

Le placement familial
De la théorie à la pratique
De H. DAVID

Chapitre 4

**Les motifs du placement,
le « mal de placement »**

LÉ PLUS souvent, la cause d'un placement paraît évidente et inéluctable. Or, dans bien des cas, cette raison manifeste et explicite n'est qu'un prétexte, une circonstance déclenchante ; en général, là où il y a placement, trois séries de facteurs coexistent : d'une part, une situation d'ensemble, familiale et sociale, qui contient en germe quantité de circonstances susceptibles de provoquer un placement ; d'autre part, une fragilité ou une faille plus ou moins profonde du lien parent-enfant ; enfin, l'état d'esprit des médecins et travailleurs sociaux qui, plutôt que d'envisager d'autres solutions, agissent comme agents séparateurs. L'existence et l'intrication de ces facteurs seront illustrées par le cas Charles.

CHANTAL CHARLES

Mme Charles est assistante sociale de l'entreprise de son mari de passer de toute urgence à son domicile. Son mari vient d'être infirme et elle souhaite que sa fille Chantal, âgée de 6 ans, soit placée très rapidement.

Circonstances déclenchantes : Mme Charles explique, avec beaucoup d'émotion, les circonstances tragiques qui ont entraîné l'incrimination de son mari, comment elle dut recourir à la police. Puis elle indique qu'elle doit maintenant subvenir aux besoins de la famille et qu'elle a trouvé un travail. Elle veut le prendre aussitôt et ne peut donc

s'occuper de Chantal. A première vue, les raisons de ce placement sont simples : son caractère social, sa nécessité et son urgence sont évidents et incontestables. Cependant, l'approfondissement du cas par un groupe de travail animé par un pédopsychiatre, révèle que bien d'autres facteurs sont en jeu.

Tentative d'évaluation : occultation d'une partie du problème par l'assistante sociale. Tout d'abord, l'assistante sociale se montre agacée par les questions, à son sens superflues posées par le psychiatre. La situation présente ne laissant aucun choix. Toute une partie du groupe se joint à elle pour se plaindre agressivement de tous les obstacles rencontrés pour répondre aux urgences. L'assistante a dû faire d'innombrables démarches avant de parvenir à extorquer une place à un établissement. Elle s'étend longuement sur le courage de Mme Charles qui mérite bien d'être aidée, sur la nécessité de répondre très rapidement à sa demande d'être libérée de Chantal pour pouvoir travailler et aller voir son mari à l'hôpital.

Poussée par sa sympathie et son admiration pour sa cliente, elle trouve blessantes les questions soulevées par le psychiatre et, par simple tact, ne s'autorise pas à poser à Mme Charles. Pour elle, la seule conduite à tenir est de répondre vite et bien à la demande de celle-ci sans mettre en question le bien-fondé de sa demande. A l'appui, elle montre combien Mme Charles est dévouée à son mari et raconte comment celui-ci, violent, armé d'un couteau, a menacé sa femme et, à d'autres occasions, des collègues de travail. Mme Charles est bouleversée d'avoir été complice de la police pour s'emparer de son mari, elle craint que son intervention n'ait renforcé le sentiment de persécution dont elle est l'objet. Néanmoins, ajoute l'assistante sociale, elle ne témoigne ni hostilité ni rancune à son égard : elle comprend qu'il s'agit d'une maladie et, bien que redoutant sa violence, elle tient à lui rendre visite.

L'assistante sociale répète que Mme Charles a besoin de travailler et doit consacrer le peu de temps qui lui reste aux visites à l'hôpital. Il faut rapidement placer Chantal, la grand-mère qui vit à la maison s'occupant du bébé.

Cette présence de la grand-mère au foyer est mentionnée au hasard du discours, comme un fait sans importance. Un membre du groupe demande aussitôt si la grand-mère ne pourrait s'occuper de Chantal, d'autant plus que celle-ci va à la maternelle. L'assistante sociale répond assez sèchement, comme pour clore la discussion, qu'il ne peut en être question : la grand-mère est âgée et trop fatiguée pour s'occuper de deux enfants, d'autant plus que Chantal est très difficile.

Cette dernière information, tout comme celle concernant la grand-mère, s'échappe en quelque sorte des lèvres de l'assistante sociale qui, jusque-là, avait omis d'en parler.

Encouragée par ses collègues qui s'intéressent maintenant pour la première fois à Chantal, l'assistante s'indigne de la méchanceté de la fille de 6 ans, rebelle, capable même d'être violente envers sa mère qu'elle va jusqu'à battre et injurier, la traitant de folle. Elle pousse à bout mère et grand-mère qui souhaitent qu'elle soit placée au plus vite.

Cause sous-jacente : la demande de placement. Intolérance mutuelle inaménageable. Il devient clair maintenant que les raisons invoquées pour demander une action en urgence : internement du père, travail de la mère, fatigue de la grand-mère, sont celles

Le placement met en grand-mère à demander le placement... en réalité, un autre motif... Sans lui, Chantal serait restée au foyer, gardée par sa grand-mère. Il... l'assistante sociale est poussée par ses propres motivations à... la méchanceté de la petite fille, à admirer la mère, à vouloir réparer cette... du père et de la fille en se mettant en quatre pour donner satisfaction... Ces motivations entretiennent le feu dans la résistance... l'assistante sociale à faire une évaluation de la demande de sa cliente afin d'en... le bien-fondé. Elles permettent une sorte de passage à l'acte du désir impérieux... exprimé par la mère auquel l'assistante sociale donne la possibilité de se... Elle contribue ainsi à précipiter le placement.

La conscience, maintenant, de ce nouveau motif de la demande de Mme Charles... membres du groupe posent des questions au sujet de Chantal. Ils apprennent... Chantal était de longue date une enfant pas facile, mais que les difficultés se sont... depuis l'internement du père. Elle refuse de manger, accuse sa mère de... l'empoisonner, elle lui a dit aussi qu'elle ne se laisserait pas mettre en prison et... Cela est d'autant plus effrayant que M. Charles tenait ces mêmes... et Mme Charles ne peut les tolérer dans la bouche de sa fille. En revanche, Chantal et son père se sentent bien. Celui-ci ne s'est jamais montré violent envers elle. Il y a au contraire une bonne intimité entre eux, ce dont Mme Charles est heureuse, bien qu'elle s'étonne du contraste entre la patience du père à l'égard de sa fille et son... à l'égard de toute autre personne.

Un membre du groupe pense que Chantal est peut-être bouleversée, elle aussi, par l'internement de son père. Cela d'autant plus qu'elle paraît être en pleine étape oedipienne et qu'opposante à son père, elle l'en rend sans doute responsable. Elle aurait besoin d'être aidée pour mieux comprendre ce qui se passe.

Pour la première fois, l'assistante sociale peut se montrer disponible à l'égard de Chantal et entendre cette remarque qui fait en quelque sorte tomber une barrière. Elle pense maintenant qu'il est bien possible que ce soit la crainte de la similitude de comportement du père et de la fille qui pousse Mme Charles à placer sa fille. Elle commence à s'interroger sur le bien-fondé de ce placement. Mais comment y renoncer alors qu'elle a obtenu, à l'arraché, une place pour Chantal et qu'elle s'est engagée à l'égard de Mme Charles ?

Comme convenu, l'assistante sociale va voir Mme Charles le lendemain de cette réunion. Elle lui annonce qu'elle a une possibilité de placement. Elle ose cette fois lui demander si elle persiste dans son désir et si elle a réfléchi à la façon dont Chantal pourrait réagir. Mme Charles est perplexe, elle rappelle que Chantal a parlé de prison, se demande comment lui faire accepter un placement et si elle n'en pâtira pas. Et pourtant, ajoute-t-elle avec une expression de détresse, elle ne peut plus la garder. L'assistante sociale qui sent son désarroi lui demande si le comportement de Chantal l'inquiète en raison de la maladie de son mari. Mme Charles fond en larmes et dit, exemple à l'appui, que Chantal est comme son père, que c'est intolérable et qu'elle ne la supporte plus. L'assistante peut alors parler de Chantal à Mme Charles. Elle suggère qu'elle n'est peut-être

pas comme son père, mais que, bouleversée de son absence, dans son amour pour lui, elle tend à prendre son parti et peut être à l'imiter. Elle parle à Mme Charles de l'aide qu'elle pourrait recevoir d'une consultation médico-psychologique pour mieux comprendre les difficultés qui existent entre Chantal et elle et pour s'assurer de l'opportunité du placement.

Ce cas illustre bien la complexité des causes de ce placement :

- *au centre, cette intolérance mutuelle angoissante et menaçante, pour le moment inaménageable, qui s'est développée entre mère et fille autour de la maladie mentale et de l'internement de M. Charles ;*
 - le placement de Chantal est un moyen auquel la mère fait appel pour se débarrasser de cette angoisse. Mais, pour éviter la culpabilité à l'égard du rejet, elle a besoin de le justifier, et ceci autant à ses yeux qu'à ceux de l'assistante sociale, en s'appuyant sur *les circonstances* très réelles : nécessité de travailler, d'aller voir son mari à l'hôpital, d'épargner de la fatigue à sa mère, l'assurer et la rassurer sur ses qualités de femme, de mère et d'épouse dévouée et courageuse ;
 - *l'assistante sociale joue aussi un rôle majeur* dans la décision. Sa cliente mobilise en elle de façon intense des mouvements émotionnels profonds qui la poussent à s'y associer et à mettre en sourdine des éléments qu'elle a entendus, mais dont elle ne tient pas compte et qu'elle répugne à transmettre ; en prenant parti, c'est bien elle qui précipite la réalisation du placement.
- Seront étudiés dans les pages qui suivent ces trois séries de facteurs qui concourent à provoquer le placement :
- circonstances déclenchantes ;
 - troubles de la parentalité ;
 - contre-attitudes des services et des équipes médico-sociales.

CIRCONSTANCES DÉCLENCHANTES

Les circonstances qui déclenchent un placement sont diverses : chacune d'elles ne constitue pas, à elle seule, une cause de placement. Elle ne devient active que parce qu'elle s'inscrit dans une situation complexe qui comporte une multiplicité d'autres facteurs. Parce qu'elle est porteuse d'un caractère « raisonnable », déculpabilisant, cette circonstance pèse d'un poids suffisant pour empêcher, dans la plupart des cas, une

Examen plus approfondie de la situation et pour autoriser une action en urgence.
Examen différents aspects mentent plus ample examen.

■ Diversité des circonstances à l'origine d'un placement

Les circonstances peuvent être regroupées en quatre catégories.

● Absence de parents : par décès ou abandon

Sandrine, 9 ans, doit être placée d'urgence, car sa mère vient de mourir à l'hôpital à la suite d'un cancer. Une amie de sa mère qui l'a recueillie doit reprendre son travail et ne peut la garder. Le père de Sandrine est lui aussi décédé.

● Un problème ou une crise familiale

Maladie, fatigue ou dépression de la mère, abandon du foyer par l'un des parents, conflits conjugaux, hospitalisation, internement, incarcération d'un des parents, etc.

À la demande de Mme Blanche, leur mère, Denise, 3 ans et demi et Suzanne, 10 ans, sont placées dans une famille d'accueil par les soins du service de Protection maternelle et infantile. Mme Blanche, seule pour élever ses enfants, fatiguée par une huitième naissance, doit aller se reposer un mois dans un établissement qui l'accueille avec Bernard, le nouveau-né, et sa plus jeune fille, Veronique, âgée de 22 mois. (Suite p. 86)

● Protection d'un enfant négligé, maltraité, en danger

Patrick Pierson est placé d'urgence par police secours, au foyer de l'Aide à l'Enfance, parce que, au cours d'un épisode délirant aigu, sa mère a paru mettre la vie de l'enfant en danger.

● Placement en vue de soins spéciaux

Dans le cas de troubles somatiques, psychologiques ou mentaux de l'enfant.

Le médecin de la Protection maternelle et infantile demande le placement de Pierre, âgé de 15 mois, en raison de son anorexie et de son retard massif de développement.

Bien que l'une ou l'autre de ces circonstances soit présentée comme *justifiant en soi le placement*, il faut remarquer qu'aucune d'entre elles n'explique tout, puisque, dans des conditions identiques, d'autres familles ne placent pas leurs enfants. Ainsi, la plupart des orphelins sont assumés par leur famille. De même, quand la mère est obligée de s'absenter ou lors d'une situation de crise, des solutions familiales et locales sont utilisées. La majorité des parents fait face aux troubles, même graves, de comportement et de caractère de leurs enfants, sans recourir au placement. Le plus grand nombre résiste à cette idée lorsque le placement est suggéré ou recommandé.

► Insertion d'une de ces circonstances dans une situation antérieure complexe

En vérité, si l'on excepte les cas de simples dépannages, la circonstance invoquée pour demander un placement *fait partie d'une situation d'ensemble complexe comportant presque toujours des problèmes multiples* : matériels, sanitaires, éducatifs, psychologiques, sociaux qui se manifestent depuis plus ou moins longtemps.

C'est parce que Sandrine appartient à une famille écartée depuis des années, que ses parents se sont séparés et entre-déchirés, que sa mère l'a abandonnée à son père dont elle a partagé la vie de clochard, et ne l'a reprise avec elle qu'au moment de la mort de ce dernier, que la nécessité d'un placement s'impose au moment du décès de la mère. C'est aussi parce que sa mère vivait en concubinage avec un alcoolique, comme elle qui la battait et abusé de Sandrine, que celle-ci s'est retrouvée passagèrement chez une amie à laquelle sa mère a dit ses soucis au moment d'entrer à l'hôpital. Sandrine a d'ailleurs déjà été confiée à une multitude de personnes, parents éloignés, amis de fortune de l'un ou de l'autre de ses parents, et c'est parce qu'elle n'appartient à personne qu'elle est maintenant tout à fait seule.

Nous verrons plus loin qu'il en est de même pour Patrick Pierson et Cécile Blanche dont les cas seront évoqués à plusieurs reprises.

L'expérience de John Bowlby, James Robertson et ses collaborateurs confirme ces faits. Lorsqu'ils voulurent organiser un séminaire de recherche sur les effets de la séparation précoce entre mère et enfant, ils parvinrent à grand-peine à trouver des cas où le facteur séparation pouvait être isolé, sans être compliqué par des facteurs psychosociaux aussi lourds de conséquences que la séparation qu'ils avaient engendrée. Les seuls cas trouvés répondant au mieux à cette exigence concernèrent le séjour en maternité de la mère, ou une hospitalisation de l'enfant

une intervention bénigne. Même dans ces cas, il fut difficile d'éviter que des autres facteurs associés.

La coexistence et l'interaction de problèmes multiples, matériels, sociaux, familiaux et personnels, constituent un ensemble prêtant à ce que ces divers éléments deviennent à tour de rôle la circonstance qui déclenche activement le placement.

C'est là ce qui explique la fréquence et la répétition des placements réalisés, tantôt pour une raison, tantôt pour une autre, et chaque fois par des services intervenants différents. Ceux-ci, à défaut d'évaluation de la situation globale — qui, elle, est passée sous silence —, ignorent bien souvent l'existence des placements antérieurs de l'enfant, tout comme ceux des autres membres de la famille. Ainsi se constituent ces discontinuités si fréquemment constatées dans la vie des enfants placés.

Le placement de Patrick Pierson à l'âge de 20 mois a été précédé de plusieurs autres et pour d'autres motifs. Peu après sa naissance, il a été confié à l'Aide sociale à l'Enfance par sa mère en vue d'adoption, à la suite de l'abandon paternel. Il est repris par sa mère vers l'âge de 4 mois. Par la suite, en raison de pénurie financière et de menace d'expulsion du logement, à la demande de sa mère, il est confié à plusieurs reprises, pour de brefs séjours à des familles par des assistantes sociales de services différents. Le dernier placement, à l'occasion d'un épisode délirant, est fait d'urgence par police secours qui envoie Patrick au foyer de l'Aide sociale à l'Enfance. L'assistante sociale du service où est hospitalisée sa mère souhaite le confier à un placement familial spécialisé. On apprend ultérieurement que Mme Pierson a un autre enfant placé depuis son premier âge.

Plus exemplaire encore est la situation des huit enfants de la famille Blanche. Dans cette famille, où la plupart des enfants sont de pères différents, les uns connus, les autres inconnus, où la mère, actuellement seule au foyer, ne travaille pas et vit essentiellement de ses allocations et d'assistance, on découvre qu'une multitude de circonstances — abandon paternel, séjours de la mère en maternité, en maison de repos, sa fatigue, manque de ressources, maladie d'un enfant, violence et trouble du caractère de cet enfant puis de deux autres, mauvais traitements de deux enfants par la mère, indiscipline d'une grande fille, refus du retour de deux filles et désir d'une famille d'accueil d'en adopter une autre — vont chacune à tour de rôle déclencher plusieurs placements pour chaque enfant, les uns de courte ou moyenne durée, les autres définitifs. De plus, une

multitude de services et de personnes interviennent à propos de ces placements : Protection maternelle et infantile, Croix-Rouge, Sécurité sociale, service médical et social de l'hôpital pédiatrique, juge des enfants, deux placements familiaux spécialisés différents. Ces divers placements sont réalisés sur des modes variés : maison d'enfants à caractère sanitaire, internat, médicosychologique, foyer pour adolescents, foyer d'accueil de l'Aide sociale à l'Enfance, placement familial Croix-Rouge, placement familial libre, placement familial spécialisé...

En effet, au moment où est mis en place le placement de dépannage de Denise et Suzanne, la situation des huit enfants est la suivante :

- l'aînée, Juliette, est âgée de 15 ans environ. Elle a été placée à chaque naissance des plus jeunes. A l'occasion d'un de ces placements, dans une famille d'accueil de l'ASE, elle refuse de revenir chez sa mère. Les plus jeunes enfants ne la connaissent que de nom et Mme Blanche se sent victime de cette fille qui, selon elle, l'a abandonnée.
- la deuxième enfant, Patricia, âgée de 13 ans, et qui, depuis le départ de Juliette, fait fonction de sœur aînée et de femme de ménage, a été souvent placée, mais est toujours revenue rapidement chez sa mère.
- le troisième enfant, André, âgé de 11 ans, a été placé lors des naissances de Suzanne et de Béatrice. Il a mal supporté les séparations et les nouveaux bébés, ses pleurs et colères violentes ont déclenché la violence de sa mère et provoqué la prolongation d'un placement où il se trouve avec sa sœur Béatrice. Il se fait renvoyer de chez cette nourrice qui, en revanche, adoptera Béatrice. Il contracte à ce moment une maladie grave et connaît ensuite une succession d'hospitalisations et de séjours en maison de convalescence, sans jamais revenir à la maison. Sa mère parle souvent de lui au médecin de Protection maternelle et infantile en le pleurant, comme s'il était déjà mort, mais elle ne va jamais le voir. Sa guérison inopinée est un drame pour Mme Blanche qui ne le supporte pas et repousse ses demandes. Elle se plaint de la violence de cet enfant et presage qu'il sera un meurtrier comme son père. André se fait rejeter de placement en placement et passe le reste de son enfance dans plusieurs établissements spécialisés pour enfants caractériels. Les diverses tentatives de traitement de cette violence mutuelle qui se développe entre le fils qui réclame sa mère et celle-ci qui le repousse, sont toutes vouées à l'échec.
- la quatrième enfant, Suzanne, 10 ans, a subi, elle aussi, de multiples placements courts avant de se retrouver avec Denise, pendant une année, dans une famille d'accueil, à la suite du séjour de sa mère en maison de repos. Deux ans après son retour chez sa mère, Mme Blanche fait appel au juge des enfants pour être déchargée de la responsabilité de cette adolescente dont elle craint les comportements prédelinquants. Suzanne ne retournera pas chez sa mère.
- la cinquième enfant, Béatrice, âgée de 7 ans, a été placée par la Croix-Rouge, en même temps qu'André, chez une nourrice, probablement en raison de la fatigue de sa mère. Celle-ci l'y laisse définitivement, à la demande de la famille d'accueil qui offre d'en faire son héritière, sans que Mme Blanche aille la voir, ou l'abandonne pour autant.

« Mme Denise, la sixième enfant dont il sera ultérieurement question, âgée alors de trois et demi, est maltraitée par sa mère, et c'est la raison pour laquelle le médecin de protection maternelle et infantile profite de la demande de Mme Blanche pour la placer pendant les vacances ».

« Au moment du placement de Denise, nous avons vu que Mme Blanche vient de mettre au monde le dernier né, Bernard ; elle part en maison de repos avec Véronique, la septième enfant, alors âgée de 22 mois, et Bernard, le huitième enfant nouveau-né. Seule Véronique n'a jamais été placée. Patricia l'a gardée quand sa mère est allée à la maternité et Mme Blanche est rentrée au domicile deux jours après l'accouchement. (Suite p. 153)

► Poids et caractère particulier de la circonstance au moment où elle déclenche le placement

Les exemples montrent qu'à un moment donné l'un des éléments de la situation prend un caractère aigu, envahissant. Devenant l'arbre qui cache la forêt, il ôte aux intervenants toute velléité et désir d'examiner plus avant le contexte dans lequel s'inscrit la demande de placement. Qu'il soit utilisé par la famille ou par une instance sanitaire ou sociale, il acquiert un poids tel qu'il se transforme en circonstance déclenchante. En effet, cet élément qui occupe l'avant-scène exerce en quelque sorte un pouvoir sur l'intervenant qui, à l'instar de son client, ne voit pas d'autre issue au problème présent ; aussi prend-il à son compte le caractère inéluctable, justifié et urgent du placement. C'est seulement lorsqu'un des éléments de la situation revêt certains caractères qu'il peut prendre cette force et devenir la circonstance qui autorise le placement : tantôt il remplit une fonction *déculpabilisante* et rassurante, l'intervenant étant le porte-parole du mérite, courage ou malheur de l'un ou l'autre parent ; tantôt il pointe le drame, le danger que, là encore, le médecin ou le travailleur social prend à son compte, pour protéger, l'un contre l'autre, soit la mère, soit le père, soit l'enfant.

C'est ainsi que s'explique, dans tant de cas, cette succession de placements dont chacun constitue une intervention ponctuelle, coupée du contexte et réalisée par une série d'intervenants et de services dans des lieux divers. Or, en réalité, quelles que soient les circonstances invoquées, il semble que ce soit une faille dans la relation précoce parentale et filiale qui soit le facteur déterminant du placement. Ce point va être étudié maintenant.

TROUBLES PRÉCOCES DE L'ATTACHEMENT DANS LA DYADE MÈRE-ENFANT : LE « MAL DE PLACEMENT »

L'examen attentif de toutes ces situations conduit à penser que la cause profonde de tout placement réside dans une *intolérance mutuelle*, parfois manifeste, mais beaucoup plus souvent occulte ou latente, qui se développe entre mère et enfant, voire entre père-mère-enfant. Cette intolérance, qui se présente sous des formes cliniques variées que nous examinerons d'abord, peut être rapportée à des troubles précoces de l'« attachement » dans la dyade mère-enfant, qui seront envisagés ensuite.

► Formes cliniques de l'intolérance mutuelle parents-enfant entraînant le placement

Trois modalités d'expression de cette intolérance seront décrites et illustrées par quelques exemples :

- intolérance mutuelle manifeste ;
- intolérance occulte révélée par un passage à l'acte de violence ;
- intolérance révélée par une souffrance visible de l'enfant non prise en compte par les parents, mais décelée par l'entourage médico-social.

● *Intolérance mutuelle manifeste*

Dans un nombre non négligeable de cas de placement, il existe une intolérance mutuelle manifeste, insupportable pour les parents et parfois réellement dangereuse pour eux-mêmes et pour l'enfant. L'intolérance de l'enfant, rarement évoquée en tant que telle, se traduit par des signes de refus, d'opposition, de violence ou de dépression, et/ou par des troubles de la sphère instinctuelle (troubles de l'appétit, incontinence sphinctérienne, troubles du sommeil) qui s'inscrivent ou non dans une structure pathologique de la personnalité. De leur côté, les parents résistent mal à la violence que l'enfant suscite en eux et se sentent en danger de ne pouvoir la maîtriser, si bien que, sous divers prétextes, ils demandent le placement de l'enfant. L'intransigeance de cette demande exprime l'acuité d'une menace si prégnante qu'elle commande d'éloigner l'enfant.

Mme Cham demande à l'assistante sociale de placer rapidement sa fille Aïcha, âgée de 3 ans, parce que l'école-maternelle ne veut pas la garder et qu'elle-même n'a pas le temps de s'en occuper. Elle explique qu'Aïcha ne participe pas aux activités de l'école.

Aicha est la première fille, née après huit garçons. Mme Chari ne désirait pas ce neu-
vième enfant et encore moins une fille. A ses yeux, la condition féminine en culture isla-
mique est dramatique et inacceptable. Mme Chari considère que la naissance d'une fille
est une calamité, toute fille étant vouée au malheur. Elle-même a appris à se défendre
et est devenue cette femme dure, active, très bien organisée, chef incontesté de cette
maisonnée de huit fils dont elle est fière et qu'elle mène militairement. M. Chari rap-
porte sa paye et passe son temps libre avec les hommes au café, dépensant la le peu
d'argent de poche que lui laisse sa femme. Après la naissance d'Aicha, Mme Chari est
très fatiguée. De surcroît, elle se trouve à nouveau enceinte cinq mois plus tard. Selon
son habitude, lors de l'accouchement, elle place les plus jeunes enfants au foyer de
l'Aide à l'Enfance. Aicha est âgée de 14 mois lors de cette naissance d'une deuxième
fille. Comme toujours, Mme Chari ne s'absente que quelques jours et reprend tous ses
enfants, mais pas Aicha. Elle obtient de la pouponnière, qui la connaît de longue date
et l'apprécie, la prolongation du placement, jusqu'à ce que la fillette soit en âge d'aller
à la maternelle. Aicha revient à la maison lorsque le bébé, qui sera le dernier, a 22 mois.
Cette fois, réellement dernière-née, cette fille, que Mme Chari sait rendre vigoureuse et
qui lui donne satisfaction, ne connaîtra pas les difficultés d'Aicha. Aicha, elle, a tout juste
3 ans au moment des retrouvailles auxquelles ni elle ni sa mère ne sont préparées. Ses
réactions anxieuses et dépressives, son incapacité à se détendre, ses attitudes phobiques
et masochistes constituent une menace intolérable pour la carapace que Mme Chari
s'est construite. Sans se l'expliquer, mais intuitivement, elle sent qu'il est impérieux pour
leur bien à toutes deux de mettre une distance entre elles. Pourtant, elle affirme qu'elle
ne rejette pas Aicha, que cette séparation est pour son bien, pour éviter un malheur et

Pendant la période préparatoire, qui dure plusieurs mois, en raison de l'impossi-
bilité de trouver une famille d'accueil acceptant une enfant nord-africaine, l'équipe
de placement familial peut mieux comprendre la source de cette intolérance.

Aicha est la première fille, née après huit garçons. Mme Chari ne désirait pas ce neu-
vième enfant et encore moins une fille. A ses yeux, la condition féminine en culture isla-
mique est dramatique et inacceptable. Mme Chari considère que la naissance d'une fille
est une calamité, toute fille étant vouée au malheur. Elle-même a appris à se défendre
et est devenue cette femme dure, active, très bien organisée, chef incontesté de cette
maisonnée de huit fils dont elle est fière et qu'elle mène militairement. M. Chari rap-
porte sa paye et passe son temps libre avec les hommes au café, dépensant la le peu
d'argent de poche que lui laisse sa femme. Après la naissance d'Aicha, Mme Chari est
très fatiguée. De surcroît, elle se trouve à nouveau enceinte cinq mois plus tard. Selon
son habitude, lors de l'accouchement, elle place les plus jeunes enfants au foyer de
l'Aide à l'Enfance. Aicha est âgée de 14 mois lors de cette naissance d'une deuxième
fille. Comme toujours, Mme Chari ne s'absente que quelques jours et reprend tous ses
enfants, mais pas Aicha. Elle obtient de la pouponnière, qui la connaît de longue date
et l'apprécie, la prolongation du placement, jusqu'à ce que la fillette soit en âge d'aller
à la maternelle. Aicha revient à la maison lorsque le bébé, qui sera le dernier, a 22 mois.
Cette fois, réellement dernière-née, cette fille, que Mme Chari sait rendre vigoureuse et
qui lui donne satisfaction, ne connaîtra pas les difficultés d'Aicha. Aicha, elle, a tout juste
3 ans au moment des retrouvailles auxquelles ni elle ni sa mère ne sont préparées. Ses
réactions anxieuses et dépressives, son incapacité à se détendre, ses attitudes phobiques
et masochistes constituent une menace intolérable pour la carapace que Mme Chari
s'est construite. Sans se l'expliquer, mais intuitivement, elle sent qu'il est impérieux pour
leur bien à toutes deux de mettre une distance entre elles. Pourtant, elle affirme qu'elle
ne rejette pas Aicha, que cette séparation est pour son bien, pour éviter un malheur et

pour qu'Aïcha profite de conditions qu'elle se sent incapable de lui procurer et aussi pour qu'elle prenne assez de forces pour pouvoir reprendre sa place dans la fratrie. C'est à dire lorsqu'elle sera assez endurcie pour savoir se défendre et faire face comme elle a la vie de fille puis de femme

Ainsi peut être reconstitué l'enchaînement des faits au cours desquels s'instaure cette intolérance mutuelle : un premier placement en pouponnière de cette petite fille non désirée, à l'âge de 14 mois, âge auquel l'enfant est le plus vulnérable à la séparation ; la prolongation du séjour pendant 22 mois ; les visites rares bien que régulières de la mère ; l'absence de préparation au retour ; autant de conditions pour provoquer chez Aïcha des réactions dépressives et anxieuses. Réactions qui, à leur tour, confirment en lui donnant une extrême acuité la menace que constituait pour Mme Chari la naissance de cette première fille au sexe maudit, alors qu'elle a réussi miraculeusement jusque-là à ne produire que des fils.

Ici, comme pour Chantal Charles, et comme dans tous ces cas d'intolérance manifeste qui aboutissent à une demande de placement, on retrouve ce caractère extrême, intraitable, dangereux et inaménageable de l'intolérance, le placement étant demandé pour éviter un passage à l'acte de la violence prête à éclater. Fréquemment, comme ici, bien qu'inconsciente et manifeste, cette intolérance n'est pas invoquée, ni avouée par les parents. Comme l'a fait Mme Charles et comme cela a été analysé dans la première partie de ce chapitre, Mme Blanche et Mme Chari mettent d'abord en avant un autre aspect de leur situation. Ce faisant, elles induisent les travailleurs médico-sociaux à répondre dans le sens d'une séparation et, en étant « preneurs » de cette perche tendue, ceux-ci peuvent devenir dangereusement fauteurs de placements abusifs plutôt que promoteurs d'une thérapeutique de cette intolérance qui, en l'absence de traitement approprié, risque d'être accrue par la mesure de placement.

● *Intolérance occulte révélée par un passage à l'acte de violence*

Souvent, l'intolérance reste inconsciente et vigoureusement refoulée par les parents : c'est probablement ce qui se produit dans certains cas de mauvais traitements au cours desquels les parents eux-mêmes sont surpris par l'irruption d'un passage à l'acte. Ils peuvent aller jusqu'à ne pas ressentir leur violence et en perdre le souvenir.

La mère qui, tapant son nouveau-né, lui a fracturé le crâne, reste étonné de ce qu'il s'est passé. Il n'a pas eu le sentiment de frapper fort. Sa femme, comme lui, se sent sincère lorsqu'ils se disent surpris de la fragilité des bébés.

La violence étant occultée, il n'apparaît plus que les marques de l'attachement parents à l'égard de leur enfant. Attachement sincère au sein duquel seul un parent peut percevoir cette intolérance née et réellement dangereuse.

Mme Ferson ne garde aucun souvenir et va jusqu'à nier la scène qui a été à l'origine d'un placement d'urgence de Patrick. Elle se plaint de la séparation qui leur a été imposée. Elle soutient qu'elle a toujours eu une excellente relation avec son fils. Elle et d'autres réussissent à convaincre les assistantes sociales qui l'ont aidée en diverses occasions : celles-ci témoignent de son attachement à cet enfant et de son désespoir lorsqu'elle est obligée de s'en séparer, de sa hâte à le reprendre ensuite. À l'époque où survient la crise qui provoque l'intervention de police-secours, Patrick va à la crèche. Au cours de la directrice, c'est un enfant superbe et attachant. Sa mère l'adore mais cède à ses caprices et se laisse tyranniser. Ainsi, on la rencontre parfois tard dans la rue courir et courir éperdument après Patrick qui se sauve et traverse dangereusement la rue. Ce type de conduite, dont le personnel de la crèche donne de nombreux exemples, prouve à maquerie et critiques sans que soit perçue la détresse sous-jacente provoquée par l'incapacité de cette mère à « contenir » son enfant. Il faut que les difficultés s'accroissent jusqu'à un point de rupture pour que l'intolérance entre mère et enfant, jusque-là réguée de la mère, qui entraîne son hospitalisation en urgence et le placement de l'enfant. C'est à ce moment, pour cette femme, la seule façon possible de mettre un terme à la relation devenue intolérable dans laquelle elle est enfermée avec son enfant. Elle n'en garde aucun souvenir et ne supporte pas d'en entendre parler.

Le diagnostic et le traitement de ces cas sont difficiles en raison de la force avec laquelle les démonstrations d'attachement font écran aux affects de haine qui eux sont refoulés, mère et enfant s'opposant à ce que le problème soit abordé et traité autrement que par des passages à l'acte dangereux. Ceux-ci surviennent quand le seuil de tolérance fait craquer soudain la barrière défensive et impose la séparation. Il convient alors de protéger la mère et l'enfant en introduisant, si nécessaire contre leur gré, une distanciation dont ils sont incapables et qui souvent peut ne prendre que la forme d'un placement d'autorité à partir duquel peut être instauré un traitement des perturbations sous-jacentes de la relation parents-enfant.

- *Intolérance révélée par une souffrance manifeste de l'enfant non perçue par les parents, mais qui alarme l'entourage médico-social*

L'intolérance des parents à l'égard de l'enfant se manifeste par leur impossibilité à prendre en compte ses besoins les plus élémentaires et par une tendance à le délaisser sans s'en apercevoir, voire à l'abandonner momentanément sans paraître se soucier de lui. L'intolérance des enfants aux parents s'exprime par des signes de souffrance somatique, de dépression ou d'agitation, une incapacité à s'intéresser, à apprendre, etc. En revanche, les manifestations d'attachement entre parents et enfant sont intenses, bien que d'une grande pauvreté. Elles s'expriment surtout sous la forme d'un état phobique à l'égard de la séparation lorsqu'un placement vient à être conseillé ou imposé par une assistante sociale, un médecin ou un juge, témoins de la souffrance de l'enfant et de son état de négligence jugé intolérable. Ici l'intolérance mutuelle, évidente pour les personnes extérieures, est comme ignorée par les intéressés ; elle semble faire partie d'un équilibre auquel ils ne recherchent, ni ne désirent aucun remède. Toutes les propositions sont reçues comme menaçant cet équilibre réalisé aux yeux de l'environnement, au prix d'inacceptables conditions de souffrance pour l'enfant.

Le cas de la famille Gerbier, développé longuement dans les chapitres suivants, est un exemple tristement banal mais fréquent de ce type de situation.

Dorothée Gerbier, âgée d'une trentaine d'années, a quatre enfants. Seuls les deux derniers, âgés de 3 ans et de 2 ans, sont de l'ami actuel, M. Bertrand. L'aîné, Renaud, 9 ans, et la deuxième, Violaine, 5 ans et demi, sont de pères différents. L'école se plaint violemment de l'état de saleté des deux enfants, dont l'expulsion de l'école est demandée par les parents des autres enfants. Violaine d'ailleurs ne va guère à l'école. Elle est chétive, en proie constamment à des infections cutanées et rhino-pharyngées qui entraînent fréquemment de courtes hospitalisations et des séjours en asile. La fréquentation de l'école par Renaud est irrégulière au point que cet enfant, pourtant intelligent, ne sait ni lire ni écrire et doit tripler son cours préparatoire. L'assistante scolaire menacée ne décide pas de demander elle-même au juge une mesure de retrait si elle ne décide pas les parents à placer les enfants. L'assistante de prévention est paniquée car elle connaît bien la famille. Elle redoute, d'une part, le refus de tout placement par M. Bertrand qui est attaché aux aînés autant qu'à ses propres enfants, et sa violence si on le lui impose, d'autre part l'état dépressif de la mère et les réactions des enfants qu'elle soit très attachée à leurs parents. (Suite p. 121)

Ce genre de cas est bien connu des services sociaux : ils sont embarrassants car ils donnent fort envie aux uns de sortir les enfants de ces milieux carenciels,

seuls que d'autres, émus par les manifestations d'attachement qui lient les membres de ces familles et qui paraissent être le seul bien dont ils disposent, peuvent s'y résoudre.

► Troubles des relations préobjectales et de la constitution de l'« objet »

Quelques hypothèses peuvent être formulées au sujet de la nature de la psychopathologie, encore assez mal connue, quant à l'origine de ces manifestations d'intolérance mutuelle entre enfant et parents. Il semble bien qu'elles soient liées à des troubles précoces de l'attachement mutuel qui entraînent une fragilité des liens primordiaux. Bien que ces troubles soient mieux connus et identifiés lorsqu'ils présentent un état psychotique ou des états patents de carence intrafamiliale, ils peuvent survenir aussi bien en l'absence de tels états.

Ces troubles précoces de l'attachement altèrent le processus de séparation-individuation de l'enfant.

Winicott a bien décrit l'état initial particulier de la mère et du nourrisson pendant les premières semaines qui suivent la naissance. Semaines au cours desquelles la mère est très proche de son bébé et presque « confondue » avec lui, si bien qu'elle est apte à le sentir et à répondre, mieux que quiconque, à ses besoins et trouve en elle la capacité de le protéger quand il risque d'être envahi par des tensions qui provoquent en lui ces angoisses que Winicott a qualifiées « d'imaginables ». Avec la pleine constitution du regard et du sourire du nourrisson, cette fusion se défait au bénéfice d'un face à face en miroir au cours duquel mère et père admirent leur création. La mère investit avec amour chaque partie du corps de son enfant, tout en prêtant à ses manifestations le sens que lui dictent ses motivations. Ainsi l'enfant « reconnu » se sent « être », commence à se connaître et à aimer, en la distinguant peu à peu de lui, cette autre qui, pendant toute cette période, fait partie de lui-même. En même temps que se développe cet amour de l'autre et cette connaissance de soi, naît en l'enfant, d'une part, un désir d'être avec et près de sa mère et une difficulté à la laisser s'éloigner, d'autre part, un désir de faire par lui-même et un vouloir d'exercer son pouvoir pour assujettir sa mère à ses désirs ; la mère, quant à elle, tout en étant comblée par ces manifestations d'amour et leur caractère exclusif, sent la nécessité de mettre des limites à cette emprise de l'enfant. Au cours de cette période pendant laquelle s'enracinent les capacités d'attachement et pendant laquelle la relation de symbiotique devient objectale, se créent les

fondements sur lesquels va se développer la problématique œdipienne qui lui fait suite.

Parallèlement prend fin cette période préobjectale/préverbale au cours de laquelle le langage de l'enfant est essentiellement moteur et comportemental.

Nous décrirons dans les pages suivantes quelques-uns des syndromes pathologiques que nous avons repérés.

liés à des troubles précoces de l'attachement, ils induisent, pensons-nous, des séparations et des placements auxquels parents comme enfant se montrent extrêmement sensibles, les redoutant et les provoquant tout à la fois. Nous montrons, chemin faisant, qu'il est parfois possible de trouver d'autres modes de réponse que le placement pour soigner ces perturbations. Nous montrons aussi, tout au long de cet ouvrage, que le placement peut être une nécessité, mais n'est pas en soi suffisant pour résoudre ces troubles d'attachement précoces dont les enfants restent porteurs après la séparation et qui sont responsables des difficultés qu'ils vivent ensuite dans leur relation à leur famille d'accueil et à l'équipe qui les suit.

● *Psychopathologie de l'état symbiotique initial*

Des états d'intolérance aigus peuvent surgir au cours du temps symbiotique de la relation postnatale précoce entre mère et enfant. Le nouveau-né peut susciter chez sa mère un violent désir de « symbiose totale », la fascination exercée par le bébé étant telle que la mère se sent entraînée à le fondre en elle au point de le serrer et de l'étouffer ; à l'inverse, le nouveau-né, par ses cris, gesticulations, avidité de succion, intensité de regard, peut susciter dans le même temps chez sa mère, dans un processus d'identification « collée » au nourrisson, des angoisses du type « primaire imaginable » de dévoration, destruction, morcellement ; ces angoisses peuvent amener la mère à attaquer, secouer, jeter le bébé ou parfois à s'enfuir dans un état confusionnel en l'emportant ou non avec elle.

Ces états ont été décrits et observés chez des mères souffrant d'une maladie psychotique aiguë ou chronique. Ils demandent l'instauration d'une assistance particulière, soit dans une tentative de maintien du nourrisson auprès de la mère lorsqu'il s'agit d'un état aigu et qu'existe le soutien du conjoint et de la famille élargie, soit dans tous les autres cas, par le placement de l'enfant et l'aménagement de contacts médiatisés entre lui et sa mère, le placement étant maintenu jusqu'au moment où la maturation de l'enfant et l'amélioration de l'état de la mère autorisent une reprise de vie en commun.

Des mères fragiles, mal défendues, des anomalies du nouveau-né (prématurité, trisomie, malformation, troubles divers) sont de nature à éveiller ces mêmes sentiments d'effroi, d'horreur et de fascination qui peuvent entraîner, selon les cas, une infanticide, les mauvais traitements, un abandon ou encore des séparations brèves et répétées sous forme d'hospitalisation et de placement. On connaît ainsi la difficulté pour ces femmes lorsqu'elles maternent ces enfants de trouver une juste position entre un désir conscient ou non d'abandon et le danger de se laisser absorber par ce bébé au point de délaisser le reste de la famille.

● Difficulté de dénouement de la relation fusionnelle

À l'inverse des cas précédents, chez d'autres couples mère-enfant, en fonction des bénéfices mutuels que chacun en tire, la relation fusionnelle apporte à tous deux de telles satisfactions qu'elle tend à s'amplifier parfois exagérément, rendant difficile, voire périlleux, le dénouement du processus d'individuation au moment où se constitue la relation d'objet.

Signalons d'abord la situation banale, assez fréquente, de parents qui supportent mal le comportement de leur enfant à cette période.

Le « sevrage psychologique » n'est facile ni pour l'enfant ni pour ses parents ; ceux-ci, dans leur difficulté à se séparer comme à supporter le poids de l'enfant avec l'intensité de ses demandes, son accrochage à sa mère et sa volonté de toute-puissance, réagissent assez fréquemment en se séparant physiquement de lui dans un mouvement soudain de rejet. De ce fait, ils ne s'y préparent pas avec l'enfant et ne prennent pas les mesures nécessaires pour que cette séparation puisse être profitable pour tous. Faute de quoi, survenant à l'âge où l'intolérance à la séparation et l'angoisse de l'étranger sont particulièrement aiguës, cette séparation peut être réellement traumatisante pour l'enfant. Nous verrons dans le chapitre concernant les indications du placement familial l'intérêt d'un travail préventif à ce sujet auprès des parents de jeunes enfants.

● Relation fusionnelle prolongée entre mère et enfant, dénouée par le rejet brutal de l'enfant lors d'une nouvelle naissance

Le problème qui vient d'être signalé, prend des proportions plus importantes chez certains couples mère-enfant, lorsque la mère, dans son besoin propre de relation fusionnelle, cherche à s'y maintenir avec son enfant. Dans ce cas, la mère retarde au maximum le sevrage, puis, lorsque du fait de la progression du processus d'individuation de l'enfant, elle se sent menacée de perte ou de dépossession, elle s'arrange pour être enceinte à nouveau ; dès la naissance du puîné, elle délaisse cet aîné qu'elle ne parvenait pas à sevrer. La détresse

de l'aîné, sa jalousie à l'égard du puîné sont considérables ; elles sont vécues comme persécutoires par ces mères qui se montrent alors violemment rejetantes, parfois maltraitantes, ou trouvent des prétextes pour placer l'enfant. Tout se passe comme si, au travers d'un mécanisme de clivage, le bébé nouveau-né devenait la « bonne » partie fusionnée, et l'aîné, l'objet persécuteur qui doit être expulsé.

Habituellement mères de nombreux enfants, ces femmes « se vivent » comme des mères exceptionnelles, fières de leurs nombreuses maternités, victimes de leurs partenaires auxquels, en fait, elles ne laissent aucune place et par lesquels elles se font abandonner ou délaisser. Les bébés sont en général de beaux enfants admirés. Ils ont avec la mère une relation « collée » ; l'angoisse à l'égard de l'étranger et l'anxiété de séparation sont particulièrement intenses et prennent un caractère phobique qui s'installe de façon permanente, tout mouvement séparatif étant vécu par eux comme un risque de perte totale, risque que vient confirmer l'attitude de la mère lors de la naissance suivante. Le cas de Mme Blanche déjà évoqué en est une illustration saisissante.

Le pédiatre de PMI, qui suit cette famille depuis longtemps, admire les qualités maternelles de Mme Blanche mais remarque qu'elle a toujours beaucoup de difficulté à sevrer ses enfants qu'elle nourrit jusqu'à l'âge de 2 ans et plus... avant de tomber de nouveau enceinte. Et pendant longtemps l'équipe la considère comme une pauvre femme, victime d'hommes irresponsables et mère admirable mais sans ressources, obtenant facilement le placement de ses enfants. On se souvient que, sur les huit enfants, quatre furent placés définitivement dont deux furent victimes de mauvais traitements.

La résistance passive qu'oppose Mme Blanche, une fois de plus, au sevrage de Véronique (22 mois), et aux propositions de contraception, commence à irriter le pédiatre de Protection maternelle et infantile, qui continue cependant à l'accueillir et à la soutenir. Lorsque Mme Blanche accepte enfin de sevrer Véronique, elle annonce une fois de plus qu'elle est enceinte. Cette dernière grossesse indignait toute l'équipe du centre de PMI qui craint que Véronique ne soit placée et rejetée comme l'ont été ses aînés. La situation est alors présentée au pédopsychiatre consultant et une action conjointe entre les deux médecins est décidée.

Mme Blanche oppose une forte résistance aux nombreuses tentatives faites pour aborder ces problèmes. Le travail entrepris à ce sujet contribue néanmoins à changer le cours des événements pour Véronique comme pour son petit frère. Dès avant la naissance de Bernard, Mme Blanche est préparée à anticiper les réactions de jalousie de Véronique. Elle ne paraît guère réceptive. Pourtant, après la naissance de Bernard, elle se sépare encore des aînés, Patricia, Suzanne et Denise, mais pas de Véronique, qu'elle confie à

1. Voir pp. 73 et 75 à 77.

pendant les deux jours où elle est à la maternité, puis qu'elle décide d'emmen-
er elle en maison de repos. Là, avant la fin de la première semaine de séjour,
Mme Blanche quitte l'établissement du jour au lendemain, contre avis médical, parce
qu'elle n'a pu supporter la discipline qui exige que les enfants soient à la
crèche dix heures où les mères doivent se reposer.

À son retour chez elle, Mme Blanche demande la prolongation du séjour de Denise et de
Bernard pour toute l'année scolaire. Mais elle reste au foyer avec Veronique et Bernard,
tandis que Patricia, qui était chez une amie, rentre pour l'aider.

Le père qui, sent maintenant que Veronique a besoin de distancier son lien avec sa
sœur, mais a beaucoup de mal à le faire, insiste pour qu'elle aille à la maternelle, mais
les deux résistent à toute injonction. Mme Blanche commence alors à se plaindre de
Veronique, de sa jalousie, de ses pleurs quand elle s'occupe de Bernard. Elle accepte
de Veronique qu'elle vienne régulièrement le pédopsychiatre « si cela peut la guérir d'une hémiparésie
qu'elle ne va jamais voir Denise dans sa famille d'accueil, et demande peu de nouvelles,
elle exige régulièrement son retour vers la fin de l'année scolaire, sous prétexte que
Veronique a besoin de sa sœur pour aller à l'école. Denise est utilisée en quelque sorte
comme otage, comme si, pour supporter la distanciation de la relation à Veronique,
elle devait avoir à la perdre pour autant. Mme Blanche devait « coller » Denise à Veronique
pour de conserver à cette dernière son statut de bon objet en dirigeant sur Denise la
colère que provoque tout mouvement séparatif. Mais Denise, que cette exigence de sa
mère terrasse, refuse de revenir, alors que, tant bien que mal, avec l'aide constante du
Service de Protection maternelle et infantile et de l'antenne de psychiatrie, Mme Blanche
pousse Veronique à poursuivre sa psychothérapie et finalement la laisse entrer en grande
section de maternelle à 5 ans en même temps que son frère âgé de 3 ans entre à la
même section. Dans le même temps, on apprend que Mme Blanche se met en ménage
avec un homme habitant le pays de sa mère. Par son entremise, elle revêt cette dernière
l'aspect qui elle se reconstruit. Elle se marie, de cette union naît son neuvième enfant, Robert.
C'est la fois où Veronique et Bernard ne sont placés. Pour la première fois, Mme Blanche
accepte le conseil du pédiatre de ne pas allaiter le nouveau-né et de le mettre à la crèche
aussitôt, tandis qu'elle prend du travail. Par la suite, Mme Blanche part en province. Elle
tisse en relation épistolaire avec le pédiatre du dispensaire. Elle n'a pas d'autres enfants.
Actuellement, Veronique, Bernard et Robert, âgés respectivement de 9, 7 et 5 ans, vivent
avec elle et son mari. Elle a perdu tout contact avec les aînés, elle continue d'écrire à
Denise pour le jour de l'an et son anniversaire. Mais, pour Denise, sa mère remplit le
rôle de mauvais objet et elle refuse de lui répondre, tandis que, on le verra plus loin, elle
reproduit avec sa mère d'accueil « bon objet » une relation « collée » de type fusionnel
qu'il est difficile de dénouer.

Ce cas, qui peut paraître exceptionnel, est en fait d'une certaine banalité dans
la population des enfants placés. C'est probablement pour des raisons identiques
ou voisines que des enfants assez nombreux sont confiés momentanément en

recueil temporaire aux services de l'Aide sociale à l'Enfance et y sont « oubliés ». L'histoire de Véronique Blanche et de ses deux plus jeunes frères montre tout l'intérêt de savoir diagnostiquer ce genre de problèmes, dans la mesure où leur prise en compte peut, à la faveur d'un travail thérapeutique, clore, avec la cause qui la provoque, cette compulsion chez leurs parents au placement des enfants.

Troubles de la constitution de la relation d'objet : absence de limites et toute-puissance, bébé tyrannique et mère dévorante

Ici, mère et enfant poursuivent et cultivent ce type de relation fusionnelle jusqu'au moment où commence à s'instaurer la relation d'objet. Ce syndrome est observé, entre autres, au cours d'états psychotiques maternels, lorsque l'enfant est vécu par elle comme la bonne partie d'elle-même, adulée amoureusement et à qui tout est permis. La relation fusionnelle primaire est moins serrée, le plaisir de voir l'enfant « hors d'elle » permet un début de distanciation lors du développement de la relation nommée préobjectale par René Spitz. Il semble aussi que, de son côté, pendant cette phase, l'enfant contribue, par la vigilance de son regard et par des comportements autonomes, gratifiants pour la mère, à maintenir celle-ci à petite distance. Il se protège ainsi de mouvements de rapprochement trop érotisés et douloureusement surexcitants, tout en profitant et buvant comme du bon lait le plaisir qu'elle prend à le voir et l'admiration dont il est l'objet. Ces mères sont comme fascinées par le développement de l'enfant et par sa volonté naissante de toute-puissance et de domination qui va rapidement croissant. Par une permissivité excessive, elles exercent une réelle séduction sur l'enfant, l'encourageant par leurs rires à des activités et des comportements par lesquels l'un et l'autre sont vite débordés. L'incapacité de la mère à mettre des limites suscite chez tous deux une angoisse considérable qui lance l'enfant dans un état d'agitation incoercible avec des mouvements de fuite en avant comme pour échapper aux risques des étreintes maternelles dévorantes. Ces comportements en cascade de mère et enfant s'intensifient et mettent l'enfant dans un état d'angoisse diffuse, la mère dans un état d'impuissance de plus en plus alarmant, jusqu'au moment où l'intolérance mutuelle est telle que la mère décompense, et/ou que surgissent des envies meurtrières mutuelles. Simultanément, survient, le plus souvent, un événement, suscité par la mère ou par l'enfant, qui entraîne une séparation radicale faite alors en urgence, comme ce fut le cas pour Patrick Pierson¹.

1. Voir p. 80.

■ Défaut d'investissement du nouveau-né et de sollicitude maternelle

L'absence de développement de sollicitude maternelle peut se voir dans des circonstances bien différentes.

Cause accidentelle

Elle peut survenir de façon occasionnelle et accidentelle, chez une mère ne présentant pas de psychopathologie avérée, ni de troubles habituels de maternalité. Mais une circonstance particulière (décès d'un enfant aîné, maladie d'un des parents, abandon par le père, etc.) rencontre un point de fragilité de la mère et crée un contexte psychologique s'opposant à l'investissement normal d'un enfant né à ce moment. Tantôt ce non-investissement se manifeste dans le cadre d'un état dépressif réactionnel de la mère, tantôt il s'accompagne d'une aversion. Dans un cas comme dans l'autre, les parents font facilement appel à la séparation en utilisant en général les nombreux prétextes dont il a déjà été question. Dans ces conditions, le non-investissement de l'enfant se présente plutôt comme un rejet culpabilisé qui, associé aux placements répétés, peut entraîner des états graves de carence chez l'enfant.

■ Carences dans les familles à problèmes multiples

Il existe des cas nombreux, bien différents des précédents, concernant des parents, père et mère, ayant un passé de carence précoce et ayant été privés eux aussi de sollicitude maternelle. Ils font partie de ces familles étudiées aux États-Unis par le docteur E. Pavenstedt et son équipe sous le nom de familles à la dérive¹ et désignées par G. Diatkine comme « sans qualités »². On les appelle parfois « à problèmes multiples, atypiques ».

L'étude que nous avons poursuivie sur ces parents et leurs jeunes enfants, suivis et traités dans le cadre de l'Unité de soins spécialisés à domicile de jeunes enfants³, nous a renseignés sur le fonctionnement de ces familles et plus particulièrement sur les troubles observés dans les interactions entre mère et enfant. Le trouble fondamental paraît bien être la souffrance narcissique primaire de la mère — et aussi du père —, leur besoin d'une relation « collée », associée à une incapacité à voir l'enfant pour lui-même et à reconnaître ses besoins. Si bien qu'elle le laisse sale, aussi négligé que son propre corps et que le reste de son

1. E. PAVENSTEDT et al [125].

2. G. DIATKINE [67].

3. *Psychiatrie de l'enfant* [60].

foyer, qu'elle ne le regarde ni ne le stimule, le maintenant dans une proximité vide, ou le laissant livré à lui-même. L'enfant se trouve alors exposé à la même souffrance narcissique que ses parents.

La relation entre l'enfant et ses parents est imprégnée par des frustrations et par une profonde insatisfaction entraînant chez l'enfant des demandes plaintives, mal supportées par sa mère, qui n'est elle-même comblée ni par lui, ni par son partenaire. Si bien que ces parents, à la fois possessifs et « collés », tout en redoutant d'être dépossédés de leur enfant, sont facilement abandonnants. Il existe, au sein de ces familles, un attachement réel mais d'une grande fragilité et d'une qualité particulière qui font que ces parents, de crise en crise, partent, se séparent, reviennent, demandent le placement de l'enfant puis le reprennent. Ce dernier, mal soigné, privé, exposé aux crises familiales, aux départs imprévisibles et aux abandons momentanés (fugues, hospitalisations, tentatives de suicide), présente très tôt un état de pauvreté des investissements, qui se traduit par une quête affective irrecevable et décevante pour l'adulte, jamais comblée pour l'enfant qui a toujours peur de « perdre » son « objet » et provoque le rejet. Cette pathologie, non traitée, va provoquer encore et encore des placements et leurs ruptures. Ces ruptures, à leur tour, aggravent l'état de l'enfant et l'installent à tout jamais dans son statut de mauvais objet rejeté, frustré, incapable d'ap-prendre, de s'intéresser, d'établir des relations. Ainsi se transmet de génération en génération ce syndrome de carence affective, illustré dans ce livre par le cas de Violaine.

Carences familiales au sein des milieux aisés

Ces carences précoces, assez facilement repérées dans les milieux sous-prolétaires visités par les travailleurs sociaux, en raison de l'état de délabrement social de la famille, peuvent survenir aussi dans les milieux nantis, sous une forme un peu différente qui n'est pas moins grave mais qui passe fréquemment inaperçue. On retrouve, au niveau du couple, cette même fragilité de la relation donnant lieu à une union éphémère, ce même désir ou besoin d'avoir des enfants, une fierté d'être parents, mais assortis d'une incapacité à investir l'enfant autrement qu'en objet narcissique à exhiber, tout en l'ignorant lui-même et cela particulièrement tout au long de la première année. Ces enfants connaissent ces mêmes alternances de longues périodes d'abandonnement dans leur chambre, entrecoupées de courts contacts au cours desquels ils sont embrassés, manipulés et montrés pour être à nouveau abandonnés, passant de main en main, confiés, selon le milieu auquel ils appartiennent, à une succession de nurses, domestiques, assistantes maternelles ou voisines, ou encore placés en pouponnière, pendant

Les personnes qui s'occupent de l'enfant sont souvent conscientes du rôle affectif qui existe entre lui et ses parents et, tout comme les familles, sont touchées par la quête de l'enfant. Elles sont tentées d'y répondre, de prendre la place de la mère jusqu'au jour où, sous un quelconque, la situation se détériore, une nouvelle personne prenant la

place des parents. Les enfants diffèrent un peu de ceux précédemment décrits dans la mesure où ils sont souvent d'objet narcissique à leurs parents ; les soins physiques, l'alimentation, les vêtements, la chambre, les jouets peuvent alors être très investis par les parents, comme tout ce qui constitue en quelque sorte l'enveloppe extérieure, mais pas ce qui est dedans, c'est-à-dire l'enfant lui-même, dont le monde intérieur reste déshabité et ne se constitue pas. Dans ce contexte, la pathologie de l'enfant est le plus souvent invisible, car ce sont des enfants beaux, faciles, qui se développent pas leur demande et sont bien conditionnés pour une sociabilité de surface. Mais, plus tard, se cachant derrière une meilleure apparence que leur statut social, on les retrouve avec toutes les caractéristiques du syndrome d'indifférence affective qu'ils transmettent de la même façon à leurs enfants.

► Le « mal de placement »

Comme exposé sur les syndromes cliniques qui se développent à partir et autour de la problématique de l'attachement primaire, aux divers moments du processus de séparation-individuation, conduit à penser qu'au-delà de leur diversité et en fonction de points communs qui les unissent, ils peuvent être regroupés sous un même vocable que je nomme « le mal de placement ».

Dans tous ces cas, on retrouve une part de problématique similaire, à savoir : au sein du processus d'attachement primaire, une intolérance qui s'organise entre mère (et/ou père) et enfant, qui s'intensifie au point de devenir insupportable, et ne trouve aucune voie de transaction. Elle est en quelque sorte « inaménageable », et, à défaut d'une séparation-individuation psychique, impose de force une séparation physique, sous la forme d'un placement ; ce placement est demandé tantôt par l'enfant et ses parents, tantôt par un intervenant extérieur, pris par eux à témoin (voisin qui signale ou travailleur médico-social) ; celui-ci se trouve en quelque sorte poussé à demander, à leur place, une séparation qu'il doit parfois leur imposer et contre laquelle ils s'insurgent.

Notons encore deux caractères spécifiques du mal de placement :

- d'une part, le placement est une réponse « agie » à un problème de l'attachement. Celui-ci survient à un âge où, en effet, l'enfant n'a pas d'autre langage et utilise toute la force de son comportement dans le cadre du système interactif qui l'unit à ses parents, pour s'imposer à eux, les obligeant en quelque sorte à répondre sur le même mode agi ;
- d'autre part, le caractère fusionnel de la relation entraîne bien souvent le départ d'un des deux membres du couple parental (plus souvent le père, mais aussi la mère), le parent restant étant comme le vainqueur qui maintient avec l'enfant cette relation duelle dont l'autre se trouve éliminé. Il arrive aussi que le couple reste ensemble, l'enfant étant celui qui est expulsé.

Ce mal de placement, qui se constitue au cours de la première enfance, peut élargir d'emblée ou plus tard en donnant lieu à un placement demandé en urgence pouvant se prolonger de nombreuses années sans que cette durée soit prévisible sur le moment même ; soit à des aménagements partiels ne provoquant, pendant un temps, que des séparations successives de courte durée, jusqu'au jour où, à l'occasion d'une crise plus violente, une demande impérative de placement se fasse jour, celle-ci pouvant survenir à n'importe quel âge de la vie (ainsi en fût-il de Patrick à 22 mois, de Violaine et Julie à 5 ans, de Gabrielle, dont il sera question plus loin, à 16 ans).

Dans tous ces cas, la rencontre avec les intervenants médico-sociaux est un moment important. Ou ceux-ci ne seront que le bras séculier qui participe au processus de séparation sous la forme d'un placement d'urgence, non préparé, non suivi, non traité ; ou ils utiliseront la demande de placement soit pour l'éviter, soit pour l'organiser, en mettant en place aussitôt les moyens de traitement du mal de placement et de ses causes.

À défaut de traitement, le mal de placement continue à se manifester tout au long de la durée du placement de l'enfant dans une famille d'accueil et tend à en provoquer encore et encore la rupture.

LES INTERVENANTS MÉDICOSOCIAUX FACE AUX PLACEMENTS

Si les troubles de l'attachement, alliés à des circonstances psychosociales favorables, constituent les principales causes de placement, d'autres facteurs jouent également un rôle déterminant pour le provoquer ou nuire à son efficacité. Nous n'insisterons pas sur les pressions administratives concernant les excès ou

insuccès d'occupation des institutions, ni sur les préjugés politico-culturels et les courants idéologiques en faveur du placement ou contre lui, ni sur la prééminence des facteurs sociaux qui pèsent sur la gestion de l'organisation interne des établissements. Tous ces facteurs, à n'en pas douter, contribuent plus ou moins qu'on ne le pense à pervertir la pratique et à la détourner de ses buts ; ils entraînent à certains moments des orientations défavorables de la politique médico-sociale, de l'utilisation des fonds sociaux et de l'organisation du travail à l'intérieur des services ; ces orientations peuvent alors perdre de vue l'intérêt de l'enfant et faire obstacle à la réalisation des programmes dont le seul but devrait être d'alléger la souffrance et de favoriser le développement du futur adulte et parent de demain qu'est l'enfant.

Nous nous arrêtons plus longuement sur les attitudes intérieures et positions affectives, plus ou moins conscientes, souvent déterminantes et fréquemment insérées, de l'ensemble des intervenants médico-psycho-sociaux-éducatifs et administratifs.

Michel Soulé et Janine Noël¹ ont à ce sujet longuement insisté sur le rôle joué par la réactivation des fantasmes inconscients de mère idéale, mauvaise mère, et mauvais enfant, que suscite la confrontation avec des enfants dont les parents ne peuvent ou ne savent pas s'occuper. Chacun, selon ses tendances propres, se laisse entraîner à protéger l'un de l'autre, ici la bonne mère, là le bon enfant : la bonne mère qui doit être soulagée du poids de l'enfant, mauvaise mère indigne de qui il faut retirer l'enfant ou méchant enfant destructif qu'il faut séparer de sa mère. Ce phénomène, dont personne n'est exempt, est à l'origine d'attitudes ambiguës, lourdes de conséquences.

La conviction que l'enfant est naturellement « bon » entretient l'illusion que de bons soins suffisent à bien le développer et qu'il sera forcément bien s'il est soustrait à de mauvais parents ou à un environnement insuffisant. Cette croyance, on l'a vu, a été à l'origine de la prolifération de placements, et de la résistance à rechercher d'autres moyens pour résoudre les problèmes des enfants en danger.

De même, le fantasme de mère idéale auquel il paraît difficile de renoncer, est à l'origine d'une autre illusion : celle qu'une « nourrice » doit et peut être cette mère idéale qui aura le pouvoir de régénérer l'enfant. Cette conviction est à

¹ M. Soulé [1966].

l'origine de fausses attentes à l'égard des familles d'accueil et assistantes maternelles et donc de critiques sévères de leur pratique, suivies de changement de placement lorsque surgissent des difficultés dont elles sont tenues responsables. Ces croyances masquent l'existence des troubles de l'enfant et s'opposent, de ce fait, à la recherche et à la mise en place de modes de traitement autres que le placement.

Les mouvements d'identification avec la souffrance constituent une incitation quasi irrésistible pour tous ceux qui ont la vocation d'aider, le désir de soulager, et un souci d'efficacité, qu'il s'agisse de la souffrance de l'enfant ou de celle des parents. En effet, lorsque la souffrance est dévoilée avec son caractère intolérable, il est tentant, dans un mouvement identificatoire à l'enfant, de l'enlever à ses parents pour le prendre en charge, lui, et lui seul, comme le souhaite l'assistante scolaire du cas Gerbier¹ ; ou à l'inverse, dans un mouvement identificatoire aux parents, d'en venir à oublier l'enfant comme le fit l'assistante sociale de Mme Charles².

La tendance à répondre à la plainte manifeste, admise comme la cause simple et unique, prévaut parce qu'elle autorise une réponse rapide également simple et unique, satisfaisante pour tous, parce que immédiatement soulageante. Cette attitude est celle qui a prévalu au cours des premières années d'intervention auprès de Mme Blanche.

La forme de pensée manichéenne qui conduit à opposer le mauvais, le coupable à punir, au bon, victime à protéger, est toujours active. Ainsi la psychopathologie des relations parents-enfant est-elle encore fréquemment vécue comme une faute des parents, les troubles de l'enfant comme une tare. Cette façon de penser conduit à soutenir la demande manifeste et à jeter un voile sur les difficultés psychologiques sous-jacentes. On se souvient de la résistance de l'assistante sociale de Mme Charles à approfondir l'évaluation de la situation, comme si c'était faire injure à cette femme courageuse d'envisager qu'elle puisse avoir des difficultés avec sa fille ; puis lorsque celles-ci furent démasquées, la nécessité d'en rendre responsable la mauvaise nature de l'enfant, qu'il aurait fallu éloigner pour protéger sa mère.

Enfin, il faut noter que les positions profondes personnelles des intervenants à l'égard du processus de séparation-individuation, en rapport avec des expériences antérieures ou actuelles personnelles (séparation dans l'enfance, perte

1. Gerbier, pp. 121 et 122.

2. Charles, pp. 69-74.

Un parent, d'un enfant, stérilité, etc.), peuvent être fortement mobilisées par les situations de placement : elles poussent les intervenants de façon presque insaisissable à prendre des décisions de séparation ou de maintien déraisonnables en rapport avec l'origine de conflits dans les équipes.

En outre, les diverses attitudes décrites ci-dessus sont-elles en partie le reflet des idées et valeurs en cours dans notre culture. Mais « leur fréquence » est due à leur enracinement dans les positions affectives profondes qui mobilise chez tout un chacun la confrontation avec la violence des troubles du lien primaire qui sont à l'origine des situations de placement et qui se manifestent tout au long de celui-ci. Cette prégnance explique l'extrême difficulté pour chacun de se dégager de l'emprise de cette problématique et de résister à l'invitation de notre inconscient à nous y engouffrer en nous laissant emporter à notre insu par nos patients. C'est de cette façon, et pour ces raisons, que les intervenants médico-sociaux se passionnent « pour » (ou « contre ») un placement, se précipitent pour le réaliser en cavalier seul, en urgence, sans évaluation objective et en évitant ou ne supportant pas la confrontation avec les autres. Cette prégnance est si fortement incitative qu'elle peut entraîner les intervenants, quelles que soient leur expérience et appartenance professionnelles, dans des prises de position qui, à l'image de ce qui se passe dans le mal de placement, sont si solidement ancrées qu'elles sont comme « intraitables » — l'enfant, ici la séparation, là le maintien... Chaque intervenant se polarise sur une composante de l'intolérance parent-enfant, ignorant l'autre, dont un autre intervenant se fait le champion : chacun fait de l'autre le mauvais, responsable de tous les maux et qu'il faut à tout prix empêcher d'agir. Ainsi se constituent des lignes de pouvoir, où le plus fort, ayant plus ou moins éliminé l'autre qui démissionne, devient seul juge et décideur du sort de l'enfant ; à moins que, et cela n'est pas rare, au milieu des discussions et des crises d'équipe ou inter-équipes, l'enfant ne soit perdu de vue jusqu'au moment où une nouvelle crise oblige cette fois à un placement d'urgence, dans les plus mauvaises conditions. C'est bien parce que ce mal de placement touche et éveille des positions affectives profondes, anciennes et enterrées, qui entrent en résonance avec celles soulevées par la situation familiale à traiter, qu'il suscite une telle excitation et une telle angoisse. C'est ainsi que s'expliquent les difficultés pour faire évoluer la pratique et nous en verrons le retentissement à propos de l'indication, de la préparation et du traitement du placement.