

La fonction symbolique de la loi à travers la clinique judiciaire

Yolande Govindama

Psychologue clinicienne, psychothérapeute.*

Depuis une dizaine d'années environ devant une recrudescence de la violence intra-familiale, sous forme de maltraitance ou d'abus sexuels sur des mineurs, le service habilité à recevoir des jeunes confiés par l'autorité judiciaire pour exercer une mesure d'action éducative en milieu ouvert, où une mesure d'investigation et d'orientation éducative a mis en place une pratique spécifique prenant en compte la réalité socio-éducative, et psychique des usagers.

Pour appréhender cette pratique clinique nous allons d'abord présenter le cadre institutionnel. Nous exposerons ensuite à travers deux cas cliniques les causes de la violence intra-familiale, et la fonction symbolique que peut incarner la loi réelle supportée par le magistrat et le service mandaté en mettant en évidence sa fonction restructurante pour le sujet.

I. Le cadre institutionnel

L'Association ESPOIR - Centres Familiaux de Jeunes, est une Association reconnue d'utilité publique, structurée selon la loi 1901. Elle gère plusieurs établissements à caractère social, dont le service d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) et le Service d'Investigation d'Orientation Educative (SIOE).

Ce service créé en 1969 est implanté à Paris. Il intervient sur le Nord-Est et le Centre de Paris.

a) structure et organisation du service

Le service se compose :

- d'une directrice - d'un secrétariat-comptabilité - d'assistants sociaux - d'éducateurs spécialisés - de psychologues et de psychiatres.

D'une manière générale après un accord entre la direction et le magistrat, la mesure d'AEMO ou d'IOE est attribuée à un éducateur ou assistant social qui consulte le dossier au cabinet du magistrat, pour permettre l'étude de la situation dans la réunion de synthèse hebdomadaire.

L'analyse de la situation dans une équipe pluridisciplinaire permet de dégager les moyens d'investigation à mettre en place. Dans le cas d'une mesure d'AEMO, les moyens d'investigation sont à dominante sociale, et éducative, à l'exception des situations où prédominent la maladie mentale, les violences graves, et une problématique culturelle.

En ce qui concerne la mesure d'IOE, l'investigation psychologique et psychiatrique sont associées à toutes les autres mesures.

Dans les deux cas les résultats des investigations sont analysés, confrontés en réunion de synthèse, avant d'effectuer le bilan assorti d'un projet psycho-éducatif qui est transmis au magistrat.

Dans les deux cas, l'équipe travaille en relation avec les intervenants du secteur local où résident le mineur et la famille.

Dans le cas de la violence intra-familiale et de la présence d'une dominante culturelle, nous avons mis en place, dans une des équipes de notre service, une prise en charge pluridisciplinaire (éducateur spécialisé et psychologue voire ethnopsychologue)... pour assumer la mesure d'AEMO et d'IOE ce que nous allons développer plus particulièrement dans ce travail. Étant donné le manque de moyens, ces prises en charge ne s'effectuent que sur un nombre limité de cas. Elles sont privilégiées dans le cas, de maltraitance de bébés et de nourrissons, d'abus sexuels et dans

* Docteur en psychologie - Service AEMO - SIOE ESPOIR
23, rue Yves Toudic 75010 PARIS.

La fonction symbolique de la loi...

les familles migrantes.

Dans le cas de la maltraitance des bébés, il nous est demandé d'évaluer les causes de la violence, la qualité des relations parents-enfant, particulièrement mère-bébé pour permettre au magistrat de statuer sur le devenir du mineur. Pour réaliser cet objectif, nous utilisons surtout l'observation des interactions mère-bébé inspirée de la méthode d'Ester Bick, dans le lieu où réside le bébé. Cette méthode d'investigation très rigoureuse ne peut s'appliquer dans son intégralité. Nous l'avons adaptée, à ces situations. Ces observations sont centrées sur des soins donnés par la mère au bébé. Cette technique n'a pu être appliquée que dans les pouponnières, et à domicile.

Dans les cas d'abus sexuels, nous travaillons particulièrement avec le mineur victime et la mère. Pour appréhender la dynamique familiale nous rencontrons le père, en milieu carcéral durant le temps de l'investigation. La technique employée est l'entretien clinique. Les intéressés sont reçus individuellement, puis progressivement en famille, ceci afin de médiatiser les conflits intra-familiaux.

Dans les deux cas (AEMO et IOE), le premier temps est un temps d'investigation donnant lieu à un bilan d'évaluation qui est transmis au juge des enfants pour prendre une décision. La mesure d'IOE peut se transformer ensuite en un suivi en AEMO associé à un soutien psychologique. Dans ce soutien, nous prenons en compte bien évidemment, la relation transférentielle et contre-transférentielle chez les intervenants. Ces soutiens peuvent prendre une valeur thérapeutique à travers la "loi". Cependant lorsqu'une demande de thérapie voire d'analyse naît de la part des parents, les patients sont orientés vers un thérapeute hors du milieu judiciaire. Ceci afin de dissocier la prise en charge judiciaire associée à l'enfant réel et induit la notion de "contrainte", de l'infans parental et de la réalité psychique parentale dont l'échéance de la prise en charge thérapeutique ne peut se définir à partir du dysfonctionnement social.

II. L'Origine de la violence intra-familiale à travers deux cas cliniques

a) le cas de Madame C

Une ordonnance d'IOE nous est adressée pour V, le fils de Mme C, âgé de trois mois,

placé à la pouponnière en vue d'un placement familial, pour évaluer les qualités relationnelles mère-bébé avant d'entériner ce projet.

Mme C, d'origine française, âgée de 20 ans, était hébergée durant sa grossesse et après la naissance de son bébé dans un centre maternel.

Ces relations avec son bébé ont inspiré à l'équipe une grande inquiétude. Une suspicion de maltraitance conduit l'équipe à effectuer un signalement au juge des enfants, demandant le placement du bébé à la pouponnière. Les signes observés sont:

- une inadéquation entre les besoins du bébé et les réponses apportées par la mère, - une relation intrusive avec le bébé,
- la mère agressait le bébé en donnant des coups de pieds dans le berceau,
- des hallucinations visuelles de la mère qui voyait le visage de son bébé se transformer en animal,
- au 15ème jour après la naissance, la mère a présenté une paralysie totale du bras droit pendant une journée. Cette paralysie a été interprétée par l'équipe comme un refus de porter le bébé. La mère a été adressée en urgence à un psychiatre psychothérapeute de secteur.

Le diagnostic d'une structure psychotique chez la mère mettant en danger le bébé, a été évoqué par l'équipe pour justifier le retrait de l'enfant.

Notre première rencontre avec Mme C a lieu à notre service. Mme C est une jeune femme dépressive. Elle nous agresse d'emblée. Nous sommes identifiés au juge qui lui a pris son bébé. Elle ne veut rien attendre de nous dit-elle. Elle vit ce placement comme une injustice. Nous tentons de gagner sa confiance en lui expliquant que cette décision de placement de 6 mois, comme la mesure seront réexaminées par le juge à cette échéance. Depuis le placement du bébé, elle vit dans un foyer de jeunes travailleurs. Elle effectue des emplois intérimaires Avec cet argent, elle comble son bébé de vêtements prestigieux.

Elle dit vivre seule. Le père du bébé, un antillais, l'a abandonnée à la fin de sa grossesse. Elle a rompu avec ses parents depuis quelques temps. Son isolement affectif est manifeste. Elle est déprimée et ne peut retenir ses larmes. Elle ne peut poursuivre l'entretien. Nous lui expliquons notre méthode de travail pour lui présenter l'observation mère-bébé à la pouponnière. Elle répond: "je n'ai pas le

choix". L'effet de contrainte que représente la mesure est verbalisée.

Avec l'éducateur homme, elle sera provocante, voire méprisante.

Entre-temps nous avons appris par la pouponnière qu'elle est envahissante. Elle use de son droit de visite non limité pour s'installer à la pouponnière. Elle apporte tout à son enfant jusqu'au savon de toilette. Elle agresse l'auxiliaire référente de l'enfant. L'équipe ne sait comment lui signifier les "limites". Cette attitude montre à quel point, l'enfant est non différencié de la mère, et comble le vide affectif de celle-ci.

Pour protéger la place de l'enfant réel, en tant que sujet désirant et l'espace de la pouponnière comme un espace transitionnel dans la séparation mère-bébé au sens où D. Winnicott (1969) l'entend, nous demandons au magistrat de lui mettre des limites en réglementant son droit de visite.

Le fait de constater que sa souffrance soit entendue en même temps que celle de son bébé dans cette décision que prend le juge, elle accepta cette limite non comme une répression mais comme une "protection" pour elle-même et l'enfant. L'infans maternel projeté sur l'enfant réel, annulant celui-ci dans sa position de sujet fut pris en compte par le magistrat. Ainsi le transfert négatif massif sur le magistrat et sur nous, se modifie progressivement grâce au travail de collaboration entre les équipes et le magistrat.

Cette phrase illustre ce propos: "j'avais tellement peur, devant le cabinet du juge malgré toute l'assurance que vous m'avez donnée. Je n'en revenais pas que ça s'est bien passé..." Cette limite lui permit de ne plus s'installer à la pouponnière mais de s'investir en cherchant une formation, un emploi, un logement. Le rendez-vous au cabinet du juge a fait naître un espoir chez cette mère isolée. Cependant lors de la première observation mère-bébé à la pouponnière, centrée sur l'alimentation, le change et l'endormissement nous apprenons qu'elle a encore du mal à respecter les contraintes institutionnelles. Elle continue à les transgresser. Soutenue par le magistrat, l'institution rappelle "la loi" du juge dans sa fonction de limite pour protéger la place de l'enfant. Ce qu'elle accepte, cette fois, sans agressivité. Car l'équipe, en nous offrant

la possibilité d'effectuer les observations mère-bébé, a été perçue par elle comme non persécutrice à son égard mais comme des "aidants". Par la concrétisation des moyens mis en oeuvre par la prise en charge, un sentiment de confiance naît chez elle.

V est un beau bébé qui se développe bien. Il est un peu pataud et paresseux ajoute l'auxiliaire. Il a tendance à rester immobile, malgré les sollicitations de l'adulte ou des autres enfants. Il est pourtant éveillé et n'inspire pas d'inquiétude particulière, quant à ses capacités relationnelles. C'est un "bébé chosifié".

Au cours de notre observation, la mère arrache le bébé des bras de l'auxiliaire, elle l'embrasse en le mordillant avec avidité comme pour le dévorer. Elle le serre contre elle puis elle s'installe sur le tapis, par terre avec l'enfant en nous tournant le dos. Lové dans ses bras, se laissant porter de tout son poids, le bébé boit un biberon qu'elle lui donne.

Il fait le "poids" dit la mère. C'est aussi un "poids" pour elle, pensais-je. Quel lien peut-on faire entre sa paralysie du bras droit après la naissance et du poids du bébé évoqué? A-t-elle manifesté par cette paralysie sa peur de ne pas être à la hauteur de ses responsabilités maternelles?

En nous tournant le dos durant le temps d'alimentation, elle nous empêche de s'introduire entre elle et le bébé. Elle commente: "qu'est-ce qu'on est bien ainsi" comme pour exprimer son envie d'être à la place du bébé. V est calme et s'endort paisiblement. Au réveil, elle

le change. Elle accepte cette fois de nous introduire dans cette deuxième partie de l'observation.. Elle profite du corps nu du bébé pour le surstimuler (par des gestes de pétrissage, des caresses, une façon de mordiller le bébé...). L'enfant lutte contre ces excitations en s'agitant. Elle lui parle, et lorsqu'il ouvre la bouche pour l'imiter, elle lui met la tétine dans la bouche. Identifiée à ce bébé en souffrance je lui signifie quand même que V semble ne pas apprécier ce qu'elle lui fait. Elle entend la remarque mais ne dit rien. A la fin de la séance elle remet le bébé à l'auxiliaire agressivement en accusant V de l'abandonner. Son ambivalence est extrême à l'égard de ce bébé

“ J'avais tellement peur, devant le cabinet du juge malgré toute l'assurance que vous m'avez donnée. Je n'en revenais pas que ça s'est bien passé...”

qui reçoit toutes ses projections.

Ce travail s'effectuait avec la collaboration de la psychologue de la pouponnière qui soutenait cette relation difficile mère-bébé.

Intelligente et ayant la volonté de se sortir de sa situation, Mme C reprend avec nous dans le soutien psychologique individuel, la remarque que nous lui avons faite lors de l'observation. Elle est déprimée, elle pleure. Elle craint malgré tout qu'à cause de ce comportement intrusif à l'égard du bébé que le juge place définitivement son bébé.

Ne se sentant pas jugée par nous, mais en empathie avec le "petit enfant" en elle qui souffre, elle se montre accessible, alors je lui dit qu'il me semble qu'elle a eu une enfance difficile. Elle sanglote et nous confie qu'elle n'a pas envie de répéter son histoire.

Nous apprendrons qu'elle fut placée chez une nourrice à l'âge d'un an parce que sa mère ne supportait plus ses pleurs. "Le poids du bébé" évoqué lors de l'observation semble être par identification à ce qu'elle fut pour sa mère. Elle n'était visitée que par sa grand-mère régulièrement. Sa mère la prenait en week-end, une fois tous les 15 jours. Elle est retournée vivre chez ses parents à l'âge de 6 ans. Le conflit de couple important fit que ces derniers l'oubliaient souvent "j'étais la première à arriver à l'école et la dernière à partir" dit-elle. Ce délaissement parental fut associé à l'âge de 7 ans à un viol par son père et quatre copains de ce dernier pour se venger de la mère qui souhaitait divorcer. A partir de ce moment là, elle fit des "crises de tétanie importante" suivies de paralysie.

Lors du divorce de ses parents, elle a 10 ans. Confiée à sa mère, elle est toujours délaissée. Elle fit plusieurs tentatives de suicide et ne reçut aucune aide. Elle a suivi sa scolarité et a obtenu son BEP à 17 ans et est partie du domicile. Livrée à elle même elle a recommencé ses tentatives de suicide. A 19 ans, elle resta plusieurs jours dans le coma après une des tentatives de suicide. Elle réalisa peut être qu'elle avait frôlé la mort et cessa ces passages à l'acte. Elle s'est faite faire un enfant. Cet enfant de sexe masculin semble avoir réveillé chez elle le traumatisme du viol. La paralysie du côté droit (non seulement du bras droit comme nous l'avons appris), semble avoir un lien avec ce traumatisme. Les

hallucinations visuelles où elle voyait le visage de l'enfant se transformer en animal, décrites par l'équipe du centre maternel et qui n'ont jamais été constatées par nous et l'équipe de la pouponnière, peuvent aussi avoir un lien avec ce traumatisme.

Mme C, présente une carence affective importante, une immaturité et une profonde dépression camouflée par un comportement de persécution.

Cet enfant réel, objet de ses projections, est en même temps son propre reflet, venant lui confirmer son existence de sujet "j'ai besoin de lui pour vivre- si je ne l'ai pas je n'ai plus de

raison de vivre", dit-elle. Ce comportement se retrouve chez la plupart des parents maltraitants précisent M. Rouyer et M. Drouet (1986).

Identifiée à ce dernier elle fait de lui son prolongement, annulant la place de sujet de l'enfant réel. Il est "l'infans" maternel et elle est la (sa) mère, où le (son) père, maltraitant. Le mécanisme à l'oeuvre chez elle est celui de l'identification projective au sens où M. Klein l'entend.

La répétition est en cours. Comment rompre la chaîne de répétition de cette transmission transgénérationnelle ? C'est une question qu'elle pose et à laquelle elle et nous avons eu envie d'y répondre.

Mme C accepte la poursuite des observations à la pouponnière. Elle nous intègre comme "tiers", mais aussi dans une fonction contenant pour elle. Les contenus de l'observation ainsi que ses relations avec les différents intervenants sont repris dans les soutiens psychologiques individuels. Elle peut progressivement, grâce à sa capacité "d'insight" faire profiter à son bébé d'une relation plus adaptée. Les auxiliaires ne sont plus des rivales, mais des substituts parentaux auprès de qui elle s'enquiert d'un savoir faire maternel, tout en respectant l'espace de l'enfant. La "fonction de tiers", que nous assumons dans ces observations lui a permis de solliciter le père géniteur dans sa place, façon de réintégrer ce dernier dans la conception, car elle savait qu'elle ne pouvait rien attendre de ce dernier au niveau d'une prise de conscience de ses responsabilités. Il n'est pas venu au rendez-vous. Elle cesse progressivement de "chosifier" son fils, mais s'autorise, par identification à son bébé, à

J'ai besoin de lui
pour vivre- si je ne
l'ai pas je n'ai
plus de raison
de vivre, dit-
elle

”

régresser à la pouponnière. Lors des visites, elle fait la sieste avec son bébé. Ce que l'équipe a toléré, dans la cohérence du travail que nous faisons ensemble. A partir de ce moment, elle a pu parler des besoins de l'enfant réel et d'avoir des réponses adaptées par rapport au bébé.

L'infans maternel n'est plus projeté sur l'enfant réel, mais elle assume par la régression un désir de se réparer, sans se servir massivement de l'enfant. Pour permettre la continuité de ce travail, le placement de l'enfant est prolongé au delà des 6 mois, et l'ordonnance d'IOE est transformée en AEMO. Lors de l'audience chez le magistrat pour ces modifications, elle voulait reprendre le bébé.

Le juge la gratifie en reconnaissant son évolution positive, en lui accorde un droit d'hébergement en lui signifiant que ce retour lui paraît trop tôt pour l'instant. Elle a du mal dans un premier temps à accepter. Puis elle reconnaît la nécessité de cette prolongation du placement. Le droit d'hébergement a permis, à sa demande, d'effectuer l'observation à son domicile. Car entre temps, elle avait trouvé un logement.

Cet accompagnement a pu se faire grâce à la relation de confiance établie entre elle et nous. La nécessité d'avoir un "tiers" dans les soins avec l'enfant, l'a conduit à utiliser, dans un premier temps, une amie comme aidante ou encore notre absence dans cette fonction en nous faisant part, par écrit, du déroulement de certaines situations difficiles avec l'enfant, notamment les repas. Elle remet en question ses comportements impulsifs face à l'enfant exigeant comme peut l'être l'enfant maltraité. Dans ces gestes et paroles impulsifs, il s'agit plutôt d'une maltraitance psychologique. L'enfant n'a jamais été physiquement maltraité.

Elle l'associe avec l'enfant délaissé exigeant qu'elle fut, et son impuissance face à ses parents maltraitants. Elle décrit aussi les situations imprévues et les réponses qu'elle a faites en nous demandant des conseils. Tout comme elle se réfère à l'équipe de la pouponnière pour des conseils. Pourquoi a-t-elle tant besoin d'un tiers ? Est-ce que ce tiers lui permet de contrôler ses projections mortifères sur cet enfant ? Sans retracer la situation, nous allons résumer son évolution.

Mme C a continué à nous rencontrer en soutien individuel. Au cours de ce soutien, elle nous dira: "j'ai grandi depuis". Parallèlement elle ne régresse plus à la pouponnière. Ce travail a fait naître chez elle un désir d'effec-

tuer une thérapie analytique. Elle a repris contact avec le psychiatre-psychothérapeute qu'elle avait connu, pour le consulter en privé. Nous avons poursuivi parallèlement nos observations mère-enfant. La psychologue de la pouponnière suivait le développement du nourrisson qui s'est développé harmonieusement. A 2 ans, V retourne vivre chez sa mère. Entre temps Mme C s'est stabilisée dans un emploi fixe. Son ami, qui devient plus tard son mari, l'a rejoint, V va à la crèche du quartier accompagné tantôt de l'un ou de l'autre parent. Nous avons accompagné encore la famille pendant une année après le retour de l'enfant au domicile. La mère de Mme C a repris contact avec sa fille. Mme C a pu imposer son fils métis à sa mère ainsi ce qu'elle est.

Les carences affectives liées à une séparation précoce d'avec la mère, séparation associée à un rejet maternel, sont à l'origine de l'immaturité de Mme C.

Cette maltraitance psychologique maternelle se poursuit par le viol du père et des copains de celui-ci. Il n'est pas rare de constater dans les cas suivis que la maltraitance physique ou psychologique de la mère à l'égard du bébé fille se termine par un inceste père-fille. Il n'est pas rare non plus que le signalement pour la maltraitance recouvre des secrets de viol concernant la mère et qui n'ont pas été punis par la loi. Ces mêmes cas de figure se retrouvent dans les familles migrantes. Ce que nous allons examiner dans une famille marocaine.

b) La famille S

La famille S est un couple âgé de 35-38 ans. Ils vivent en France depuis 15 ans environ. Ils ont deux enfants: l'aînée âgée de 6 ans et un fils de 18 mois, signalé par la crèche pour suspicion de maltraitance. Cet enfant arrivait avec des traces de brûlures de chauffage, de cigarettes. Au moment du signalement, Mme S dépressive, suivie depuis trois ans par un service de psychiatrie adulte attend un autre enfant. Mr. S, reconnu depuis 4 ans comme psychotique, suit un traitement psychiatrique ambulatoire.

La famille est connue et suivie par les services sociaux depuis la naissance de l'aînée. Elle vit dans un logement de 20m². Mme S dérouté les intervenants, car elle ne parle pas. Les intervenants nous conseillent d'aller "voir" le logement. Cette insistance non justifiée semble plutôt recouvrir un caractère de "voyeurisme". Or il est difficile de s'imposer

La fonction symbolique de la loi...

pour "voir" le logement dans la mesure où la famille vient à tous nos rendez-vous. Plus tard nous apprendrons par Mme qu'elle nous a maintenus à l'écart du domicile parce qu'elle avait honte de nous montrer son logement.

Les deux époux travaillent. Mr. est islamique, Mme est convertie au christianisme. Cette transgression culturelle nous questionne. Mme est née après un frère décédé. Elle a été placée ensuite chez un oncle paternel à l'âge de 5 ans. Elle n'a jamais su pourquoi elle fut placée. Mme est très dépressive, incontinente et expose ses enfants au danger. Une certaine violence fortement réprimée l'habite et semble se manifester ainsi. Mr est le dernier-né d'une grande fratrie.

Ils n'ont pas confiance dans la médecine occidentale et ont consulté des "taleb" (thérapeutes traditionnels). Cependant, Mme dit ne pas croire à l'interprétation de leur maladie par le taleb qui a évoqué la jalousie de la famille à leur égard comme responsable de leur état.

L'acculturation de cette famille qui vit dans la transgression de la loi culturelle du pays d'origine, et de celle du pays d'accueil nous a conduit à intégrer un éducateur maghrébin.

Mme est réticente à cette idée. La fille aînée est provocante avec celui-ci. L'éducateur est ridiculisé comme le père "malade mental". La fille aînée adopte un comportement d'adulte à l'égard de son éducateur. Elle inverse les rôles comme elle a l'habitude de le faire chez elle. Elle est l'enfant parentifiée qui contient la mère dépressive et protège sa fratrie à l'égard du père malade. Elle rejette l'éducateur et son pays (le Maroc). Par l'intermédiaire de l'aide scolaire, des activités de loisirs, elle va progressivement retrouver sa place d'enfant. Les parents vont modifier leur comportement à son égard pour s'identifier à l'éducateur en place d'adulte.

Par l'intermédiaire des contes kabyles et arabes, son éducateur lui fait redécouvrir sa culture, son pays. Elle va se mettre à s'intéresser à son pays et à s'aimer, et aimer les siens. Plus tard, elle se rendra en vacances dans son pays.

Le suivi psychologique s'est opéré par la

personne interposée du travailleur social. Sa régression fut manifeste à un moment donné et contenue par sa mère qui elle se faisait contenir par la psychologue.

Le père, qui dans un premier temps a vécu le travailleur social comme un rival a été associé à l'action de celui-ci auprès de ses enfants. Il effectua les activités avec le travailleur social et ses enfants. Il reprit progressivement en charge ses responsabilités éducatives. Son humeur cyclique introduit encore quelque fois des ruptures dans toute action continue.

Quant aux autres enfants ils ont bénéficié du soutien éducatif et psychologique très précocement. Le jeune garçon maltraité identifié au père malade a pu être décollé de cette place par l'action du travailleur social dans la dynamique familiale. Il a pu s'identifier au travailleur social et puis à son père. Dans cette famille acculturée, le père souhaitait effectuer la circoncision du fils. Ce rite méprisé par la mère, et qui ne repose sur aucune croyance, a été vécu comme une menace pour l'enfant. L'angoisse de castration emprunta une valeur réelle pour s'exprimer par une incontinence diurne chez l'enfant qui était propre.

Devant ce symptôme la mère nous sollicite. Nous la recevons avec l'enfant âgé de deux ans

et demi Au moment où la mère évoque ce désir du père de faire circoncire l'enfant, ce dernier n'a pu se retenir et urine dans le bureau. Ce symptôme réactionnel à ce rite, vécu comme un acte opérateur castrateur, avait pour but de procurer à l'enfant une réassurance narcissique.

Par l'intermédiaire des contes kabyles et arabes, son éducateur lui fait redécouvrir sa culture, son pays. Elle va se mettre à s'intéresser à son pays et à s'aimer, et aimer les siens

”

Nous lui expliquons en quoi consiste ce rite et la croyance qui le sous-tend. Son éducateur le rassure en lui racontant le vécu de ce rite de passage obligé pour accéder au statut d'un homme dans la culture musulmane. De ce jour, il ne présentera plus ce symptôme. Les parents, surtout la mère ont pu modifier leur comportement par rapport à la culture. Toute la famille qui a renoué avec le pays d'origine a pu préparer l'enfant à cette fête familiale qui s'est déroulée un an après au pays.

C'est tout au long de ce travail d'inculturation de cette famille vivant dans la transgression culturelle que nous avons appris par Mme S qu'elle a été placée chez son oncle seulement de 5 à 7 ans. De 7 à 14 ans elle a été élevée par

un couple sans enfants, apparenté à la famille de cet oncle. Dès l'âge de 12 ans, le mari de ce couple a eu des attouchements réguliers avec elle. L'épouse du couple, s'étant rendue compte du problème, l'a remis à l'âge de 14 ans à son oncle paternel qui lui aussi a tenté d'abuser d'elle par deux fois. C'est par réaction contre ces "pratiquants islamiques" qui ont abusé d'elle, qu'elle s'est convertie au christianisme.

En apprenant ces tentatives de viols, nous avons compris pourquoi il était important que nous n'allions pas "violenter" l'espace du domicile en imposant nos visites non désirées par elle.

Après deux ans elle a pu obtenir un logement spacieux en faisant elle-même les démarches. Les enfants ont continué à bien évoluer à l'école sans poser des problèmes de comportement. Mr a continué son traitement. Mme a pu tout à fait contenir ses enfants. Elle a effectué une thérapie individuelle. Le couple a consulté par ailleurs un ethno-psychothérapeute maghrébin.

Dans ces deux cas, les causes de la violence intra-familiale trouvent leur origine dans la répétition de la violence que le parent maltraitant a vécue dans son enfance.

Toutes les recherches développées par P. Strauss et M. Manciaux (1982) en France, Ch. Kempe (1977) aux USA, D. Girodet (1973), M. Rouyer M. Drouet (1986) et bien d'autres concernant la maltraitance confirment la transmission transgénérationnelle de la violence.

Cependant, certains enfants sont plus la cible des parents que d'autres, comme les prématurés. Il est à noter que le contexte familial peut aussi raviver la vulnérabilité psychologique de ces parents martyrisés dans leur enfance.

Dans les deux cas les deux mères maltraitantes ont été séduites, voire abusées dans leur enfance. Identifiées à la transgression, (victime de l'inceste) elles ont du mal à se soumettre aux contraintes sociales et culturelles. Le non respect de l'enfant "incesté" ou "séduit" se traduit par une difficulté à assumer "sa place" dans le rapport à l'autre tant le problème de l'altérité fait défaut dans la construction de soi.

III. La fonction symbolique de la loi dans une pratique clinique judiciaire.

Pour démontrer cette fonction, nous allons d'abord préciser l'impact du traumatisme sur le développement psychique pour mieux com-

prendre le fonctionnement des sujets violentés. Selon S. Ferenczi (1932), dans son article "Confusion de langue entre les adultes et l'enfant" nous dit que *"les enfants abusés sexuellement ne peuvent plus se défendre par rapport à l'agresseur tellement que cette réaction de défense est inhibée par une peur intense. Cette peur lorsqu'elle atteint son point culminant les oblige à se soumettre automatiquement à la volonté de l'agresseur à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement, et à s'identifier totalement à l'agresseur"* (p.130). Cette attitude se répétait dans la relation des deux mères par rapport à l'homme (violence physique ou verbale). *"L'enfant abusé introjecte par identification l'agresseur et de ce fait celui-ci disparaît en tant que réalité externe et devient intra-psychique. Ce qui est intra-psychique est soumis à un état proche du rêve et peut selon le principe de plaisir décrit par S. Freud (1920) être transformé sous forme d'hallucination positive ou négative"*.

L'enfant peut continuer sa relation de tendresse antérieure avec l'agresseur précise S. Ferenczi. Cependant, une modification s'opère dans l'esprit de l'enfant, qui par identification avec l'agresseur anxieux, introjecte le **sentiment de culpabilité de l'agresseur**. L'enfant devient le porteur de la culpabilité de l'agresseur. Par ailleurs, le comportement de l'agresseur peut aggraver cette culpabilité en annulant les effets de ses actes.

À l'âge adulte on aboutit à une personnalité faite uniquement de ça et de surmoi avec une absence de réaction au déplaisir. Le système de plaisir-déplaisir est quasi inversé précise S. Ferenczi (1932). Ce que nous avons constaté chez les deux mères qui recherchaient inconsciemment ce type de relation avec leur partenaire.

Dans les cas cités, elles ont été abusées en tant qu'enfant. L'interdit de l'inceste qui doit rester un fantasme et non devenir réalité a été réalisé pour elles. Ce télescopage entre fantasme et réalité correspond à ce que M. Chasseguet - Smirgel (1974) appelle "le meurtre de la réalité".

Au cours du stade de l'amour objectal passif ou stade de la tendresse décrit par S. Freud, S. Ferenczi (1932) précise que si on impose à l'enfant des formes d'amour passionnel, truffé de sentiment de culpabilité, la conséquence qui en résulte ne peut être qu'une confusion de langue entre l'adulte et l'enfant. Cette confusion s'est réactualisée dans la difficulté des deux mères à occuper leur place d'adulte par rapport à leur enfant dans le

respect de la différence de génération. Et c'est grâce à l'aveu de ce secret que la prise de conscience de l'interdit de l'inceste a pu leur permettre de retrouver progressivement cette place.

Dans les cas cités, leur agresseur à qui elles se sont identifiées n'ont pas été reconnus coupables par la loi sociale. Le sentiment de culpabilité intériorisé à la place de l'agresseur a été légitimé. Cette culpabilité inconsciente ne peut que s'actualiser dans la répétition pour obtenir la punition tant attendue dans l'enfance. En place du parent maltraitant, elles

assument la position de l'agresseur dont elles ont été victimes dans leur enfance. L'enfant réel n'est que par identification projective l'infans parental. Si la loi sociale (pénale) ne peut faire autrement que sanctionner l'adulte maltraitant pour signifier "l'interdit" dans la réalité, la loi de la protection de l'enfance en danger représentée par le juge pour enfant ne peut s'arrêter qu'à la sanction pénale, si elle souhaite être restructurante pour la famille. Si toutefois elle continue à prolonger l'action pénale, en se voulant punitive pour le parent maltraitant, elle légitime la culpabilité inconsciente développée dans l'enfance et l'infans parental recevrait la punition tant attendue.

C'est à partir d'une réflexion menée depuis une dizaine d'années dans une des équipes de notre service, qu'un cadre d'une approche de la clinique judiciaire a été mise en place, à partir de l'hypothèse suivante : "la confrontation à la loi réelle de toute famille, reposant sur l'idée d'une transgression sociale, culturelle, recouvre une culpabilité inconsciente plus enfouie de l'enfance".

Ce cadre permet aux magistrats pour enfants de pouvoir se situer dans une relation d'alliance thérapeutique en ponctuant non seulement, lorsqu'ils reçoivent le ou les parents maltraitants, ou abuseur, "l'interdit" mais en se démarquant de la sanction pénale pour assurer tant à l'enfant réel qu'à l'infans parental une protection. Cette protection de l'enfance dont ils n'ont pas pu bénéficier dans leur enfance leur offre une possibilité de réparation. Ce désir de vouloir réparer qui ponctue le discours du magistrat permet que la loi réelle ne s'identifie pas au surmoi sadique de

leur agresseur, et intériorisé par eux. En ce sens, elle peut jouer cette fonction de tiers efficace dans l'interaction mère-enfant, parents-enfant. Cette efficacité ne peut s'obtenir qu'à condition que chacun des intervenants de cette alliance thérapeutique reste à sa place.

Le juge doit rester garant de l'ordre social, du monde (signifier l'interdit du désir de meurtre sur enfant, de l'inceste, et respect de la différence des sexes et de génération) sans se substituer à l'éducateur ou au psychologue. Inversement le psychologue ou l'éducateur ne peut être efficace que s'il ne se substitue pas au

magistrat. Si toutefois cela se produisait, le parent et l'enfant retrouveraient dans cette rivalité la "place d'objet" de projections parentales qu'ils ont et ont eu dans leur histoire.

La loi du juge, supportée par les équipes intervenantes fait

"limite" dans la relation parents-enfant. Ce "tiers" limitatif travaille la séparation de l'enfant réel de l'infans parental. Les deux cas sont assez illustratifs. Dans le premier cas le travail de séparation est passé par une séparation mère-enfant. La pouponnière, espace de l'enfant réel, a fonctionné comme un espace métaphorique, assurant à chacun (mère et enfant) une individuation.

L'identification projective à l'enfant a favorisé chez la mère les projections de sa souffrance; les effets produits étaient riches de sens et la mise en mots dans les entretiens individuels, lui a permis d'intégrer la notion de séparation, renonçant progressivement au sentiment de complétude dans le collage à l'enfant et acceptant son absence. La double fonction de la pouponnière qui a assuré le rôle d'un contenant maternel pour la mère, lui permettant de régresser, sans pour autant négliger l'enfant réel, a beaucoup contribué à l'évolution de cette mère.

La loi supportée par le juge, rappelée dans la réalité (dans la décision de placement, dans les limites du droit de visite et d'hébergement, pour Mme C) et son acceptation par le sujet rend autonome la personne comme sujet de langage.

Dans le cas de la famille S, la loi du pays d'accueil a pris en compte les normes culturelles du pays d'origine pour mieux garantir la place de chacun des sujets dans cette famille

“ La confrontation à la loi réelle de toute famille, reposant sur l'idée d'une transgression sociale, culturelle, recouvre une culpabilité inconsciente plus enfouie de l'enfance

confuse. La fonction du "tiers" de la loi du pays d'accueil a utilisé comme support la loi culturelle visant aux mêmes buts: garantir l'ordre social tel que l'interdit de meurtre sur enfant et de l'inceste et le respect de la différence des sexes et de génération.

Ce travail n'a pu être opéré sur le plan de l'efficacité symbolique que grâce à une prise en charge ethnopsychologique avec une perspective "d'inculturation" au sens où l'entend M. Mead (1930). C'est par la prise en compte de la logique culturelle que nous avons pu permettre à cette famille acculturée "désaffiliée" de renouer avec sa culture pour se réinscrire dans sa filiation d'appartenance, et inscrire par la même occasion leurs enfants dans leur filiation bilatérale. Les réaménagements psychiques de chacun des sujets se sont opérés par l'intermédiaire des effets produits par l'inculturation, en référence avec l'histoire personnelle de chacun d'eux.

Si la forme de travail varie dans les deux cas, les buts visés sont les mêmes parce qu'il s'agit d'une problématique commune. Car dans les deux cas, la maltraitance pose le problème de la relation d'altérité qui fait défaut. L'enfant maltraité n'est pas sujet mais supporte l'épreuve de l'altérité qui fait défaut chez le parent maltraitant. L'enfant confronte dans ces deux cas l'adulte au sentiment d'inquiétante étrangeté au sens où S. Freud (1919) l'entend. Il devient objet de projections parentales, donc un persécuteur. Dans les deux cas des deux mères abusées ont maltraité des garçons; l'enfant mâle a ravivé le traumatisme vécu. Par l'annulation de la place de sujet de l'enfant, la mère opère une rupture inconsciente dans la filiation de cet enfant. Ainsi réaménagé, dans le cadre de la loi la place de l'enfant en tant que sujet tout en travaillant sur l'histoire familiale favorise la réaffiliation de l'enfant et son inscription dans la généalogie.

Conclusion

Nous avons tenté à travers deux cas de repérer les causes de la violence intra-familiale et de démontrer dans une pratique clinique judiciaire, la fonction symbolique de la loi, de

la protection de l'enfance en danger incarnée par le juge pour enfants.

Pour clôturer ce travail, nous allons analyser les phénomènes de transfert et de contre-transfert que peuvent induire ces sujets.

Les parents maltraitants ou abuseurs sont très mal supportés par les intervenants sociaux, les prisonniers lorsqu'ils sont en prison. Ces phénomènes transférentiels et contre-transférentiels dans la relation avec ces sujets doivent être analysés pour ne pas contaminer l'alliance thérapeutique. Il est probable, qu'ils réveillent les pulsions les plus archaïques en nous et qu'il nous faut prendre conscience. Car la surprotection de l'enfant violenté en réaction aux parents violents nous conduit à nous situer comme "bons parents" ou "Bonne Mère". Si une institution chargée

Dans la clinique judiciaire une alliance thérapeutique ne peut être efficace que si chacun des partenaires ne devient pas le "surmoi" de l'autre ravivant les imagos parentales intériorisées

”

de la prise en charge de ces cas se situe ainsi elle fait échec à la fonction du tiers. Son rôle serait l'équivalent d'une loi paternelle vécue comme défaillante, réactionnelle aux désirs d'infanticide refoulées comme le souligne G. Poussin (1982). La fonction

du mandat judiciaire serait dans ce cas associée à une mère phallique.

On constate également que lorsque la maltraitance ou l'abus sexuel est associé à des conditions socio-économiques défavorisées, le ou les parents se positionne(ent) comme victime de la société pour se faire excuser. Si la mesure d'AEMO ou d'IOE est à dominante uniquement socio-éducative, le travailleur social cultivera par les aides financières, matérielles dans la bonne relation recherchée "l'amour de transfert" au sens où S. Ferenczi (1932) l'entend. Dans ce cas, la position passive qu'à vécue le parent en tant qu'enfant maltraité, ou abusé se trouve confortée par une répétition sociale. Il est important que ces situations soient prises en compte par les institutions dans un projet psychoéducatif afin d'éviter ces passages à l'acte.

La problématique des familles migrantes qui confrontent les intervenants à la différence peut induire différents comportements. On observe soit un "paternalisme" ou un "maternage" des parents plus accentué, ce qui contribue d'une part à l'acculturation et à l'annulation de l'autre en tant que sujet.

L'acculturation va contribuer à favoriser la désaffiliation dans la famille acculturée qui sera étrangère à leur famille d'origine et à leur pays. Par ailleurs la tentative d'annulation de l'autre par la relation d'emprise créée quelque soit sa forme, y compris par une fascination pour le "culturalisme" peut être un moyen inconscient pour les intervenants de maîtriser leur sentiment d'inquiétante étrangeté par la confrontation avec l'étranger et la différence. Or la première différence reconnue inhérente à l'humanité, c'est la différence des sexes précise S. Freud (1919). Ainsi la confrontation culturelle nous met plus que jamais à l'épreuve de l'altérité. En ce sens il y a lieu d'analyser les transferts et les contre-transferts dans ces prises en charges pour ne pas cultiver une relation aliénante inefficace.

D'une manière générale dans la clinique judiciaire une alliance thérapeutique ne peut être efficace que si chacun des partenaires ne devient pas le "surmoi" de l'autre ravivant les imagos parentales intériorisées. Ces transferts peuvent contaminer cette alliance et la rendre inopérante.

BIBLIOGRAPHIE

- BICK, E, (1964): "Notes on infant observation in psychoanalytic training" in *Intern. jour. psychoan* 45, pp: 558-566
- BOCCARA, C, (1988): Entre réalité et imaginaire quelle loi ? in *Placement Familial - un acte thérapeutique ?* Journées d'étude du GRAPE décembre 1988: Ministère de la santé Paris pp.: 54-63
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J, (1974): *Les chemins de l'anti-oedipe* Toulouse: ed Privat.
- CRIVILLE, A, (1986): A corps et à cri - l'amour de la haine in *Nouvelle revue de Psychanalyse* N° 33, pp: 211-222.
- FERENCZI, S, (1932): Confusion de langue entre les adultes et l'enfant in *Psychanalyse II oeuvres complètes* T.F Paris: Payot, ed 1982 pp: 125-135.
- FREUD, S, (1913): Totem et Tabou TF Paris: Payot ed 1979.
- FREUD, S, (1919): Un enfant est battu. Contribution à la genèse de la connaissance des perversions sexuelles in *névrose Psychose et Perversion* TF Paris: PUF ed 1973 pp: 219-245.
- FREUD, S, (1920): Au delà du principe de plaisir, in *Essais de Psychanalyse* TF Paris: Payot, ed 1981 pp: 41-115.
- GIRODET, D, (1973): *Les jeunes enfants maltraités. Études médico-sociale de 110 observations hospitalières* Thèse de Médecine, Faculté de Médecine - Paris.
- GOVINDAMA, Y,(1988): La fonction symbolique du juge des enfants dans le placement in *Le placement familial- Un acte thérapeutique ?* - Journées d'étude du GRAPE 8-g-décembre 1988 au Ministère de la Santé - Paris pp: 6-80
- KEMPE, C H, (1977): *L'enfant battu et sa famille* - Paris: Fleurus
- KLEIN, M, et RIVIERE, J, (1937): *I 'amour et la haine* TF: Payot 1968
- KLEIN, M, (1947): *Essais de Psychanalyse* TF Derrida M, Paris: Payot 1968.
- KLEIN, M, (1966): *Développement de la Psychanalyse* TF Baranger - W, Paris: PUF 1966 pp: 187-300
- KREISLER,L, FAIN,M, SOULE, M, (1974):*L'enfant et son corps* Paris :PUF
- LECLAIRE, S, (1975): *On tue un enfant* Paris: Seuil
- POUSSIN, G, (1982): Petites fantasmagories de l'enfant placé ou les monstres salutaires in *Perspectives Psychiatriques* m N°87 et pp: 49-62.
- ROUYER, M, et DROUET, M, (1986): *L'enfant violenté - des mauvais traitements à l'inceste* Paris: Le Centurion
- STRAUSS, P, MANCIAUX, M et COLL (1982): *L'enfant maltraité* Paris: Fleurus
- WINNICOTT, D, (1 969): *De la pédiatrie à la Psychanalyse* Paris: Payot