

Emmanuel de Becker

*Psychiatre infanto-juvénile
aux Cliniques universitaires*



Nos sociétés sont largement marquées par les principes du «tout est permis» et du «rien n'est impossible». Les progrès réalisés dans divers domaines soulèvent diverses interrogations d'ordre éthique. La recherche du plaisir sans fin que soutiennent les progrès technologiques et scientifiques ne comporte-t-elle pas le risque de négliger les composantes de cadre, de limite et de sens, ainsi que les retombées potentiellement dommageables? La logique du «tout» alimente les fantasmes de toute-puissance, réduisant le psychisme à un fonctionnement opératoire, et omettant les multiples enchevêtrements avec l'inconscient.



Lorsque l'enfant est au cœur des préoccupations parentales

Pour nombre de familles, il n'est guère aisé de se situer par rapport à un discours social qui évoque une idéalisation atteinte grâce à des méthodes performantes, comme celle prônée par la parentalité dite positive. Comment, dès lors, transmettre aux enfants la manière de se construire avec les notions de perte et de manque, inhérentes à toute expérience de vie, les échecs étant également un moyen de se connaître, de se dépasser et de relancer la pulsion de vie?

Par ailleurs, les aspects de parentalité et d'éducation sont depuis plusieurs années au centre de débats et de prises de position parfois extrêmes, qui peuvent plonger les parents dans un

grand désarroi. En consultation, il est fréquent d'entendre des adultes perdus, demandant aide et éclairage pour de multiples questions relationnelles avec leur(s) enfant(s), ou d'observer divers symptômes infantiles traduisant des patterns interactionnels dysfonctionnels. En parallèle sont apparus différents concepts faisant état de la complexité actuelle du rapport parent-enfant, comme «le parent-hélicoptère», «l'enfant-tyran», «l'hyper-parentalité» ou encore le «burn-out parental».

Cette brève contribution propose de se pencher sur quelques aspects de la posture parentale liée au fait de consulter pour l'enfant, que ce soit pour une question de santé physique et/ou psychique.



Pour le clinicien, l'un des risques est de s'arrêter à la demande première du parent sans prendre le temps d'en explorer les tenants et les aboutissants. L'enfant est alors objet de consultation et non sujet de soins. Soulignons aussi que le motif de consultation n'est parfois «réel» que dans les convictions du parent consultant, son enfant ne présentant pas de signe clinique franc au niveau somatique, psychique ou relationnel. Il faut donc être prudent, en nous étayant sur quelques points de repère afin d'éviter de produire ce que l'on redoute.

La **figure 1** montre en abscisse le niveau de préoccupation du parent envers l'enfant, allant de la négligence, voire de l'abandon, jusqu'à la création de symptômes, tandis qu'en ordonnée l'attitude parentale varie de «l'approprié», du «normal» à «l'inadéquat», au «pathologique», et inversement.

L'appellation de «normal» est à comprendre comme un idéal loin d'être atteint dans la constance. Concrètement, chaque parent se situe quelque part sur la trajectoire de cette **figure 1**, à un endroit qui se veut proche de la ligne supérieure en pointillés. Cette représentation graphique est évidemment à considérer comme un repère, sans plus.

Quoiqu'il en soit, on observe des situations d'inadéquation parentale

parfois bien difficiles à qualifier. Ainsi, gardons toujours à l'esprit l'hypothèse d'une maltraitance infanto-juvénile au sens large face à une démarche de consultation ou à une préoccupation parentale déconcertante.

En clinique pédiatrique, la relation bidirectionnelle parent-enfant implique un espace de rencontre à plusieurs personnes; si un corps souffre (celui de l'enfant, certainement quand il est très jeune), c'est la bouche d'un autre corps qui en parle. Ainsi, le système relationnel du médecin au patient se complexifie lorsqu'il s'agit d'un enfant: il se construit un triangle relationnel.

Concrètement, l'anamnèse s'appuie sur les propos du parent, mais le médecin est supposé en rechercher les distorsions possibles. Telle mère dira par exemple que son enfant va très mal dès qu'il a un rhume banal, telle autre dira qu'il n'a rien alors qu'il est couvert de purpura.

Abordons différents cas de figure dans lesquels la posture du parent peut nuire à l'enfant lorsqu'il consulte un professionnel de la sphère médico-psycho-sociale. Il peut s'agir d'un motif de santé (physique ou psychique), relationnel ou contextuel. À l'opposé, on rencontre des situations où l'enfant est abandonné, «oublié» dans ses besoins et/ou ses expressions de la souffrance.

Au risque d'être schématique, nous proposons de regrouper en 7 cohortes les postures possibles lorsque le parent fait appel (ou non) à un médecin. Chaque tableau présenté dans la **figure 2** (celui du contact «professionnel - parent(s) - enfant») peut à un moment donné basculer d'une cohorte à l'autre en fonction de l'évolution.

Parcourons les cohortes en fonction de l'intensité croissante du désir de consulter dans le chef du parent:

☛ dans la cohorte 1, l'enfant n'est pas reconnu dans ses besoins. Le parent ignore les signes manifestés par le jeune. Il n'est pas rare que ce dernier, surtout s'il a toujours connu le même environnement, ait développé une forme d'accommodation, de «résignation au destin»*. Les conditions socio-économiques interviennent dans nombre de situations de négligence, mais soyons conscients du fait que l'enfant peut être négligé dans tous les environnements. Ainsi, les troubles sphinctériens comme l'énurésie peuvent être observés dans des familles aisées, les parents étant peu préoccupés par certains aspects (peu agréables) de l'éducation alors que l'enfant bénéficie par ailleurs de conditions matérielles privilégiées. Ici, l'enfant doit trouver par lui-même les voies de l'apprentissage

Figure 1:
La préoccupation du parent envers l'enfant.

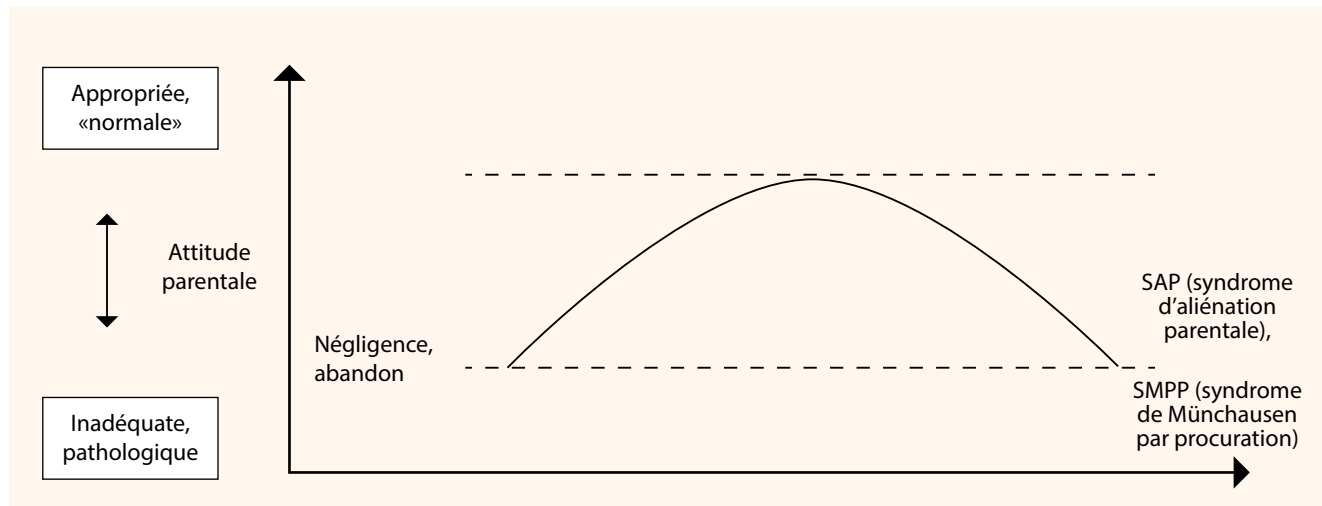
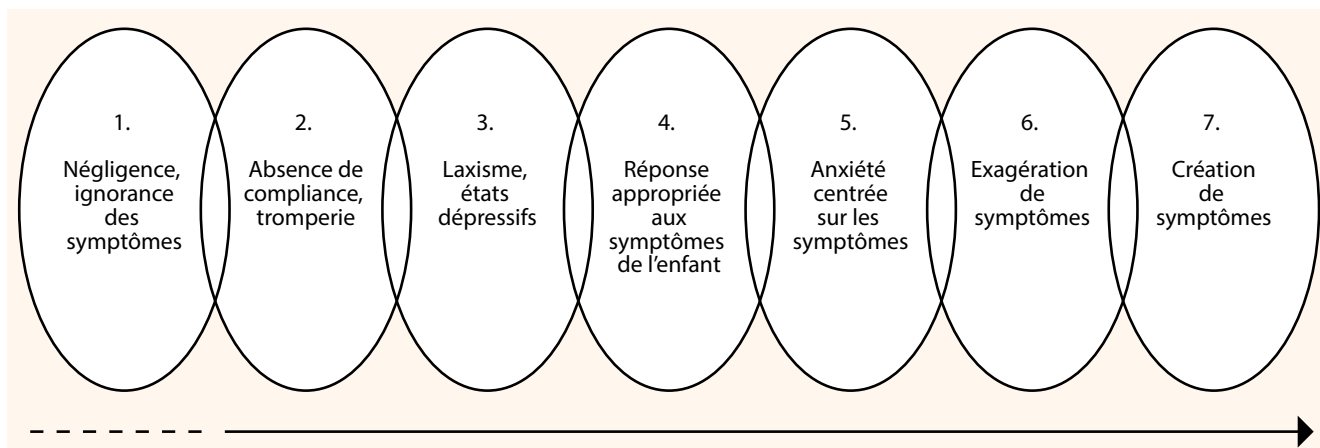


Figure 2:
Le désir de consulter.



de la propreté. C'est habituellement lors d'une rupture du contexte, d'un changement de cadre ou de trajectoire de vie, que le jeune présente des signes évocateurs de détresse;

☞ la cohorte 2 correspond aux multiples cas d'absence de compliance, principalement chez le parent, sans écarter les situations d'enfants et d'adolescents qui rompent le contact avec le professionnel pour diverses raisons. Cette catégorie ouvre sur la vaste question du mensonge, qu'il soit par énonciation ou par omission. Posons-nous aussi toujours la question de l'existence de la peur, de la culpabilité ou de la honte derrière tout mensonge. Que cache le discours de quelqu'un qui s'engage, sachant qu'il ne respectera pas son engagement? Au niveau du parent qui consulte, les illustrations de non-compliance ou de tromperie ne manquent pas: tel parent ment à l'agent du centre psycho-médico-social sur le comportement de l'enfant, un autre falsifie des documents... C'est également le cas des pseudo-collaborations (ou fausses collaborations) dans le cadre du Service d'aide à la jeunesse (SAJ)**;

☞ la cohorte 3 regroupe des situations hétérogènes, dont le point commun est l'absence d'intentionnalité de l'inadéquation envers

l'enfant. Il s'agit de «laxisme parental». L'adulte ne dispose pas ou plus de ressources suffisantes pour assurer une parentalité de qualité. Comme souligné plus haut, il n'est guère aisé aujourd'hui de «tenir le cap» tant les contraintes et sources anxiogènes provenant de l'environnement sont multiples. Les progrès technologiques et la prévalence des réseaux sociaux entretiennent et amplifient l'incertitude ambiante avec, en corollaire, les notions d'instantanéité et d'immédiateté. Dans cette cohorte, on retrouve également le burn-out parental, les dépressions et leurs équivalents, sans omettre les conduites addictives qui impactent gravement l'attention portée à l'enfant. Soyons également attentifs aux dépressions du post-partum;

☞ la cohorte 4 fait état des réponses appropriées aux symptômes présentés par l'enfant. Comme évoqué précédemment, il s'agit de la posture parentale idéale que, dans l'absolu, tout adulte souhaiterait tenir dans la constance. Au-delà du seul parent, il faut garder à l'esprit qu'apporter des réponses appropriées à l'enfant en souffrance demande souvent un mouvement collectif, basé entre autres sur le concept d'enveloppe partenariale;

☞ vaste champ aux expressions variables, la cohorte (5) des

troubles anxieux concerne l'état de l'enfant en prenant en considération l'ampleur des manifestations de l'anxiété parentale pouvant devenir dommageables. Citons quelques exemples: tel parent, traversé par des pensées morbides devant son enfant se plaignant d'un léger mal au ventre, se rendant aux urgences pour recevoir une aide immédiate... Tel père «campant» devant le bureau de la psychologue de l'école car son adolescent a questionné le sens de l'existence et s'interroge sur la vie après la mort... Telle mère sollicitant sans répit une diététicienne, inquiète devant les goûts alimentaires sélectifs de sa fille de 8 ans, pourtant régulièrement suivie en pédiatrie;

☞ en général, la cohorte 6, celle de «l'exagération de symptômes», est alimentée par l'anxiété et renvoie à des aspects psychopathologiques du parent. Ce dernier accentue, voire dramatise la situation de son enfant. Habituellement, il agit ainsi pour obtenir par exemple une attestation, un certificat, une aide concrète ou encore, sur un plan essentiellement relationnel, pour obtenir une coalition destinée à contrer quelqu'un. L'enfant est alors au moins partiellement instrumentalisé pour servir la cause de l'adulte. Dans ce cas, il est attendu de lui qu'il acquiesce à la position et à l'orientation prises

par son parent. Différents cas de figure se présentent selon ce qui anime ce dernier. Il peut s'agir d'une angoisse massive à l'égard de l'enfant, l'entraînant dans un processus allant jusqu'à une construction délirante à son propos, ou d'un processus plus ou moins élaboré d'utilisation de l'état du jeune dans un objectif défini. De multiples configurations peuvent se rencontrer entre ces deux tableaux. Dans cette catégorie, nous retrouvons également les cas de syndrome d'aliénation parentale (SAP). Précisons toutefois que ces derniers – du moins les plus invalidants et conflictuels – peuvent être répertoriés dans la 7^e catégorie;

☞ la cohorte 7 comprend les situations (plus rares) de création, par le parent, de symptômes chez l'enfant, et dont le paradigme est représenté par le syndrome de Münchausen par procuration (SMPP).

L'accompagnement devrait respecter quelques principes de base. Les juristes nous ont appris à établir un triptyque, dont le premier volet consiste dans le devoir de science (connaître les signes d'alerte); le second concerne le devoir de conscience. Celui-ci suppose le principe de soigner, tout en évitant d'intervenir par des actions inutiles, dangereuses ou non acceptées par le patient. Ces deux devoirs (science et conscience) sont complétés par le devoir de confiance, qui repose sur la nécessaire information au patient en tenant compte de certaines dérogations, et l'impératif du silence à l'égard des tiers, qui renvoie à la protection de la vie privée et au secret professionnel.

Qu'en est-il d'une intervention clinique tenant compte d'une conception holistique du jeune patient? Pour notre part, la logique de l'intervention en réseau est à privilégier dans nombre de situations, et certainement celles qui se révèlent complexes et délicates.

Elle s'appuie sur un travail de maillage médico-psycho-socio-juridique pouvant être compris comme un système d'aide, de contrôle et de soins, et dont le premier niveau est celui de la protection de l'enfant dès le début de l'intervention. Il peut en effet exister pour l'enfant un danger réel, actuel et grave.

Le terme de maillage illustre le croisement d'interventions diagnostiques et thérapeutiques. Chaque professionnel concerné, dans son champ de compétence spécifique, se connecte aux collègues en articulant les savoirs et en visant la cohérence. Le maillage se construit progressivement. Sa trame évolue, se voit être serrée ou relâchée selon les risques et l'évolution des postures des personnes rencontrées.

L'intervention «à plusieurs» favorise aussi le lien thérapeutique avec les protagonistes de syndromes complexes, tels que les SAP et SMPP, d'autant que la dynamique relationnelle présente est basée sur la complémentarité de type rigide avec oscillations brusques entre fusion et rejet. L'une des spécificités du travail en réseau vise à (re)mobiliser les inscriptions de la famille dans ses ancrages socio-institutionnels. Il s'agit d'un côté de donner du sens, d'établir des liens dans des systèmes où les individus, bien souvent déprimés, expriment leur sentiment de non-changement de l'autre. On s'emploie à ce que les divers agents sociaux (dans l'acception large du terme) portent un «autre regard» sur ces familles stigmatisées. Sur le plan thérapeutique, que ce soit au cours de rencontres individuelles ou collectives (famille, fratrie...), l'objectif est de sortir de la relation d'emprise, excluant tout tiers, de reconnaître chaque sujet dans son humanité, avec sa part d'indétermination, de forces transgressives et de responsabilité, et sa part de pulsion de vie, de mise en projets positifs, respectueux de soi et de l'autre. Concrètement, la vision systémique porte le regard plus loin que la cellule familiale elle-même; elle interroge son inscription dans le tissu sociétal.

Clôturons cette contribution en rappelant que la finalité d'une démarche thérapeutique consiste entre autres à réintroduire de l'écart, de la pensée. Nommer, c'est faire exister une chose, la différencier des autres; le mot clarifie et délimite. Il y a lieu de rétablir l'ordre symbolique en permettant à chacun de se réapproprier ses propres pensées, désirs et demandes. Quoi qu'il en soit, nous touchons une fois encore à la question de la limite que toute société doit à la fois fixer et expliciter. L'instance tierce est donc nécessaire pour empêcher l'emprise en ouvrant à des références autres et, si nécessaire, extérieures à la famille. En d'autres termes, il faut du «trois» (du tiers, de l'autre) pour que le lien duel (être à deux) ne se fige pas en «un», lien fusionnel et emprisonnant, où l'espace pour le «je» fait défaut. Soulignons combien la pensée critique, l'anticipation créatrice, le jeu du «comme si» ne sont réellement envisageables que si les protagonistes acceptent un fonctionnement à plusieurs. Un cadre sécurisé et pertinent constitue un appui «tiers», garant du respect des interdits fondamentaux, des espaces et des places. Le soin apporté au maintien de règles et d'un climat de travail structuré est essentiel, tout comme distinguer le professionnel du privé, clarifier les fonctions, les espaces...

* Un auteur comme Summit a bien décrit la faculté d'adaptation de l'enfant à son milieu ambiant.

** Le SAJ est une instance administrative et sociale mise en place dans la conception d'une «dé-judiciarisation» du système protectionnel des mineurs; la collaboration des personnes concernées par un enfant ou un adolescent en difficulté est dès lors nécessaire. L'accord explicite du jeune de plus de 12 ans est même requis. La perspective est l'établissement d'un programme d'aide adapté aux difficultés énoncées. Le SAJ peut aussi exercer une fonction «tiers» dans les situations de «blocage», de confrontation duelle en famille. Lorsqu'il n'y a pas collaboration et qu'il estime l'enfant en danger, cette instance en informe le Parquet et le système protectionnel judiciaire peut alors se mettre en route.