

La protection de l'enfant



© Anatolij Samara/FotoIa.com

Si des progrès considérables ont été effectués depuis plus de vingt ans dans la reconnaissance des droits de l'enfant, il reste encore du travail pour que les droits fixés par la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide) soient respectés. Sur le terrain, nous observons combien des institutions, censées les protéger, peuvent être en difficulté face à certaines problématiques. Les dysfonctionnements institutionnels alors à l'œuvre infligent aux enfants des maltraitements qui hypothèqueront durablement leur devenir. Ce dossier aborde ce sujet hautement sensible, cependant plus que nécessaire pour que la protection de l'enfant ne reste pas un slogan mais qu'elle s'ancre dans la réalité de chaque enfant.

Déclaration d'intérêts :

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Dossier coordonné par Hélène Romano,
docteur en psychopathologie clinique, CHU Henri Mondor – Samu 94,
avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil (France),
helene.romano@hmn.aphp.fr

08

Protection de l'enfance :
définition et repères historiques

11

Le mythe d'Isaac
et l'intérêt supérieur de l'enfant

14

La résidence alternée :
heurts et malheurs des séparations parentales

17

Syndrome d'aliénation parentale
Propagande, intox, info

21

L'impact psychotraumatique des violences
sur les enfants : la mémoire traumatique
à l'œuvre

26

Maltraitance institutionnelle

Protection de l'enfant : définition et repères historiques

Hélène Romano

La "protection de l'enfant", expression récente dans l'histoire administrative et judiciaire française, s'applique à une catégorie de personnes bien définie. Spécifique au droit français, elle s'appuie également sur des textes internationaux. La définition que recouvre cette expression (et les acteurs qu'elle concerne) a évolué, depuis le XVII^e siècle, marqué par de grandes dates.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

Protection of childhood: historical perspective, reform and current context. Protection of childhood, a recent expression in French administrative and legal history, is applied to a well-defined category of people. Specific to French legislation, it is also based on international laws. Definition of what this expression encompasses (and the players it concerns) evolved since the seventeenth century, marked by major dates.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

8

Mots clés

- Information préoccupante
- Loi du 5 mars 2007
- Protection de l'enfant
- Signalement judiciaire

Keywords

- Information of concern
- Judiciary report
- Protection of childhood
- Law of 5th March 2007

La "protection de l'enfant" est une expression qui apparaît récemment dans l'histoire administrative et judiciaire française.

Définition

La Cour des comptes, dans son rapport public de 2009 [1], rappelle que la protection de l'enfant désigne au sens large « un ensemble de règles et d'institutions, qui ont pour objet de prévenir les dangers auxquels un mineur peut être exposé ». Il peut par exemple s'agir du respect des obligations scolaires, de l'accès aux soins, de la prévention des conduites à risques (conduites addictives, cyberpédopornographie, etc.).

La protection de l'enfant engage tout adulte s'occupant d'un enfant (parents, professionnels) et toute institution chargée de sa prise en charge (écoles, hôpitaux, foyers sociaux-éducatifs, etc.).

Dans un sens plus restreint, elle concerne « les politiques ou les mesures directement tournées vers les mineurs, tendant à prévenir ou suppléer une défaillance familiale ». Elles s'étaient sur l'article 375 du Code civil [2] : « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice [...] ».

Cet article justifie l'intervention consentie ou imposée d'un professionnel dans l'éducation des enfants, en soutien, voire en substitution partielle ou totale des parents.

La protection de l'enfant concerne tout mineur, et également les jeunes majeurs de moins de 21 ans, qui font l'objet de mesures de protection. L'article L112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), repris dans l'article 1 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007, précise : « La protection de l'enfant a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs » [3]. Les mesures peuvent être administratives [responsabilité du président du conseil général, qui l'assure par la voie du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE)] ou judiciaires (décision d'un juge des enfants ou décision en urgence d'un procureur).

À ce schéma s'ajoutent les associations qui assurent l'exécution d'une part importante, bien que difficile à quantifier, des mesures administratives et judiciaires (près de 80 % des maisons d'enfants à caractère social sont gérées par des associations).

Brefs repères historiques

L'attention portée à l'enfant (du latin *infans*, qui ne parle pas) en tant que sujet de droits est très récente. Les premières mesures concernent au XVIII^e siècle les enfants abandonnés et sont menées par des congrégations religieuses.

◆ Ainsi, la convention du 9 août 1793 établit les devoirs de protection des parents envers leurs enfants et proclame l'abolition du droit de



© Brian Jackson/Fotolia.com

La notion de droit pour les enfants est un concept apparu récemment.

correction paternelle. En 1811, la prise en charge des enfants trouvés, abandonnés ou orphelins devient obligatoire et contraint les hôpitaux et les hospices à les accueillir. L'État affirme progressivement sa place à travers différentes lois qui vont fonder la protection administrative et judiciaire de l'enfance.

♦ **Le 24 juillet 1889**, la loi dite loi Russel, relative à la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés, instaure la possibilité de déchéance judiciaire de la puissance paternelle.

♦ **La loi relative à la répression des violences**, voies de fait et attentats commis contre les enfants, est instituée le 19 avril 1898.

♦ **La fonction de juges des enfants** est créée grâce à l'ordonnance n° 456174 du 2 février 1945.

♦ **L'ordonnance n° 58-1301 du 23 décembre 1958**, relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, place la protection de l'enfance aux niveaux judiciaire et administratif, à travers le terme d'assistance éducative.

♦ **L'ordonnance n° 59-35 du 5 janvier 1959** modifie et complète le Code de la famille et de l'aide sociale et confie cette mission à un directeur départemental sous l'autorité du préfet (directeur départemental de l'action sanitaire et sociale qui devient, en 1977, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales).

♦ **La loi du 4 juin 1970**, relative à l'autorité parentale, substitue l'autorité paternelle (partagée entre la mère et le père) à la puissance paternelle.

♦ **La loi du 22 juillet 1983**, qui est une loi de décentralisation, instaure une frontière entre les compétences exercées par les départements et celles qui continuent de relever de l'État. Le législateur confie aux départements non seulement la protection administrative, sous le terme d'aide sociale à l'enfance, mais aussi la mise en œuvre de mesures de protection judiciaire. Seules les mesures confiées au secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), les mesures d'investigation et les mesures de protection des jeunes majeurs fondées sur le décret du 18 février 1975 restent de la compétence de l'État. Cette loi conduit à une situation paradoxale car si le département est responsable de la protection administrative des mineurs en danger, la majorité des décisions lui échappent car elles sont prises par les juges.

♦ **La loi du 10 juillet 1989**, relative à la protection des mineurs et la prévention des mauvais traitements, a pour effet de redéfinir et de soutenir le travail des professionnels de l'enfance.

♦ **Le 20 novembre 1989**, la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide), proclamée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies, énonce au travers de 54 articles les droits fondamentaux de l'enfant [4].

♦ **La circulaire du 16 mai 1997** concerne l'Éducation nationale sur la prévention des mauvais traitements à l'égard des élèves.

♦ **La loi du 17 juin 1998**, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à

Références

- [1] Cour des comptes. Rapport public thématique, « La protection de l'enfance ». Octobre 2009, www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000471/0000.pdf
- [2] Code civil, section 2 : De l'assistance éducative, article 375, www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGI_SCTA000006150091&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20090218
- [3] Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, www.legifrance.com/affichTexte.do?dateTexte=&catégorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT00000823100&fastPos=1&fastReqlid=1094923889&oldAction=rechExpTexteJorf
- [4] CIDE, www.droitsenfant.com/cide.htm
- [5] Créoff M. La protection de l'enfance : impuissance, toute-puissance et recherche de sens. *Enfances & Psy.* 2008;3(40):43-47.

Pour en savoir plus

- Bailleau F, Gueissaz M. (dir). De quel droit ? De l'intérêt... aux droits de l'enfant. Cahiers du CRIV. 1988;4.
- Benech'h-Leroux P. Les rôles de l'avocat au tribunal pour enfants. *Déviance et sociétés.* 2006;304:155s.
- Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. Paris : Dunod ; 2003.
- Berger M. Ces enfants qu'on sacrifie. Paris : Dunod ; 2007.
- de Broissia L. La réforme de la protection de l'enfance. *Actualité Juridique Famille.* 2007;2:79.
- Costa-Lascoux J. Histoire de la notion d'intérêt de l'enfant. In Bailleau F, Gueissaz M. De quel droit ? De l'intérêt... aux droits de l'enfant. Cahiers du CRIV. 1988;4:163-171.
- Créoff M. La protection de l'enfance : impuissance, toute-puissance et recherche de sens. *Enfances & Psy.* 2008;3(40):43-47.

Pour en savoir plus

- Daguette A. La protection de l'enfance en France et en Angleterre 1980-1989. Paris : L'Harmattan ; 1999.
- Huyette M. Le placement de l'enfant en assistance éducative. Actualité Juridique Famille. 2007;2:55.
- Lafore R. Les montages institutionnels de la protection de l'enfance : entre justice et administration. RDSS. 2007;1:15.
- Lhuillier JM. Les exceptions infirment la règle. ASH Magazine. 2007;51.
- Neirinck C. L'enfant, être vulnérable. Revue de droit sanitaire et social. 2007 Jan-fev;1:10.
- Romano H. La maltraitance et ses conséquences chez l'enfant. Descriptions cliniques, évaluation et prise en charge. Paris : Éditions Fabert ; 2009.
- Romano H. La loi du 5 mars 2007 : contexte, limite et perspectives. La revue de santé scolaire & universitaire. 2011;7:28-31.
- Rosenczveig JP. Une rénovation de la protection de l'enfance au service des enfants. Actualité Juridique Famille. 2007;2:57
- Verdier P. La loi réformant la protection de l'enfance : une avancée de la protection, un recul des droits. JDJ-RAJS. 2007;265.

Déclaration d'intérêts :
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Hélène Romano

Chercheur associée au laboratoire Inserm U669 (Pr MR Moro), docteur en psychopathologie clinique, psychothérapeute, cellule d'urgence médico-psychologique du Samu 94, consultation spécialisée de psycho-traumatisme, CHU Henri-Mondor – Samu 94, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil (France)
helene.romano@hmn.aphp.fr

la protection des mineurs, comporte deux volets :

- le suivi socio-judiciaire des délinquants sexuels ;
- le renforcement de la défense et de la protection des victimes.

L'enregistrement audiovisuel de l'enfant peut se faire au cours de l'enquête avec le consentement de l'enfant ou de son représentant légal.

◆ **La loi n° 2000-197 du 6 mars 2000** renforce le rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants.

◆ **La loi du 2 janvier 2004**, relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, prévoit, entre autres, la création de l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), ainsi que de nouvelles dispositions relatives au signalement des actes de maltraitance par les professionnels soumis au secret.

◆ **La loi du 9 mars 2004** prévoit notamment l'allongement des délais de prescription des infractions sexuelles commises sur des mineurs, et la création du fichier judiciaire national des auteurs d'infractions sexuelles.

◆ **Enfin, la loi du 5 mars 2007**, réformant la protection de l'enfance, réaffirme le rôle essentiel du conseil général, en lui confiant la responsabilité d'assurer le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger. Elle fait de la prévention un des axes majeurs du dispositif de protection de l'enfance. Elle aménage le secret professionnel et instaure la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire.

Mais si cette loi permet d'envisager diverses possibilités de prises en charge avec comme principes ceux de la cohérence, de la continuité de la modulabilité, cette réforme a entraîné des bouleversements des pratiques et des organisations, en particulier au niveau des évaluations et des relations aux autorités judiciaires (puisque le président du conseil général devient prioritairement entièrement responsable, le parquet et le juge des enfants ne devant être saisis que pour les cas les plus graves).

Pour certains responsables, comme Michelle Créoff [5], la mission de prévention a été tellement étendue, qu'elle devient impossible à remplir. Les dispositifs proposés se trouvent tous assimilés sous la même entité « *enfance en danger* », alors que les situations sont multiples et complexes.

Le risque est alors d'aboutir à une « *police administrative* » où protéger l'enfant dans le respect de ses droits et de ceux des familles, devient un véritable défi.

Conclusion

Cinq ans après la dernière loi réformant la protection de l'enfance, certaines avancées peuvent être

constatées, notamment sur les objectifs de la protection de l'enfance et la volonté d'assurer une meilleure coordination entre professionnels. Mais, sur le terrain, il reste d'importantes difficultés, en particulier le fait que la prévention soit remplacée par le dépistage et que cette loi consacre des possibilités multiples d'évincer les parents sous prétexte de l'intérêt de l'enfant. Bien souvent, il s'agit moins d'aider que de disqualifier. L'usage immodéré de la locution "intérêt de l'enfant" en fait un mot-tiroir, une notion subjective, un concept mou, où s'engouffrent idéologies, croyances et certitudes de toutes sortes, propres à faciliter l'arbitraire judiciaire. Il légitime les décisions sous prétexte « *que c'est dans l'intérêt de l'enfant* ». Et chaque fois que cette expression est mise en exergue, nous constatons que l'enfant est privé d'un de ses droits. Pour exemple, un juge peut le priver de son droit de s'exprimer devant lui ; des frères et sœurs peuvent être séparés (contrairement à l'article 371-5 du Code civil) ; des enfants sont placés et privés de leur droit fondamental d'entretenir des relations personnelles avec leurs parents ; et lorsqu'elles sont réalisées, les "visites en présence d'un tiers" s'organisent dans des lieux sous surveillance où toute relation spontanée est interdite, parents et enfants étant sous contrôle de professionnels transformés en surveillants pénitentiaires, etc.

Alors qu'il est devenu sujet de droits comme l'institue la Cide, l'enfant semble aujourd'hui en France désubjectivé de sa propre histoire et dénié dans ses ressentis. Devenu objet d'enjeux politiques, institutionnels et idéologiques, l'enfant pour être "protégé" se voit soumis à des expertises, des dépistages, des évaluations, des repérages de toutes sortes. La protection de l'enfance devrait avant tout être celle des enfants ; encore faudrait-il pour cela comprendre ce que vit l'enfant, le respecter dans ses ressources et ses limites et s'ajuster à sa singularité pour lui apporter l'aide la plus adaptée. ●

Le mythe d'Isaac et l'intérêt supérieur de l'enfant

Derrière l'expression "intérêt supérieur de l'enfant", si beaucoup de progrès ont été accomplis, certaines pratiques actuelles des services chargés de la protection de l'enfance interpellent. Retour sur l'action quotidienne d'une association consacrée à la protection de l'enfance et alertée sur les dysfonctionnements à l'œuvre.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

The myth of Isaac and the best interest of the child. Behind the expression "the best interest of the child", while a lot of progress has been made, some current practices of child protection agencies still shock. Back to the daily action of an association devoted to the protection of children and alert to the malfunctions at work within the system.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

Jacques Rousseau

Dieu lui ayant intimé l'ordre d'immoler son fils, Abraham le conduisit loin des siens et dressa le bûcher. Il lui lia les mains et les pieds et se saisit du couteau...

Ce père, exemplaire s'il en est un, obéissait à la puissance céleste, au nom « *d'un intérêt supérieur* », concept abstrait dont on ne sait s'il concernait le père ou l'enfant.

Fort heureusement Dieu, qui avait créé la vie, ne laissa pas sacrifier celle d'un pauvre enfant innocent. Il arrêta le bras et sut enfreindre l'ordre suprême qu'il avait lui-même formulé¹.

Prise de conscience des dysfonctionnements de la protection de l'enfance

De l'épisode biblique relaté ci-dessus, nos institutions ont retenu le principe qu'une instance supérieure (à l'image du Dieu d'Abraham) pouvait exercer un pouvoir absolu sur le destin d'un enfant. L'institution qui incarne ce pouvoir est la Justice dont toute une nation sacralise l'indépendance. À partir de là, au constat des conséquences parfois dramatiques des décisions prises pour les enfants, la presse émeut l'opinion publique : on déplore, on invoque la fatalité mais aucune voix ne s'élève assez fort pour faire entendre un *J'accuse* en écho à celui d'Émile Zola.

Les plus hautes personnalités de l'État qui ont prononcé de virulentes critiques vis-à-vis de notre système institutionnel de protection de l'enfance (comme Philippe Seguin), n'ont pas été entendues par le législateur [1].

La Convention internationale des droits de l'enfant

◆ **Certes, la Convention internationale des droits de l'enfant** (Cide) a ancré, le 20 novembre 1989, la protection de l'enfance dans le droit international.

La France l'a ratifiée en 1990, mais en ne retenant juridiquement que quelques articles et en donnant à la notion d'intérêt supérieur de l'enfant une définition fluctuante et parfois très contradictoire avec celle de la Cide.

◆ **La Convention stipule que l'intérêt supérieur de l'enfant** « *doit être une considération primordiale* » [2]. Encore faut-il bien définir les objectifs induits par cette notion. C'est ce que la Cide fait en précisant dans le chapitre 2 : « *Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille* » [2]. Cette définition apparemment très claire n'a hélas pas assuré sa rigoureuse mise en application par les tribunaux français. Aussi, le professeur Jean Zermatten, président du comité des droits de l'enfant de l'Onu, a-t-il réaffirmé : « *L'intérêt supérieur de l'enfant est un instrument juridique qui vise à assurer le bien-être de l'enfant sur les plans physique, psychique et social. Il fonde une obligation des instances et organisations publiques ou privées d'examiner si ce critère est rempli au moment où une décision doit être prise à l'égard d'un enfant et il représente une garantie pour l'enfant*

Mots clés

- Abus institutionnel
- Convention internationale des droits de l'enfant
- Intérêt de l'enfant
- Placement
- Protection de l'enfance

Keywords

- Child protection
- Institutional abuse
- Interest of the child
- International Convention on the Rights of the Child
- Placement

Notes

¹ Gn XXII : 21-18.

² Sthénique : réactions conduisant à un état d'excitation non contrôlée.

³ SAP et SRP : si le syndrome d'aliénation parentale (SAP) est trop souvent avancé dans les prétoires – et par des non-professionnels de la psychiatrie –, il serait peut-être temps de lui opposer le syndrome de répulsion parentale (SRP) lequel justifie la réaction de l'enfant qui se détourne d'un parent maltraitant, dénigrant, ne lui manifestant aucune tendresse, et qui se tourne vers son parent bientraitant et affectueux. Là se trouve la réponse à de nombreuses allégations fantaisistes et arbitraires de SAP.

⁴ AEMO : Action éducative en milieu ouvert.

que son intérêt à long terme sera pris en compte. Il doit servir d'unité de mesure lorsque plusieurs intérêts entrent en concurrence » [3].

Le détournement législatif de la notion d'intérêt de l'enfant

De nos jours, en France, les institutions en charge de la protection de l'enfance se complaisent à interpréter les lois, puis à justifier leurs décisions en se référant à l'intérêt (supérieur) de l'enfant. Mais on utilise ce concept de multiples façons en le détournant trop souvent de son sens initial. Ainsi le mécanisme législatif est-il des plus habiles et des plus équivoques pour en détourner l'objectif.

♦ **À titre d'exemple, citons l'article L112-4 du Code de l'action sociale et des familles** créée par la loi du 5 mars 2007, portant sur la protection de l'enfance, pour lequel le professeur Maurice Berger et la députée Henriette Martinez avaient proposé un amendement qui sera finalement refusé après un débat houleux (ce qui prouve qu'il n'avait rien d'anodin) [4]. Cet article est ainsi formulé : « *L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs, ainsi que le respect de ses droits, doivent guider toutes décisions le concernant.* »

♦ **Bien que le qualificatif "supérieur" ait été occulté**, la notion d'intérêt, à cause de la virgule, s'inscrit dans une énumération qui donne à cette notion un sens autonome. On le coupe de ce qui suit : ses besoins fondamentaux, physiques... Une ponctuation différente comme deux points ou une locution comme "c'est-à-dire" aurait donc amené un tout autre sens. L'intérêt de l'enfant devient donc la première des priorités revendiquées mais sans contenu précis, ce qui permet au juge de la privilégier et d'avancer dans ses attendus et motifs toutes sortes de raisons plus ou moins idéologiques qui n'ont rien à voir avec le "bien-être" de l'enfant et qui, dans trop de cas lui sont tout à fait opposées.

Quelques exemples concrets

Ce sont des extraits de dossiers suivis par l'Association vendômoise⁵ de protection de l'enfance et qui permettront d'illustrer ce constat.

- **Flora et Martin, deux jumeaux de 5 ans**, assistent à l'assassinat de leur père par leur mère ivre et sous l'emprise de stupéfiants. Ils sont placés en famille d'accueil et connaissent une résilience tout à fait remarquable. Au bout de deux ans, la mère étant libérée, les services sociaux décident de les renvoyer au foyer maternel. Les tentatives d'hébergement donnent lieu à des échecs alarmants. La police intervient souvent. Notre association interpelle les autorités. Rien n'y fait. Au nom de leur intérêt supérieur, les enfants sont retirés à la famille d'accueil pour être remis à la famille biologique toujours aussi maltraitante et délinquante. Frappés par le concubin de leur mère, ils seront hospitalisés durant trente jours, avant de changer de famille d'accueil.

- **Cindy a assisté aux violences paternelles**. Ses parents sont séparés. Maltraitée lors des hébergements, la petite fille fait l'objet de signalements de la part de cellules hospitalières universitaires. Un soir, sa mère est rouée de coups dans la rue. Elle ne doit son salut qu'à l'intervention de passants courageux. Elle décide alors de ne plus envoyer l'enfant



©focolla.com

L'intérêt de l'enfant est une notion primordiale mais parfois difficile à établir.

chez son père. La justice, soucieuse de voir ses décisions respectées en ce qui concerne les hébergements, prend deux décisions, dans l'intérêt supérieur de l'enfant : la fillette est confiée à la garde de son père et sa mère est envoyée en prison pour de longs mois.

• **Daniel, dès sa naissance, connaît les pires maltraitements** de la part de son père avec la complaisance de sa mère. Il est placé en famille d'accueil, laquelle s'investit complètement pour assurer sa résilience. L'enfant renaît. Alors qu'il a 5 ans, sa mère (qui ne vient que très rarement le voir) change de région et demande à ce que l'enfant soit rapproché de son nouveau foyer social. Au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant, les travailleurs sociaux proposent au juge ce qu'ils appellent le "déménagement" de l'enfant dans une autre famille d'accueil. Il reviendra de sa première visite couvert d'ecchymoses. On le changera à nouveau de famille. En dépit des promesses faites, aucun contact ne sera alors possible avec ceux qui l'avaient réconcilié avec le goût de vivre et de grandir.

• **Marina a connu le conflit parental** et a assisté à plusieurs reprises à des scènes de violence qui ont conduit sa mère, après plus de dix jours d'incapacité totale de travail (ITT), à quitter le domicile conjugal. La justice, en instituant une garde alternée, ne fait qu'attiser le conflit. L'expert psychiatre mandaté, menacé par le père, écrit au juge pour expliquer son renoncement à rendre son rapport. Un nouvel expert est mandaté qui note que le père est « méprisant », fait preuve d'une « absence d'autocritique », a des « réactions sthéniques³ et agressives, prétextes à plaintes et procédures », qu'il est « intransigent, rigide, sûr de lui ». La mère y est présentée comme normale sans pathologie, avec une « complicité forte avec sa fille, un lien de confiance, mais pas trop fusionnel ». Lorsque l'affaire arrive chez le juge des enfants, ce dernier est séduit par un diagnostic psychiatrique proposé par l'avocate du père et, dans ses motifs, à la suite des arguments du rapport de l'expert mandaté, le motif suivant est repris : « Attendu que Maître L. exprime des inquiétudes pour le devenir de M. qu'elle estime victime du syndrome d'aliénation parentale... »³. À partir de cet argument massue, le juge va décider de confier l'enfant à la garde de son père et de limiter les rencontres de l'enfant avec sa mère à « un droit de visite en lieu neutre durant deux heures, deux fois par mois, médiatisé par un représentant du service AEMO⁴ ».

Conclusion

Tout se passe en pratique comme si l'intérêt supérieur de l'enfant était défini comme « ce qui est supérieur à l'intérêt de l'enfant », c'est-à-dire les intérêts

particuliers des adultes, les idéologies diverses, les rapports trop souvent partisans des travailleurs sociaux et, la plupart du temps, entérinés par les juges, tout ce qui permet de se détourner de la loi, d'aller contre l'esprit de la loi, de ne pas entendre un enfant, de le placer ou de le maintenir dans une situation de détresse.

C'est ce que déplorait Philippe Seguin⁶ qui déclarait : « Les jeunes en danger pâtissent d'une application "pas satisfaisante" de la loi sur la protection de l'enfance de 2007. [...] La situation n'est pas satisfaisante. » [4] Il évoquait un risque de « maltraitance institutionnelle » contre les enfants.

Il serait urgent que les responsables de la protection de l'enfance adoptent comme base déontologique le principe suivant : aucune décision institutionnelle concernant les enfants ne devrait aboutir à une dégradation de leur équilibre ni compromettre leur développement.

Les associations de protection de l'enfance sont confrontées chaque jour à de tels dysfonctionnements. Le système semble pourtant immuable. On décide selon des critères trop souvent idéologiques, liés sans doute aussi au désir d'assurer un pouvoir. Certes Dieu le Père n'en est pas responsable, mais la justice aime à se substituer à sa souveraine exigence. Isaac, lui, a eu de la chance. Les enfants concernés par cette analyse n'ont pas vu leur "bien-être" pris en compte. Blessés au plus profond de leur cœur, on peut se demander si les auteurs de ces tragédies ont eu le souci de leur devenir. •

Notes

⁵ Créée il y a 40 ans, l'Association vendômoise de protection de l'enfance est aujourd'hui reconnue d'intérêt général et œuvre sur le plan national pour une réforme en profondeur des institutions et des pratiques, www.protection-enfance.org

⁶ Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, à l'Élysée, le 13 janvier 2009 (source AFP).

Références

- [1] Rapport de la Cour des comptes sur la protection de l'enfance. Octobre 2009, www.ccomptes.fr/
 [2] Cide, www.droitsenfant.com/cide.htm
 [3] Zermatten J. L'intérêt supérieur de l'enfant. De l'analyse littérale à la portée philosophique. Working report. 3-2003, www.childsrights.org/html/documents/wr/2003-3_fr.pdf
 [4] Berger M. La loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance : un texte sans référence clinique, une occasion manquée. *Psychiatrie française*. 2009;4:76-96.

Déclaration d'intérêts :

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Jacques Rousseau

Vice-président de l'AVPE (Association du Vendômois pour la protection de l'enfance), 11 rue des Écoles, 41100 Vendôme (France) jarousseau@wanadoo.fr

La résidence alternée : heurts et malheurs des séparations parentales

Jacqueline Phélip
Hélène Romano

La résidence alternée est souvent présentée comme ce qui peut se faire de mieux en matière d'hébergement des enfants après une séparation parentale. Or, partager la vie d'un enfant en deux parties plus ou moins égales, n'a rien de banal ou d'anodin quel que soit son âge, et demande des conditions précises. Les conséquences peuvent être multiples et hautement dommageables pour son devenir.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

Alternating custody: the conflicts and misery of parental separations. Alternating custody is often presented as the standard solution with regard to the residency of children after the separation of their parents. However, dividing the life of a child, into two more or less equal parts, is hardly a trivial matter whatever the child's age, and requires specific conditions. The consequences can be numerous and highly damaging for the child's future.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

14

Mots clés

- Enfant
- Parents
- Résidence alternée
- Séparation parentale

Keywords

- Alternating custody
- Child
- Parental separation
- Parents

Auteur correspondant

Hélène Romano

CHU Henri-Mondor – Samu
94, avenue du Maréchal-de-
Lattre-de-Tassigny, 94000
Créteil (France)
helene.romano@hmn.aphp.fr

L'inquiétude grandissante des spécialistes en santé mentale infantile sur les effets de la résidence alternée est aujourd'hui concrétisée par les résultats d'études qui apparaissent concernant cette population [1] et qui amènent les organismes scientifiques [2] à intervenir.

L'enfer pavé de bonnes intentions

◆ **Les réformes successives, qui concernent le droit de la famille**, ont toujours été faites au nom des droits de l'enfant ou de "son intérêt". Mais les droits des parents ont été souvent consacrés et ceux des enfants confondus voire oubliés avec ceux de leurs parents.

◆ **La loi du 4 mars 2002 [3] n'a pas fait exception.** Alors qu'elle entendait rétablir la place du père au sein de la famille désunie, le concept de résidence alternée s'est inscrit non seulement dans l'optique que père et mère seraient interchangeable, mais dans la perspective d'une place du père dont l'efficacité ne pouvait se réaliser que dans un temps égal à celui passé par l'enfant chez sa mère.

◆ **L'idée originelle et louable qu'un enfant doit être éduqué par ses deux parents** s'est traduite dans les faits par : chaque parent aura sa "moitié d'enfant". Pourtant, si la résidence alternée garantit, pour l'enfant, une égalité de partage des domiciles parentaux, elle ne garantit jamais une égalité de présence, d'implication ou de soins aux enfants ; les

pères confiant ceux des plus jeunes à la grand-mère paternelle ou à la nouvelle conjointe dans la majorité des cas.

◆ **En Belgique, la loi du 13 avril 1995**, relative à l'exercice conjoint de l'autorité parentale considère que le « *couple parental doit survivre au couple conjugal* » et, en souhaitant lier la résidence alternée à l'autorité parentale, répond à une vision non seulement idéalisée des figures parentales, mais à une vision idyllique de la séparation qui évacue *ipso facto* l'histoire familiale qui l'a précédée. Pour certains couples, elle répond à l'illusion déculpabilisante mais naïve, que si l'enfant voit « *autant papa que maman* », les effets du divorce seront annihilés. Il n'y a guère de questionnement de la part des parents, mais aussi des professionnels du champ judiciaire, sur le clivage et l'insécurité que pourra vivre et ressentir un enfant dont la vie est partagée entre deux lieux distincts, particulièrement si aucun pont ne relie les deux univers de l'enfant ou lorsque ces deux territoires sont hostiles l'un envers l'autre. Mais plus grave encore, cette loi ne différencie pas les besoins spécifiques d'un enfant petit et ceux d'un enfant plus grand.

Sur quels arguments la résidence alternée est-elle promue ?

La résidence alternée est accordée sur plusieurs arguments.

Éviter le désengagement des pères

Plusieurs études ont en effet montré que lorsque les mères obtiennent la garde exclusive, les relations père-enfant avaient tendance à diminuer au fil des années. La résidence alternée est alors brandie comme la seule solution pour éviter ce désinvestissement. Pourtant, lorsque ce sont les pères qui ont la garde exclusive, les mères sont deux à trois fois moins nombreuses que les pères à se désengager ou, au contraire, rendent plus fréquemment visite à leurs enfants [4]. Pour Denyse Coté, professeur de sociologie canadienne, spécialiste de la "garde partagée" : « Cette idée, selon laquelle les pères s'éloigneraient à cause de droits de visite trop limités, est populaire mais fautive. Le désinvestissement du père peut survenir même avec de généreux droits de visite. » Elle ajoute qu'un déclin se fait chez ces hommes qui décident, consciemment ou pas, de laisser leur ancienne famille pour repartir à zéro [5]. Plusieurs études anglo-saxonnes montrent que c'est l'autorité parentale partagée qui a réduit le désinvestissement paternel, plus que le nombre ou les modalités d'hébergement.

L'égalité des sexes

La médiatisation des "nouveaux pères", changeurs de couches et donneurs de biberons, a généré une profonde confusion dans les esprits, qui amène à dénier la spécificité du lien mère-bébé. Ainsi, si un père sait faire le travail d'une mère, rien ne les différencie plus. Les pères sont donc des mères comme les autres et les deux sont interchangeables. La résidence alternée est alors exigée au nom de l'égalité des sexes, et toute mère qui s'y oppose ne peut être que toute-puissante et/ou mauvaise mère. Pourtant, et malgré l'implication précoce d'un père, c'est la base de sécurité maternelle, si la mère ne dysfonctionne pas, qui doit être préservée pour l'enfant, particulièrement lorsque les parents sont séparés et ne communiquent pas.

L'implication des nouveaux pères

Non seulement la médiatisation, mais la vision idéalisée des "nouveaux pères" qui partageraient à égalité les soins et l'éducation des enfants avec les mères, est en effet démentie par toutes les études sociologiques : aujourd'hui comme hier, qu'elles travaillent ou non, ce sont les mères qui assument essentiellement les soins et l'éducation des enfants durant la vie commune, et sans que les pères songent alors à s'en plaindre ou que des professionnels considèrent que les enfants en pâtissent gravement si les parents vivent sous le même toit.

En mars 2011, dans la revue *Politiques sociales et familiales*, Carole Brugeilles et Pascal Sebillé concluent ainsi d'une étude sur l'évolution du partage des activités parentales entre 2005 et 2009 : « L'étude de la répartition des tâches parentales et leur évolution confirment que les mères sont toujours les principales actrices dans la prise en charge des enfants, l'implication des pères restant au second plan et limitée dans le temps. De même, au sein des couples où la répartition des tâches est plutôt égalitaire, les changements sont légèrement plus fréquents, montrant que lorsque les activités sont plus partagées, les chances pour qu'au fil du temps les pères se désengagent sont plus importantes. » [6].

La résidence alternée favorise l'estime de soi des enfants

En 1996, dans une étude de Gérard Poussin (professeur émérite de psychologie) et Élisabeth Martin-Lebrun (pédiatre) [7] sur les enfants du divorce, recrutés en classe de sixième, les auteurs faisaient ressortir que les 3,6 % des enfants de l'échantillon étudié, qui étaient en résidence alternée, avaient une meilleure estime de soi que ceux qui étaient en résidence exclusive. Mais dans la même étude réactualisée en 2010, les auteurs notent qu'aujourd'hui, cette différence a complètement disparu : sur les 20 % d'enfants de l'échantillon étudié qui étaient en résidence alternée, ils ne sont toujours que 3,6 % qui ont une meilleure estime de soi, les 16,4 % restants ne présentant aucune différence avec ceux en garde exclusive. Gérard Poussin conclut que ce mode de garde a dû leur être imposé. Il explique qu'avant 2002, les parents ne pouvaient choisir la résidence alternée que d'un commun accord, déterminés à s'investir, et communiquaient, mais qu'imposée et sans communication, les bénéfices de la résidence alternée sont annulés.

La résidence alternée est-elle la "moins pire" des solutions ?

Une étude sociologique, faite en 2008 par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) [8], souligne que la résidence alternée est le système le moins pérenne, étant trop exigeant tant pour les enfants que les parents. Si le conflit parental et la non-communication entre les parents sont unanimement identifiés par les spécialistes en santé mentale infantile comme des facteurs de contre-indication à la mise en place d'une résidence alternée, des publications font également part d'échecs lorsque les parents la mettent en place de façon consensuelle. Dans un article de la revue

Références

- [1] McIntosh JE. Considérations particulières envers les nourrissons et les tout-petits lors de la séparation ou du divorce : questions développementales dans le contexte du droit de la famille. La Trobe University, septembre 2006, www.enfant-encyclopedie.com/documents/McIntoshFRxp1.pdf
- [2] Déclaration de la Waimh francophone sur la résidence alternée, www.lenfantdabord.org/wp-content/uploads/2012/10/WAIMH-residence_alternee1.pdf
- [3] Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale, www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000776352&dateTexte=&categorieLien=id
- [4] Maccoby EE, Mnookin RH. *Dividing The Child: Social and Legal Dilemmas of Custody*, Cambridge: Harvard University Press, 1998.
- [5] Coté D. *La Garde partagée. L'équité en question*. Montréal : Les Éditions du remue-ménage, 2000.
- [6] Brugeilles C, Sebillé P. *Partage des activités parentales : les inégalités perdurent*. *Politiques sociales et familiales*. 2011 Mars ;103:17-32.

Références

- [7] Poussin G, Martin Lebrun E. Les Enfants du divorce. Psychologie de la séparation parentale. Paris: Dunod, 1996.
- [8] Brunet F, Kertudo P, Malsan S. Dossier d'étude Étude sociologique sur la résidence en alternance des enfants de parents séparés. Cnaf. 2008 Oct;109, www.cnaf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/dossier_etudes/Dossier%20109%20-%20R%E9sidence%20Altern%E9e.pdf
- [9] Izard E. Troubles psychiques observés chez les enfants vivant en résidence alternée non conflictuelle : expérience personnelle. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009;57(3):173-181.
- [10] Izard E. Divorce séparation les enfants sont-ils protégés ? Paris: Dunod, 2012.
- [11] Phélip J. Le Livre noir de la garde alternée. Préface de M. Berger. Paris: Dunod, 2006.
- [12] Divorce ou séparation : être attentif aux besoins de votre enfant. www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/Divorce_et_separation_FRmcP.pdf

Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence [9], puis dans son ouvrage *Divorce séparation, les enfants sont-ils protégés ?* [10], Eugénie Izard, pédopsychiatre, fait part de ses observations cliniques sur une cohorte d'enfants en processus thérapeutiques, vivant en résidence alternée mise en place de façon concertée par les deux parents, et exempte de tout conflit parental. Cette étude montre toute une symptomatologie chez les enfants, qui affecte leur fonctionnement psychique et qui va du gel des émotions à un syndrome post-traumatique en passant par le syndrome de "l'enfant parfait". Ces mêmes constats furent observés par Pierre Lévy-Soussan ou Hana Rottman [11]. Ces derniers suggèrent que la perte répétée chaque semaine des personnes et des lieux peut avoir en elle-même un effet traumatique sévère et durable.

Spécificité des jeunes enfants

♦ **Originellement, la résidence alternée avait été pensée pour une meilleure prise en charge des adolescents** par leur père. Cependant, sous la pression de différents lobbies, la loi n'a finalement inclus aucun critère, particulièrement à l'usage des magistrats pour sa mise en place : âge de l'enfant, conflit parental, violences conjugales, etc. Mais l'explosion des séparations parentales avec de jeunes enfants met en scène de plus en plus de nourrissons (0 à 2 ans) ou de tout jeunes enfants. Or, un jeune enfant a d'abord et essentiellement besoin, pour un développement sain, d'acquiescer un sentiment de sécurité interne. Il se forge ce sentiment petit à petit auprès d'une figure d'attachement dite "principale" ou "base de sécurité", qui est la personne qui s'est le plus occupée de lui depuis sa naissance, c'est-à-dire la mère dans la majorité des cas. Ceci ne signifie pas que l'enfant l'aime mieux ou plus que les autres adultes qui s'occupent de lui, mais c'est elle qui va générer ce sentiment de sécurité interne qui met plus ou moins de temps d'un enfant à l'autre pour être consolidé. Ce sentiment de sécurité joue un rôle crucial dans l'aptitude biologique à la gestion du stress et à la régulation des émotions, et cette aptitude, bien ou mal acquise, le restera sa vie durant. Pour ce faire, l'enfant doit être assuré au fur et à mesure de son développement cognitif, de la proximité, puis la disponibilité, puis l'accessibilité de sa figure de référence, en fonction des besoins qu'il ressent. Ce qui veut dire que toute séparation trop longue et/ou répétée, et particulièrement la nuit qui est un moment de séparation où le système d'attachement de l'enfant est réactivé, ou mal préparée ou intempestive, qui dépasse les capacités cognitives

de l'enfant au moment de ces séparations, provoque chez lui une insécurité interne.

♦ **Les travaux dans le champ de l'attachement**, qui se sont considérablement développés ces dernières années, montrent qu'un attachement insécurisant crée à l'âge adulte une fragilité psychologique, voire un devenir psychopathologique, qui peut se traduire par des dépressions chroniques, une anxiété généralisée, etc. À la lumière de ces connaissances et des résultats d'études qui apparaissent, un jeune enfant devrait être soumis à un calendrier résidentiel progressif, excluant dans un premier temps les nuits et *a fortiori* les vacances scolaires. Cette progressivité est d'autant plus vitale que les parents ne sont pas à même de coordonner les habitudes routinières de l'enfant. Une brochure canadienne [12] qui émane du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et du Réseau stratégique des connaissances sur le développement infantile (organismes qui identifient et synthétisent les meilleurs travaux scientifiques sur le développement des jeunes enfants) est distribuée aux parents qui se séparent. Cette publication conseille, pour les enfants de 0 à 3 ans, de privilégier les contacts fréquents avec le parent qui n'a pas la garde, aux visites qui incluent des nuits.

Conclusion

Dans tous les pays qui l'ont adoptée, la résidence alternée est très minoritaire et nombre d'entre eux sont revenus en arrière quelques années plus tard afin qu'elle ne puisse plus être imposée. Aux États-Unis, la « garde physique conjointe » ne représente que 14 % des cas en moyenne, selon le recensement de 2004, alors même que ce terme ne signifie pas forcément un temps égalitaire. La Californie, pionnière en ce domaine en 1979, a amendé sa loi en 1994 pour ne plus privilégier que les gardes physiques conjointes, demandées de concert par les deux parents et la garde alternée à quotité égale. La Suède a également pris ses distances depuis longtemps avec ce système et le Danemark vient de légiférer à son tour en février 2012, afin que le 50/50 ne puisse plus être imposé.

Les débats sur la résidence alternée sont souvent des débats passionnels et polarisés d'adultes qui occultent, de fait, l'intérêt de l'enfant. Comme le souligne le professeur Bernard Golse, l'intérêt de l'enfant sera préservé lorsque les adultes, parents et magistrats, renonceront à une vision très adulte-centrée de leur réflexion sur l'enfance et ne confondront pas l'intérêt des enfants avec le leur.

Des solutions alternatives existent qui préservent l'enfant et chaque fonction parentale. ●

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Les auteurs

Jacqueline Phélip

Présidente de l'association L'Enfant d'Abord.

Hélène Romano

Chercheur associée au laboratoire Inserm U669 (Pr MR Moro), docteur en psychopathologie clinique, psychothérapeute, cellule d'urgence médico-psychologique du Samu 94, consultation spécialisée de psycho-traumatisme, CHU Henri Mondor – Samu 94, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil (France)
helene.romano@hmn.aphp.fr

Syndrome d'aliénation parentale

Propagande, intox, info

À l'heure actuelle, des inconnues fondamentales demeurent, tant sur la définition même du concept de syndrome d'aliénation parentale, que sur l'étiologie, les critères de diagnostic, la prévalence ou les traitements qui rendent impossible sa validation en l'état actuel des connaissances scientifiques. Malgré cela, colloques et "formations" de magistrats et des personnels du champ judiciaire se multiplient, engendrant, comme ce fut le cas aux États-Unis, des erreurs diagnostiques majeures et leur lot de conséquences parfois très graves sur les enfants.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

Parental alienation syndrome (PAS): propaganda, disinformation, information. At present, enough fundamental unknowns remain, both with regard to the very definition of the concept of parental alienation syndrome, as well as its aetiology, diagnosis criteria, prevalence or treatments, to make its validation in view of the current state of scientific knowledge impossible. Despite that, increasing numbers of seminars and "training courses" aimed at magistrates and those working in the judicial field are being organised, giving rise, as was the case in the United States, to diagnostic errors and all the ensuing consequences which are sometimes very serious for children.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

Dans un certain nombre de situations post-divorce, le plus souvent conflictuelles, les magistrats sont confrontés à des problèmes de droits de visite et d'hébergement à un parent. Les facteurs sont multiples et souvent conjugués, mais dans la majorité des cas le refus d'un enfant à rencontrer un parent tient au comportement problématique de ce parent.

Janet R Johnston et Judith R Goldman [1], Sándor Ferenczy [2] et Maurice Berger [3] décrivent un processus où un parent, qui a du mal à gérer sa souffrance, implique son enfant dans ses troubles affectifs et le transforme en substitut "maternel". Ces parents-là se font d'autant plus facilement un soutien de leur enfant que celui-ci a tendance, comme nombre d'enfants, à en vouloir à celui des parents qu'il juge, à tort ou à raison, comme responsable de l'éclatement de la famille.

Dans quelques situations, le conflit est si intense entre les parents que certains enfants, émotionnellement vulnérables, font le choix de s'allier à un parent contre l'autre dans une tentative de "survie". D'autres cas, bien plus rares, impliquent un parent qui a des troubles psychiatriques ou un trouble grave de la personnalité. Ce parent soumet alors l'enfant à son emprise avec la volonté déterminée de couper les liens entre lui et l'autre parent et de faire

disparaître celui-ci de la pensée de l'enfant. Ce parent manipule si bien l'enfant que ce dernier en rejette l'autre parent, mais il sait également manipuler les acteurs du champ judiciaire.

◆ **Les situations où un enfant refuse ou rejette un parent** peuvent donc avoir des causes très différentes, souvent imbriquées. Elles sont la plupart du temps d'une grande complexité : la conceptualisation causaliste linéaire de l'aliénation parentale telle que décrite et diffusée par ses promoteurs (mauvais parent manipulateur ou bon parent vierge de toute responsabilité) est inapte à rendre compte, d'où la dangerosité de ce diagnostic.

◆ **Cette théorie s'est cependant diffusée aux États-Unis d'Amérique** au point de rendre courant l'argument d'aliénation parentale et d'influencer des décisions judiciaires qui mettent nombre d'enfants en danger. Elle est en effet devenue une tactique efficace pour nier les abus sur enfant ou camoufler les insuffisances parentales du parent refusé par son enfant.

Selon Carol Bruch [4], parents, juges, avocats et psychothérapeutes font aujourd'hui référence au syndrome d'aliénation parentale, pensant qu'il s'agit d'un diagnostic non seulement utile mais aussi scientifiquement prouvé. Nous commençons à suivre le même chemin en France.

Jacqueline Phélip
Hélène Romano

17

Mots clés

- Aliénation parentale
- Divorce
- Maltraitance
- Protection de l'enfant

Keywords

- Child protection
- Divorce
- Maltreatment
- Parental alienation

Auteur correspondant

Hélène Romano

CHU Henri-Mondor – Samu
94, avenue du Maréchal-de-
Lattre-de-Tassigny,
94000 Créteil (France)
helene.romano@hmn.aphp.fr

Notes

¹ DSM : *Diagnostic and statistical Manual* est un manuel de référence internationale qui liste les troubles mentaux.

² Parmi la soixantaine de professionnels, il y avait essentiellement des cliniciens, dont le psychiatre Paul Bensussan qui représentait la France, des médiateurs ou des juristes, collectif coordonné par William Bernet, professeur de psychiatrie à l'université Vanderbilt à Nashville (Tennessee).

Origine du concept de syndrome d'aliénation parentale

Au cours des années 1970-1980, lorsque le tabou de l'inceste est tombé et que la gravité des conséquences des abus sexuels sur les enfants s'est imposée, les plaintes se sont multipliées dans les tribunaux américains. C'est alors que Richard Gardner, psychiatre clinicien (et non professeur de psychiatrie, comme il est souvent présenté), comparant ces plaintes à une « *vague d'hystérie majeure déferlant aux États-Unis* », a décrété que la grande majorité de ces allégations étaient fausses si elles étaient faites lors d'un divorce ou d'un litige de garde d'enfant. C'est sur la base de ses observations personnelles de cas, qu'il affirmait être de fausses allégations d'agressions sexuelles, qu'il a créé le concept de syndrome d'aliénation parentale (SAP, ou PAS en anglais). Gardner décrit le SAP comme une stratégie de la mère dans l'objectif d'exclure le père, en pratiquant sur l'enfant un « *lavage de cerveau* » pour l'amener à le haïr et en portant de fausses allégations contre lui [5]. Il soutenait par ailleurs, mais sans s'appuyer sur la moindre recherche, que le SAP existe dans 90 % des cas de litiges de garde d'enfants et que les mères sont très majoritairement les parents "aliénants".

Outre le contexte dans lequel Gardner a créé le SAP, outre ses affirmations péremptoires, ce sont aussi ses conceptions de la sexualité qui ont suscité des indignations et généré des suspicions à son égard. Il minimisait la pédophilie et écrivait, en 1993, que les activités sexuelles entre adultes et enfants, et autres paraphilies, servent des buts procréatifs qui favorisent l'amélioration de la survie de l'espèce et font partie, pour cette raison, du répertoire naturel de l'humanité [6, 7]. Il considérait que « *la société a une attitude excessivement punitive et moralisatrice envers les pédophiles* » et affirmait que des enfants peuvent séduire et initier eux-mêmes des relations sexuelles avec un adulte [8]. En 1995, il demandait que soit aboli le signalement obligatoire et supprimée l'immunité des personnes qui signalent des abus sur enfant [8].

Au fil des années, le syndrome d'aliénation parentale, appelé par la suite et indifféremment "aliénation parentale", a fini par s'appliquer à toutes les situations où existent des difficultés de contact entre un parent (le père, le plus souvent) et son enfant, que ces situations impliquent ou non des allégations de violence. Gardner avait établi huit critères qui permettaient selon lui de diagnostiquer un SAP, mais toujours pour expliquer de façon causaliste linéaire et manichéenne ces difficultés de contact entre le mauvais parent manipulateur et le bon parent vierge de toute responsabilité.

Un concept dangereux en l'état actuel des connaissances

♦ **Le SAP est un concept séduisant** pour des spécialistes non formés ou insuffisamment formés aux conséquences du divorce sur les enfants et qui y trouvent une explication simple et facile, certains disent « *simpliste* », pour expliquer ou justifier tout problème de contact entre un parent et son enfant.

♦ **Par ailleurs, le mot "syndrome" laisse à penser qu'il s'agit d'un état pathologique** qui serait scientifiquement prouvé et diagnosticable, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. En effet, et bien que des décisions d'un tribunal de grande instance ou de la Cour européenne des droits de l'homme s'autorisent à inclure le terme "syndrome d'aliénation parentale", il est impossible d'affirmer que le SAP est un syndrome, puisque ni la pathogenèse, ni le processus, ni la tendance familiale et l'apparition n'ont été mesurés de façon adéquate. L'Association américaine de psychologie confirme par ailleurs que le SAP ne comporte pas de symptômes qui soient généralement reconnus et vérifiés empiriquement. Pour autant, l'adoption de ce concept dans les tribunaux américains, sans autre questionnement sur sa pertinence ou sa validité, a généré de nombreuses erreurs de diagnostic, avec pour conséquences des solutions aux effets parfois dramatiques pour les enfants, allant jusqu'au suicide et la mort de certains d'entre eux. Un article du *Newsweek* [9] cite une recherche faite en 2004 par le professeur Jay Silverman de l'université de Harvard (Cambridge, Massachusetts), qui confirme que 54 % des dossiers de garde qui impliquaient de la violence documentée ont vu la garde des enfants confiée à l'agresseur et que l'aliénation parentale était plaidée par ce dernier dans presque tous les dossiers. Dans ce même article, Richard Ducote, avocat à Pittsburgh (Pennsylvanie), affirme que « *l'aliénation parentale est devenue un cancer dans les tribunaux de la famille* ».

C'est en raison de ces situations que le guide révisé en 2006 du Conseil national des juges aux tribunaux de la famille des États-Unis [10] a inclus un énoncé qui dénonce le SAP comme de la *junk science*, c'est-à-dire une « *science de comptoir* ». Plusieurs États ont adopté des législations pour éliminer l'utilisation de ce type de défense dans les litiges de garde.

♦ **La calamiteuse expérience américaine** n'a guère servi de leçon et la théorie de Gardner continue à être promue en l'état, non seulement par des parents, mais aussi par des avocats, des experts près des tribunaux ou des thérapeutes, des médiateurs, voire des travailleurs sociaux. Et bien que des

chercheurs, spécialistes en sciences sociales et connus internationalement, aient démontré que le SAP et/ou aliénation parentale ne repose encore sur aucune assise scientifique démontrée et indiscutable, il est promu en Europe, et particulièrement en France, Belgique ou Allemagne depuis ces dernières années.

Où en est la recherche scientifique sur l'aliénation parentale ?

Le 5 novembre 2011, les responsables de l'Association américaine de psychiatrie, en charge du *Diagnostic and statistical Manual*¹ (DSM), ont refusé que le syndrome d'aliénation parentale soit inclus dans la prochaine version à paraître en 2013, car « *il n'a pratiquement pas de fondement dans la littérature empirique* ».

En 2009-2010, une soixantaine de professionnels venant de pays différents² avaient établi un dossier [11] et tenté avec force de faire inclure l'aliénation parentale dans la prochaine mouture du DSM. Le professeur Daniel Pine, responsable au DSM des pathologies de l'enfant et l'adolescent, avait demandé à Janet Johnston et Joan Kelly, connues comme références internationales en tant que spécialistes des conséquences du divorce sur les enfants et des divorces hautement conflictuels, leur avis sur la pertinence de cette inclusion. Dans un courrier [12] co-signé par une vingtaine de chercheurs directeurs ou membres d'un programme de recherche sur l'aliénation parentale, ceux-ci expliquent point par point les raisons pour lesquelles ils s'opposent à cette inclusion, non seulement comme un trouble mental, mais également comme un problème de relation parent-enfant, dont voici les principaux motifs :

- **il y a toujours un manque de fondement adéquat dans les recherches** et il n'existe pas encore une définition unique de l'aliénation parentale ;
- **la recherche sur l'étiologie est encore exploratoire** ;
- **il n'est toujours pas possible de distinguer de manière fiable une aliénation parentale due à une manipulation**, du processus dans lequel un enfant se détache d'un parent parce que ce dernier a une attitude éducative problématique ou abusive ;
- **l'aliénation parentale due à une manipulation peut être confondue** avec : les phases normales du développement d'un enfant, les réactions prévisibles d'un enfant au divorce de ses parents, un syndrome post-traumatique ou un trouble anxieux généralisé chez l'enfant ;
- **une aliénation parentale peut co-exister avec un détachement réaliste d'un parent** ;



© Olga Solovey/Forolia.com

En cas de divorce conflictuel, il arrive que les enfants se retrouvent engagés dans des situations impossibles, victimes du syndrome d'aliénation parentale.

- **les symptômes habituellement présentés pour diagnostiquer une aliénation parentale semblent avoir été choisis arbitrairement**, que ce soit par leur nombre ou leur nature, et ne reposent sur aucune analyse validée ;
- **aucune étude à ce jour n'a pu évaluer l'efficacité des solutions préconisées** par les promoteurs de l'aliénation parentale (visites obligatoires, changement de garde, etc.).

Étiologie

Dans une étude publiée en avril 2012 [13], Saini *et al.* font le point sur l'état actuel de la recherche sur l'aliénation parentale et confirment qu'elle n'en est qu'à ses débuts. Pour ceux, en effet, qui ont adopté la conceptualisation proposée par Gardner d'une aliénation parentale suscitée chez un enfant par un parent aliénant, la recherche d'explications alternatives n'est pas considérée comme importante, et peu d'études ont fait une tentative systématique pour différencier un diagnostic d'aliénation parentale et/ou de syndrome d'aliénation parentale d'autres états psychiques chez l'enfant qui peuvent y ressembler (un rejet fondé dû à la négligence ou à la maltraitance d'un parent ou à sa violence domestique, par exemple). Des études apparaissent qui montrent que l'étiologie de ces situations est bien plus complexe et multidimensionnelle que celle qui est habituellement donnée.

De nombreux facteurs concourent au problème, dont le conflit interparental très élevé, les violences intrafamiliales, la qualité de la prise en charge de l'enfant par le parent refusé (non adéquate), son âge,

Références

- [1] Johnston JR, Goldman JR. Résultats d'interventions en conseil familial auprès d'enfants hostiles à un droit de visite : addendum aux travaux de Friedlander et Walters. *Family Court Rev.* 2010 Jan;48(1):112-115. www.lenfantdabord.org/wp-content/uploads/2011/06/SAP-publication-GOLDMAN-JOHNSTON-Résultats-3.pdf
- [2] Ferenczy S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant : le langage de la tendresse et de la passion. In *Psychanalyse, Œuvres complètes, Psychanalyse IV*. Paris : Payot, 1983.
- [3] Berger M. L'enfant de la souffrance et de la séparation. Paris : Dunod, 2003.
- [4] Bruch C. Les concepts de syndrome d'aliénation parentale (SAP) et d'enfants aliénés (EA) : sources d'erreur dans les conflits de garde d'enfants. *Child & Family Law Quarterly*. 2006;381.
- [5] Gardner RA. Modern witch hunt-child abuse charges. *The Wall Street Journal*. 22 février 1993:A10.
- [6] Caplan L. Le syndrome d'aliénation parentale. *Recherches et Prévisions*. 2007;89.
- [7] Hoult J. Evidentiary Admissibility Of Parental Alienation Syndrome : Science, Law, and Policy. *Children's Legal Rights Journal*, 2006.
- [8] Dallam SJ. The Parental Alienation Syndrome: Is It Scientific? In St. Charles E, Crook L (Eds.). *Expose: The failure of family courts to protect children from abuse in custody disputes*. Los Gatos, CA: Our Children Our Children Charitable Foundation, 1999.

Références

- [9] Childress S. Fighting Over the Kids, 2007, www.newsweek.com/2007/08/21/fighting-over-the-kids.html.
- [10] National Council of Juvenile and Family Court of Judges. Guide révisé en 2006, www.ncjfcj.org/
- [11] Bernet W, von Boch-Galhau W, Baker A JL, Morrison S. Parental Alienation, DSM-V and ICD-11. *Am J Fam Ther.* 2010; 38(2):76-187.
- [12] www.lenfantdabord.org/wp-content/uploads/2011/06/SAP-courrier-JOHNSTON.pdf
- [13] Saini M, Johnston J, Fidler B, Bala N. Empirical Studies of Alienation. In Kuehnle K, Drozd L (eds.). *Parenting plans Evaluations. Applied Research for the Family Court.* New York : Oxford University Press, 2012.
- [14] Hayez JY, Kinoo P. Aliénation parentale, un concept à hauts risques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2005; 54(5):157-65.
- [15] Hayez JY. Aliénation parentale : intoxic ou info ? *Le Journal des psychologues*, 2012;294:33-8.
- [16] Viaux JL. Aliénation parentale : controverses, fausses allégations, pragmatique de la démarche clinique. *Le journal des psychologues*, 2012.
- [17] Kelly JB, Johnston JR. The alienated child: a reformulation of Parental Alienation Syndrome. *Family Court Rev.* 2001;39:249-266.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Les auteurs

Jacqueline Phélip

Présidente de l'association L'enfant d'abord

Hélène Romano

Chercheur associée au laboratoire Inserm U669 (Pr MR Moro), docteur en psychopathologie clinique, psychothérapeute, cellule d'urgence médico-psychologique du Samu 94, consultation spécialisée de psycho-traumatisme, CHU Henri-Mondor – Samu 94, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil (France)
helene.romano@hmn.aphp.fr

la relation parent-enfant (peu chaleureuse ou empathique), les arrangements de vie après la séparation, le type de personnalité des membres de la famille, les procédures en cours pour la garde des enfants, etc. Les auteurs confirment qu'il n'est toujours pas possible de distinguer de manière fiable l'aliénation due à une seule manipulation d'autres types de prises de distances entre parents et enfants, pas plus qu'il n'est possible de recommander une solution plus qu'une autre.

Pronostic

En ce qui concerne l'impact d'un rejet parental sur les enfants, les résultats des recherches ne permettent aucune conclusion en ce qui concerne le degré et le type de conséquences négatives. Quelques-unes qui n'avaient pas de groupe témoin ont trouvé des résultats très négatifs, mais les études qui utilisaient des groupes témoins ont trouvé des effets négatifs modérés sur le bien-être émotionnel à long terme et la capacité à nouer des relations intimes stables. Dans ces études, utilisant des outils rétrospectifs pour évaluer l'impact du rejet parental, il n'était pas possible d'écarter d'autres facteurs explicatifs à ces effets négatifs, comme le divorce des parents, le conflit ou la psychopathologie parentale.

Bien qu'elle utilise un échantillon relativement réduit, la seule étude longitudinale [1] qui pouvait potentiellement examiner les effets d'une aliénation a montré que les jeunes adultes, qui avaient activement rejeté un parent, n'étaient pas plus atteints psychologiquement que les enfants qui n'avaient pas été aliénés, mais qui avaient été pris dans des conflits de garde chroniques enlisés dans des procédures judiciaires. Au contraire, ce sont ces derniers qui présentaient davantage de détresse émotionnelle et des difficultés à s'attacher durablement. Pour les auteurs, le seul pronostic très pessimiste à long terme concerne un petit sous-groupe d'adolescents qui changeaient d'attitude en s'alliant avec le parent rejeté et en rejetant le parent allié. À la fin de leur adolescence et au début de leur vie d'adulte, ils étaient diagnostiqués comme souffrant de troubles bipolaires ou obsessionnels compulsifs, de personnalité *borderline* et avaient souvent de graves problèmes de consommation de stupéfiants.

Traitements et interventions

Selon Saini *et al.*, aucune étude empirique ne justifie une solution plutôt qu'une autre. Ils précisent « *qu'un certain nombre d'interventions éducatives, thérapeutiques et structurelles sont à l'étude (conseils précoces, réunification parent-enfant, thérapie*

familiale), mais jusqu'à présent il n'y a pas de preuves scientifiques indiquant ce qui marche le mieux et avec qui » [13]. Mais plutôt qu'un diagnostic, les cliniciens devraient, selon les auteurs, faire une évaluation rigoureuse et minutieuse de la situation, tenant compte de l'ensemble des facteurs qui participent au problème. Cette évaluation doit également tenir compte de la propre dynamique de l'enfant qui, comme le souligne le professeur Jean-Yves Hayez [14, 15] ou le professeur Jean-Luc Viaux [16], « *pense aussi par lui-même* ». L'évaluation faite, une thérapie pourra être recommandée par le tribunal, qui variera en fonction des facteurs multiples en lice et de la gravité des difficultés de contact entre le parent et l'enfant.

Conclusion

De plus en plus, les colloques se multiplient auprès d'avocats, magistrats ou futurs magistrats, enquêteurs sociaux, médiateurs, voire policiers, pour les "former" à un concept qui n'est pourtant pas encore défini, à des critères de diagnostic qui ne sont pas probants et qui ont généré de nombreuses erreurs de diagnostic. S'il est vraisemblable, comme le souligne Carol Bruch [4], que certains professionnels impliqués dans les conflits de garde d'enfants surfont sur certaines théories, y voyant l'opportunité de nouvelles sources de revenus, il est probable que nombre d'entre eux ne savent pas véritablement évaluer les théories en psychologie surtout lorsqu'elles sont nouvelles. Ce qui est excusable de la part de juristes ou de médiateurs, l'est moins de la part de médecins et psychologues qui devraient savoir plus que les autres qu'une théorie, particulièrement celle d'aliénation parentale, ne s'adopte pas, surtout dans les tribunaux, sans s'assurer qu'elle fait l'objet d'un consensus scientifique sur ses différents aspects. L'expérience passée et présente démontre l'instrumentalisation qui est faite de ce concept et que relèvent les chercheurs.

Il est non seulement dangereux de promouvoir l'aliénation parentale en l'état actuel des connaissances, mais aussi d'en faire un diagnostic explicite ou implicite au sein des tribunaux sauf à faire, comme le soulignent Johnston et Kelly [17], bien davantage de victimes de diagnostics erronés qu'il y a de victimes d'un réel « *lavage de cerveau* ». •

L'impact psychotraumatique des violences sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre

Les enfants victimes de violences, qu'ils soient victimes directes ou témoins, sont dans leur immense majorité abandonnés, sans protection ni soin. Ces violences ont un impact psychotraumatique sur la mémoire des enfants.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

The psychotraumatic impact of violence on children: traumatic memory at work. Children who are victims of violence, whether they are direct victims or witnesses, are in the vast majority of cases, abandoned, without protection or care. This violence has a psychotraumatic impact on a child's memory.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Muriel Salmona

Les violences que subissent les enfants (physiques, psychologiques ou sexuelles), le plus souvent intrafamiliales ou institutionnelles et commises par des personnes censées les protéger, sont une atteinte très grave à leurs droits, à leur dignité et à leur intégrité physique et psychique. Bien que ce soient des délits ou des crimes (viols, actes de barbarie, tentatives de meurtres) avec circonstances aggravantes, elles restent très rarement identifiées et signalées. Non seulement les enfants victimes se retrouvent à survivre seuls face à des violences auxquelles il leur est impossible d'échapper, mais ils sont également condamnés à survivre seuls aux conséquences psychotraumatiques qu'elles entraînent [1, 2] et plus particulièrement à leur symptôme principal – la mémoire traumatique – qui, leur faisant revivre les violences à l'identique, s'apparente à une véritable torture qui n'en finit pas.

Un scandale sanitaire, social et humain

◆ **De toutes les violences, les violences envers les enfants sont certainement les plus cachées.** La loi du silence y règne en maître. Les violences sont très peu dépistées et leurs conséquences psychotraumatiques rarement diagnostiquées par des professionnels de la santé qui n'ont pas été formés pendant leurs études. Or, ces conséquences psychotraumatiques sont graves. Si elles ne sont pas prises en charge de façon spécifique, elles peuvent durer des années, des dizaines d'années, voire toute une vie. Pour une exposition traumatique le risque que s'installent des troubles psychotraumatiques (un

état de stress post-traumatique) est de 24 %. Pour des violences physiques dans le cadre d'une maltraitance ou d'enfants témoins de violences ce risque passe de 50 à 60 % [3], et lors de violences sexuelles ou d'actes de barbarie, il est de plus de 80 % [4]. Les troubles psychotraumatiques sont une réponse universelle et normale, présente chez toutes les victimes dans les jours et les semaines qui suivent un traumatisme [2]. Ils s'installent dans la durée si rien n'est fait pour protéger ni soigner les victimes. L'étude prospective américaine de Felitti [5] montre que le principal déterminant de la santé à 55 ans est d'avoir subi des violences dans l'enfance. Les conséquences sur la santé sont à l'aune des violences subies. Plus elles ont été graves et répétées, plus leurs conséquences sur la santé sont importantes : risque de mort précoce par accidents, maladies et suicides, risque de maladies cardio-vasculaires et respiratoires, de diabète, d'obésité, d'épilepsie, de troubles de l'immunité, de troubles psychiatriques (dépressions, troubles anxieux, troubles graves de la personnalité), d'addictions, de troubles du sommeil, de l'alimentation et de la sexualité, de douleurs chroniques invalidantes, de troubles cognitifs, etc.

◆ **Il y a une tradition de sous-estimation des violences** faites aux mineurs, de leur gravité et de leur fréquence : plus de 20 % des enfants en seraient victimes et plus de 50 % des viols sont commis sur des mineurs [6]. Ces violences sont en grande partie banalisées, voire justifiées, comme avec les châtements corporels [7]. À cette banalisation s'ajoute une méconnaissance de la gravité des conséquences sur la santé des violences. Il y a également une

Mots clés

- Conduite à risque
- Mémoire traumatique
- Psychotraumatisme
- Soins
- Violence

Keywords

- Care
- High-risk behaviour
- Psychotrauma
- Traumatic memory
- Violence

méconnaissance des conséquences sociales des violences sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur les risques de conduites asociales et de délinquance, sur les risques d'être à nouveau victime de violences ou d'en être auteur (l'OMS a reconnu en 2010 que la principale cause d'assujettissement ou de perpétration de violences est d'en avoir déjà subi [8]). Il règne une stigmatisation des troubles de la conduite et du comportement des enfants et des adolescents, troubles qui masquent une souffrance non reconnue, ainsi qu'une banalisation de signes de souffrance mis sur le compte de la crise d'adolescence, et à l'inverse une dramatisation de symptômes psychotraumatiques (dissociatifs et intrusifs) parfois étiquetés psychotiques et traités abusivement comme tels.

La mémoire traumatique à l'œuvre

Les conséquences psychotraumatiques des violences sont dues à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques, bien connus depuis une dizaine d'années grâce à des recherches cliniques et en neurosciences [9-12]. Ces mécanismes sont assimilables à des mécanismes exceptionnels de sauvegarde qui sont déclenchés par le cerveau pour échapper au risque vital que fait courir une réponse émotionnelle extrême face à un trauma.

◆ **L'enfant, confronté à des violences terrifiantes et incompréhensibles** et à un adulte qui soudain se transforme en "monstre" ou se conduit de façon incohérente, se retrouve paralysé psychologiquement. Cette sidération de son appareil psychique va bloquer toute représentation mentale et empêcher toute possibilité de contrôle de la réponse émotionnelle qui a été déclenchée par une structure cérébrale sous-corticale : l'amygdale.

L'amygdale cérébrale

L'amygdale cérébrale s'apparente à une alarme qui s'allume pour que l'on puisse répondre à un danger, lui faire face ou le fuir. Elle déclenche une hypervigilance et la production d'hormones de stress : adrénaline et cortisol qui fournissent l'organisme en "carburant" (oxygène et glucose). Comme toute alarme, par sécurité, elle ne s'éteint pas spontanément. Seul le cortex peut la moduler ou l'éteindre grâce à des représentations mentales (intégration, analyse et compréhension de la situation, et prise de décisions).

◆ **Lors de violences, la sidération fait que le cortex est dans l'incapacité de moduler l'alarme amygdalienne** qui continue donc à "hurler" et à produire une grande quantité d'hormones de stress. L'organisme se retrouve en état de stress extrême, avec des taux toxiques d'hormones de stress qui représentent un risque vital cardiovasculaire (adrénaline) et neurologique (cortisol : avec des atteintes neuronales). Pour échapper à ce risque vital, comme dans un circuit électrique en survoltage qui disjoncte pour protéger les appareils électriques, le cerveau fait "disjoncter" le circuit émotionnel à l'aide de neurotransmetteurs qui sont des "drogues dures" anesthésiantes et dissociantes (*morphine-like* et *kétamine-like*).

◆ **Cette disjonction, en isolant l'amygdale cérébrale, éteint la réponse émotionnelle** et fait disparaître le risque vital en créant un état d'anesthésie émotionnelle et physique. Mais elle est à l'origine d'une dissociation (trouble de la conscience lié à la déconnexion avec le cortex), responsable d'une sensation d'irréalité, d'étrangeté et l'impression d'être un spectateur des événements (l'impression de regarder un film). Cette disjonction est aussi responsable d'une mémoire traumatique – la mémoire émotionnelle de l'événement – qui ne va pas être traitée par l'hippocampe dont elle est déconnectée. L'hippocampe est une structure cérébrale qui intègre et transforme la mémoire émotionnelle en mémoire autobiographique et verbalisable (c'est un véritable logiciel indispensable pour que la mémoire des événements et des apprentissages soit stockée et recherchée).

◆ **La mémoire traumatique est au cœur de tous les troubles psychotraumatiques.** C'est une mémoire "fantôme" des violences, piégée dans l'amygdale cérébrale. Elle est hypersensible, prête à "exploser" en faisant revivre à l'identique, avec le même effroi et la même détresse les événements violents, les émotions et les sensations qui y sont rattachés. Elle "explose" aussitôt qu'un lien, une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles ne se reproduisent. Elle envahit alors tout l'espace psychique, de façon incontrôlable. Comme une "bombe à retardement", susceptible d'exploser, souvent des mois, voire de nombreuses années après les violences, elle transforme la vie psychique en un terrain miné. Telle une "boîte noire", elle contient non seulement le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l'agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine,

son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.). Cette mémoire traumatique des actes violents et de l'agresseur, qui colonisera ensuite la victime, sera à l'origine d'une confusion entre ce qui vient d'elle-même et ce qui vient des violences subies ou de l'agresseur. La mémoire traumatique sera souvent responsable, non seulement de sentiments de terreur, de détresse, de mort imminente, de douleurs, de sensations inexplicables, mais également de sentiments de honte, de culpabilité et d'estime de soi catastrophique, qui seront alimentés par la mémoire traumatique des paroles de l'agresseur [« *Tu ne vaux rien, tout est de ta faute, tu as bien mérité ça, tu mens, tu es nul(le), débile, méchant(e), regarde dans quel état tu me mets* », etc.] et celle des émotions violentes et perverses de l'agresseur perçues à tort comme les siennes, ce qui constituera une torture supplémentaire pour la victime.

Un nouveau-né, un nourrisson traumatisé peut développer une mémoire traumatique, même s'il ne lui est pas possible de se souvenir des violences (l'hippocampe n'étant fonctionnel pour la mémoire autobiographique qu'à partir de 2-3 ans).

Les stratégies de survie mises en place par les enfants traumatisés

L'enfant, pour éviter les déclenchements effrayants de sa mémoire traumatique, va mettre en place des conduites de contrôle, d'évitement vis-à-vis de tout ce qui est susceptible de la faire "exploser" (avec des angoisses de séparation, des comportements régressifs, un retrait intellectuel et émotionnel, des phobies et des troubles obsessionnels compulsifs, une intolérance au stress) et des conduites d'hypervigilance (avec une sensation de peur et de danger permanent, un état d'alerte, une hyperactivité, une irritabilité et des troubles de l'attention).

Mais les enfants traumatisés sont souvent contrecarrés dans leurs conduites d'évitement et de contrôle par un monde adulte qui ne comprend rien à ce qu'ils ressentent. Ils doivent s'autonomiser et s'exposer à ce qui leur fait le plus peur : comme être séparé d'un parent ou d'un adulte protecteur, dormir seul dans le noir, être confronté à son agresseur ou quelqu'un qui lui ressemble, à des situations nouvelles et inconnues, etc. Quand un enfant n'est pas sécurisé et n'a pas la possibilité de mettre en place des conduites d'évitement efficaces, sa mémoire traumatique va exploser et le plonger dans une grande détresse jusqu'à ce qu'il se dissocie et s'anesthésie par disjonction. Du fait d'une accoutumance aux drogues dissociantes, sécrétées par le cerveau, le circuit émotionnel va de moins en moins pouvoir



De toutes les violences, les violences envers les enfants sont certainement les plus cachées.

disjoncter, ce qui engendre une détresse encore plus intolérable, qui ne pourra être calmée ou prévenue que par des conduites à risque dissociantes.

Ces conduites à risque dissociantes, dont l'enfant et l'adolescent expérimentent rapidement l'efficacité, servent à provoquer "à tout prix" une disjonction pour éteindre de force la réponse émotionnelle en l'anesthésiant et calmer ainsi l'état de tension intolérable ou prévenir sa survenue. Cette disjonction provoquée peut se faire de deux façons, soit en provoquant un stress très élevé qui augmentera la quantité de drogues dissociantes sécrétées par l'organisme (*morphine-like* et *kétamine-like*), soit en consommant des drogues dissociantes (alcool, stupéfiants).

◆ **Ces conduites à risque dissociantes sont des conduites auto-agressives** (se frapper, se mordre, se brûler, se scarifier, tenter de se suicider), des mises en danger (conduites routières dangereuses, jeux dangereux, sports extrêmes, conduites sexuelles à risque, situations prostitutionnelles, fugues, fréquentations dangereuses), des conduites addictives (consommation d'alcool, de drogues, de médicaments, troubles alimentaires, jeux addictifs), des conduites délinquantes et violentes contre autrui (l'autre servant alors de fusible, grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter et s'anesthésier.

◆ **Les conduites à risque sont donc des mises en danger délibérées.** Elles consistent en une recherche active, voire compulsive de situations, de comportements ou d'usages de produits connus comme pouvant être dangereux à court ou à moyen terme. Le risque est recherché pour son pouvoir dissociatif direct (alcool, drogues) ou par le stress extrême qu'il entraîne. Sa capacité à déclencher la disjonction de sauvegarde déconnecte les réponses émotionnelles et donc crée une anesthésie émotionnelle et un état dissociatif. Mais elles rechargent aussi la mémoire traumatique, la rendant toujours plus explosive et rendant les conduites dissociantes toujours plus nécessaires, créant une véritable addiction aux mises en danger et/ou à la violence. Ces conduites dissociantes sont incompréhensibles et paraissent paradoxales à tout le monde (à la victime, à ses proches, aux professionnels). Elles sont à l'origine d'une absence de réaction émotionnelle qui rend les victimes plus vulnérables à de nouvelles violences.

Des enfants abandonnés sans protection ni soins

L'ensemble de ces troubles psychotraumatiques (mémoire traumatique, conduites d'évitement et de contrôle, hypervigilance et conduites dissociantes) vont être chez l'enfant à l'origine de troubles très importants : troubles du développement psychomoteur et de la personnalité, troubles cognitifs avec des difficultés scolaires et troubles de l'apprentissage, troubles de la mémoire avec parfois des amnésies importantes, troubles relationnels (avec un isolement, une grande timidité et une mauvaise estime de soi), troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement alimentaire et sexuel, troubles du sommeil, conduites à risque avec des conduites délinquantes ou violentes envers soi-même ou autrui, risque de subir de nouvelles violences.

Ces troubles représentent un risque pour la santé physique et psychique, dont un risque vital : risque de mourir par accident (lié aux conduites à risque,

première cause de mortalité chez les adolescents) et par suicide (deuxième cause de mortalité chez les adolescents).

Banalisation de l'expressivité psychotraumatique

Les symptômes psychotraumatiques, qui traduisent une grande souffrance chez les enfants et les adolescents victimes de violence, sont le plus souvent interprétés comme provenant de l'enfant, de sa nature, de son sexe, de sa personnalité, de sa mauvaise volonté, de ses provocations... Plutôt que de relier ces troubles à des violences, de nombreuses rationalisations vont chercher à les expliquer par la crise d'adolescence, les mauvaises fréquentations, l'influence de la télévision, d'Internet ou par la malchance et la fatalité, voire même par l'influence délétère d'une surprotection : « *On l'a trop pourri, gâté. C'est un enfant roi !* » L'hérédité peut être également appelée à la rescousse : « *Il est comme... son père, son oncle, sa grand-mère, etc.* », ainsi que la maladie mentale.

C'est avec ces rationalisations que les suicides des enfants et des adolescents, ou les jeux dangereux, sont mis sur le compte d'une contagion ou de dépressions ; les violences subies n'étant presque jamais évoquées comme cause principale.

Très fréquemment, devant un enfant en grande souffrance avec des troubles du comportement et des conduites à risque, les adultes censés le prendre en charge ont recours à des discours moralisateurs et culpabilisants : « *Tu ne dois pas te conduire comme cela. Regarde la peine que tu fais à tes parents. Avec tout ce que l'on fait pour toi* », au lieu de se demander ce que cet enfant a bien pu subir et de lui poser la question qui devrait être systématique : « *Est-ce que tu as subi des violences ?* ».

Se taire pour survivre

Ces enfants gravement traumatisés par des violences ont dû vivre continuellement menacés, sans aucun droit, avec la peur au ventre (peur de parler, peur de provoquer une colère, peur d'être tués, peur de se réveiller le matin, peur de rentrer à la maison après l'école, peur des repas, des week-ends, des vacances...). Ils ont dû développer des stratégies hors norme pour survivre, en s'auto-censurant pour éviter toutes les situations à risque de dégénérer en violences, en se soumettant à tous les diktats et les mises en scène des bourreaux, en gardant le silence, en se dissociant pour supporter l'insupportable, en développant très souvent un monde imaginaire pour s'y réfugier – monde devenant

Références

- [1] Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006 ;256:174-186.
- [2] McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry.* 2010 Feb;9(1):3-10.
- [3] Astin MC, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DS. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1996;64:308-312.
- [4] Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991;48:216-222.

parfois envahissant avec un compagnon imaginaire (poupée, peluche, animal, ami). Mais ces stratégies ont leurs limites et les enfants peuvent traverser des périodes de désespoirs intenses avec des risques de passage à l'acte suicidaire.

Avec cette mémoire traumatique, les victimes contre leur gré se retrouvent à revivre sans cesse les pires instants de terreur, de douleur, de désespoir, comme une torture sans fin, avec des sensations soudaines d'être en grand danger, d'être projetés par terre, d'être écrasés, frappés violemment, de perdre connaissance, de mourir, d'avoir la tête ou le corps qui explose, avec des suffocations, des douleurs intenses. Elles ont peur d'être folles et se sentent étrangères aux autres et à elles-mêmes.

Avec ces sensations, les agresseurs restent éternellement présent à imposer aux victimes les mêmes actes atroces, les mêmes phrases assassines, la même souffrance délibérément induite, la même jouissance perverse à les détruire et à imposer leurs mises en scène mystificatrices avec une haine, un mépris, des injures et des propos qui ne les concernent en rien. Et plus les violences ont eu lieu tôt dans la vie des victimes, plus ces dernières sont obligées de se construire avec ces émotions, ces sensations de terreur, ces actes et ces propos pervers, à devoir lutter contre eux sans les comprendre et sans savoir où se trouve la ligne de démarcation entre elles et cette mémoire traumatique. La mémoire traumatique les hante, les exproprie et les empêche d'être elles-mêmes, pire elle leur fait croire qu'elles sont doubles, voire triples : une personne normale (ce qu'elles sont), une moins-que-rien qui a peur de tout et une coupable dont elles ont honte et qui mérite la mort (ce que l'agresseur a mis en scène et qu'elles finissent par intégrer puisque cela tourne en boucle dans leur tête), une personne qui pourrait devenir violente et perverse et qu'il faut sans cesse contrôler, censurer (ce même agresseur tellement présent et envahissant à l'intérieur d'elles-mêmes qu'elles finissent par se faire peur en le confondant avec elles-mêmes).

Conclusion

Sortir du déni, protéger et soigner les enfants victimes de violences est une urgence de santé publique. Ces conséquences psychotraumatiques sont encore trop méconnues, alors que leur prise en charge est efficace. Elle doit être la plus précoce possible. En traitant la mémoire traumatique, c'est-à-dire en l'intégrant en mémoire autobiographique, elle permet de réparer les atteintes neurologiques et de rendre inutiles les stratégies de survie. Pour cela il faut revisiter les violences, en les reconnaissant

toutes, en faisant en sorte qu'il n'y ait plus d'état de sidération. Il faut sécuriser l'enfant, en lui expliquant les mécanismes psychotraumatiques, en faisant des liens avec lui, en redonnant du sens, du droit et de la cohérence à tout ce qui n'en avait pas. Il est nécessaire de démonter le système agresseur, en reconstituant avec l'enfant toute son histoire et en restaurant sa personnalité et sa dignité, en les débarrassant de tout ce qui les avait colonisées et aliénées (mises en scènes, mensonges, déni, mémoire traumatique), pour que la personne qu'il est fondamentalement puisse à nouveau s'exprimer et vivre tout simplement. Pour que l'enfant terrorisé ne soit enfin plus jamais seul, pour « *abattre le mur du silence [et] rejoindre l'enfant qui attend* » [13].

Il est donc essentiel de protéger les enfants des violences et d'intervenir le plus tôt possible pour leur donner des soins spécifiques, il s'agit de situations d'urgence pour éviter la mise en place de troubles psychotraumatiques sévères et chroniques qui auront de graves conséquences sur leur vie future, leur santé, leur scolarisation et socialisation, et sur le risque de perpétuation des violences. Il est nécessaire pour cela de sensibiliser et de former tous les professionnels de l'enfance, des secteurs médico-sociaux, associatifs et judiciaires sur les conséquences psychotraumatiques des violences. La prévention des violences passe avant tout par la protection et le soin des victimes. •

Références

- [5] Felitti VJ, Anda RF. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. In Lanius R, Vermetten E, Pain C (eds.). *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- [6] Bajos N, Bozon M, équipe CSF. *Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère*. Population & Sociétés. 2008 Mai ;445. www.ined.fr/fichier/t_publication/1359/publi_pdf_pop_soc445.pdf
- [7] Miller A. *C'est pour ton bien*. Paris : Aubier, 1985.
- [8] World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [9] Shin LM, Scott L, Rauch SL, Roger K, Pitman RK. Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD. *Ann NY Acad Sci*. 2006;1071:67-79.
- [10] Yehuda R, Ledoux J. Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. *Neuron* 56. 2007, Oct 4;19-32.
- [11] Salmona M. La mémoire traumatique. In Kédia M, Sabouraud-Seguin A (eds.). *L'aide-mémoire en psychotraumatologie*. Paris : Dunod, 2008.
- [12] Salmona M. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In Coutanceau R, Smith J (eds.). *Traumas et résilience*. Paris : Dunod, 2012. www.stopauxviolences.blogspot.fr/2012/03/dernier-article-de-muriel-salmona-avec.html
- [13] Miller A. *Abattre le mur du silence*. Paris : Aubier, 1991.

Pour en savoir plus

- Postface de la bande dessinée *La petite fille et la dame en rouge* d'Anne Rivière, www.memoiretraumatique.org/assets/files/petite-filleA5reduit.pdf
- www.memoiretraumatique.org

Déclaration d'intérêts :

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Muriel Salmona

Psychiatre, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, 54 avenue des Vergers, 92340 Bourg-la-Reine (France) drmsalmona@gmail.com

Maltraitance institutionnelle

Josette Mondino

L'Association d'entraide des usagers de l'administration des services publics et privés (Adua) constate des pratiques de la part des juridictions et institutions qui semblent contraires aux dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant. Point de vue de cette association qui dénonce les dysfonctionnements et dérives dont les enfants sont les premières victimes.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

Institutional maltreatment. The French association for the mutual assistance of users of public and private services (ADUA) has observed practices on the part of judicial authorities and institutions which seem to go against the measures of the International Convention on the Rights of the Child. This article presents the point of view of this association which denounces such malfunctions and transgressions of which children are the main victims.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

26

Mots clés

- Convention internationale des droits de l'enfant
- Discernement de l'enfant
- Maltraitance institutionnelle

Keywords

- International Convention on the Rights of the Child
- Child discernment
- Institutional maltreatment

« L'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur. » C'est avec ces mots qu'a été adoptée, en 1924, la Déclaration de Genève [1], relative aux droits de l'enfant, suivie d'une déclaration des droits de l'enfant en 1959 [2]. Le 20 novembre 1989, l'assemblée générale de l'Organisation des Nations unies a adopté à l'unanimité la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide) [3]. L'application de ce texte représente donc un but commun à toute l'humanité.

À ce titre, nous retiendrons les articles 9 et 12 de la Convention internationale des droits de l'enfant.

Respecter l'opinion de l'enfant

◆ Dans l'article 9 notamment, un point important est à souligner, l'État doit veiller à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre son gré, à moins que la séparation ne soit nécessaire à l'intérêt supérieur de l'enfant, et donne à l'enfant la garantie de pouvoir faire valoir et connaître son opinion, sans qu'il soit question de discernement... Il est prévu, par ailleurs, que toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leur point de vue. De même, le droit prévoit le respect des relations personnelles et les contacts directs avec les deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

◆ La notion de discernement d'un enfant s'acquiert et s'entend suivant la faculté que celui-ci peut avoir dès le moment où il a conscience de lui-même, de son cadre de vie, et dès le moment où il peut exprimer ce qu'il ressent et ce qui le touche. Le

discernement de l'enfant n'est pas fixé en fonction d'un âge donné mais davantage en fonction de son histoire, de son développement et de sa capacité à appréhender les événements de la nature et de la question posée.

◆ Dans l'article 12, la Cide garantit à l'enfant, qui est capable de discernement, le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question qui l'intéresse, y compris dans toute procédure administrative ou judiciaire, étant précisé que son opinion sera prise en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

Au regard de ces articles adoptés à l'unanimité par les Nations unies, nous constatons qu'ils ne sont que peu respectés dans notre pays.

Des dysfonctionnements contraires aux droits de l'enfant

◆ Des enfants sont fréquemment précipités dans un cauchemar. Quels sont les critères, sur quelle logique découlant de rapports de services sociaux, qui nous paraissent contraires à l'équilibre familial et au bien-être de l'enfant, les juridictions s'appuient-elles ?

À quelque échelon que ce soit (assistants sociaux, psychologues, experts judiciaires, magistrats), la plupart des intervenants semblent appliquer les textes de façon arbitraire, écartant selon leur subjectivité ce qui pourrait faire valoir et reconnaître véritablement les droits de l'enfant.

◆ Alors que la Cide prévoit l'assistance effective de l'enfant, journallement et *in fine* c'est le juge qui décide et écarte la constitution de l'avocat, ce qui fragilise la défense de l'enfant, ouvrant la porte à la

Notes

¹ Le président du conseil général qui se trouve par-là même en collusion d'intérêts, alors même qu'en droit français et suivant l'article 1186 du Code de procédure civile, le père ou à la mère de l'enfant ont possibilité de lui choisir un avocat.

² Igas : Inspection générale des affaires sociales.

nomination d'un mandataire *ad hoc*¹.

◆ **Ces dysfonctionnements et règles**, mises en place depuis fort longtemps, permettent aux associations d'affirmer que la protection de l'enfance n'est pas véritablement assurée dans notre pays, qu'un trop grand nombre d'enfants est en danger et cela à deux titres : d'une part lorsque l'enfant est laissé en risque auprès de son agresseur (ce qui peut le conduire à la mort physique), et d'autre part aux conséquences affectives et morales que constitue le placement abusif de l'enfant à un service gardien ou en foyer.

Des constats partagés

◆ **L'enfant n'est que peu souvent entendu.** Il n'est pas recherché à quel membre de la famille proche il pourrait être confié. Il est totalement isolé de ses liens familiaux et surtout de son parent protecteur.

◆ **Lorsque l'on parle de services sociaux et de protection de l'enfance**, les citoyens pensent que seules les familles défavorisées seraient touchées. Il est urgent que tous sachent que nul n'est à l'abri de ce contexte et qu'un différend parental, même mineur, peut être déclencheur d'une telle machinerie. Lorsqu'ils consultent les sites institutionnels qui traitent de la défense des droits des enfants, les citoyens non avertis supposent que tous les aspects relatifs à l'intérêt supérieur de celui-ci sont véritablement pris en cause et que tout est mis en œuvre pour lui donner le meilleur. L'Association d'entraide des usagers de l'administration des services publics et privés (Adua), dont la devise est de remettre le service du public au service du public, ne le constate, hélas, pas. Le concept, en vérité, est très éloigné de la réalité. Nous ne pouvons que rejoindre, appuyer et renforcer les observations et études, tant de Pierre Naves (Igas²), que de Philippe Seguin, ancien président de la Cour des comptes, qui en 2009 dénonçait déjà explicitement la situation [4].

Le 30 décembre 2011, Pierre Naves [5] décrivait une situation aggravée en cinq ans : 150 000 enfants seraient placés abusivement et un enfant sur deux ne devrait pas l'être. Conscient des difficultés institutionnelles constatées, il indique qu'il faudra au moins deux décennies pour modifier la situation. Il est patent et avéré que les incompréhensions, dysfonctionnements et dérives touchent de plus en plus d'enfants. Nous demandons à ce que des mesures correctives soient apportées rapidement à ce système, qui agit à l'encontre de toute logique d'éducation saine et structurée, à l'encontre du respect des droits de la famille, du bien-être de l'enfant et de ses droits.



© EllaForcolla.com

Les enfants sont les premières victimes des dysfonctionnements des institutions.

◆ **Il est à noter que plusieurs milliards d'euros** (6,7 milliards nets) de l'argent public sont dépensés au seul titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de l'action éducative en milieu ouvert (AEMO). Ce chiffre n'est pas exhaustif, puisque beaucoup d'associations parallèles, difficiles à identifier, abondent sur ce marché. À lire plusieurs rapports de qualité, il semblerait que le secteur dit « marché de l'enfance » se soit mis en place depuis un certain nombre d'années.

Conclusion

Il est urgent que le secteur de la protection de l'enfance soit revu et corrigé puisqu'il est reconnu par de nombreux praticiens, que les enfants victimes de la maltraitance institutionnelle seront irrémédiablement brisés et que peu arriveront à se reconstruire. Quel futur leur prépare-t-on et comment se comporteront-ils dans un proche avenir ?

Agissons pour obtenir les corrections qui s'imposent à ce système. ●

Références

- [1] Déclaration de Genève, www.droitsenfant.org/normes/declaration-de-geneve-1924/
- [2] Déclaration des droits de l'enfant, www.droitsenfant.org/normes/declaration-1959/
- [3] Convention internationale, www.droitsenfant.org/convention/definition/
- [4] Rapport de la Cour des Comptes. Philippe Seguin, « La protection de l'enfance » - octobre 2009.
- [5] Rapport Pierre Naves, www.dailymotion.com/video/xnch2j_pierre-naves-5-ans-apres-sur-150-000-enfants-places-50-ne-devrait-pas_news

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Josette Mondino
Présidente Adua (Association d'entraide des usagers de l'administration des services publics et privés), 75 rue Loumel 75015 Paris (France)
jmondino@adua.com

Prendre en compte l'immaturation de l'élève en établissement scolaire

Philippe Bujak

Les acteurs de l'établissement scolaire Saint-Joseph à Auneau (28), prenant en compte l'immaturation consubstantielle des élèves, ont adopté une démarche de "soin aidant" auprès des élèves en difficulté. L'établissement "thérapeute" accompagne ces élèves individuellement dans une perspective de retour à une vie sociale scolaire satisfaisante.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

Taking into account pupils' immaturity in schools. The staff of Saint-Joseph school in Auneau, taking into account the consubstantial immaturity of the pupils, have adopted a supportive care approach with pupils in difficulty. The "therapist" school supports these pupils individually with the aim of helping them regain a satisfactory school social life.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

28

Mots clés

- Cellule de travail psychopédagogique
- Élève
- Établissement "thérapeute"
- Immaturation
- Soins

Keywords

- Care
- Immaturity
- Pupil
- "Therapist" school
- Workcell psychopedagogical

Les évolutions considérables de notre société participent à l'émergence de nouvelles situations de souffrance des enfants et adolescents. Des pratiques à risque récentes s'installent (tel le *binge drinking*¹) ; le suicide touche désormais les plus jeunes. Dans cette situation, l'établissement scolaire doit s'adapter sous peine de ne devenir que la "caisse de résonance" de ces situations de souffrance multiples et parfois dramatiques.

La loi du 11 février 2005

La loi votée le 11 février 2005 [1], relative aux personnes handicapées, a des conséquences que les établissements scolaires peinent encore à mesurer.

◆ **Selon l'article 2**, « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques,

sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » [2]. Mais en même temps qu'elle définit le cadre d'action, cette loi participe à projeter un regard nouveau sur nombre de situations vécues par les élèves qui, sans relever à proprement parler de la pathologie, conditionnent pourtant la réussite scolaire à la prise en considération de ces difficultés. Elle doit, en particulier, inviter les personnels enseignants et médicaux, les soignants et éducateurs à poser la personne de l'enfant comme sujet en formation dont l'immaturation physiologique, mentale, psychique, intellectuelle, l'expose à des troubles plus ou moins importants, susceptibles d'entraver sa scolarité et pouvant nécessiter – temporairement ou à plus long terme – une mobilisation de la communauté éducative au nom de la « solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale » [2] à laquelle les jeunes ont droit.

◆ **En projetant la lumière sur les situations de handicap**, cette

loi invite donc à reconsidérer l'immaturation de l'élève. Si celle-ci ne saurait être confondue avec la situation de handicap, il est pourtant indéniable que cette immaturation est un facteur agissant dans l'évolution du jeune et qu'elle peut nécessiter à certains moments de son histoire un étayage médical, éducatif, institutionnel.

L'établissement "thérapeute"

◆ **La question de la santé n'est pas nouvelle au sein de l'Éducation nationale.** L'éducation à la santé est inscrite dans les textes ; médecins, infirmières scolaires, conseiller principal d'éducation (CPE) et enseignants participent à une veille sanitaire et sociale au sein de l'établissement.

◆ **Le système éducatif peut et doit aller plus loin**, pour participer à ce « renversement de perspective » [3] qui s'affiche de plus en plus comme une nécessité. Pour cela, il convient d'inventer une nouvelle modalité d'accompagnement de l'élève qui mette

Note

¹ Le *binge drinking* signifie une consommation excessive de boissons alcoolisées en un temps très court.

au centre de ses préoccupations l'immaturation de l'enfant et de l'adolescent et les conséquences de cette immaturité sur son parcours scolaire. L'établissement scolaire devient alors l'espace où la personne élève est comprise et accompagnée dans toutes ses dimensions. Aux actions d'instruction et d'éducation s'adjoint une troisième, celle du soin. Par "soin", il ne convient pas d'entendre ici seulement le "faire soin", qui interpelle directement les personnels qualifiés pour cela, mais aussi le "prendre soin". Sortant de sa relation indifférenciée, voire impersonnelle, avec l'élève, l'établissement scolaire s'investit alors dans une dimension d'accompagnement nouvelle et exigeante. C'est l'émergence de l'établissement "thérapeute", notion et réalité qui demandent des explications.

La scolarité facteur de santé

La loi française rappelle que le « mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis » [4], ce qui induit qu'un jeune mineur « ne peut pas tout faire comme un adulte » [5].

◆ Dès lors que le jeune « ne peut pas tout faire », la loi prévoit le principe d'autorité parentale comme « un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité » [6]. Les parents sont donc acteurs de la santé de leur enfant. Comme partenaire éducatif, l'établissement scolaire prend part à cette mission. D'aucuns diront néanmoins que déclarer l'établissement thérapeute est ouvrir une brèche

dangereuse : celle de vouloir se substituer au corps médical. Il n'en est rien. Tout comme les parents savent faire appel au corps médical, l'établissement thérapeute se propose d'ouvrir un champ de réflexion, un espace de travail dont le cœur serait la volonté de contribuer à une dimension du soin en partenariat avec les parents et le corps médical. Il s'agit plutôt de déclarer l'immaturation de l'enfant et du jeune comme étant un facteur propre, nécessitant l'action concertée des parents, du médecin et de l'établissement scolaire.

◆ C'est pourquoi ignorer l'établissement scolaire comme lieu de santé est une profonde erreur. Car le déni de la question de l'immaturation au sein de l'école consisterait à ne plus considérer cet espace où l'enfant et l'adolescent expriment le plus souvent leurs souffrances, qu'elles soient physiques ou psychiques. Il ne faudrait alors plus prêter attention à ce quotidien des infirmières, CPE et enseignants qui ne manque pas de souligner le mal-être de tel ou tel élève et ses conséquences sur la vie de la classe en général et la scolarité de l'élève en particulier.

Trop souvent, l'attention prêtée par les adultes reste cantonnée à la surprise, voire l'inquiétude. Le relai est bien vite passé au personnel médical et soignant quand il y en a ou au personnel d'éducation. C'est alors que la nécessité du soin s'évapore dans son externalisation et que le lien établi avec le lieu d'acquisition des connaissances – où la souffrance s'est exprimée initialement – est rompu. Voilà pourquoi la démarche de soin doit désormais impérativement prendre en compte cette dimension et être capable d'émerger au sein même de l'établissement scolaire.

◆ L'adulte dans l'établissement scolaire doit donc être enseignant, encadrant mais aussi aidant, auxiliaire d'une certaine forme de soin – cela pour être en cohérence avec l'article 2 de la loi sur le handicap qui rappelle que l'école est aussi le lieu où « garantir l'accompagnement et le soutien des familles » [7].

Pour promouvoir cet enrichissement de la relation à la personne de l'élève, l'établissement "thérapeute" doit être capable de s'équiper d'une nouvelle structure adaptée assurant la qualité du lien pour l'élève en souffrance. Cette cellule médico-psychopédagogique existe déjà dans les agglomérations. L'ambition est de lui donner une réalité institutionnelle et de la faire exister au sein même de l'établissement.

L'expérience d'un établissement scolaire

Le projet mis en place s'appuie sur une première expérience conduite entre 1997 et 2005 dans un établissement à Dreux (28), où un groupe de travail psychopédagogique avait contribué significativement à la détection des situations de travail et à la mise en place de premiers outils de remédiation. Depuis 2009, l'établissement Saint-Joseph d'Auneau (28) s'est lancé dans une action résolument plus ambitieuse et complète, et s'est lancé dans une pratique qui introduit la problématique de l'immaturation des élèves dans une perspective pédagogique, éducative, mais aussi thérapeutique. Une série d'outils ont été mis en place pour une prise en charge individuelle améliorée.

Prise en compte de l'immaturation de l'élève

La finalité du projet de santé – inscrit dans le projet d'établissement – est d'utiliser la prise en

Références

- [1] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id
- [2] Article 2, loi n° 2005-102 du 11 février 2005, www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id
- [3] Picquenot A. École et familles, vers une coéducation ? La Revue de santé scolaire et universitaire. 2011 Nov.-Déc.;2(12):8-10.
- [4] Article 388 du Code civil, www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006427142&dateTexte=20121210
- [5] Chagnollaud D, Portais G. Code Junior. Les droits et obligations des moins de 18 ans. Paris : Dalloz, 2005. p. 95.
- [6] Article 371-1 du Code civil, www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426468
- [7] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id

charge des élèves en difficulté pour les aider à retrouver une vie sociale scolaire satisfaisante tant pour eux que la collectivité.

◆ **Une cellule de travail psychopédagogique est constituée**, à l'instar de l'expérience drouaise, d'un pédopsychiatre, une psychologue clinicienne, une enseignante spécialisée, une enseignante formée aux troubles de l'attention, les chefs d'établissement du primaire et du secondaire ainsi que l'adjointe au collègue.

Chaque mois, le groupe se réunit pour examiner les situations individuelles, toujours avec l'accord préalable des familles. L'exposé des observations effectuées par les acteurs de terrain permet alors aux spécialistes d'apporter des éclairages sur les comportements problématiques chez les jeunes, de détecter les situations de souffrance et de déterminer les outils de remédiations à mobiliser (aménagement du temps scolaire, supports de cours, prise en charge individuelle, démarche de soins...). Les recours effectués alors auprès de l'inspection académique ou de la maison départementale des personnes handicapées sont d'autant plus suivis qu'ils s'élaborent déjà dans une dynamique pluridisciplinaire. La prise en charge individuelle, lorsqu'elle est nécessaire, passe par des entretiens avec l'élève afin d'approfondir le lien éducatif mais aussi de déterminer avec lui un projet cohérent. Ainsi, se dessine progressivement un cadre de travail suffisamment "contenant" pour le jeune afin qu'il réinvestisse une relation de confiance avec les adultes de l'établissement.

◆ **Un point écoute animé par la psychologue clinicienne**, pour faire face aux situations de crises, permet aux jeunes de trouver un lieu de "décharge" lorsqu'ils en éprouvent le besoin.

Car ce travail, fortement individualisé, s'inscrit toujours et obligatoirement dans une perspective plus large qui est celle du retour à la vie scolaire et l'élaboration d'objectifs que l'élève puisse atteindre avec la collaboration de l'ensemble de ses professeurs. Pour permettre cela, l'adjointe de direction du collège a institué le "carnet de liaison de la classe" à l'intérieur duquel, chaque adulte note scrupuleusement toute situation significative devant être portée à la connaissance de l'équipe pédagogique et éducative. De cette manière, la cohérence est assurée en amont – les directives de travail du groupe de travail psychopédagogique figurent dans ce carnet sous le sceau de la confidentialité – jusqu'en aval dans la mise en application des directives données et en effectuant les retours jugés nécessaires pour le bien-être du jeune.

Des pratiques qui s'ouvrent à la nécessité du soin

◆ **En acceptant de se plier à cette discipline de travail**, l'équipe pédagogique et éducative de l'établissement a accepté de faire entrer la pratique du "soin aidant" comme partie intégrante de la réussite scolaire de chaque élève – un soin non pas médical, mais qui s'appuie sur l'éclairage des professionnels de santé ! Cela comprend des exigences nouvelles en matière de formation du personnel afin d'assurer le succès et la pérennité du projet.

Une exigence de ce type d'approche est celle de la nécessaire formation à l'approche clinique des situations de souffrance. Ici encore, nulle intention de se substituer aux professionnels de santé.

La présence du pédopsychiatre et de la psychologue clinicienne

garantit que chacun reste dans son domaine de compétence. Pour autant, en acceptant d'entendre la nécessité de développer une approche clinique, les adultes acteurs du projet sont amenés à affiner leurs techniques d'entretiens individuels et leurs outils d'observation.

◆ **De cette manière, les données recueillies acquièrent une plus grande objectivité**. Se dessine alors progressivement un "tableau" de la situation de souffrance sur lequel le travail d'accompagnement peut s'appuyer pleinement.

Le point fort de ce projet réside dans le juste équilibre qui consiste à toujours établir la démarche de soin dans la finalité qui fait le cœur de l'activité d'un établissement scolaire : l'acquisition de connaissances et l'apprentissage de la vie sociale.

Conclusion

L'expérience d'Auneau témoigne d'une démarche originale et fructueuse. L'originalité réside dans la prise en compte d'une dimension trop souvent ignorée de l'élève : une immaturité qui lui est consubstantielle. Le jeune et ses parents deviennent alors pleinement acteurs d'un travail où ils ne se sentent plus jugés sur les résultats scolaires obtenus mais au contraire soutenus et rassurés par une équipe ayant su développer des compétences nouvelles qui participent au mieux-être de leur enfant dans une perspective de réussite scolaire. ●

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Philippe Bujak

Ancien chef d'établissement à Saint-Joseph d'Auneau, Conseil auprès d'établissements scolaires
10 rue Armand-Lefèbvre,
28700 Auneau (France)
bujakphilippe@neuf.fr

Santé bucco-dentaire en milieu scolaire à Bouzaréah (Alger)

Nora Bouazza

En Algérie, le programme national de la santé bucco-dentaire en milieu scolaire est principalement axé sur la prévention. Le chirurgien-dentiste joue un rôle préventif dans le dépistage des maladies et des anomalies ainsi que dans l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire auprès de chaque enfant scolarisé. L'objectif principal est la diminution de la prévalence carieuse par l'acquisition des bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire de l'enfant.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

Oral health in schools at Bouzaréah in Algeria. The national oral health programme in schools is mainly focused on prevention. The dental surgeon plays a preventative role in the screening of diseases and anomalies as well as in the oral health education of every child in the school system. The main objective is to reduce the prevalence of tooth decay through the acquisition of good oral hygiene habits by the child.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

31

En Algérie dans la circonscription administrative de Bouzaréah qui compte 5 communes (Beni-Messous, Bouzaréah, Ben-Aknoun, El-Biar et Hydra), le programme national de la santé bucco-dentaire en milieu scolaire comprend des activités de dépistage, de prise en charge clinique, un "programme fluor" et une éducation à la santé bucco-dentaire.

Dépistage

Le dépistage s'effectue grâce à l'examen bucco-dentaire des élèves de classes cibles : 1^{re} année de primaire (AP¹ : 6-7 ans) ; 2^e année de primaire (AP : 7-8 ans) ; 4^e année de primaire (AP : 9-10 ans) ; 1^{re} année du cycle moyen (AM² : 11-12 ans) ; 1^{re} année du cycle secondaire (AS³ : 15-16 ans).

Prise en charge clinique

L'élève est pris en charge soit par le chirurgien-dentiste de la santé scolaire au niveau des unités de

dépistage et de suivi (UDS) ou des centres de santé, soit par le dentiste traitant de la famille. Dans ce dernier cas, une fiche de liaison entre les deux dentistes est établie.

Programme fluor

Le fluor est prescrit aux élèves du primaire (5-11 ans) dont le nombre de caries est supérieur ou égal à deux. Il est remis aux parents avec des recommandations.

Des conseils d'hygiène bucco-dentaire sont donnés au cours de ces deux dernières activités.

Éducation à la santé bucco-dentaire

L'éducation à la santé bucco-dentaire est variable selon l'âge de l'enfant.

Une adaptation à l'âge

♦ Au niveau du primaire, elle est assurée par des séances instructives et interactives. Ainsi, en fonction de l'âge, on donne des cours simplifiés destinés aux plus petits. On développe plus

volontiers les connaissances déjà acquises pour les plus grands. Les cours sont appuyés par des affiches et des projections de dessins animés. Toutes les séances se terminent par une évaluation des connaissances.

♦ Au niveau du collège et du lycée, le professionnel de santé fait appel à des séances interactives en s'appuyant sur des situations auxquelles les adolescents sont de plus en plus exposés (restauration rapide, sodas, sucreries, grignotage, tabac, etc.) et leurs répercussions sur la santé bucco-dentaire et la santé générale. Il s'agit d'attirer leur attention sur l'importance de la bouche dans le relationnel, l'apparence et le sourire.

Brossage

L'apprentissage du brossage est une mission pédagogique difficile. Le professionnel de santé se réfère à différentes méthodes proposées par l'Union française pour la santé bucco-dentaire : Boubou (4-6 ans), Intermédiaire (6-9 ans) et Bros (9-99 ans).

Mots clés

- Algérie
- Atteinte carieuse
- Dépistage
- Enfant
- Fluor
- Prévention
- Santé bucco-dentaire

Keywords

- Algeria
- Child
- Fluoride
- Oral health
- Prevention
- Screening
- Tooth decay

Notes

¹ AP : cycle primaire.

² AM : cycle moyen (collège).

³ AS : cycle secondaire (lycée).

Pour en savoir plus

- Éducation pour la santé en milieu scolaire.
 - Guide de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire.
- Ouvrages édités par le ministère de la Santé de la population et le ministère de l'Éducation avec la collaboration du bureau de l'OMS en Algérie.

◆ **Le brossage théorique touche tous les élèves.** La démonstration de la méthode s'effectue grâce à une maximo-mâchoire et une brosse à dents géante.

◆ **Le brossage pratique concerne seulement les élèves du primaire.** Il se fait par petits groupes d'enfants, munis de leurs brosses à dents au niveau du lavabo en face d'un miroir. Cette pratique est suivie par l'institutrice. Toutes les activités du chirurgien-dentiste en milieu scolaire sont évaluées trimestriellement et annuellement.

L'atteinte carieuse

Le *tableau 1* détaille la prévalence carieuse réalisée au niveau de l'établissement public de santé de

proximité de Bouzaréah sur l'année scolaire 2009-2010.

La prévalence carieuse, élevée au niveau des classes cibles, a incité les professionnels de santé à la recherche en préscolaire (*tableau 2*).

Face à cette situation, un programme de prévention et de dépistage chez l'enfant de la naissance à 5 ans s'est imposé. Il s'appuie d'abord sur la recherche des causes et la façon de les éviter :

- les mauvaises habitudes données à l'enfant très tôt (sucrage du lait, tétine imbibée de miel) ;
 - souffler et goûter la nourriture du bébé ;
 - le grignotage, l'abus des sucres sous toutes ses formes ;
 - la prise du yaourt le soir, etc. ;
 - la non-intégration du brossage.
- Il fait appel à la bonne éducation

sanitaire des parents de l'enfant et de son entourage :

- sa famille ;
- le personnel des crèches et des jardins d'enfants ;
- les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ;
- les médias permettant d'accéder aux parents, mais aussi au petit enfant. Les messages véhiculés sont simples et prennent en compte la culture du pays.

La consultation du dentiste dès l'apparition des premières dents est conseillée. L'espoir des professionnels de santé est de motiver l'enfant, de le fidéliser et d'en faire une personne consciente (*tableau 3*). Cela prouve l'intérêt et l'importance à développer la collaboration et des échanges des différents acteurs pour diminuer le taux d'atteinte carieuse.

Tableau 1. Prévalence carieuse en 2009-2010.

Classes cibles	Pourcentage des élèves ayant au moins une carie
1 ^{re} AP	61,15 %
2 ^e AP	70,61 %
4 ^e AP	66,32 %
1 ^{re} AM	55,72 %
1 ^{re} AS	61,96 %

Tableau 2. Prévalence carieuse en préscolaire.

Préscolaire	Pourcentage des élèves ayant au moins une carie
2006-2007	60,55 %
2007-2008	63,32 %
2008-2009	66 %
2009-2010	49,62 %

Conclusion

L'hygiène bucco-dentaire est une préoccupation majeure des chirurgiens-dentistes au sein des établissements scolaires dans la circonscription de Bouzaréah (Alger). La prévalence élevée de la carie chez l'enfant préscolarisé montre le travail qui reste à réaliser avec l'ensemble de son entourage. Les habitudes positives prises dès le jeune âge ont de meilleures chances de se prolonger toute la vie. ●

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Nora Bouazza

Chirurgien-dentiste de santé scolaire, service d'épidémiologie et de médecine préventive (Semep), établissement publique de santé de proximité, EPSP Bouzaréah, 16340 Alger (Algérie) bouazza.nora@gmail.com

Tableau 3. Résultats escomptés en fonction de l'âge de l'enfant et de son environnement.

Âge de l'enfant	Stade de la dentition	Facteurs influençant	Statut de l'enfant	Hygiène et suivi	Résultats
0-5 ans	Odontogenèse Denture temporaire	Son milieu Sa fragilité, susceptibilité, maladie de la petite enfance	Dépend de la mère	Parents motivés	Bons
				Parents non motivés	Mauvais
6-11 ans	Denture mixte Minéralisation	Influencé par son milieu Exposé à différentes tentations (sucreries...)	Début d'autonomie, mais dépend toujours des parents À l'école : cours d'éducation sanitaire (CES)	Parents motivés	Favorables
				Parents non motivés	Douteux
12-16 ans	Denture permanente	Exposé à différentes tentations (grignotage...)	Autonomie À l'école (CES)	Ne dépend plus des parents	Douteux