGOIN, J. (1978). Aimer et se sentir aimé : Notes sur l'amour de transfert. *Revue française de psychanalyse*, T. XLII, 721-746.

BEGOIN, J. (1984). Présentation de quelques repères sur l'évolution du concept d'identification. *Revue française de psychanalyse*, T. XLVIII, 485-490.

BEGOIN, J., BEGOIN, F. Pour une resexualisation de la sublimation. *Revue française de psychanalyse*.

BERGERET, J. (1984). *La Violence fondamentale*. — Paris : Dunod.

BETTELHEIM, B. (1984). *Survivre*. — Paris : Laffont, coll. « Pluriel ».

BICK, E. The experience of the skin in early objects relations. *International Journal of Psychiatry*, 49, 484-486.

BION, W.R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. — Paris : PUF.

BION, W.R. (1983). *Réflexion faite*. — Paris : PUF.

BLEGER, J. (1981). *Symbiose et Ambiguïté*. — Paris : PUF, coll. « Fil rouge », 361 p.

CAILLOT, J.-P., DECHERF, G. (1982). *Psychothérapie familiale et paradoxalité*. — Paris : Clancier-Guenaud.

CAILLOT, J.-P., DECHERF, G. (1982). *Thérapie familiale psychanalytique et paradoxalité*. — Paris : Clancier-Guenaud.

CARLONI, G., NOBILI, D. (1975). *La Mauvaise Mère*. — Paris : ESF.

CASTORIADIO-AULAGNIER, P. (1975). *La Violence de l'interprétation*. — Paris : PUF.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1973). Essai sur l'idéal du Moi. *Revue française de psychanalyse*, T. XXXVII.

Colloque sur la violence au sein de la famille : mesures dans le domaine social. Conseil de l'Europe, 25-27 nov. 1987.

CHOMBART DE LAUWE, M.-J. (1979). *Un monde autre : l'enfance*. — Paris : Payot.

Communication au 60^e anniversaire de l'Association Olga Spitzer.

Congrès national de thérapie familiale psychanalytique. Septembre 1991, Lyon. Communications à paraître.

CRIVILLE (1986). A corps et à cris. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 33.

DEVEREUX, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. — Paris : Flammarion.

DIATKINE, G. (1984). Parler de la violence. *Revue française de psychanalyse*, tome XLVIII.

EIGUER, A. (1983). *Un divan pour la famille*. — Paris : Centurion.

ENRIQUEZ, M. (1980). Du corps en souffrance au corps de souffrance. *Topique*, n° 26.

FERENCZI, S. (1982). Confusion des langues entre les adultes et l'enfant. In *Psychanalyse*, T. IV. — Paris : Payot.

FRAIBERG, S. (1983). Fantômes dans la chambre d'enfants. *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XXVI, 1, 57-99.

FREJAVILLE, A. (1991). Le petit enfant comme objet phobogène. *Parents*, déc., vol. XXII.

FREUD, A. (1972). *Le Moi et les mécanismes de défense*. — Paris : PUF.

FREUD, S. (1971). L'inquiétante étrangeté. *Essais de psychanalyse appliquée*. — Paris : Gallimard.

FREUD, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. G.W., XIII.

FREUD, S. (1937). Analyse terminée, analyse interminable. *Revue française de psychanalyse*, 1938-1939, 10-11, n° 1, 3-38.

FREUD, S. (1971). *L'interprétation des rêves*. — Paris : ESF.

FREUD, S. (1972). Pour introduire le narcissisme. In *La Vie sexuelle*. — Paris : PUF.

FREUD, S. (1983). L'inconscient. In *Métapsychologie* — Paris : Gallimard.

FREUD, S. (1983). *Abrégé de psychanalyse*. — Paris : PUF.

- GABEL, M. (1991). *Définir la maltraitance : limites des études épidémiologiques*.
- GABEL, M. (1991). *Du silence au silence*. — Paris : éd. Karthala.
- GABEL, M. (1992). *Les Enfants victimes d'abus sexuels*. — Paris : PUF.
- GOFFMAN, E. (1979). *La Mise en scène de la vie quotidienne*. Tome II : Les relations en public. — Paris : éditions de Minuit.
- GREEN, A. (1973). *L'Enfant de ça*. — Paris : éditions de Minuit.
- GREEN, A. (1973). *Le Discours vivant*. — Paris : PUF.
- GREEN, A. (1983). L'idéal, mesure et démesure. *Nouvelle Revue psychanalytique*, n° 27.
- GREEN, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. — Paris : éditions de Minuit.
- GREEN, A. (1990). *La Folie privée*. — Paris : Gallimard.
- GRUNBERGER, B. (1973). Idéal du Moi et Surmoi précoce. *Revue française de psychanalyse*, T XXXVII, p. 959-967.
- GRUNBERGER, B. (1975). *Le Narcissisme*. — Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- GRUNBERGER, B. (1984). De la pureté. *Revue française de psychanalyse*, T. XLVIII, 483-490.
- HADJIISKY, E. (1971). *Contribution à l'étude du parent maltraitant*. — Mémoire de psychiatrie. Centre hospitalo-universitaire Pitié-Salpêtrière, — Paris.
- HADJIISKY, E., Agostini, D. (1984). *La Question de la transmission des mauvais traitements physiques*.
- HAYNAL, A. (1977). Le sens du désespoir. *Revue française de psychanalyse*, T. XLI, 5-167.
- KAES, R. (1981). *L'Idéologie. Etudes psychanalytiques*. — Paris : Dunod.
- KAES, R. (1976). *L'Appareil psychique groupal*. — Paris : Dunod.

KERNBERG, O. (1991). *La Personnalité narcissique*. — Toulouse : Privat.

KLEIN, M. (1966). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In *Développement de la psychanalyse*. — Paris : PUF.

KLEIN, M. (1966). Quelques mécanismes schizoïdes. In *Développement de la psychanalyse*. — Paris : PUF.

KREISLER, L. (1978). Le corps meurtri. In *Mère mortifère, Mère meurtrière, Mère mortifiée*. — Paris : ESF.

KRISTEVA, J. (1980). *Le Pouvoir de l'horreur. Essai sur l'abjection*. — Paris : Seuil.

La protection des enfants maltraités. *Informations*, n° 4. Direction de l'action sociale du ministère de la Santé et de la Protection sociale.

LACAN, J. (1966). Le stade du miroir comme formation de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. *Ecrits*. — Paris : Le Seuil.

LAMBERT, Th. (1982). *Les Sévices institutionnels*. 4^e congrès international sur les enfants maltraités et négligés. — Paris : AFIREM.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*.

LEBOVICI, S. (1981). A propos des thérapeutiques de la famille. *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XXIV, 541-582.

LEBOVICI, S. (1983). *Le Nourrisson, la Mère et le Psychanalyste. Les interactions précoces*. — Paris : Païdos/Le Centurion-PUF.

LEULLIETTE, P. (1978). *Les Enfants martyrs. Enquête*. — Paris : éditions du Seuil.

MAC DOUGALL, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. — Paris : Gallimard.

MELTZER, D. (1980). *Exploration dans le monde de l'autisme*. — Paris : Payot.

MELTZER, D. (1984). Les concepts d'identification projective (Klein) et de contenant-contenu (Bion) en relation avec la situation analytique. *Revue française de psychanalyse*, T. XLVIII, 541-550.

- MILLER, A. (1991). *Abattre le mur du silence*. — Paris : Aubier.
- PENOT, B. (1989). *Figures du déni. En deça du négatif*. — Paris : Dunod.
- PETOT, J.M. (1979). *Mélanie Klein*. — Paris : Dunod.
- PIGOTT, C. (1990). Introduction à la psychanalyse groupale. — Paris : éd. Apsygée.
- PRODGERS, A. (1984). Psychopathology of the physically abusing parent : a comparison with the border line syndrom. *Child Abuse and Neglect*, vol. 8, 411-429.
- RACAMIER, P.-C. (1980). *Les Schizophrènes*. — Paris : PBP.
- RACAMIER, P.-C. (1978). *Les Paradoxes des schizophrènes*. — Paris : PUF.
- RACAMIER, P.-L. (1986). Entre agonie psychique, déni psychotique et perversion narcissique. *Revue française de psychanalyse*, tome L.
- RECAMIER, P.-C. (1978). A propos des psychoses de la maternité. In *Mère mortifère, Mère meurtrière, Mère mortifiée*. — Paris : ESF, 41-51.
- ROBION, J. (1991). *Les Résonances fantasmatiques dans le travail social*. — Paris : éd. Epidaure.
- ROSOLATO, G. (1978). *Le Narcissisme*. — Paris : Gallimard.
- ROUYER, M. (1978). Essai de prise en charge des parents maltraitants. In *Mère mortifère, Mère meurtrière, Mère mortifiée*. — Paris : ESF.
- ROUYER, M., DROUET, M. (1986). *L'Enfant violenté*. — Paris : Paidos/Le Centurion.
- SANDLER, J. (1976). Contre-transfert et rôle en résonance. *Revue française de psychanalyse*, tome XL.
- SANDLER, J. (1976). Contre-transfert et rôle en résonance. *Revue française de psychanalyse*, « Le Contre-transfert », mai-juin.
- SANDLER, J. (1991). *Projection, identification, identification projective*. — Paris : PUF.

- SEARLES, H. (1978). *L'Effort pour rendre l'enfant fou*. — Paris : Gallimard.
- SEARLES, H., (1981). *Le Contre-transfert*, — Paris : Gallimard.
- SEGAL, H. Note sur la formation du symbole. *Revue française de psychanalyse*, 4, p. 693.
- SOPHOCLE. Oedipe Roi vers 1174.
- SOULE, M., NOEL, J. (1971). Le grand renfermement des enfants dits « cas sociaux ». *Psychiatrie de l'enfant*, XIV, 577-620.
- STRAUS, P., MANCIAUX, M., DESCHAMPS, G. (1978). *Les Jeunes Enfants victimes de sévices*. — Paris : CTNERHI, série « Recherches ».
- STRAUS, P., MANCIAUX, M. et al. (1982). *L'Enfant maltraité*. — Paris : édition Fleurus.
- SUMMIT, R.C. (1983). The Child Sexual Accomodation Syndrome. *Revue Child Abuse and Neglect*, 7, 177-193.
- THOUVENIN, C. (1988). Attitudes des intervenants devant les cas d'abus sexuels intrafamiliaux : une méconnaissance surprenante. *Perspectives psychiatriques*, n° 14/IV, 273-278.
- THOUVENIN, C. (1989). *Abus sexuels intrafamiliaux : « le syndrome d'adaptation »*. Journée d'études CFE-ES, Vaucresson, octobre 1989.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSON, Don D. (1972). *Une logique de la communication*. — Paris : Le Seuil.
- WILGOWICZ, P. (1991). *Le Vampirisme*. Lyon, éditions Césura.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *Jeu et Réalité*. — Paris : Gallimard.
- WINNICOTT, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. — Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- WINNICOTT, D.W. (1969). *La Théorie de la relation parent-nourrisson*. — Paris : Payot.
- WINNICOTT, D.W. (1970). Distorsion du Moi en fonction du vrai et du faux-self. In *Processus de maturation chez l'enfant*. — Paris : Payot.

WINNICOTT, D.W. (1970). Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. In *Processus de maturation chez l'enfant*. — Paris : Payot.

ZUCMAN, E. (1983). *Entre adultes : les personnels auprès des adultes handicapés*. — Paris : CTNERHI.

Annexes

Annexe I : Méthode de dépouillement

Annexe II : Identification de la population contactée

Annexe III : Analyse des contenus

METHODE DE DEPOUILLEMENT

Dans un premier temps, en possession d'une bonne partie des interviews enregistrées ou manuscrites (obtenues à partir du guide d'entretien ci-après), nous avons tenté de dégager les grandes lignes qui structuraient les discours des intervenants.

Ces axes forment le corpus de cet ouvrage : nous avons retenu comme des constantes l'expression de la position de la toute-puissance/impuissance, du clivage, du doute, de la banalisation.

Dans un deuxième temps, nous avons affiné notre approche de chaque thème en déterminant pour chacun les divers items qui peuvent être considérés comme s'y rapportant (Cf. grille de décodage, annexe III).

En possession de ces items, nous avons lu et relu chaque interview et codé l'un ou l'autre item chaque fois qu'il apparaissait à un moment ou à un autre de l'interview.

Ainsi, si chaque thème est présent dans l'ensemble des interviews, car ils représentent des modes de défense communs à chacun d'entre nous, c'est leur répétition dans le discours qui nous a permis d'obtenir un « profil » de chaque interviewé et de dégager une courbe statistique.

Faute de temps, nous avons négligé une autre forme d'analyse : la succession dans le temps des divers modes de défense (nous avons donné un exemple concret de cette possibilité d'analyse dans le chapitre consacré à la banalisation).

GUIDE D'ENTRETIEN UTILISE LORS DES INTERVIEWS AUPRES DES INTERVENANTS

1. Avez-vous rencontré des enfants qui vous semblaient maltraités ?
2. Comment avez-vous été amené à penser qu'il y avait mauvais traitements ?
3. Quelles ont été vos réactions durant le temps où vous êtes resté seul avec vos suppositions ? (Combien de temps ? Qu'est-ce qui vous a fait hésiter le plus ? Qu'est-ce qui a étayé le plus vos certitudes ?)
4. Etes-vous resté seul avec vos suppositions ou avez-vous consulté d'autres personnes ?
5. Quelle a été la nature de votre intervention ?
6. Que s'est-il passé après votre intervention ?
7. Avez-vous pu par la suite avoir des informations sur la situation de l'enfant ?
8. Etiez-vous d'accord avec la suite donnée ?
9. Quelle était la situation familiale de l'enfant ? (âge, fratrie, sexe, classe sociale, autre indications...).
10. Qui était, d'après vous, le parent maltraitant ?
11. Comment parlait-il de son enfant ? Comment réagissait-il par rapport à l'enfant ?
12. Quelles raisons invoquait le parent pour expliquer les traces des mauvais traitements ?
13. Quelles raisons invoquait-il pour expliquer son comportement ?
14. Quelle interprétation faisiez-vous, vous-même, sur ces traces ?
15. Quelles raisons invoqueriez-vous au comportement du parent ?
16. Avez-vous repéré des traits particuliers chez le parent ? Chez l'enfant ?
17. Comment êtes-vous entré en contact (verbal) avec le parent ?

IDENTIFICATION DE LA POPULATION CONTACTEE

1) Les secteurs d'activités

	Nombre d'interviews
a) Scolaire	18
b) Crèches/PMI	18
c) Services sociaux/Prévention/Foyers d'accueil	16
d) Hôpitaux	11
e) Autres	4
	<hr/>
Total	67

2) Professions

a) Directrices de crèches	6
b) Directrices d'écoles	4
c) Directrices de foyers d'accueil spécialisés	1
d) Médecins	8
e) Infirmières	3
f) Assistants sociaux	19
g) Psychologues	9
h) Instituteurs	5
i) Puéricultrices, éduc. de jeunes enfants, auxiliaires	10
j) Police	1
k) Secrétaire médicale	1
	<hr/>
Total	67

ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS CONTACTES

	Nombre total	Réponses positives
Médecins (lettre)	126	4
Médecins (contact direct)	11	3
Infirmières à domicile	60	1
Infirmières (hôp., scol.)	5	3
Directrices de crèche/PMI	8	6
Directrices d'école	8	4
Assistants sociaux	44	19
Directeurs de foyers d'accueil spécialisé	2	1
Psychologues	11	9
Instituteurs	5	5
Puéricultrices	10	10
Police	1	1
Secrétaire médicale	1	1
	<hr/>	<hr/>
Total	292	67

Les médecins généralistes et pédiatres

Nous avons contacté 100 médecins généralistes et 26 pédiatres.

Recrutement

Nous avons contacté tous les pédiatres de l'arrondissement et un tiers des médecins généralistes, choisis au hasard sur la liste des médecins exerçant sur cet arrondissement.

Contact

Le contact s'est fait par lettre et questionnaire en demandant une rencontre.

Analyse des réponses

Nombre de réponses : personnels autres qu'assistants sociaux : 48.

Ont-ils rencontré des enfants maltraités ?

Oui :	11	9 % du total	23 % des réponses
Non :	33	26 % du total	69 % des réponses
N.R. :	4	3 % du total	8 % des réponses

Acceptent-ils de nous rencontrer pour en parler ?

Oui :	4	3 % du total	8 % des réponses
Non :	40	32 % du total	83 % des réponses
N.R. :	4	3 % du total	8 % des réponses

Souhaitent-ils des informations complémentaires sur le problème de l'enfance maltraitée ?

Oui :	7	6 % du total	15 % des réponses
Peut-être :	2	2 % du total	4 % des réponses
Non :	19	15 % du total	39 % des réponses
N.R. :	20	16 % du total	42 % des réponses

Un certain nombre de médecins répondent anonymement (16, soit 38 % des réponses).

Sur les 11 qui ont rencontré des enfants maltraités, 6 donnent leur nom, nous les avons recontactés par téléphone, mais ils ont persisté dans leur refus, parce qu'ils ne voyaient pas l'utilité d'en parler, parce qu'ils ont fait ce qu'il fallait ou encore parce qu'ils sont tenus au secret professionnel.

Les infirmières à domicile

Nous avons contacté par lettre et questionnaire toutes les infirmières à domicile de l'arrondissement, soit 60.

Nous avons reçu 8 réponses (13 %).

Deux personnes avaient rencontré des enfants maltraités, acceptaient et souhaitaient nous rencontrer. Mais l'un des numéros de téléphone s'est révélé inexact et nous n'avons rencontré qu'une seule personne.

Ont rencontré des enfants maltraités :

Oui : 2

Non : 5

N.R. : 1

Acceptent une rencontre :

Oui : 2

Non : 5

N.R. : 1

Connaissent un collègue qui a rencontré des enfants maltraités :

Oui : 1

Non : 5

N.R. : 2

Jugent qu'une information serait utile :

Oui : 1

Non : 5

N.R. : 2

ANALYSE DES CONTENUS

• **Problématique doute/certitude**

	N° d'item	Fréquence
- Le doute exprimé	70	50
- Le doute porte sur la réalité des mauvais traitements	71	31
- Le doute porte sur les dires des autres (enfant, parent, autre intervenant...)	72	10
- Le doute porte sur la définition des mauvais traitements	73	16
- Dénégation du doute qui s'exprime par une certitude	74	40
- Certitude qu'il y a mauvais traitements sans preuve	75	6
- Certitude de mauvais traitements parce qu'ils ont été affirmés par d'autres	76	18

Item du doute : 70, 71, 72, 73.

Idem de la certitude : 74, 75, 76.

• **Problématique toute-puissance/impuissance**

	N° d'item	Fréquence
- L'intervenant dit ne pas chercher à savoir ce que les autres en savent	58	225
- L'intervenant sait tout	59	221
- L'intervenant fait tout lui-même	60	238
- L'intervenant fait tout avec son équipe	61	52
- L'intervenant ressent les autres comme incapables, inefficaces	62	245
- L'intervenant ressent les autres comme dangereux	63	121
- L'intervenant ressent les autres comme envahisseurs par rapport à lui	64	50

	N° d'item	Fréquence
- L'intervenant reconnaît la compétence des autres	65	42
- L'intervenant veut collaborer avec les autres	66	46
- L'intervenant se sent incompétent	67	81
- L'intervenant veut se décharger des responsabilités	68	91
- L'intervenant veut menacer les parents	69	15

Item de la toute-puissance : 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 69.

Idem de l'impuissance : 67, 68.

Item de l'attitude « adéquate » : 65, 66.

• Problématique familiale

a) Discours sur le parent

	P	BP	M	BM	A	
- Eléments positifs	10	20	30	40	50	n° d'item
	69	3	191	4	12	nb. réponses
- Eléments négatifs	11	21	31	41	51	n° d'item
	141	20	197	18	15	nb. réponses
- Eléments négatifs atténués par tentatives d'excuse	12	22	32	42	52	n° d'item
	104	2	293	6	4	nb. réponses

P = Père ; M = Mère ; BP = Beau-père ; BM = Belle-mère ;

A = Autres (grand-père, grand-mère, oncle, tante..., nourrice).

b) Discours de l'enfant

	N° d'item	Fréquence
- L'enfant est juste évoqué	0	159
- L'enfant est décrit à travers sa souffrance	1	214
- L'enfant est décrit comme normal	2	47
- L'enfant est décrit comme une victime	3	106
- L'enfant est décrit comme manipulateur, provocateur	4	82

• Problématique banalisation/dramatisation

	N° d'item	Fréquence
- Banalisation exprimée par une généralisation	80	148
- Banalisation exprimée par un poncif	81	96
- Banalisation exprimée par des atténuations	82	99
- Banalisation culturelle	87	49
- Dramatisation	83	86
- Difficultés ou aléas éducatifs assimilés à des mauvais traitements	84	45
- Dramatisation sadique	85	19
- Hors-sujet	86	88

Item de la banalisation : 80, 81, 82, 87.

Item de la dramatisation : 83, 84, 85.

• Causes invoquées des mauvais traitements

	N° d'item	Fréquence
- Causes socio-économiques	90	107
- Causes comportementales	91	76
- Causes psychologiques	91'	69
- Causes psychiatriques	91''	39
- Causes en rapport avec des problèmes de couple ou de dynamique familiale	92	143
- Causes culturelles	93	58
- Causes mystérieuses (« magiques ») : fatalité, différence radicale des parents maltraitants	94	10

• Problématique du signalement

	N° d'item	Fréquence
- Cas signalés par l'intervenant. A qui ?	95	103
- Cas non signalé	96	84
- Cas déjà signalé	97	42

Le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), association Loi de 1901, remercie vivement tous les organismes qui, par leur participation financière, lui permettent d'accomplir ses missions :

- Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration
- Ministère de la Recherche et de l'Espace
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés (CNAMTS)
- Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.)
- Secrétariat d'Etat aux Anciens Combattants
- Association Française contre les Myopathies (A.F.M.)
- Service d'Etudes et de Recherches sur les Transports (SERT)
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)
- L'Association de Fonds de Gestion pour l'Insertion Professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)
- Direction Interministérielle des Villes (D.I.V.)
- Ministère de la Justice
- Fondation de France

Édité par le CTNERHI
Tirage par la Division Reprographie
Dépôt légal : Février 1993

ISBN 2-87710-069-3
ISSN 0223-4696
CPPAP 60.119

Le Directeur : Annick DEVEAU