

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance.

Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance.

www.yapaka.be

Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Ministère de la Communauté française
Bd Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



MALAISE DANS LA PROTECTION DE L'ENFANCE : LA VIOLENCE DES INTERVENANTS

Catherine Mameffe

Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants

*« Ne réclamez donc pas de l'aide,
mais abolissez la violence.
Aide et violence forment un tout
et c'est le tout qui doit être changé. »*

*Bertolt Brecht, Le vol des Lindbergh,
in: « Lecture de Brecht », Le Seuil, 1960.*

Temps d'Arrêt :

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

Ce Temps d'Arrêt a été rédigé par le Dr. Catherine Marneffe, pédopsychiatre, psychothérapeute, agrégée de l'enseignement supérieur.

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance. Chaque livret est édité à 10.000 exemplaires et diffusé gratuitement auprès des institutions de la Communauté française actives dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse. Les textes sont également disponibles sur le site Internet www.yapaka.be

Comité de pilotage :

Yvon Béguivin, Jacqueline Bourdouxhe, Guy Declercq, Nathalie Ferrard, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Diane Huppert, Roger Lonfils, Anne Thiebault, Reine Vander Linden, Nicole Vanopdenbosch, Dominique Werbruk.

Coordination :

Vincent Magos assisté de Claire-Anne Sevrin et Delphine Cordier.

Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la jeunesse de la Communauté française.

Éditeur responsable : Henry Ingberg – Ministère de la Communauté française – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles. 2004

Sommaire

1. La violence sociale : le social pénalisé	9
2. Le contexte de travail : quel système de protection de l'enfance ?	13
3. La violence institutionnelle	23
4. Les violences individuelles	41
5. Comment faire ?	49
• Première étape	50
• Seconde étape	50
• Troisième étape	51
6. Conclusion	55
Bibliographie	57

Avant-propos

La maltraitance des enfants par les parents fait partie de l'histoire humaine et de la vie de tous les jours. Elle apparaît d'une part comme reliquat des temps anciens, d'autre part on la redécouvre comme pratique très répandue. Les chiffres et l'intérêt des médias sont là pour le prouver. Si la violence parentale existe, on sait moins, comme le souligne C. Eliacheff¹: « ... *que les professionnels et les institutions dont la fonction est précisément de protéger les enfants et de leur venir en aide peuvent, eux aussi, faire preuve de violence y compris envers les enfants, notamment en disqualifiant la fonction parentale ou en laissant les enfants dans l'attente interminable d'une décision qui les concerne au premier chef* ». La violence ne résulte pas forcément d'un acte couramment repéré comme violent, bien que ceci puisse arriver, mais d'un état d'esprit qui transmet quelque chose de « violent ».

Il est délicat d'aborder la violence des intervenants parce qu'ici le négligent, le maltraitant, l'abuseur, qui est remis en question, est une personne ayant vocation de soigner et que son image de « bon » professionnel, respectable, est désagréablement atteinte. C'est la raison pour laquelle il faut prévenir le lecteur que le texte qu'il va lire risque de

lui faire violence. Qu'il se souvienne que ce sera surtout là où il se sera senti touché que se situent les nœuds à défaire et les solutions à trouver. Plusieurs éléments m'autorisent à parler de la violence institutionnelle : je suis passée par toutes les épreuves, étapes, positions de principe, doutes qui ont entraîné ma propre violence, négligence, indifférence à l'égard des enfants et des parents, j'ai examiné les obstacles qui m'ont le plus souvent empêchée d'utiliser les outils thérapeutiques appropriés. J'ai eu la chance de pouvoir effectuer une recherche sur les possibilités de travail avec des familles maltraitantes et les échecs liés au maintien de certains enfants dans ces familles (avec mort d'enfant)². J'ai pu ensuite mettre en pratique l'analyse de cette recherche sur la création d'un nouveau modèle de prise en charge, dont j'ai pu démontrer l'efficacité³.

Voilà maintenant 25 ans que je reçois de nombreux enfants maltraités physiquement ou psychologiquement avec leurs parents dans des cadres différents. C'est à partir de cette pratique, jalonnée de moments de grâce, où les parents comme les enfants découvrent dans la relation à l'autre qu'ils peuvent aborder leur vie future, libérés du désespoir, du cynisme et de la rage qui les empêchaient de penser, mais aussi à partir d'échecs terrifiants, épuisants et tragiques pour le futur des enfants, parce que l'aide offerte n'a pas abouti, que des interrogations inévitables

ont surgi sur l'état d'une société qui favorise cette violence et sur les réponses qu'elle offre ou qu'elle impose.

La question fondamentale est de savoir comment offrir des soins psychiques de qualité aux enfants (maltraités) et aux parents, sans rester sidéré par la violence, comment apprivoiser celle-ci et comment dépasser le jugement moral.

1. La violence sociale : le social pénalisé

En effet, offrir le même modèle qui existe à l'intérieur des familles maltraitantes, c'est-à-dire celui de la menace et de la pénalisation conduit à fonctionner comme elles et à n'avoir aucune crédibilité. La violence n'est pas l'apanage de quelques familles marginales, mais fait partie de notre société, de notre culture, de notre histoire, elle est un mode de vie et de pensée pour tous. On nous démontre tous les jours, ne fût-ce qu'à travers des événements tragiques médiatisés à outrance (des guerres fratricides à la banalisation de la violence sociale), que la violence est la chose la plus normale que nous ayons produite et qu'elle est nécessaire pour préserver la paix⁴.

Considérer la maltraitance comme un phénomène relatif, quelque part sur une droite entre l'amour à un extrême et le meurtre à l'autre extrême, ou au contraire comme un « acte inhumain », déterminera la réponse sociétale et le type de système de protection de l'enfance mis en place. Les raisonnements tranchés en système clivés, séparant les « abuseurs » des « victimes », les « monstres » et les « normaux », correspondent à l'invention d'un nouveau problème social, la mal-

traitance, qui doit être contrôlée par des services spécifiques, autoritaires dans leurs conceptions et leurs méthodes, s'appuyant sur le jugement et la recherche de preuves au lieu d'offrir des services d'aide attractifs, accessibles, qui renforcent les efforts personnels des parents à prendre soin de leur enfant. Dans ce modèle résiduel, détaché de l'ensemble d'une politique globale de l'enfance, la préoccupation exagérée pour le contrôle et le dépistage mobilise des ressources qui diminuent les moyens des services d'aide aux familles et détourne l'attention du public des inégalités criantes du système. La création du centre «Child Focus» symbolise parfaitement cette dérive en Belgique.

Vouloir protéger les enfants victimes de violence, c'est d'abord poser la question de la violence sociale. Notre société moderne est caractérisée par la violence qui s'exerce vis-à-vis des individus et des groupes sociaux les plus fragiles. De plus en plus de gens se trouvent en effet privés de statut, professionnel puis social. Ils ont le sentiment de «*n'être plus rien*». Cette violence sociale engendre en retour la violence des individus et des groupes, qui génère un sentiment d'insécurité. La montée en puissance du droit comme mode de régulation des conflits s'inscrit bien dans une crise de la politique : c'est l'affaiblissement des appareils médiateurs traditionnels (syndicats, santé publique, enseignement public), qui permettaient

d'alléger le fardeau ou de servir de filet de sécurité, qui est à l'origine du recours actuel à la justice pour tous les problèmes⁵.

À l'époque des « Misérables », Victor Hugo dénonçait la bêtise fondamentale de ceux qui ne savent pas voir l'injustice et qui ne reconnaissent que la punition. C'est sur cette pensée que la démocratie s'est développée. Or, aujourd'hui, par un incroyable retournement de l'histoire, notre époque assiste au corollaire obligé de la violence de l'ordre économique et de l'idéologie sécuritaire : le retour de la fatalité sociale⁶.

En effet, on réprime actuellement de plus en plus les victimes des inégalités sociales et économiques au nom d'une sécurité qui oublie que la sécurité première est justement la sécurité économique et sociale. Beaucoup de parents sont malheureux, perturbés, en colère, et attendent une aide des professionnels, qui sont souvent leur unique réseau social. Force est de constater que beaucoup de familles et d'enfants n'obtiennent pas d'aide et que beaucoup de travailleurs manquent de soutien, de formation et de moyens ou des connaissances nécessaires à prendre les bonnes décisions.

2. Le contexte de travail : quel système de protection de l'enfance ?

Ces dernières années ont vu l'installation insidieuse d'un système de contrôle au détriment du réseau d'aide. Malgré certains efforts récemment réalisés, la déresponsabilisation engendrée par l'affaire Dutroux continue à pousser à l'action plutôt qu'à la réflexion. À titre d'exemple, seule la campagne de prévention de la maltraitance «Yapaka»⁷ encourage les parents à se remettre en question. Les autres campagnes ont toujours mené à la surveillance des familles par leur voisin, comme si le citoyen était «*l'œil de l'État*». Cette attitude s'appuie sur l'idée que les parents doivent être signalés pour être aidés, alors qu'il suffirait que les services d'aide soient accessibles: des services ouverts 24h sur 24, 7 jours sur 7, garantissant l'anonymat et l'offre d'une aide immédiate lorsque quelque chose ne va pas avec l'enfant, lorsqu'il est vécu comme insupportable, que la situation s'aggrave, que les parents se disputent à son sujet, lorsque l'enfant les rend malheureux, lorsqu'ils pensent que seuls les coups peuvent encore aider... À cet égard, l'histoire d'Ali est édifiante. *Je termine ma consultation à l'hôpital,*

un vendredi soir avant un long week-end, il est 18h. Le jour avant, une conférence de presse concernant l'inauguration du Centre Médecin Confident basé sur les principes précités a fait la une des journaux. Coup de téléphone: la maman d'Ali a lu un article dans «Le Soir». Elle me demande si je la dénoncerais à la police et me dit qu'elle épluche ses légumes tout en ayant envie d'enfoncer le couteau dans le ventre d'Ali, âgé de 20 mois. Je lui réponds que non, que si elle a eu le courage de me téléphoner et de regarder en face ses pulsions meurtrières, il faut qu'elle aille jusqu'au bout d'une décision qui me paraît constructive pour elle et son enfant et je l'encourage à venir tout de suite. Une demi-heure plus tard, elle arrive à l'hôpital, Ali dans les bras. Il sera hospitalisé le soir-même, présentant des traces de brûlures de cigarettes un peu partout sur le corps. J'aurai une longue conversation avec elle et son mari sur leurs difficultés, avant d'entamer une thérapie à long terme. Il ne sert à rien d'encourager les signalements d'autrui sans s'adresser aux parents et sans se donner les moyens de sa politique: un système d'aide nécessite une disponibilité réelle et concrète. Si les services sont fermés à 16 heures, la nuit, les jours de fête et de week-end, et ne donnent pas de rendez-vous immédiats face à la détresse ni ne peuvent hospitaliser l'enfant en danger sans délais, on ne peut s'attendre qu'à des catastrophes générant la délation par les voisins.

Le renforcement du téléphone vert, même anonyme, encourage la dénonciation des

parents (bien qu'on parle de «*signalement*») par leurs enfants ou par d'autres adultes. Le doublement du staff du Délégué Général aux Droits de l'Enfant, qui joue le rôle d'ombudsman en cas de dysfonctionnements de structures soit judiciaires soit médico-sociales, et la création du Centre Child Focus, ne fournissent aucune aide directe et ne font que renvoyer les problèmes à résoudre «*ailleurs*». Même si l'évolution des politiques de l'Aide à la Jeunesse s'est caractérisée depuis les années 80 par la déjudiciarisation et la critique de la dérive institutionnelle et a abouti au Décret relatif à l'Aide à la Jeunesse de 1991, accordant une plus grande place à la parole de l'enfant et à celle concrète ou symbolique des parents, sur le terrain, la ligne directrice concerne encore toujours la surveillance et la répression au détriment de la solidarité et de l'aide à offrir.

*De quel droit une directrice de crèche téléphone-t-elle, sans prévenir les parents, au pédopsychiatre qu'ils ont décidé de consulter pour leur bébé déprimé, afin de le prévenir qu'il s'agit là d'une «*mauvaise mère*»? Comment admettre que dans une école, à l'insu des parents et de l'enfant, une psychologue, qui ne se présente pas comme telle, puisse observer une petite fille suspectée de vivre un abus sexuel dans sa famille parce qu'elle raconte: «*qu'à cause de papa sa mimine est mouillée*» (en fait le père soignait sa fille pour une vulvite en lui appliquant de la crème)? De la même façon, on dit des parents en situation pré-*

caire, qui doivent effectuer un long trajet pour rendre visite à leur fille placée (coût du trajet: 15 €) et qui ne viennent pas sans prévenir, qu'ils ne remplissent pas leurs devoirs. Mais de l'assistant social qui n'a pas eu le temps de faire une demande dont la petite fille attendait le résultat depuis des mois, du juge qui reporte une audience engageant l'avenir de cet enfant ou du délégué de l'Aide à la Jeunesse qui devait tenir cette même petite fille au courant de sa situation et n'est pas venu, ni n'a prévenu ou fixé d'autre rendez-vous, on dit simplement qu'ils ont trop de travail.

Une tout autre lecture est pourtant possible. Quand les parents disent qu'ils vont venir, ils sont souvent convaincus qu'ils vont s'y tenir. On leur demande rarement s'ils ont les moyens de se déplacer et on se met rarement à leur place, en essayant de s'imaginer à quel point ces visites sont effrayantes: ils se sentent jugés, ne savent pas comment se comporter avec leur enfant. Quand les intervenants ne tiennent pas leurs engagements, c'est une faute professionnelle. Cela n'est jamais dit. En fait, la plupart de nos structures d'aide, qui sont très nombreuses en Belgique, pensent s'appuyer sur un modèle non jugeant et solidaire, mais fonctionnent souvent comme une émanation déguisée de la justice, sans en posséder les garanties, les parents n'étant pas dans une situation égalitaire avec ceux qui les aident. Quel que soit le discours sous-jacent, nous devons reconnaître que cette forme de dépendance

– même si l'aide est un droit⁸ – est considérée comme une incapacité, à laquelle s'ajoute la culpabilité, si le parent est maltraitant. Nous nous posons rarement la question de savoir quels services nous souhaiterions, si les circonstances de la vie nous amenaient à malmenager nos enfants. Or, nous savons bien que les seuls services acceptables sont ceux que nous voudrions pour nous-mêmes.

Le sort de beaucoup d'enfants est décidé par des gens qui ne sont pas ceux qui les traitent. Comme le souligne Maurice Berger⁹, la question posée ici est celle de la confusion qui règne autour du mot «soin». D'abord face à un enfant, on peut proposer toutes sortes de processus thérapeutiques farfelus ou sans fondement théorique valable, sans qu'il puisse donner son avis ou, s'il le fait, sans qu'on soit obligé d'en tenir compte. Souvent, l'enfant qui de toute façon n'a pas pu s'empêcher de grandir, présente une amélioration dans n'importe quel cadre moins nocif que sa situation précédente. Cela ne veut pas dire qu'il est plus adapté pour autant dans ses capacités relationnelles et cognitives.

Une phrase très exemplative m'a souvent été rétorquée en institution aussi bien par les éducateurs que par les psychologues lorsque je m'inquiétais d'un échec scolaire ou de troubles affectifs persistants: «*Pourtant l'enfant a pu prendre du «bon» ici*», indiquant qu'on se contentait d'avoir traversé sa vie en pensant non seulement de façon un

peu présomptueuse que l'enfant avait pu intégrer le soignant comme bon support, mais surtout que ça lui avait suffi.

Ensuite, la question du traitement est rarement posée avec ses objectifs, à savoir l'obtention d'un résultat au niveau affectif permettant à l'enfant de vivre en groupe et de pouvoir supporter la solitude, de ne plus être violent, et l'obtention d'un résultat au niveau du développement cognitif et intellectuel, permettant à l'enfant d'apprendre à lire, écrire, compter et de pouvoir espérer utiliser un jour ses acquis dans une structure sociale.

Freud¹⁰ utilisait pourtant déjà, il y a 100 ans, deux termes pour définir la santé mentale : la capacité d'aimer et la capacité de travailler.

Pour avoir moi-même perdu le fil dans des situations difficiles, dont l'angoisse suscitée et la prise de responsabilité, tant pour moi-même que pour le devenir de l'enfant, devenaient trop lourdes, je sais combien ces buts apparemment simples sont ardues à atteindre et que la seule solution est de les avoir constamment à l'esprit de façon rigoureuse et précise sans jamais renoncer au but défini au départ.

Ce qui est difficilement supportable, c'est que la plupart des intervenants débutent des prises en charge éducatives, sociales ou thérapeutiques sans qu'ils se fixent des objectifs. *Par exemple, des injonctions thérapeutiques*

sont décidées par des personnes qui ne sont pas des thérapeutes (par ex. le juge de la jeunesse) qui n'ont jamais tenté un travail thérapeutique avec des familles aussi difficiles. À l'inverse, des psychiatres de formation psychanalytique qui n'ont jamais travaillé en institution, tiennent des discours critiques sur l'impossibilité d'y organiser des soins psychothérapeutiques, se contentant de traiter en consultation privée des troubles beaucoup moins sévères. Ou encore des psychologues ayant une fonction administrative et aucune formation de psychothérapeute attribuent des effets à une psychothérapie, que celle-ci ne peut avoir que sous certaines conditions.

L'exemple suivant illustre cette façon de nier la complexité de la vie psychique de l'enfant, l'avis des soignants et la nécessité d'un cadre à installer pour lui permettre d'évoluer.

Alain, âgé de 9 ans, est confié par le juge de la jeunesse pour des soins résidentiels appropriés, après plusieurs hospitalisations, un suivi en milieu ouvert, une expertise pour décrochage scolaire, troubles du comportement avec violence, fugues répétées. En fait, Alain souffre de l'abandon de son père, qui a quitté sa femme et la mère d'Alain, il y a quelques mois, ne supportant plus ses crises de colère à répétition, son alcoolisme, ses scènes de jalousie excessives, etc... Madame X présente en effet une structure paranoïaque sans éléments délirants apparents : elle possède un pouvoir de conviction impressionnant, qui fait adhérer à son point de vue chaque nouvel intervenant qu'elle rencontre, faisant oublier ce qu'a

été le vécu d'Alain qui, depuis le départ de son père, était obligé de s'enfuir la nuit malgré ses 8 ans pour échapper aux persécutions de sa mère.

Il aura fallu qu'Alain, grâce à une psychothérapie intensive le rendant suffisamment solide, exprime lui-même au juge son désir de vivre avec son père à l'abri des persécutions de sa mère. Tous les avis précédents, les documents écrits et le rapport très dense du centre de placement n'auraient eu aucun impact sur la décision finale si Alain n'avait pas parlé lui-même au juge. Le concept d'incompétence éducative définitive d'un parent est insupportable, ce qui est également démontré par la multiplication des avis. Comme le dit M. Berger⁹ « *Il se trouvera toujours une personne pour donner la réponse qu'on souhaite... pour rallumer l'espoir et donner une dernière chance aux parents* » même si cela implique de travailler dans des conditions vouées à l'échec.

On ne peut s'empêcher de remarquer qu'en Belgique l'enfant atteint d'une maladie grave ou accidenté de la route recevra heureusement des soins spécialisés par une équipe médicale de pointe dont le personnel est trié sur le volet, tandis que les enfants tout aussi souffrants, de blessures graves et profondes mais invisibles parce qu'intrapsychiques, seront confiés à une famille d'accueil, un éducateur, au mieux un assistant social, comme s'il venait à l'esprit de quiconque de confier le suivi d'enfants atteints d'un cancer

à des passants, des infirmières, au mieux à des médecins généralistes à domicile. Or, jamais un médecin généraliste ne se permettrait de donner un avis au chirurgien sur la façon dont il doit opérer le patient d'un cancer du colon ni ne s'abstiendrait de réfléchir au meilleur programme de soins pour ce patient très atteint. C'est bien de cela qu'il s'agit : ces enfants maltraités que nous rencontrons dans nos circuits d'aide sont comparables à des enfants souffrant de « *cancers psychologiques* » nécessitant des soins spécialisés.

Il serait donc judicieux de commencer par remettre en question les attitudes des intervenants, qui s'appuient soit sur l'indifférence, le déni et la banalisation, soit sur la scandalisation, l'exagération et la délation, et se centrent sur la sanction de la violence parentale. On est d'ailleurs en droit de se demander pourquoi un si grand enthousiasme et tant d'efforts intenses des systèmes traditionnels pour protéger les enfants produisent finalement de si maigres résultats : **premièrement**, parce que le « marché des services » de la protection de l'enfance est probablement le seul marché où les demandeurs, c'est-à-dire les professionnels qui n'utiliseront jamais ces services, et les usagers, les parents et les enfants, qui ne demandent rien, ne sont pas identiques. L'avis des utilisateurs n'est jamais demandé¹¹. **Deuxièmement**, la protection de l'enfance est menacée par une dualité dans le mandat, on y mélange l'aide

et le contrôle, ce qui est du ressort d'un autre système professionnel, celui du renforcement de la loi. Les clients sont pris dans un piège schizophrénique. Ils se trouvent dans la situation d'être en même temps accusés et utilisateurs de services, deux rôles qui ne s'accordent pas. C'est la raison pour laquelle les systèmes de protection infantiles génèrent des résistances relationnelles qui amoindrissent l'efficacité des services¹². **Troisièmement**, parce qu'on se centre de façon problématique et fréquente sur l'enfant. À l'incohérence du système familial vient s'ajouter l'incohérence du système institutionnel. La tentation est grande de répondre à l'agression à l'égard de l'enfant et à l'agressivité des parents envers nous, intervenants, par une attitude de rejet qui conduit à proposer de manière coercitive l'éloignement de l'enfant et donc la répétition pure et simple du cycle de désadaptation.

3. La violence institutionnelle

Un lieu de résidence est parfois indispensable pour les enfants dont le comportement n'est plus supportable pour la famille ou, à l'inverse lorsque la folie parentale n'est plus supportable pour l'enfant. Cependant, le placement d'un enfant correspond souvent plutôt à une mise en veilleuse de sa pathologie, un déplacement des problèmes, qu'à une réelle volonté de soigner sa souffrance psychique. En plus, pour nombre de familles migrantes, africaines, marocaines, turques ou albanaises, c'est probablement comme le dit J.-C. Metraux¹³ «*La pire engeance... La blessure à l'honneur familial est immense, difficilement récupérable, quant à la dette de loyauté du jeune placé elle est alors extrêmement élevée, pour ainsi dire impayable. En ce sens, le placement signifie bien souvent le franchissement d'un point de non-retour*». Cette ambivalence ne m'est pas propre, elle se retrouve dans l'opinion publique qui, depuis l'affaire Dutroux, exige le retrait immédiat des enfants abusés sexuellement dans des institutions et se scandalise tout aussi vite des attitudes néfastes des intervenants. Elle se retrouve aussi dans les équipes où les situations de maltraitance physique et d'abus sexuels provoquent des cas de conscience aigus et

les obligent à faire des choix difficiles sinon cornéliens. Toute situation de séparation éveille une des craintes les plus profondes : celle de n'être situé dans aucune filiation, de n'avoir aucune origine à se représenter, de n'avoir aucun lieu imaginaire de repli pour panser les blessures narcissiques de l'existence. C'est « *l'angoisse de non-assignation* » dont parle M. Berger⁹.

Pourtant, dans les années 70, il était beaucoup question de violence institutionnelle : l'affaire des « *Enfants martyrs de Brasschaat* » a été largement relayée par la presse¹⁴. Le livre de Jules Brunin, ancien « *enfant du juge* », décrivant sa vie en institution et les violences qui s'y déroulaient, a suscité de nombreux débats qui ont eu le mérite de remettre en question le fonctionnement institutionnel. Ce discours a été amplement relayé par l'excellent « *Livre blanc de la Protection de la Jeunesse* » en 1977, et a abouti au nouveau décret 91. Le nombre de places en institution a été diminué pour favoriser une approche « familiale » avec la création des nouvelles équipes d'accompagnement des familles : les SAAE (Services d'accueil et d'aide éducative) et les SAIE (Services d'aide et d'intervention éducative).

Malgré tout, lorsqu'on s'efforce de garder un regard neuf, les yeux du jeune stagiaire, choqué par un ordre injuste, par un règlement stupide et contraignant, par une ambiance étouffante, par un régime inutilement rigide

et trop hiérarchisé, lorsqu'on essaie de ne jamais oublier ce qu'on a ressenti la première fois qu'on est rentré dans une institution, lorsqu'on décide de lutter pour ne pas acquérir le regard de l'adulte désabusé qui se soumet aveuglément à l'administration et finit par se convaincre que tout ce qui va mal est nécessaire ou inévitable, on est forcé de constater que toutes les institutions, même certaines « *institutions-phares* » – arbres cachant la forêt –, engendrent de la violence.

Il y a à cela plusieurs raisons, l'essentielle étant que le mode de vie y est par essence marginal, artificiel et carcéral. Le simple fait d'y être éveille déjà la suspicion. Ce fantasme de non-valeur des enfants biologiquement ou familialement déficients habite l'inconscient de nombreux professionnels¹⁵. Ou bien l'équipe considère que le patrimoine génétique rend les troubles de l'enfant irréversibles, ou que se trouver dans l'institution constitue une chance pour l'enfant en lui permettant d'échapper à sa famille défaillante. C'est d'ailleurs ainsi que de nombreux intervenants perçoivent l'institution : « *L'institution est une bonne mère* », comme si l'institution était aux prises avec un seul « *enfant* » dont elle aurait la charge.

Les travaux sur les institutions¹⁶⁻¹⁷ indiquent régulièrement cette tendance à se prendre pour l'« *Un-stitution* »¹⁸ : c'est un fantasme incestueux de retour au sein maternel, où la différence est niée, l'auto-engendrement

devient possible. D'après Denis Mellier,¹⁸ l'affirmation d'un tel idéal est un déni de la différence entre les soignants et les parents et entre l'enfant imaginaire du soignant et l'enfant réel à accueillir.

Ce déni amène à se poser la question du devenir de la haine présente dans tout groupe, et plus particulièrement dans les institutions, qui accueillent des enfants souvent qualifiés de « terribles » si pas « terrifiants ». C'est souvent la violence d'un enfant qui provoque une relation de rejet avec un intervenant, il peut alors devenir un exutoire aux projections négatives ambiantes et adopter le statut de bouc émissaire.

Telle est l'histoire de Julie, 7 ans, qui dès son arrivée à l'hôpital a extériorisé toutes les tensions qu'elle vivait. Elle est tout le temps agitée, très active et très fatigante. Elle hurle en parlant et n'écoute pas. Les autres enfants sont l'occasion d'agissements agressifs sans limite et sans conscience de culpabilité. Elle « rigole » quand on la gronde. Elle se fait à son tour frapper, rejeter, et donne l'impression de rechercher cette même attitude de rejet chez les éducateurs. Elle se salit, mange très salement, ne se mouche pas, en un mot : inspire le dégoût. Quand une infirmière s'intéresse à elle malgré son comportement difficilement supportable, elle cherche à capter toute son attention, comme si elle voulait la conserver. Elle devient « collante », s'agrippe aux jambes, lèche la personne qui la prend en charge. Ce comportement est exacerbé par les visites de la

mère. Dans ce contexte, les interdits formulés deviennent des enjeux à transgresser. Son infirmière référente n'en peut plus et incite l'équipe infirmière à demander son exclusion et l'équipe psychothérapeutique à refuser de lui donner des soins. Julie souffre d'une maladie rare depuis sa naissance comme sa maman. Pendant les premiers mois de sa vie, elle a été laissée seule dans son berceau et elle a manqué d'attention, de nourriture, de compréhension. Sa maman abandonnée par son compagnon et très déprimée mettait la radio pour ne pas l'entendre pleurer. Julie a également été tributaire d'une série de concubins violents de sa mère, laquelle peut être très calme, puis se mettre à crier, hurler, être « à bout de nerfs », et punir sa fille (déchirer ses vêtements favoris, jeter ses jouets). Le milieu familial de Julie a accredité par son comportement le monde de « perceptions-hallucinations » du nourrisson décrit par Freud¹⁰. Julie ne peut donc faire aucune différence entre ses anciennes projections de nourrisson et la réalité, sa mère ne lui ayant pas permis de faire cette distinction. Quand Julie avait peur, l'environnement ne venait pas démentir cette émotion, mais confirmait son vécu en la confrontant à la solitude, la faim ou des visages hurlants. La maman de Julie n'existe donc pas pour elle ni comme mère réelle ni comme objet distinct d'elle, pas plus que son infirmière référente, mais seulement comme un ensemble perceptivo-hallucinatoire de cris, de coups, de sensation de faim, d'abandon et d'anéantissement. Comme la maman de Julie n'arrive pas à

penser à sa fille, Julie n'arrive pas à se représenter sa maman à l'intérieur d'elle. À chaque visite de sa mère, elle est terrorisée par les images internes antérieures. Celles-ci sont trop fréquentes. Julie ne se sent pas protégée. Les parents de Julie reportent leurs craintes et leurs ambivalences sur l'institution : tout se passe comme s'ils rejetaient Julie en la «*plaçant*» et dans le même mouvement, ils annulent ce sentiment en l'attribuant à l'hôpital, qui effectivement la rejette. Si Julie a mis l'équipe soignante en difficulté, ce fut moins par son agressivité en tant que telle que par la confusion qu'elle transmettait, à l'image de l'indifférenciation dans laquelle elle se trouve quant à sa place réelle chez elle ou à l'hôpital et quant à la place de sa vie intérieure face à l'extérieur.

Le comportement incompréhensible de Julie a mis à mal les représentations idéales que les infirmières se faisaient de leur travail. Cette relation se définit par l'intolérance narcissique de l'infirmière référente envers Julie, intolérance qui redouble l'intolérance de Julie vis-à-vis de l'hôpital et celle provoquée par sa souffrance psychique. La haine qui est présente dans cette relation peut déborder la relation duelle et susciter une communauté de rejet, comme on l'a vu ici. Or, la place des collègues ou des tiers est ici vitale pour neutraliser ces impulsions. Un détour théorique est nécessaire ici pour expliquer plus précisément la notion d'enfant imaginaire. D'après M. Soulé¹⁹, «*L'enfant*

imaginaire de l'adulte, l'enfant « dans la tête » est le témoin du vécu de sa prime enfance, il est aussi porteur de ses expériences et d'aspects distincts hérités de son passé. L'adulte aux prises avec une image de l'enfant idéal, qui ne colle pas avec la réalité de l'enfant, peut être amené à éprouver un sentiment temporaire de rejet, voire de haine envers celui-ci. Son travail consistera à reconnaître et à contenir cet enfant imaginaire « terrifiant » en lui». Dans une institution, l'enfant «*terrible*» active «*l'enfant imaginaire*» de l'éducateur ou du soignant : ce sera l'enfant dont on n'accepte pas les pleurs (certains pleurs sont très irritants) ou son comportement au repas (la nourriture en institution est sujette à tous les conflits et toutes les intolérances possibles et imaginables), d'autant plus qu'on se sent impuissant à pouvoir répondre, accepter ou calmer la souffrance de l'enfant¹⁸. L'enfant réel peut alors devenir le destinataire des souffrances qu'il révèle à l'intervenant comme celle de ne pas correspondre à l'enfant imaginaire du soignant, reconnaissant les bons soins et donc les qualités intrinsèques du soignant.

Un autre fantasme est celui de renaissance ou de réparation de l'enfant placé, un fantasme d'effacement du passé avec l'idée que «*cette fois, cela va mieux se passer*». On est alors dans un roman familial tel que l'a défini Freud²⁰: il s'agit de ce qu'un enfant s'imagine lorsqu'il commence à trouver ses parents moins parfaits qu'il ne le pensait. Il s'imagine être né de parents moins décevants, idéaux,

puissants, avec lesquels il n'y aurait pas de conflits, qui seraient ses parents réels, ses parents biologiques étant en fait ses parents adoptifs. Dans le placement, les intervenants tentent de réaliser ce fantasme de leur enfance en pensant qu'ils peuvent être totalement satisfaisants à l'opposé des parents insuffisamment compréhensifs, qui ont été à l'origine du placement. Cet enfant, « terrible » cristallise alors sur lui tous les reproches, comme Julie, la haine du groupe étant réveillée par les problèmes de l'enfant qui, chez Julie, se traduisent par des actes violents.

Le bouc émissaire peut aussi devenir un membre de l'équipe, ce qui démontre toujours une difficulté notoire d'une équipe à penser sa propre violence avec ceux qu'elle accueille. Comme le suggère D. Mellier¹⁸, les conflits dans l'équipe traduisent une tentative de prise de conscience de ce travail de *« meurtre d'une représentation de l'imaginaire »* pour accepter la complexité de la réalité. *« Toute évolution passe ainsi par des conflits, une équipe qui tend à évacuer ses conflits n'arrive plus à penser »*.

La violence naît de l'impossibilité d'exaucer notre désir de réparer et d'adapter à notre idéal les enfants que la société nous confie *« pour leur bien »*. Il s'agit d'une relation d'emprise de l'adulte sur l'enfant. Cette emprise peut aussi s'exercer dans la relation entre les intervenants et les parents ; ceux-ci sont

alors contraints à s'adapter à ce que l'intervenant attend d'eux. Comme le dit C. Eliacheff¹ : *« Est-ce trop demander aux personnes qui ont un rapport professionnel avec les familles – du juge aux travailleurs sociaux, en passant par les médecins – de s'interroger, à un moment ou à un autre, sous une forme collective ou individuelle, sur la manière dont ils ont été éduqués et de reconnaître, si tel est le cas, qu'ils ont eux-mêmes subi des violences de la part de leurs parents ? Ceci permettrait d'éviter les impasses de l'identification à la violence. »*

L'institution peut mal fonctionner parce que son projet transcende celui des personnes qui la font vivre. Elle peut même en avoir plusieurs, l'un officiel, l'autre inconscient. L'un est à peu près constant : toute institution tient à perdurer dans le temps telle qu'elle est, craint tout changement, refuse de s'adapter aux besoins de ses usagers et souhaite au contraire adapter à elle toute personne qui entre en son sein. Il y a aussi le projet de chaque soignant, le projet de la famille et enfin, puisqu'il existe quand même et que l'institution a été inventée « pour son bien », le projet de chaque enfant. Mais ce dernier doit rester dans le non-dit, on ne l'encourage guère à en parler et si son discours est entendu, il sera plutôt considéré comme la seule expression de son désir, de son « Ça ».

Placés ou hospitalisés, les enfants ne participent pas aux décisions qui les concernent.

Ils ne sont pas impliqués réellement dans la vie au quotidien de l'institution ni encouragés à la critiquer. On considère à tort que les unités de soin tranquilles sont fonctionnelles alors que toute évolution est conflictuelle. Une maison d'enfants où rien ne se passe, où il n'y a pas de drame et où tout marche bien, démontre qu'il n'y a pas de véritable collaboration entre enfants et adultes, parce que celle-ci est forcément toujours conflictuelle²¹. Le propre de l'enfant et de l'adolescent c'est d'évoluer et toute évolution se vit dans des drames et des conflits, toujours proche de la fracture, donc de la fermeture en ce qui concerne les institutions.

Les institutions sont violentes parce qu'elles génèrent des conflits entre adultes qui se répercutent sur la relation entre les adultes et les enfants et finissent par la dominer. Plus il y a de conflits parmi les adultes d'un service, plus les enfants sont négligés, voire maltraités. À un tel point que D. Anzieu¹⁷ pense que l'énergie dépensée pour qu'une institution se maintienne est supérieure à celle directement dépensée pour sa tâche, ce qui est un comble. Évidemment, les institutions risquent plus d'être le lieu de conflits parce que le personnel est souvent miné par la fatigue et le sentiment d'usure face à la multiplicité des problèmes à résoudre avec les enfants dans la vie au quotidien et avec les parents, qui sont en compétition avec l'institution et nécessitent beaucoup d'énergie pour être amenés à collaborer. Les équi-

pes sont minées par l'absence de projets concrets et par l'impossibilité d'une guérison idéale. La cohabitation permanente avec une souffrance humaine exceptionnelle et la non-reconnaissance de ce travail complexe par les autorités de tutelle, la confrontation avec sa propre ignorance, son impuissance, son incompréhension face à des comportements hors du commun, entraînent un sentiment de lassitude, d'impuissance et de «ras-le-bol». Ce sentiment risque à son tour d'engendrer l'idée qu'on ne peut changer ce qui ne peut l'être et qu'on ne peut qu'essayer de s'habituer aux violences quotidiennes de la vie ordinaire faite à des enfants ordinaires. En effet, ces enfants ordinaires n'appartiennent souvent pas à la même classe moyenne dont sont issus les intervenants. D'où le risque de solutions médiocres, que ce soit au niveau des soins médicaux comme psychothérapeutiques.

L'état des enfants que nous rencontrons dans nos systèmes d'aide n'empêche pas grand monde de dormir. Les bilans cognitifs et scolaires sont rares, l'apprentissage et l'accès à la culture ne font pas partie des priorités. De nombreux intervenants laissent les enfants se dégrader parce qu'ils ne peuvent pas penser la séparation précoce à l'âge où elle pourrait être très efficace pour le bébé dont le développement est très sensible aux interactions folles, et ensuite parce qu'ils ne protègent pas les rencontres entre parents et enfants après une séparation tar-

dive, ne voulant pas affronter les dégâts psychiques provoqués par les rencontres non pensées avec des parents chaotiques. Or, comme le souligne M. Berger⁹: « *quiconque a été en analyse ou en psychothérapie sait comme le travail effectué par le patient peut être détruit pendant plusieurs semaines chaque fois qu'il rencontre un de ses parents et revit leur mode de fonctionnement désorganisateur* ».

Les intervenants nient la vie psychique des enfants comme les parents maltraitants, qui considèrent leur enfant avant tout comme un bien.

Ces enfants sont dès lors confrontés à une image négative d'eux-mêmes, ce qui génère encore plus de dépression ou de révolte et le sentiment permanent d'être lésés de quelque chose de fondamental: le droit à la connaissance, à l'autonomie et à l'expression. Lorsque j'ai été amenée à exhorter certaines équipes à prendre en compte tous ces problèmes de façon détaillée et à chercher des solutions de qualité – comme pour leurs propres enfants – elles m'ont répondu, abattues, que si elles devaient appliquer des principes thérapeutiques aussi précis, elles ne s'en sortiraient jamais et que tout le monde n'avait pas le « *gabarit* » nécessaire pour proposer des attitudes thérapeutiques qui engagent autant. Ici, la comparaison médicale s'impose à nouveau : quel malade adulte accepterait que son médecin ne lui donne pas un traitement précis, rigoureux et

cohérent? Pourquoi en serait-il autrement pour la pathologie de la relation parents-enfant?

Si toutes les institutions sont à risque de violence pour les raisons précitées, certaines le sont plus que d'autres. Si les institutions volontairement perverses sont exceptionnelles, beaucoup sont sans projet pédagogique ou thérapeutique réel, vouées au gardiennage d'enfants. Même si le « *projet pédagogique* » est devenu un passage quasi obligé imposé par les organisations de tutelle et qu'il fait partie des exigences du nouveau décret, il est souvent un document purement administratif, très « *formel* », loin des réalités pratiques, au seul service de la direction administrative. Un tel projet statique est un projet mort. La qualité d'un projet authentique réside surtout dans sa capacité à maintenir une démarche collective de questionnement.

Toute équipe a des projets, des images d'un état plus ou moins explicite, plus ou moins rationnel, qu'elle espère atteindre. Pour arriver à établir un projet cohérent écrit et effectif, il faut permettre aux équipes de prendre du recul, avec un temps suffisant d'élaboration, d'aller et retour des idées et des textes entre les personnes. La rédaction d'un tel projet permet d'accentuer la référence au travail réellement accompli auprès des enfants et des parents et par là-même de diminuer les rapports conflictuels entre les membres d'une même équipe. Rivalités

de personnes, disqualification de certains rôles, attaque de la hiérarchie, critique d'autres équipes disparaissent comme par enchantement, dès que l'équipe se centre sur les « vrais » objectifs, à savoir s'occuper des enfants qui lui sont confiés, en échange d'un salaire, mandaté par un service, lui-même mandaté par les parents pour s'occuper de leur enfant. Le professionnel est à la fois un représentant de la société et de la volonté parentale. Lorsque le gestionnaire n'en a que faire de cette mission pour des raisons de logistique pure, la position des intervenants est très difficile à tenir. Non gratifiés, disqualifiés, ils ont tendance à se replier sur eux-mêmes, à se victimiser et à oublier les enfants et leurs problèmes. Les conflits arrivent toujours à être contenus pour un temps : ce qui est important, ce n'est pas de vouloir les abolir mais c'est de prévoir un espace qui permette la discussion et l'aménagement de solutions en fonction des idéaux, pour travailler la souffrance vécue par chacun sans tomber dans un apitoiement excessif sur soi ni une « réunionite aiguë » au détriment des vraies victimes.

La séparation que l'institution impose entre les enfants et leurs parents engendre ou met en relief des anxiétés, qui se diffusent dans l'ensemble institutionnel et sont souvent sous-estimées. Ces anxiétés sont surtout liées à l'idéologie du lien telle qu'elle existe aujourd'hui, à savoir « *rien ne remplace une famille quelle qu'elle soit* » ou encore « *une famille*

serait toujours meilleure qu'une institution » : théorie non validée de l'indispensable lien avec la famille biologique pour construire le psychisme⁹ qui suppose que le lien se suffirait à lui-même. Rien n'est moins vrai. Il existe des liens positifs qui permettent à un enfant de développer sa personnalité de manière harmonieuse, et d'autres modalités de liens qui provoquent des dégâts précoces et gravissimes. S'il est certain qu'une famille qui fonctionne suffisamment bien est le seul dispositif à pouvoir tenir ensemble toutes les composantes évolutives de la personnalité (construction des sentiments de l'identité, de l'estime de soi, de la capacité de contrôler ses pulsions, de partager du plaisir avec autrui), permettant à l'individu d'accéder à l'autonomie, tel n'est pas le cas dans des familles qui fonctionnent très mal. Les enfants y craignent que tout mouvement d'autonomisation de leur part ne soit ressenti par leurs parents comme une attaque et n'entraîne un abandon, ou des représailles, ou l'effondrement d'un parent trop vulnérable. Leur identité s'est tissée à partir de l'identification à des parents violents, abandonnants, délirants, et ils n'ont aucune image parentale rassurante leur permettant d'affronter le monde de manière autonome. Ce qui compte, comme le dit M. Berger⁹, ce n'est pas « *la qualité originelle biologique de l'environnement, mais la capacité de l'environnement à s'adapter au bébé* », deux qualités qui peuvent coïncider dans de nombreuses familles « normales ». Ces parents défailants

devraient pouvoir exercer une «*parentalité partielle*» pendant qu'un lien de suppléance est proposé, en institution ou en famille d'accueil. Cette méthode permet de travailler le lien psychique désorganisateur avec le parent, d'abord dans la représentation de l'enfant, avant de vouloir construire ou maintenir un lien dans la réalité. L'enfant n'aura accès à un parent symbolique que s'il peut y réfléchir. Les enfants maintiennent un lien psychique avec leurs parents, un fil rouge intouchable même lorsque le lien physique est espacé. Dans une bonne prise en charge, ce lien psychique est respecté sans que l'enfant soit pour autant immergé dans la réalité des interactions pathologiques et désorganisatrices.

La question de la séparation du milieu familial est souvent évincée, sans évaluer l'état de l'enfant. Si les conditions pour une existence normale ne sont pas remplies, il faut pouvoir – sans évincer les parents – séparer l'enfant de sa famille tout en lui offrant des soins qui lui permettent un développement cognitif suffisant, la capacité de vivre en groupe, d'être socialisé, de ne plus être violent, de passer de bons moments avec ses parents. Ceci n'est possible qu'en respectant l'installation d'un cadre. Pour ce faire, il faut pouvoir construire ce qu'est une relation professionnelle réelle avec l'enfant pour travailler ensuite ce à quoi il pense. Cela n'est possible qu'à travers une écoute individuelle avec une personne fixe, signifiante dans

l'histoire de l'enfant. C'est à partir de cette relation individuelle continue et continuée que l'enfant pourra devenir un sujet, ce qui lui permettra d'apprendre à vivre avec le parent qu'il a, sans être détruit. Ce travail individuel avec l'enfant nécessite un cadre ferme au début, arrêtant quelquefois tout contact ou médiatisant les visites avec les parents jusqu'à ce que l'enfant puisse s'apaiser.

Mais ce contact individuel régulier est très difficile à organiser dans la pratique, les règles administratives étant trop rigides (horaires, récupération, congés, maladies etc...) et considérées comme plus importantes que les besoins indispensables des enfants. Il faut également pouvoir s'occuper de la totalité des soins et de l'environnement de l'enfant pour gérer le tout de façon cohérente, en adoptant une attitude de non-complicité par rapport à ce que d'autres institutions ou services pourraient cautionner et qui ne serait pas adéquat pour l'enfant concerné. Si, les décideurs proposent des solutions thérapeutiques impossibles à appliquer ou refusent d'entendre les arguments cliniques attestant de la complexité de la vie intrapsychique de l'enfant et de la nécessité d'un dispositif thérapeutique pensé, chaque responsable thérapeutique peut renvoyer le décideur (juge de la jeunesse, Conseiller de l'Aide à la Jeunesse, psychologue d'un Centre de Guidance) à ses responsabilités. Que la personne qui décide

assume dès lors elle-même le suivi et les conséquences de ses décisions. C'est comme si un chirurgien refusant d'opérer parce qu'il juge le patient inopérable se voyait obligé de s'exécuter par le directeur de l'hôpital où il travaille : c'est tout simplement impensable.

4. Les violences individuelles

Le progrès qui se manifeste dans l'attitude de renonciation à la violence est une tâche à laquelle chaque génération se trouve confrontée. Si nous voulons résoudre la violence dans les familles, il faut pouvoir manifester une attitude de renonciation à notre propre violence, tant dans notre attitude critique concrète des inégalités et des injustices résistantes que dans notre attitude à l'intérieur des institutions où nous travaillons et que dans notre relation personnelle avec les enfants et les parents.

La protection moderne de l'enfant consiste donc à ne rien vouloir « *faire* » avec l'enfant maltraité et la personne maltraitante. Le changement crucial ne concerne pas la famille maltraitante, mais l'intervenant. Ce sont les changements d'orientation chez les soignants et dans les systèmes d'aide qui mettent en route les changements dans les milieux où se sont produits des actes de violence. Il s'agit de comprendre que les soutiens naturels de la famille moderne se sont raréfiés. Ce sont donc les intervenants eux-mêmes qui représentent le milieu social des personnes en détresse. Cela veut dire pour l'intervenant se comprendre soi-même en

relation avec les autres, avec ceux aussi qui peut-être manifestent un problème de manière spéciale. Il faut reconnaître que celui qui aide a lui-même aussi en partie ce problème, sans cela il ne serait pas en mesure de comprendre. Le vrai piège se situe donc dans l'intervention professionnelle qui doit se garder de se faire envahir à son tour par la perversion, la chosification, la réduction d'une personne à un comportement. En effet, parallèlement au mouvement de protection des enfants maltraités, il y en a un autre, surtout depuis l'affaire Dutroux, qui consiste à ne voir plus que cela. Non seulement un enfant qui va mal est forcément maltraité, mais l'accent est mis sur la violence vécue de l'intérieur au détriment de la complexité des processus psychiques subjectifs, comme si l'enfant n'avait pas aussi des possibilités d'investir un événement traumatique par la pensée et par l'imagination²². En se centrant sur ce que « l'abuseur » a fait, on le réduit à un comportement, au détriment de ce qu'il est et de l'histoire qui a induit les actes posés. Un parent ne se réduit pas aux coups qu'il a donnés, pas plus qu'un enfant ne se réduit aux coups qu'il a reçus. C'est exactement comme ça que le parent maltraitant procède, c'est le corps et les actes de la victime qui l'intéressent, non la personne. Ni le déni ni la dramatisation ne permettent d'élaborer des réponses d'aide et de protection. En effet, l'aide se mesure davantage par rapport aux particularités de chaque cas que par

rapport à une norme sociale dont la justice est gardienne et servante à la fois. La reconnaissance de l'événement réel sur le plan juridique reste insuffisante : le judiciaire, s'il reconnaît la personne, n'instaure pas à lui seul le sujet²³. Privilégier l'axe thérapeutique ne revient pas à disqualifier le judiciaire, mais consiste à lui donner une fonction supplétive. C'est pourquoi les structures judiciaires ne doivent pas être systématiquement mises au courant de chaque situation. Les décisions qui s'imposent doivent être prises non pas par rapport à la loi mais par rapport à la complexité de la vie psychique de l'enfant en question.

Cependant, comment accepter de ne pas intervenir ? D'autant plus que la tendance actuelle est d'encourager la notion du risque zéro. D'où une grande inquiétude chez les intervenants sociaux du « terrain » de « laisser passer » quelque chose, leur mission étant d'assurer le bien-être des enfants et d'assurer une prévention des troubles ultérieurs. Que faire lorsque des parents refusent d'aller consulter pour un enfant dont les intervenants pensent qu'il est négligé ou a des problèmes psychologiques graves : faut-il faire un signalement ? Et à qui ? « *La frontière entre faire du bien et faire du mal est bien fragile* » comme le suggère S. Sausse²⁴ dans un article intitulé « *Par amour des enfants* »... : les élans bien intentionnés finissent par jouer contre l'intérêt de l'enfant.

Ceci nous amène à la question de la motivation des intervenants à s'occuper d'enfants. L'expression « *Je veux faire ce travail parce que j'aime les enfants* » m'a été avancée systématiquement dans des entretiens de sélection. Cette réponse dit quelque chose de l'attachement des intervenants à l'enfance en eux et qu'ils aiment retrouver dans leur contact avec les enfants ou comme Michel Soulé²⁵ le formule : « *Un soignant qui a choisi sa profession trouve un grand plaisir à s'occuper de bébés ou de jeunes enfants... C'est le plaisir de vivre au plus profond de lui-même le rôle de bonne mère d'un bébé en souffrance... et le plaisir complémentaire et identificateur de se vivre comme un bon bébé bien soigné par une bonne mère* ».

C'est une position centrale pour avoir la capacité de soutenir le travail avec les enfants, que confirment S. Tombiewicz¹⁵ et J. Korczak²¹. En réalité, disent-ils, on ne s'occupe bien des enfants et de leurs parents que lorsqu'on les aime et on s'en occupe mal si on ne les aime pas. « *Il faut se soumettre à une espèce de gymnastique spirituelle, [...] pour nous rendre aptes à comprendre, à tolérer et à aimer l'enfant perturbé en face de nous. La même chose est vraie pour les parents maltraitants. Sans cela on ne fera jamais ni de vraie thérapie, ni de vraie éducation: on fera du gardiennage ou de la pseudo-science, mais les enfants et leurs parents n'y trouveront jamais leur compte et le manifesteront avec violence* ». ¹⁵ « *L'enfant placé peut donc devenir heureux ou malheureux, bête ou intelligent, caractériel ou*

gentil, obéissant ou contestataire selon la manière dont nous organisons l'institution où il doit vivre. On ne peut pas parler d'enfant placé sans parler de l'institution, d'enfant hospitalisé sans parler de l'hôpital. Le contre-transfert institutionnel est à l'image du contre-transfert personnel ». ²¹ Mais derrière « *j'aime l'enfance* », il y a aussi le mythe d'une enfance paisible, gaie, affective. Ce qui est à travailler ce n'est pas « *j'aime les enfants* », mais « *j'aime l'enfant idéal* ». Aider à travailler, à réfléchir sur la façon d'aider ou d'accueillir un enfant signifie avoir à penser la séparation de façon à ce que les sentiments, l'anxiété, l'ambivalence deviennent plus conscients, pensables et verbalisables : « *quand on comprend mieux, on est moins perdu; quand on est moins perdu, on est moins angoissé; quand on est moins angoissé, on travaille mieux* », dit si justement la pédopsychiatre S. Giompino²⁶.

C'est surtout ce travail, avec du transfert, qui a un impact réel sur les dysfonctionnements de la relation parents-enfant quelquefois sans le savoir, comme l'explicite Jeanne Lafont²⁷, psychanalyste. Même si la transmission des connaissances sur le développement de l'enfant est indispensable dans la formation des intervenants, elle ne provoquera qu'une attitude opératoire et mécanique, si on ne transmet pas que tout ceci est intimement lié au sens et à l'affectif. Une formation n'empêche pas chacun de vivre avec ses fantasmes à l'origine d'actes, de comportements, de conflits: l'amour exclu-

sif, la rivalité, les identifications, la peur. Ce n'est donc pas avec la théorie qu'on éduque ou qu'on aide « *mais avec ce qu'on est.* »²⁸ Le dévouement cache un désir d'échanges, de donner, mais aussi de recevoir, ce que confirme F. Dolto : « *C'est à soi-même, narcissiquement projeté, que l'on porte secours.* »

Ce n'est qu'à force de travail sur soi qu'on arrivera à faire face aux situations relationnelles difficiles avec plus de finesse : c'est à ce moment-là qu'un rapport de curiosité à l'égard de ce que les enfants vivent et de ce que les parents leur font vivre va s'installer et qu'un travail de collaboration d'égal à égal peut commencer qui passe par « *le partage de tous les points de vue à partir d'une attention évidente de la vie psychique de l'enfant en question.* »¹⁸ En effet, ces familles sont dans un grand état de délabrement psychique, qui nécessite un travail lent et bien souvent décourageant. On ne permet pas à l'autre de se construire ni de réduire ses dysfonctionnements installés sur plusieurs générations en quelques mois. Ces liens détruits auxquels parents et enfants sont confrontés ne se retissent qu'à force de patience et en prenant des risques. Or, on assiste de plus en plus à la frénésie obsessionnelle d'optimisation gestionnaire entraînant la volonté de soumettre la dimension du psychique aux impératifs du marché. Ce n'est plus le diagnostic qui définit le traitement mais l'inverse. Il y a des dépressions parce qu'il y a des antidépresseurs, de l'hyperactivité

parce qu'il y a un médicament miracle, la Rilatine²⁹. La clinique pédopsychiatrique s'est appauvrie, se contentant souvent de descriptions de faits et signes, témoignant de la difficulté à écouter l'enfant comme un sujet singulier³⁰. Comment expliquer sinon qu'aux États-Unis en Caroline du Nord, 7% des enfants prennent ou ont pris un psychostimulant pendant plus de 3 ans en moyenne alors que la prévalence des troubles psychiques est de 3,4% ?

En ce qui concerne l'alliance avec les parents comme priorité absolue, la seule solution, comme le dit J.-C. Metraux,¹³ réside dans la nécessité de « *descendre de notre piédestal, quitter notre usuelle position de détenteur du savoir qui renforce l'asymétrie entre inclus et exclus, parler de personne à personne en utilisant « je » plutôt que le « on » impersonnel.* » Par exemple « *On ne bat pas les enfants* » devrait être remplacé par « *Personnellement, je pense que les parents ne doivent pas infliger des coups à leurs enfants et trouver d'autres méthodes pour faire respecter leur autorité nécessaire.* »

Cela implique très concrètement d'être sincère avec les enfants et les parents en reconnaissant la souffrance tout en prenant position. Comme le dit C. Eliacheff¹ : « *On me fait parfois le reproche de trop parler aux enfants, de leur dire des choses supposées insupportables, de les empêcher d'oublier. C'est tout le contraire : on ne peut oublier que ce que l'on a su. Autrement l'être humain s'oblige à se souve-*

nir en permanence de ce qui est resté énigmatique et surtout mensonger: cette mémoire-là est une douleur, car elle est innommable».

La même chose est valable pour les parents : il est inutilement cruel de mettre les parents dans la position impossible de devoir par exemple demander la séparation si celle-ci doit avoir lieu ou de devoir se justifier comme s'ils étaient devant un tribunal. Les soignants ne peuvent pas se décharger d'une telle décision. L'intervenant doit être précis et ne peut pas esquiver le conflit en craignant de déclencher des éclats. D'ailleurs souvent les parents ne parlent pas d'une place de parents réels, mais comme parents imaginaires⁹, idéaux, sans pouvoir évoquer les aléas éducatifs que tout parent rencontre avec son enfant.

5. Comment faire ?

Comment maintenir ce niveau de travail qualitatif et quantitatif ? Comment éviter la confusion des idées et des propos de tous ? Comment maintenir les décisions prises ? Comment continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'éléments déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères ? Comment continuer à aborder les problèmes des enfants et des familles de façon constructive ? Comment mobiliser les ressources des personnes directement concernées dans la durée ? En un mot, comment développer la résilience³² institutionnelle et celle des thérapeutes pour pouvoir résister au découragement, au défaitisme, à la dépression qu'engendre la confrontation à des problèmes existentiels graves, chroniques, presque insolubles pour amener des enfants aussi abîmés à développer leurs propres capacités de résistance à l'intérieur de structures souvent trop bureaucratiques et rigides ? La construction de la capacité de quiconque, aussi bien celle des enfants, du parent, de l'intervenant que des institutions, à rebondir malgré les ennuis rencontrés, s'appuie sur *trois étapes indispensables du travail de la pensée.*

Première étape

La **première** étape du travail de la pensée commence avec autrui. Un être humain qui nous agresse peut nous faire douter de l'humanité. Mais un être humain qui vient nous soutenir alors que nous ne nous soutenons plus peut restructurer notre rapport à l'humanité. D'où l'importance de tout geste de **solidarité** : chacun peut être amené à devenir le messager d'un rebondissement pour un autre qui en a besoin. À cet égard, il importe de souligner combien le contact chaleureux et sensible avec autrui aide à rebondir. Les thérapeutes, en caressant par le soin et l'attention, peuvent être des **panseurs** en même temps que des **penseurs**. Ils réveillent les pensées enfouies dans les corps. « *Ils sont des montreurs de vie faisant échec aux démonstrateurs de mort* » (Vergely³³).

Seconde étape

La **seconde** étape du travail de la pensée et du rebondissement passe par **soi**. On peut se laisser aller au malheur en devenant l'esclave de soi-même et, par là-même, le tyran de soi-même. Mais lorsqu'on se révolte, on se refuse à conspirer avec soi-même. Cela s'appelle le combat intérieur. Le refus de la tentation. On se refuse à jouer le rôle de la

victime³⁴. L'enfant doit être rendu à lui-même, responsable mais non coupable, comme le parent conscientisé et non culpabilisé. F. Dolto³⁵ disait : « *Ce n'est ni bien ni mal, ce n'est pas facile à vivre. En fait, tu aides ta maman et ta famille et toi aussi et tes enfants plus tard en montrant ta douleur, la douleur de ta famille* ». Comme le dit le philosophe Vergely³³ : « *On ne lutte pas parce qu'on est fort. On est fort parce qu'on lutte* ». C'est le message à transmettre à tous les soignants s'intéressant aux familles et aux enfants très abîmés en les encourageant à ne pas s'intéresser qu'à leurs horaires.

Troisième étape

La **troisième** étape du travail de la pensée passe par **l'au-delà de nous-mêmes**. Ce qui est utile pour nous, c'est l'avenir. On pourrait se venger du mal que l'on a subi. Mais on décide d'aller au-delà et de se remettre à vivre, c'est-à-dire de ne pas accabler la vie et les autres parce qu'un événement de la vie et un représentant de la communauté humaine nous ont, à un moment, accablés. C'est donner de l'avenir à l'avenir. C'est ce que veut dire le pardon authentique. Ce n'est pas l'oubli, l'effacement du passé n'étant ni possible ni souhaitable. Il n'est pas non plus l'excuse, rien ne justifiant une transgression. Il est en revanche l'arrêt du cycle sans

fin de la haine ripostant à la haine. Triompher **par la force**, cela veut dire renoncer à utiliser la violence, tandis que triompher **par la faiblesse**, par contre, veut dire recourir à la transgression.

Il faut éviter les soutiens apportés dans l'urgence, avec une fois l'actualité passée et la mobilisation des uns et des autres retombée, l'installation chez l'enfant d'un sentiment cruel **d'isolement et d'abandon**. C'est dans la **durée** qu'il faut accompagner, soutenir, épauler aussi bien l'enfant que sa famille, or aujourd'hui la quantité des interventions a largement dépassé la qualité. C'est cet acte de solidarité qui permettra peut-être à l'autre dans le malheur de rebondir. Il faut adopter un autre regard que celui qui rive ces enfants à leur malheur présent et les y enferme, et contribue à fermer les portes par lesquelles leur désir de vivre en surmontant l'épreuve peut s'engouffrer.

Il faut donc éviter de **projeter** sur l'enfant le **découragement** qui parfois nous envahit devant les souffrances infligées, en refusant de lui donner le rôle insupportable de victime impuissante, en s'appuyant sur l'immense plasticité des enfants et sur l'importance de la relation entre l'adulte aidant et l'enfant.

Si séparation il y a, tout doit être organisé pour permettre une écoute régulière, individuelle, attentive de chaque enfant par un «écoutant» quel qu'il soit. Il faut encoura-

ger les thérapeutes à maintenir l'exigence et l'ambition explicitement conçues par eux pour les enfants qu'ils suivent, parce que ce sont les facteurs déterminants de toute réussite thérapeutique effective, c'est-à-dire du renforcement du Moi, la capacité de rebondissement passant par soi. Enfin, il faut pouvoir éviter le déterminisme, qui s'appuie sur une mauvaise vulgarisation psychologique et sociologique, épris de reproduction sans espoir : ne pas nier toute possibilité salvatrice de s'affranchir des pesanteurs du passé et de l'histoire familiale.

Les intervenants ont donc besoin d'une certaine forme de résilience, c'est-à-dire de la capacité à rester envers et contre tout présents et accueillants, à lutter pour être forts, quelles que soient les formes d'agressivité, de dédain apparent ou de rejet que l'enfant ou le parent manifeste.

Les intervenants et leurs organismes de tutelle doivent être à ce point convaincus que les enfants ont quelque chose à dire qu'ils sont prêts à s'interroger à partir de leur questionnement, au même titre qu'un membre de l'équipe ou qu'un parent, et d'en faire un enrichissement.

6. Conclusions

En guise de conclusion, j'aimerais suggérer les repères suivants en vue de limiter la violence des intervenants :

1. La violence n'est pas à rayer de la carte psychique de l'être humain même si elle peut s'apprivoiser. Elle est en chacun de nous, fait partie de la société tout entière et n'est pas le fait de personnes déviantes.
2. Le travail éducatif, social, psychologique, psychiatrique, psychothérapeutique est possible et nécessaire dans toutes les situations de maltraitance infantile quelle qu'en soit la gravité et indépendamment des mesures judiciaires à prendre par ailleurs. Mais il faut toujours garder à l'esprit les questions suivantes : est-ce que nos structures de soins sont réellement prêtes sur le plan matériel et philosophique à résoudre ce problème délicat, sans provoquer plus de misère qu'il n'en existe déjà dans ces familles ? Est-ce que nos cliniques et nos services d'aide à l'enfance sont suffisamment équipés pour offrir un endroit chaleureux et sans violence, avec des idées que les parents maltraitants peuvent utiliser pour progresser et développer une meilleure compréhens-

sion d'eux-mêmes et une meilleure estime de soi ?

3. Le travail est complexe, difficile, il nécessite de la rigueur et implique de dépasser sa propre violence et de réfléchir au sens des décisions qu'on prend et des actes qu'on pose. Chacun, quel que soit son niveau de formation théorique et pratique, peut améliorer la qualité de son travail et lui donner un sens, tout en préservant ses émotions, ce qui contribuera d'ailleurs à dépasser sa propre violence. Pour cela, la supervision individuelle et celle des équipes par des personnes plus qualifiées sont non seulement utiles mais indispensables et devraient faire partie intégrante de toutes les structures d'aide à l'enfance.
4. Ces personnes qualifiées, qu'elles soient psychologues, psychiatres ou pédopsychiatres, doivent avoir effectué un travail en profondeur sur elles-mêmes pour être capables de comprendre leur violence et d'aider les structures de soins et ceux qui y travaillent à comprendre et métaboliser la leur.

Bibliographie

1. Eliacheff C., Vies privées. *De l'enfant roi à l'enfant victime*. O.Jacob, 1997.
2. Marneffe C., *La maltraitance dans la petite enfance: une prévention avant la naissance*, in «La construction des liens familiaux pendant la première enfance», Robin M. et al., 269-285, PUF, 1995.
3. Marneffe C., *Alternative forms of intervention*, in «The Battered Child», Helfer M.E., Kempe R.S. and Krugman R.D., 500-521, Fifth Edition, The University of Chicago Press, 1997.
4. Menès M., «*Nous sommes les fils du discours*», in «Dossier: traiter la violence», La lettre du GRAPE, 39, 11-16, Erès, mars 2000.
5. Abramowicz M. et al. *Manifeste pour repenser la question sexuelle: reconnaître et protéger la sexualité des enfants*, Ed. resp. M. Abramowicz, Bruxelles, 1999.
6. Robert A. et Javert C., *La revanche*, in «Manière de voir», Le Monde diplomatique, 71, 94-95, Paris, oct-nov 2003.
7. *Yapaka*. Programme et magazine initiés par la Coordination de l'Aide aux Victimes

- de Maltraitance, Ministère de la Communauté française, Ed. resp. H. Ingberg, 2003.
8. Iribarne P., *Vous serez tous des maîtres*, Seuil, Paris, 1990.
 9. Berger M., *La séparation à but thérapeutique*, Dunod, Paris, 1997.
 10. Freud S., *Abrégé de psychanalyse*, tr. Fr., 1938, PUF, Paris, 1985.
 11. Wolff R., *Abus sexuels et politique sexuelle. La protection de l'enfance et son détournement*, Actes du colloque «sexualité entre puritanisme et libéralisme», Aimer à l'ULB, 1997.
 12. Hardy G., Defays C. et Gerrekens H., *La conjuration des bienveillants*, Journal du Droit des Jeunes, 152, 1996.
 13. Metraux, J.-C. *L'exclusion exclue. Le réseau de soins psychiques a-t-il besoin d'un psychiatre ?* Médecine & Hygiène, 55, pp. 622-626, 1997.
 14. Defays C. et Pluymackers J., *Médiatisation de la maltraitance: un champ d'interaction!*, «Dossier traiter la maltraitance: une remise en question», in: Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux De Boeck Université, 1996.
 15. Tomkiewicz S. et Vivet P., *Aimer mal, châtier bien*, Seuil, Paris, 1991.
 16. Fustier P., *Travail d'équipe*. Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique, Dunod, Paris, 1999.
 17. Anzieu D., *Le groupe et l'inconscient*. L'imaginaire groupal, Dunod, 2^{ème} Ed., 1981.
 18. Mellier D., *L'inconscient à la crèche*. Dynamique des équipes et accueil des bébés, ESF, 2000.
 19. Soulé M., *Un enfant dans la tête – l'enfant imaginaire*, in Brazelton J.-B. et al., La dynamique du nourrisson, 135-175, ESF, Paris, 1982.
 20. Freud S., *Le roman familial des névrosés*, in «Névrose, psychose et perversion», PUF, Paris, 1973.
 21. Korczak J., *Comment aimer un enfant*, Laffont, Paris, 1978.
 22. Gavarini L. et Petitot F., *La fabrique de l'enfant, Un nouveau regard sur l'enfant et la famille*, Erès, Toulouse, 1998.
 23. Crivillé A. et al., *L'inceste, comprendre pour intervenir*, Privat, 109-218, Toulouse, 1994.

24. Sausse S., «*Par Amour des enfants*» Dossier «Entre enfants et professionnels: des histoires d'amour?», La lettre du GRAPE, p. 64, 37, Erès, sept. 1999.
25. Soulé M., *Les soignants à risques dans les interactions en faveur de la petite enfance*, p. 15, ESF, Paris, 1986.
26. Giompino S., *Personne de référence et suivi des enfants dans les lieux d'accueil*, Dossier «Entre enfants et professionnels: des histoires d'amour». La lettre du GRAPE, p. 71, 37, Erès, sept. 1999.
27. Lafont J., *La fonction du transfert*, Dossier «Entre enfants et professionnels: des histoires d'amour». La lettre du GRAPE, p. 18, 37, Erès, sept. 1999.
28. Pellé A., *Éloge de l'amour dans le travail social*, Dossier «Entre enfants et professionnels: des histoires d'amour». La lettre du GRAPE, p. 35-39, 37, Ed. Erès, sept. 1999.
29. Menès M., *Un enfant venu d'ailleurs, Un enfant est classé*, La lettre du GRAPE, 69-77, 43, Erès, mars 2001.
30. Petitot F., *Éditorial, Un enfant est classé*, La lettre du GRAPE, 5-7, 43, Erès, mars 2001.
31. Chalumeau C., *L'enfant du risque des classifications nosographiques et de leur usage, Un enfant est classé*, La lettre du GRAPE, 83-91, 43, Erès, mars 2001
32. Cyrulnik B., *Un merveilleux malheur*, O. Jacob, 1999.
33. Vergely B., *Approche philosophique de la résilience*, in «La résilience: le réalisme de l'espérance», Erès, 2001.
34. Bruckner P., *La tentation et l'innocence*, Grasset, 1995.
35. Dolto F., *La cause des enfants*, Laffont, Paris, 1985.

Prenons le temps de travailler ensemble.

La prévention de la maltraitance est essentiellement menée au quotidien par les intervenants. En appui, la **Cellule de coordination de l'aide aux victimes de maltraitance** a pour mission de soutenir ce travail à deux niveaux. D'une part, un programme à l'attention des professionnels propose des publications (livrets Temps d'arrêt), conférences, formations pluridisciplinaires et mise à disposition d'outils (magazine Yapaka). D'autre part, des actions de sensibilisation visent le grand public (campagne Yapaka : spots tv et radio, magazine, autocollants, carte postale, livre pour enfant...)

L'ensemble de ce programme de prévention de la maltraitance est le fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction Générale de l'Aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE). Diverses associations (Ligue des familles, services de santé mentale, planning familiaux...) y participent également pour l'un ou l'autre aspect.

Se refusant aux messages d'exclusion, toute la ligne du programme veut envisager la maltraitance comme issue de situations de souffrance et de difficulté plutôt que de malveillance ou de perversion... Dès lors, elle poursuit comme objectifs de redonner confiance aux parents, les encourager, les inviter à s'appuyer sur la famille, les amis... et leur rappeler que, si nécessaire, des professionnels sont à leur disposition pour les écouter, les aider dans leur rôle de parents.

Les parents sont également invités à appréhender le décalage qu'il peut exister entre leur monde et celui de leurs enfants. En prendre conscience, marquer un temps d'arrêt, trouver des manières de prendre du recul et de partager ses questions est déjà une première étape pour éviter de basculer vers une situation de maltraitance.

La thématique est à chaque fois reprise dans son contexte et s'appuie sur la confiance dans les intervenants et dans les adultes chargés du bien-être de l'enfant. Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la «bienveillance», la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.

Ce livret ainsi que tous les documents du programme sont disponibles sur le site Internet :

www.yapaka.be

Temps d'Arrêt :

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

Déjà paru

- L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents. Collectif.
- Avatars et désarrois de l'enfant-roi. Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.*
- Confidentialité et secret professionnel: enjeux pour une société démocratique. Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.*
- Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Reine Vander Linden et Luc Roegiers.*
- Procès Dutroux; Penser l'émotion. Vincent Magos (dir).
- Handicap et maltraitance. Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.*
- Malaise dans la protection de l'enfance: La violence des intervenants. Catherine Marneffe.

A paraître

- Maltraitance et cultures. Ali Aouattah, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Vincent Magos et Marie-Rose Moro.
- Le professionnel, l'enfant et le remue-ménage de la séparation conjugale. Geneviève Monnoye (dir).
- Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter, agir: le risque de la confusion. Serge Tisseron.

*Épuisés mais disponibles sur www.yapaka.be