

ESPOIRS ET LIMITES DE L'APPROCHE THERAPEUTIQUE DES FAMILLES MALTRAITANTES

Gérard SALEM¹, Nahum FRENCK²

articie paru sous forme de chapitre de livre dans les *Actes des Etats généraux de la maltraitance*, sous le thème général *Quels soins pour les familles maltraitantes ?* le 14 novembre 2003 à Lausanne.

Famille et maltraitance : un constat

Les violences domestiques sont aujourd'hui répandues et présentes dans toutes les couches sociales. Le phénomène n'est certes pas nouveau, il date même de l'Antiquité et il n'est pas certain qu'il ait augmenté. Nos sociétés contemporaines y sont sans doute plus attentives que par le passé et, fait significatif, osent en parler davantage et les dénoncer comme un fait inacceptable.

Par violences domestiques l'on entend toutes les formes d'abus de pouvoir exercé au sein de la famille. Elles comportent quatre formes de maltraitance, aujourd'hui clairement répertoriées : la maltraitance *physique*, les abus *sexuels*, la maltraitance *psychologique*, et les *négligences graves*. Un autre axe de classification prend en compte les catégories de victimes. Les mauvais traitements infligés aux *enfants* constituent un véritable fléau, identifié par toutes les nations. A cela s'ajoute la maltraitance perpétrée sur les *personnes âgées*, phénomène généralement sous-estimé, mais que l'on commence à mieux identifier. Enfin, il faut inclure dans la maltraitance intra-familiale les *violences conjugales*, mieux connues, de même que les mauvais traitements perpétrés sur les *membres handicapés* de la famille, sur les *personnes extérieures intégrées* à une famille (concept récent de « prothèse familiale »), et même sur les *animaux domestiques*.

Si l'on examine le « paysage » général de la maltraitance, divers indices montrent, depuis une quinzaine d'années déjà, que les signalements pour mauvais traitements sont en augmentation. Par exemple, les condamnations pour actes d'ordre sexuel sur des enfants ont passé dans

¹ Dr Gérard Salem, FMH psychiatrie & psychothérapie, Privat-Docent, Maître d'enseignement et de recherches à la faculté de médecine et de biologie de Lausanne, président de la CCMT (Commission consultative cantonale de prévention des mauvais traitements), spécialiste et enseignant en thérapie de famille, médecin directeur de la CIMI.

² Dr Nahum Frenck, FMH pédiatrie, président de l'AVDITS, spécialiste et enseignant en thérapie de famille, médecin directeur adjoint de la CIMI.

notre pays, de 1992 à 1997, de 263 à 320 cas (nouvel art.187 et ancien art.191 du CP) (Office Fédéral de la Statistique). De façon plus large, les condamnations pour délits contre l'intégrité sexuelle et infractions contre le patrimoine, ont passé de 1992 à 1997 de 712 à 986 cas (avec un abaissement intermédiaire à 540 cas en 1995)(Office Fédéral de la Statistique).

Toujours dans notre pays, une étude fouillée réalisée à l'échelle nationale a examiné l'incidence des divers types de mauvais traitements au sein de la famille (Rapport fédéral Enfance maltraitée, 1992). Les châtiments corporels sont encore couramment exercés, en dépit de tout ce que l'on sait aujourd'hui de la psychologie de l'enfant et des méfaits de ce qu'un auteur a appelé une « pédagogie noire » (Alice Miller, 1983).

Par exemple, environ 35% des parents dont un enfant au moins est âgé de moins de 16 ans reconnaissent avoir châtié physiquement leur enfant ; 25% des parents ayant un enfant âgé de moins de deux ans et demi déclarent l'avoir frappé ; 48% des parents d'enfants âgés de 2,5 à 4 ans indiquent avoir infligé une punition corporelle. Il ressort aussi de cette enquête que les enfants de 0 à 4 ans (qui sont les plus fragiles !), subissent *plus fréquemment* des châtiments corporels que les autres enfants plus âgés.

Une autre corrélation étudiée est le type de châtiment et sa fréquence : 19,61% des parents déclarent gifler leur enfant âgé de 0 à 2,5 ans de « rarement » à « très souvent » (ce qui correspond en 1992 à près de 40'000 bébés en Suisse); 14.19%, signalent que la fréquence d'administration de gifles au bébé se situe entre « parfois » à « très souvent » (près de 30'000 bébés) ; 11,03% reconnaissent donner des coups (plus de 20'000 bébés) ; et 2,44% indiquent qu'ils frappent le bébé avec un objet (environ 5'000 bébés). Il est consternant de constater que, chez les enfants de moins de 2,5 ans, le motif invoqué pour la punition corporelle est, dans 40,5% des cas, la « désobéissance ». Par méconnaissance de la psychologie du développement, des parents attendent manifestement que l'enfant fasse preuve d'une capacité d'adaptation, qu'à cet âge, il ne contrôle que fort peu ou pas.

Un autre point très important à prendre en compte en ce domaine est le phénomène de la transmission intergénérationnelle de la violence, que l'on

constate de façon réitérée lors des anamnèses recueillies lors de thérapies individuelles ou familiales. Une recherche focalisant sur ce thème avait exploré, déjà en 1983, auprès d'un collectif de recrues militaires, quels types de punitions ces soldats se souvenaient avoir subi et quels châtiments ces mêmes soldats seraient prêts à infliger à leurs enfants une fois devenus parents. Le tableau no1 résume les résultats de cette étude (in: Rapport fédéral Enfance maltraitée, 1992).

Tableau no1 : Disposition intergénérationnelle à répéter la maltraitance.

	% des recrues qui ont subi les punitions suivantes	% des recrues envisageant d'utiliser aussi ces punitions
Fessées (avec la main)	74%	55%
Tirer les cheveux	67%	44%
Coups (bâton ,autre instrument)	46%	15%
Gifles	72%	48%

Nous pouvons relever dans ce tableau le nombre préoccupant de ceux qui pensent devoir infliger des fessées avec la main et tirer les cheveux. Le nombre de ceux qui ont subi des châtiments corporels – de la gifle plus ou moins anodine aux coups à l'aide d'un instrument – est tout aussi préoccupant. Cette étude montre à l'évidence que la violence subie par les sujets d'une génération est susceptible de se reproduire envers les descendants.

Une autre enquête plus récente réalisée auprès des adolescents genevois montre qu'une fille sur trois et un garçon sur dix ont été victimes, au moins une fois avant la fin de leur scolarité obligatoire, d'actes à connotation sexuelle réalisés sous une forme ou une autre de contrainte. Pour environ un garçon sur 90 et une fille sur 18 ces actes sont d'une gravité certaine (au sens pénal au moins) puisqu'ils comprennent des rapports sexuels complets ou des actes de pénétration corporelle qui peuvent leur être assimilés (Halpérin & coll., 1996).

Une autre étude publiée il y a trois ans a tenté d'évaluer le nombre d'enfants mineurs maltraités repérés ou pris en charge en 1999 dans le canton de Vaud par divers types de professionnels, ceci sur une période de 3 mois, et de décrire le profil de ces mineurs. Sur 804 fiches, il a été possible de décrire la situation de 709 mineurs. Les résultats montrent que la maltraitance psychologique (ou cruauté mentale) représente plus du tiers

des situations repérées, celles de type physique ou sexuel environ un quart chacune, et la négligence 18% (Hofner & Ammann, 2001).

Le fait est troublant que le milieu familial occupe la consternante majorité des mauvais traitements infligés aux enfants (plus de 85%), comme le montre le tableau no2. Selon l'Observatoire national de l'Action Sociale, à Paris, sur 65'000 enfants en danger en France au cours de l'année 1995 (9'000 cas de plus qu'en 1994, soit une progression de 12%), les auteurs de sévices (violences physiques, abus sexuels, négligences lourdes et cruauté mentale) sont essentiellement de la proche famille (ODAS, 1996,2001).

Tableau no 2 : Répartition des auteurs de mauvais traitements sur les enfants.

AUTEURS	CATEGORIES	POURCENTAGE
ENTOURAGE		8,98%
	grds-par.mat.	1,35%
	grds-par.pat.	0,60%
	autres membres	3,44%
	ami de la famille	0,98%
	camarade	1,54%
	gardien / voisin	1,06%
FAMILLE PROCHE		85,73%
	Mère	30,41%
	Père	40,94%
	Mère+père	0,42%
	Frère/Sœur	2,26%
	Beau-père	10,05%
	Belle-mère	1,65%
PROFESSIONNELS	Enseignant, magistrat, médecin, psychologue, etc.	2,58%
NON DÉTERMINÉS		2,71%

Cette observation laisse supposer à première vue que la famille est devenue un « milieu à risque », et que ce sous-système social naturel, naguère très protégé, se délabre. Dans un tel contexte, l'affirmation de Balzac prétendant que la famille est la cellule de base de la société donne plus que jamais à réfléchir.

Causes possibles de la maltraitance intrafamiliale

Quelques tentatives d'analyse des causes générales de ce phénomène ont mis l'accent sur le nombre croissant des divorces (qui ont dépassé le seuil des 50% dans nos pays), sur l'émancipation de la femme (maîtrise de sa fécondité, accès au travail), sur les modifications structurelles des familles (monoparentales, recomposées, couples homosexuels), comme sur les pressions sociales et économiques (culte du profit et néolibéralisme euphorique avec inégalité des chances et compétition destructive), l'immaturation politique (multiplication des conflits selon la loi du plus fort et la loi du talion, avec les violences sociales qui en découlent), enfin sur le *Zeitgeist* et l'évolution des mentalités au cours de la deuxième moitié du XXe siècle (culte de l'individu au détriment des liens naturels, cultures « égoïstes », etc)(Ramonet, 1994 ; Bourdieu, 1999 ; Salem, 1999, 2000).

A ces diverses causes générales s'ajoutent des facteurs plus particuliers, liés le plus souvent à des mécanismes intrafamiliaux, qui ont fait l'objet de recherches assez avancées. Ces facteurs particuliers sont résumés dans le tableau no 3, présenté ci-après de façon la plus succincte possible.

Tableau no 3 : Facteurs de risque dans la maltraitance intrafamiliale.

In : G. Salem – *L'approche thérapeutique de la famille*, Ed. Masson, Paris, 2001.

MESENTENTE CONJUGALE DES PARENTS
(en particulier si violence présente dans le couple)

FILIATIONS MOINS ACCENTUEES
(éloignement ou absence d'un parent)

RELATIONS CONFUSES OU FLOUES
(mauvais démarcage intergénérationnel)

PATTERNS ET CYCLES REPETITIFS
(conduites maltraitantes répétées sur le plan intergénérationnel)

DESINVESTISSEMENT OU HYPERINVESTISSEMENT DE LA SPHERE INTIME
(négligences, carences, ou intrusion inadéquate dans l'intimité de l'enfant)

JEUX FAMILIAUX (cf Cirillo)
(incapacité parentale affichée, mauvais traitement du bouc-émissaire)

Conséquences de la maltraitance, moyens de la soigner et de la prévenir

Du point de vue de la médecine sociale et de la psychiatrie, les conséquences des mauvais traitements perpétrés à l'intérieur d'une famille ne sont pas seulement sociales et professionnelles. Leur impact traumatique et pathogène sur le plan physique et psychologique a été largement étudié, et il est avéré aujourd'hui que ces mauvais traitements jouent un rôle étiologique majeur dans les échecs scolaires, les troubles psychopathologiques et les troubles du comportement des enfants, et aussi dans les abus médicamenteux, la toxicomanie, l'alcoolisme et toutes les formes de conduites de dépendance chez les jeunes et les adultes, dans la délinquance et la prostitution, dans les troubles de la vie sexuelle, les troubles du développement psychoaffectif, les troubles de la personnalité, les conduites suicidaires, et enfin, phénomène spécifique, dans la transmission intergénérationnelle des comportements abusifs.

Un grand nombre de structures sociales, juridiques ou thérapeutiques ont été mises sur pied pour pallier la maltraitance : services de protection de la jeunesse, centres d'aide aux victimes (LAVI), services pédiatriques spécialisés dans la détection (CAN-TEAM), services médico-psychologiques spécialisés en victimologie et psycho-traumatismes, centres d'accueil pour femmes battues, etc. A ces services spécialisés s'ajoutent les efforts prodigués de façon générale par les offices médico-pédagogiques, les services pour adolescents, les services psychiatriques ambulatoires ou hospitaliers, les hôpitaux de jour, les centres spécialisés en thérapie du couple ou de la famille, les homes d'accueil et pensions, les services d'accompagnement à domicile, l'action éducative en milieu ouvert, etc. Toutes ces structures sont compétentes pour venir en aide à l'enfant maltraité, aux épouses et mères maltraitées, parfois même aux époux et pères violents. Cependant, elles sont le plus souvent insuffisamment coordonnées entre elles, ce qui diminue leur efficacité et leur effet préventif. Ce défaut est du reste souligné par un grand nombre de professionnels de terrain concernés par ces problèmes. En outre, aucune structure actuelle n'est spécialisée à la fois en thérapie systémique (traitement de la famille considérée globalement) et en thérapie spécifique de la maltraitance (approche qui constitue en soi une spécialité récente).

La plupart des travaux consacrés à la maltraitance intra-familiale montrent pourtant que l'évaluation de ces familles et les soins qu'elles nécessitent doivent prendre en compte *l'ensemble des membres*, et pas seulement une partie du système, pour obtenir des résultats fiables et éviter les récives. Il s'agit notamment d'examiner les membres de la famille non pas de façon individuelle seulement, mais *in praesentia* aussi, en confrontant les membres les uns aux autres (tout en prenant les précautions d'usage envers les membres les plus vulnérables). Cette marche à suivre reste valable aussi bien pour l'établissement d'une expertise que pour une thérapie destinée à changer les relations familiales. Or la plupart des structures médico-psychologiques actuelles procèdent en examinant les membres de la famille séparément ou en instituant des traitements individuels qui ne prennent pas en compte les interactions familiales ou le devenir des autres membres.

De fait, une *approche systémique* de la maltraitance s'avère non seulement très pertinente, mais indispensable à l'évaluation, aux soins et à la prévention, selon de nombreuses études contemporaines. Par ailleurs, donnée non négligeable du point de vue de la santé publique, elle est moins onéreuse pour la société qu'une approche centrée sur l'individu (victime ou abuseur).

Ces observations regroupent la nôtre comme celles de nombreux chercheurs de terrain et praticiens spécialisés en thérapie de famille (Masson O., 1981 ; Sabourin & coll., 1991 ; Barrett M.-J. & Trepper T.S., 1989 ; Cirillo S. & Di Blasio P., 1992 ; Boszormenyi-Nagy I. & Spark G.M., 1973 ; Boszormenyi-Nagy I. & Krasner B., 1980 ; Minuchin S., 1974 ; Salem G., 1993, 1997, 2000, 2001 ; Frenck N., 2000 ; Fivaz-Depeursinge E. & Corboz Warnery A., 1999 ; Haley J., 1981 ; Sheinberg M. & Franlel P., 2001).

L'approche systémique de la famille

Il n'est pas dans notre propos de développer ici les caractéristiques du modèle systémique en psychiatrie, mais d'en dégager les principes essentiels en adéquation avec la problématique de la maltraitance.

Rappelons que la psychiatrie moderne comporte diverses orientations théoriques et cliniques. Le modèle neuroscientifique considère le trouble

mental comme relevant du fonctionnement biologique, biochimique et neurophysiologique, et c'est directement sur ce support biophysique que porte l'action thérapeutique (médicaments, autres interventions physico-chimiques). Le modèle cognitivo-comportemental intègre le modèle neuroscientifique mais s'intéresse en priorité aux mécanismes de *processing* de l'information, considérant que le trouble mental est un comportement cognitif appris, qu'il s'agit de désapprendre pour réapprendre un comportement moins coûteux. L'action porte ici sur les mécanismes d'apprentissage de l'individu. Le modèle psychanalytique instaure que la psychopathologie relève de conflits intrapsychiques de l'individu, conflits qui se déploient essentiellement dans le soubassement inconscient et provoquent des troubles émotionnels et affectifs qui génèrent des symptômes cliniques. L'action porte ici sur l'élucidation de ces conflits et sur leur maïeutique thérapeutique. Aucun de ces trois modèles n'est suffisamment outillé théoriquement et cliniquement pour décrire, comprendre ou modifier l'influence des interactions néfastes ou favorables du milieu. Leur focus est centré sur l'individu et sa relation à lui-même.

Le modèle systémique se distingue des précédents par le fait qu'il s'intéresse en priorité au déterminisme interpersonnel de l'individu (pour reprendre l'expression de Bateson, pionnier en ce domaine)(Bateson G., 1977, 1980, 1984). Ce modèle prend en compte la façon dont le milieu de vie, et en particulier la famille, exerce une influence sur les perceptions, les affects, les pensées, les motivations et le style de comportement de tout individu, au même titre que la façon dont l'individu exerce une influence sur son entourage. Les mécanismes de régulation interpersonnelle de ces « groupes naturels à interactions fortes » obéissent à des règles invisibles, mais décodables en terme d'équilibre homéostatique et en mouvements morphogénétiques. L'action porte ici sur ce qui se passe « entre les gens » plutôt que ce qui se passe « dans les gens ». Par ailleurs, le modèle systémique peut intégrer aisément les autres modèles, par sa façon même de raisonner qui le situe davantage comme un *métamodèle*.

La maltraitance intrafamiliale se prête particulièrement bien au décodage systémique, puisqu'elle s'instaure ou se défait invariablement par un mécanisme triangulaire incluant trois protagonistes clefs : l'auteur, la victime et le(s) tiers. La façon de réagir de chacun de ces trois protagonistes est subtilement accordée à la façon de réagir des deux

autres, même si au premier plan, cette interaction n'est pas immédiatement apparente aux yeux d'un observateur extérieur (hormis les spécialistes en thérapie de famille). Cette *circularité* de l'interaction, comme la *dynamique multilatérale* de toute famille, sont capitales à prendre en compte pour ne pas vouer à l'échec les tentatives thérapeutiques auprès d'un seul membre.

Exemple clinique A.

Dans cette famille, le père et la mère sont séparés et en instance de divorce. Ils entretiennent des disputes féroces et répétées, et ont beaucoup de peine à s'engager valablement dans un processus thérapeutique de couple tout en ne parvenant pas à liquider leur relation ou à en faire le deuil. Les quatre enfants (de 14 à 8 ans) sont à la garde de la mère (39 ans) et assistent à la plupart des disputes de leurs parents. Le père (44 ans) souffre d'inhibition sexuelle et de dégoût envers le corps féminin, il peut se montrer très agressif, méprisant et menaçant avec sa femme. Celle-ci « se rabat » facilement, par compensation, sur ses enfants, en développant une relation beaucoup trop complice et inadéquate parfois avec son fils aîné. D'autre part, elle a une relation difficile avec sa fillette de 10 ans, qu'elle ressent comme trop « collante ».

Toujours sur le plan intergénérationnel, signalons encore que le père a depuis longtemps une très mauvaise relation avec sa propre mère, veuve et aisée. Il n'a jamais fait le deuil de son propre père, décédé prématurément des suites d'une maladie. Sa mère ne s'entend pas du tout avec sa belle-fille. Les propres parents de la mère ne s'entendent guère non plus avec leur gendre. C'est dans ce contexte que le fils aîné, âgé de 14 ans, va exercer un violent abus sexuel sur sa petite sœur de 10 ans (cunnilingus sous contrainte avec menaces en cas de signalement).

Ici, la mésalliance des conjoints, ancrée dans la désapprobation de leur hymen par les deux familles d'origine, s'exprime par un schisme conjugal, chronique et pathogène, doublé d'une « biaiserie conjugale » (marital skew), soit une façon d'impliquer les enfants dans leurs conflits (Lidz T., 19..). Le fils aîné, en pleine adolescence, dispose d'un très faible mécanisme de pare-excitations vis-à-vis de sa mère, et son père lui offre un modèle de mépris et de violence envers la femme en général. Le passage à l'acte violent sur sa petite sœur (abus sexuel sous contrainte) reste ainsi dans la ligne de ce qui se passe dans le couple des parents comme de ce qui se passe sur le plan intergénérationnel. Un tel enchevêtrement d'interactions montre bien l'interconnection familiale de la violence domestique. Par son comportement violent, le fils aîné agit aussi bien la problématique de sa mère que celle de son père. Un traitement visant à soigner le fils seul, sans intervenir sur les interactions familiales, n'aurait aucune efficacité, tant que les sources systémiques de la violence ne sont pas traitées en amont et en même temps.

La thérapie systémique des familles maltraitantes

S'il est vrai que le modèle systémique est particulièrement applicable au suivi thérapeutique de toute famille, il ne va pas de soi qu'il suffit tel quel aux familles maltraitantes. Non que ces familles soient foncièrement différentes des autres familles³, mais le surgissement de la violence dans une famille donnée crée un contexte et des conditions qui exigent des méthodes d'applications spécifiques des soins. En effet, il importe de tenir compte ici de facteurs socio-familiaux, de facteurs judiciaires, et de facteurs de risque très particulier, qui exigent non seulement une formation avancée en thérapie de famille, mais une formation supplémentaire, socio-juridique et stratégique, adaptée aux enjeux de la maltraitance.

Après nous être concertés avec divers partenaires spécialisés en ces questions, dans les centres (trop rares, hélas) spécialisés en maltraitance intrafamiliale⁴, nous avons pu établir une liste de critères définissant une approche spécifique en ce domaine. Nous proposons ce modèle sous l'appellation « modèle CIMI », puisque notre équipe l'applique quotidiennement avec des adaptations spécifiques.

Enjeux socio-juridiques

Lorsque les membres d'une famille victime de maltraitance consultent, il est capital de comprendre les enjeux socio-juridiques de l'intervention systémique. Par exemple, lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements, la loi contraint tout citoyen à signaler le cas. Même les soignants sont tenus de respecter cette règle, au détriment du secret médical ou du secret de fonction. Ceci crée un contexte particulier qui complique l'approche thérapeutique de la famille, notamment le processus d'alliance indispensable à la relation entre thérapeutes et patients. (Concept, 1999)

³ Toute famille est vulnérable et capable potentiellement de maltraitance. A la CIMI, nous avons coutume de le dire d'entrée de jeu aux familles qui nous consultent.

⁴ Nous remercions en particulier le FVSAI (Family Violence and Sexual Assault Institute) de San Diego (Bob Geffner & Jae Marciano) ; l'Institut du Family Resource Associates of Chicago (Mary-Jo Barret) ; l'Institut Ackerman de New York (Marcia Sheinberg) ; l'institut de thérapie familiale de Milan (Stefano Cirillo) ; l'Institut des Buttes-Chaumont à Paris (Pierre Sabourin & Martine Nisse) ; l'Institut SYTHEMES de Lyon-Villeurbanne (Mohammed El Farricha).

Par ailleurs, les impératifs de la loi comme ceux de l'éthique exigent de tout intervenant social ou de tout thérapeute qu'il assure, au cours de son intervention, la sécurité des mineurs comme de chaque membre particulièrement vulnérables de la famille (personnes âgées, handicapés). Il est donc indispensable de savoir prendre les précautions ad hoc pour garantir cette sécurité (éloignement provisoire du milieu familial, présence de tiers lors des visites, curatelle d'assistance éducative, visites de contrôle à domicile, etc.).

Il est important que le thérapeute soit familier des règlements et applications de la loi en matière de mauvais traitements, qu'il soit au fait des voies officielles du signalement, qu'il soit capable de communiquer dans leur langage avec des policiers, des magistrats, des avocats, qu'il soit apte à établir dans les règles un rapport écrit, une expertise civile ou pénale. Il est tout aussi important qu'il soit capable de se protéger juridiquement, lui-même, comme ses proches collaborateurs, car s'occuper d'une famille maltraitante expose plus souvent qu'on ne le croit le thérapeute à diverses formes de violences (menaces personnelles, chantages, délations, triangulations d'autres soignants ou institutions, pressions juridiques de toute nature, etc.).

De ce fait, il est indispensable que l'équipe thérapeutique sache travailler en réseau et de façon interdisciplinaire. Un des dangers de ce type de situation est le cloisonnement des intervenants, qui sont souvent nombreux et issus de secteurs professionnels différents (médecin de famille, pédiatre, gynécologue, psychologue scolaire, assistant social, tuteur, enseignant, policier, juge, avocat, etc.). Ce risque de cloisonnement est facilité par divers facteurs : tabou et horreur de la maltraitance, mauvaise information sur la gravité ou même la réalité de la maltraitance, croyances personnelles des intervenants, rivalités professionnelles, tentation de faire cavalier seul ou de « faire mieux que les autres », etc. Ces facteurs sont eux-mêmes très souvent catalysés par les résistances conscientes ou inconscientes propres aux systèmes familiaux maltraitants⁵. (Salem, 1997)

Le travail interdisciplinaire de réseau implique donc qu'un service spécialisé dans l'approche des familles maltraitantes soit lui-même constitué de

⁵ Une de nos recherches en cours de réalisation, mandatée par la CCMT, consiste précisément à explorer les divers types de résistance propres aux familles maltraitantes vis-à-vis des interventions extérieures.

professionnels aux formations complémentaires. Dans le modèle CIMI, trois médecins cadres dirigent l'équipe : un psychiatre, un pédopsychiatre et un pédiatre, tous trois spécialistes en thérapie de famille et expérimentés en matière de maltraitance⁶ (expertises, thérapies, thérapies sous contrainte). Une psychologue clinicienne encadre, supervise et coordonne, sous leur direction, le reste de l'équipe dans son travail quotidien (y compris l'équipe administrative). Les autres soignants de l'équipe regroupent trois médecins assistants (deux en cours de spécialisation en psychiatrie, et une autre en cours de spécialisation en médecine générale), trois psychologues cliniciennes, un éducateur, une assistante sociale, une art-thérapeute et cinq psychologues stagiaires. Les superviseurs et conseillers extérieurs sont psychiatres, psychologues, éthiciens ou juristes. En les dénombrant plus précisément, on compte trois spécialistes en thérapie de famille, deux spécialistes en psychodynamique et systémique, un spécialiste en psychogérontologie, un médecin spécialisé dans les toxico-dépendances, un professeur de philosophie et d'éthique appliquée, un pasteur éthicien membre de la CCMT, deux avocats conseil.

La procédure de prise en charge implique de contacter *ab ovo* les autres intervenants extérieurs déjà actifs (même les magistrats), de les réunir quand c'est possible, d'établir une concertation avec eux sur le plan à suivre, la distribution des tâches, la désignation d'un coordinateur du réseau, les délais des prochaines rencontres, etc.

Exemple clinique B.

Dans cette famille, une fillette de 5 ans assiste à l'assassinat de son père (31 ans), pendant sa sieste, par sa mère (34 ans), qui exécute son conjoint d'une soixantaine de coups de marteau. Pendant quelques mois, le cadavre du père restera caché dans la cuisine (désormais condamnée), enveloppé de sacs poubelle, aspergé quotidiennement de parfums, ceci dans le plus grand secret (partagé par mère et fille). Lorsque la situation est démasquée (signalement par la fillette qui aborde des passants dans la rue en criant « maman a tué papa »), la mère est mise aux arrêts et la fillette placée en institution. Les thérapeutes sont sollicités par le service de protection de la jeunesse et s'accordent d'emblée avec l'assistante sociale en charge, le magistrat, le médecin de prison qui va suivre la mère, les éducateurs responsables du foyer dans lequel la fillette est placée, avant de prendre contact avec les membres de la famille d'origine (parents du père assassiné, parents de la mère). Le mandat des thérapeutes est donc établi en

⁶ Ici, le pédopsychiatre est aussi spécialisé en ethnopsychiatrie, ayant une longue expérience avec les problèmes d'adaptation des familles migrantes (Dr Jean-Claude Métraux).

accord avec le service de protection de la jeunesse et la justice. Les rencontres de réseau sont régulières et aucune décision de changement ne peut être prise par un intervenant sans l'accord des autres. Un psychiatre spécialiste en systémique et maltraitance mène la thérapie familiale, une psychologue assure le suivi individuel de la fillette, une autre psychiatre suit la mère. C'est l'assistante sociale du service de protection de la jeunesse qui coordonne le travail commun et conserve le leadership du réseau.

Toutes les informations sont partagées dans le réseau, aucun intervenant ne détenant une information importante à l'insu des autres. Des rapports réguliers à la justice rendent compte de l'évolution du travail d'encadrement thérapeutique et social (séances de famille, séances individuelles, séances dyadiques avec la mère, changement d'école ou de cadre de vie de la fillette, visites à la mère, rôle des grands-parents ou de l'oncle et de la tante paternels, intégration ultérieure d'un service d'action éducative en milieu ouvert lorsqu'une tentative de vie en commun sera faite plus tard entre mère et fille, etc.).

On le voit, un tel dispositif est assez lourd et requiert une haute vigilance et une excellente coordination professionnelle de la part de tous les intervenants. Ce n'est qu'à ce prix qu'un peu d'efficacité thérapeutique peut être espérée auprès de cette famille en détresse grave.

Enjeux stratégiques et éthiques de la thérapie

Il n'est pas possible de soigner une famille maltraitante selon le modèle simple de la thérapie systémique seulement. Ici, les effets traumatiques de la maltraitance exigent des précautions spécifiques. Il est capital de disposer d'une haute flexibilité du *setting* (ou cadre thérapeutique). Cela signifie qu'il est important de combiner setting individuel, setting dyadique (par exemple couple conjugal ou parental, ou relation entre un parent et un enfant), setting triadique (un parent avec deux enfants, deux parents avec un enfant, un grand-parent avec un parent et un enfant, etc.), setting avec une des familles d'origine, setting avec les deux familles d'origine (ou plusieurs famille d'origine dans les familles recomposées), setting de thérapie de groupe (particulièrement utiles pour développer le processus de résilience ou de maîtrise, alias *empowerment*)(Vanistendael S., 1996 ; Cyrulnik B., 1993, 1999 ; Sheinberg M.-J. & Frankel P., 2001).

Dans cette perspective, le modèle CIMI a mis en place un dispositif souple, permettant un certain degré de variété des settings. De ce fait, plusieurs thérapeutes sont souvent impliqués ensemble dans la même situation, et il n'est pas rare que nous soyons trois ou quatre thérapeutes pour une seule

famille : l'un au titre de thérapeute de famille, l'autre au titre de thérapeute individuel, un autre encore au titre de thérapeute de groupe, un autre au titre d'art-thérapeute.

Les stratégies d'interventions thérapeutiques doivent être mesurées et réfléchies, jamais intempestives (ni trop tôt, ni trop tard), et le *facteur temps* joue ici un rôle capital. En outre, la *concertation entre les membres du réseau*, comme l'avons vu dans la section précédente, doit idéalement être garantie *avant* d'enclencher les programmes thérapeutiques, sociaux ou juridiques – au risque d'être inefficaces ou traumatiques et même dangereux pour les membres de la famille.

La coordination entre les membres de l'équipe interne reste tout aussi indispensable, par exemple entre le médecin qui reçoit à intervalles réguliers la famille, la psychologue qui voit tel enfant seul ou tel parent seul, leurs échanges réguliers avec l'art-thérapeute, ou encore avec l'éducateur responsable de l'éducation par les pairs qui applique un programme défini pour un adolescent, ou bien avec le thérapeute du « groupe enfants » ou avec celle du « groupe femmes ». Indispensables aussi, leurs échanges ou réflexions de synthèse avec les bénévoles qui visitent la famille à domicile ou la reçoivent avec d'autres familles lors de manifestations conviviales, les échanges avec les intervenants extérieurs, et ainsi de suite.

Le *choix adéquat des moments opportuns* pour les confrontations conjugales, familiales, intergénérationnelles, se fait en mesurant les progrès réalisés par les divers membres dans leur cheminement réflexif et thérapeutique individuel ou dyadique (par exemple couple parental en conflit grave). La capacité, non seulement de supporter une confrontation, mais d'en tirer profit par tel ou tel membre (en particulier les plus vulnérables), doit être soigneusement prise en compte *avant* la confrontation, ceci au moyen d'outils appropriés (techniques d'évaluations précises, mises à l'épreuve ajustées, etc.), et à la lueur de l'indication thérapeutique globale. (Barrett M.-J. & Trepper T.S, 1989).

Les programmes thérapeutiques visant à « *élever le seuil de l'irréparable* » (Salem G., 2001), c'est-à-dire à faciliter le pardon, la réparation (quand cela est possible), soit la restauration des capacités éthiques interpersonnelles des membres de la famille, notamment entre agresseurs et agressés, combinent une approche à la fois thérapeutique (élucidations, directives,

modeling, expériences correctrices) et une approche psycho-éducative de type préventif (éveil pédagogique, enseignements et « entraînements » divers, exercices de remotivation, *empowerment* des plus fragiles, remaniement des *gender beliefs* – croyances liées à l'appartenance au genre masculin ou féminin, etc.). (Barrett M.-J. & Trepper, Sheinberg M.-J. & Frankel P., 2001).

La thérapie ne doit pas ignorer le *rôle joué par le (ou les) « tiers »* dans le triangle de base de la maltraitance. D'importantes recherches cliniques et études faites par des spécialistes insistent sur le fait de confronter en thérapie la victime et le tiers (pas seulement la victime et l'auteur). Les travaux de Marcia Sheinberg à l'Ackerman Institute de New York sont précieux à ce propos, par exemple sa façon d'élaborer entre une mère et sa fille victime d'abus par le père (ou le beau-père) les sentiments refoulés de rancune de la fille envers sa mère (qui n'a pas su la protéger de cet homme), ou de la mère envers sa fille (qui par l'abus subi a brisé sa relation avec le partenaire aimé)⁷. (Sheinberg M. & Frankel P., 2001).

Une autre dimension souvent négligée en maltraitance est le cas des *familles maltraitantes confrontées aux abus de substances (dually affected families)*. La complexité de chacun de ces problèmes est un facteur aggravant pour l'autre. Le mode d'approche expertale ou thérapeutique est très semblable dans les deux cas, et exige de tenir compte des deux problèmes en même temps sans les confondre pour autant. Par ailleurs, il est capital de ne pas se contenter d'un résultat positif dans un des deux domaines au détriment de l'autre. Ces familles doublement touchées exigent une vigilance et une rigueur méthodologique (doublée de patience !) toutes particulières.

Enfin, autre cas de figure intéressant, les *thérapies effectuées sous contrainte* (juridique par exemple), en particulier dans les familles très perturbées et très résistantes aux tentatives thérapeutiques, ou aux familles organisées sur le mode de la triade perverse (selon le concept de Jay Haley), et qui présentent entre autres un tableau caractéristique, appelé parfois *Syndrome d'Aliénation Parentale* (Richard Gardner), ne sont pas

⁷ Nous remercions en particulier Francine Ferguson, psychologue cadre de la CIMI, d'avoir étudié pour nous à New York ces questions sous la houlette directe de Marcia Sheinberg (comme à Chicago, sous celle de Mary-Jo Barret). Par ailleurs, dans cette même ligne, une étude en cours de démarrage à la CIMI concerne précisément les modes de transmission intergénérationnelle de la maltraitance par « le tiers » ou « les tiers ».

forcément de « mauvaises thérapies » dans le domaine de la maltraitance (comme du reste dans le domaine des abus de substances). Souvent, ce caractère imposé fonctionne à l'instar d'une règle quasi « sacrée » (bien que parfois révoltante ou haïssable), mais que chacun se doit de respecter, ce qui fait que tous sont à la même enseigne, pour éclaircir ce qui s'est passé et donner une chance à un changement plus équitable (mécanisme que l'on pourrait identifier comme l'effet de la *régulation du code éthique métasystémique* ou effet d'« *arbitrage extérieur* »).

Exemple clinique A.

Dans la première des familles déjà décrites, un thérapeute de famille dirigeait les séances collectives de famille ou les séances dyadiques de couple, en collaboration avec une psychologue clinicienne qui suivait en particulier la mère d'une part en setting individuel, d'autre part en setting de groupe (le groupe femmes dont elle avait la responsabilité), alors que le thérapeute de famille rencontrait lui aussi en setting individuel le père. Une autre psychologue clinicienne suivait en setting individuel la fillette, et un autre psychologue (extérieur) le fils aîné. Cette équipe de thérapeutes se concertait régulièrement sur l'évolution de chacun des membres comme sur l'évolution de la qualité des relations entre les membres de la famille. Le père a été reçu à une reprise avec sa propre mère, et la mère a été reçue à deux reprises avec ses propres parents.

L'acte abusif du fils aîné à été signalé par les thérapeutes auprès de la justice, en avisant les parents de cette démarche. Une enquête menée par une inspectrice expérimentée de la Brigade des Mineurs et des Mœurs a donné au fils aîné l'occasion d'avouer et de reconnaître avec précision les actes qu'il avait fait subir à sa petite sœur. Il est intéressant de souligner ici que ce signalement n'a en rien compromis la qualité de l'alliance thérapeutique avec la famille (contrairement à ce que l'on serait tenté de penser de prime abord).

Les objectifs suivis étaient au nombre de trois. Aider les deux parents à liquider leur relation conjugale en en faisant le deuil adéquatement, et en les aidant à mettre en place une meilleure qualité d'alliance parentale, en se désintriquant de leurs loyautés inadéquates respectives envers leurs familles d'origine. Aider la fillette à surmonter le trauma subi auprès de son frère aîné, par un travail de « nettoyage narratif » et de reconstruction de son histoire au sein de sa famille, tout en renforçant ses capacités de résilience (empowerment), qui lui permettrait de pouvoir reparler de l'épisode traumatique avec ses parents d'un côté, et avec son frère aîné de l'autre. Pour ce dernier, l'accent était mis sur la compréhension du cheminement qui l'avait amené à devenir abusif avec sa sœur, sur son sens des responsabilités éthiques, sur le geste de réparation et de pardon qu'il devait assurer envers sa sœur (pour laquelle, en concertation avec ses parents et les thérapeutes, il a confectionné de ses mains, pendant quelques mois, une maison de poupée très bien finolée sous le toit de laquelle

il a gravé le mot « pardon » pour sa sœur). L'évolution globale de la famille s'avère peu à peu favorable.

Exemple clinique B.

Dans cette autre famille, les objectifs thérapeutiques consistaient avant tout à « sauver les meubles » devant le désastre causé par le meurtre du mari devant sa fille. Il fallait assurer la protection de la fillette, et de bonnes conditions de développement psycho-affectif, et la soigner pour l'effroyable trauma vécu, en développant aussi ses capacités résilientes. Par ailleurs, il fallait s'assurer que la mère meurtrière pouvait également bénéficier d'une psychothérapie individuelle (qui a été assurée par un psychiatre du milieu carcéral, qui a accepté de la suivre plus tard aussi, après ses années de détention). Enfin, il fallait s'assurer que les deux familles d'origine puissent bénéficier d'un soutien pour leur propre deuil (ce qui a été possible uniquement du côté de la famille d'origine paternelle, la plus présente, l'autre vivant à une distance éloignée et se montrant très distante avec les thérapeutes – exemple d'une des limites de notre approche). Enfin, il fallait organiser des confrontations, d'un côté entre la mère et sa belle-famille, de l'autre entre la mère et sa fille, ce qui impliquait une concertation rigoureuse entre les divers thérapeutes, l'assistante sociale du service de protection de la jeunesse, la justice enfin.

Comment élever ici le « seuil de l'irréparable » ? Comment tenir compte de la dynamique multilatérale du système familial dans un contexte aussi dramatique pour tous les membres ? Notre point de repère (ou point « d'appui thérapeutique ») était la fillette, comme du reste pour tous les membres de la famille. Autour d'elle s'organisaient les motivations à dépasser le stade du ressentiment, de la haine, de la vengeance et autres règlements de comptes. Et c'est en son nom que nous trouvons quelque crédit moral auprès des membres de la famille paternelle ou auprès de la mère.

C'est ainsi qu'il a été possible d'organiser des séances entre la grand-mère paternelle et la mère, et d'autres séances familiales collectives dans lesquelles toute la famille paternelle, la mère et la fille étaient présents. La fillette a pu même faire un essai d'une année environ de vie commune avec sa mère, qui n'a pu aboutir, leur cohabitation et l'entente étant compliquée par les difficultés de la mère à survivre socialement et professionnellement après son acte criminel et sa détention, et par l'adolescence débutante de sa fille – sans parler du contentieux profond que constituait le meurtre du père. D'autres aspects plus profonds de cette thérapie mériteraient d'être développés ici, mais nous ne disposons pas de la place suffisante pour élaborer une étude de cas complète (ceci fera probablement l'objet d'une prochaine publication séparée).

Discussion sur les premières expériences du modèle CIMI

On le voit, le modèle CIMI peut être considéré comme une structure de soins psychiatriques ambulatoires, spécialement conçue et mise en place

pour l'évaluation et les soins destinés aux familles souffrant de violences domestiques et, accessoirement, d'abus de substances. Ce modèle n'a la prétention, ni de se substituer à d'autres structures de soins assurant des prestations individualisées aux enfants, aux conjoints ou personnes âgées, mais vient compléter et améliorer leur efficacité en tenant compte de la *dynamique multilatérale de la famille*, considérée comme un tout et non comme une somme de personnes, et en déployant des compétences spécialisées à ce niveau, de nature systémique, pour améliorer la condition de ces familles et mettre en place une prévention à court, moyen et long terme. En ce sens, un tel modèle fonctionne à l'instar d'une véritable « plaque tournante » pour tous les efforts déployés en vue de lutter contre la maltraitance intrafamiliale.

C'est ce que nous avons l'impression de vérifier depuis la création de la CIMI. En une année et demie, près de trois cents familles sont venues nous consulter sur un collectif de près de sept cents patients. Le rythme des consultations est d'environ 550 par mois, soit environ 6'500 consultations en une année (par une équipe d'une quinzaine de cliniciens)⁸. Ces personnes et leurs familles nous sont adressées par de nombreuses institutions régionales et nationales, et même par quelques pays limitrophes. Parmi ces institutions, relevons les tribunaux, les services de protection de la jeunesse ou offices de protection des mineurs, les hôpitaux, les services de pédiatrie, l'office du tuteur général, les services psychiatriques hospitaliers ou ambulatoires, quand ce n'est pas les praticiens privés de toutes spécialités (en particulier les pédiatres, les généralistes et les psychiatres). Cette partie de notre consultation constitue environ cinquante pour cent du collectif auquel nous avons à faire, l'autre moitié étant adressée par les familles elles-mêmes, qui ne rechignent pas de nous consulter en dépit de notre enseigne peu flatteuse (qui nous a valu du reste quelques remarques bienveillantes et constructives de quelques collègues).

Pourtant un tel modèle a ses limites. D'une part, la réalité à laquelle il prétend répondre utilement est parfois si complexe, si dramatique, qu'en dépit de l'ingéniosité de la thérapie ou de la bonne volonté des soignants, l'obstacle au changement demeure irrémédiable. Nous en avons hélas déjà fait l'expérience à plusieurs reprises. Il se peut aussi qu'une équipe de

⁸ Ces chiffres indiquent la situation au moment de la remise de notre texte, en juin 2004.

« réussisse » pas là où une autre aurait été plus efficace, déconfiture qui peut nous guetter comme elle peut guetter n'importe quelle équipe thérapeutique.

D'autre part, un tel travail est difficile et engendre un stress quasi permanent pour l'équipe. Celle-ci ne reste vraiment solidaire qu'à la condition que chaque collaborateur se sente perçu dans sa personnalité propre, sans être restreint à une relation professionnelle « anonyme et fonctionnelle », comme c'est le cas dans certaines institutions, tout en maintenant un encadrement soutenu et des supervisions cliniques régulières, aussi bien sur le plan psychiatrique que sur le plan éthique. Il est en effet capital d'avoir à l'esprit que la maltraitance intrafamiliale est des plus « contagieuses », comme si elle disposait d'un virus invisible, inoculable au réseau des intervenants, jusqu'à les amener à se maltraiter entre eux à leur tour (« une famille maltraitante peut en cacher une autre »). De ce fait, le fondement éthique de notre approche reste prioritaire à nos yeux, autant dans notre attitude vis-à-vis des familles que dans nos relations au sein de l'équipe (Buber M., 1969 ; Malherbe J.-F., 2003).

Par ailleurs, nous devons apprendre à mieux moduler notre approche en bénéficiant de l'expérience d'autres cliniciens confrontés eux aussi à la maltraitance intrafamiliale, mais qui suivent des modèles différents du nôtre. Il convient de savoir dépasser en l'occurrence l'esprit de caste ou d'école, pour ne considérer que ce qui peut réellement s'avérer heuristique et propice sur le plan thérapeutique, sans l'arrogance dangereuse qui guette tout praticien trop convaincu de détenir le « modèle-vérité ». Espérons que cette ligne restera la nôtre assez longtemps, et que nous ferons d'autres apprentissages utiles qui nous permettront de mieux composer avec les splendeurs et les misères de la famille.

Epilogue

Nous espérons que Stefano Cirillo pourrait participer à cette journée passionnante, à laquelle il a été invité comme conférencier par le Délégué à la maltraitance de nos autorités. Au regret de ne pouvoir le faire, étant malheureusement pris ailleurs, il a accepté néanmoins, à la demande de la CIMI, de rédiger une lettre sur son point de vue personnel quant aux thérapies contraintes. Nous joignons cette lettre en coda à notre article, et remercions de tout cœur notre cher collègue et pionnier de sa contribution

si précieuse, qui peut apporter une des conclusions possibles à notre expérience en cours.

Bibliographie

- BARRETT M.-J. & TREPPER T.S. *Systemic treatment of incest. A therapeutic handbook*. Ed. Brunner/Mazel, Ney York, 1989.
- BATESON G. *Vers une écologie de l'esprit* (1). Ed. Seuil, Paris, 1977.
- BATESON G. *Vers une écologie de l'esprit* (2). Ed. Seuil, Paris, 1980.
- BATESON G. (1984) : *La nature et la pensée*. Ed. Seuil, Paris, 1984.
- BOSZORMENYI-NAGY I. SPARK G.M. *Invisible loyalties*. Hagerstown, Maryland, Harper & Row, 1973.
- BOSZORMENYI-NAGY I. KRASNER B.R. *Trust-based therapy: a contextual approach*. Am. J. Psychiatry, 137: 767-775, 1980.
- BOURDIEU P. *Sur la télévision* (suivi de: *L'emprise du journalisme*). Ed. Liber-Raisons d'agir, Paris, 1999.
- BUBER M. *JE et TU*. Editions Aubier, 1969 (réédité chez Payot).
- CIRILLO S., Di BLASIO P. *La famille maltraitante*. Editions ESF, Paris, 1992.
- CONCEPT DE LA CCMT *Concept de prise en charge et de prévention des mauvais traitements envers les enfants et les adolescents*. Rapport de la CCMT, Lausanne, 1999.
- CYRULNIK B. *Les nourritures affectives*. Ed. Odile Jacob, Paris, 1993.
- CYRULNIK B. *Un merveilleux malheur*. Ed. Odile Jacob, Paris, 1999.
- DELAISI G. *La part du père*. Ed. Seuil, Paris, 1981.
- DELAISI G., Verdier P. *Enfant de personne*. Ed. Odile Jacob, Paris, 1994.
- DELAISI G. *La part de la mère*. Ed. Odile Jacob, Paris, 1997.
- Enfance maltraitée en Suisse*. Groupe de travail Enfance maltraitée. Rapport fédéral, Berne, 1992.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E., CORBOZ WARNERY A. *The primary triangle. A developmental system view of mothers, fathers, and infants*. Basic Books, New York, 1999.
- FRENCK N. *Familles, jamais tranquilles ! Ou comment grandir ensemble pour le meilleur et pour le rire*. Editions Payot, Lausanne, 2000.
- GARDNER R. *Therapeutic interventions for children with parental alienation syndrome*. Ed. Creative therap. Inc., New jersey, 2001.
- HALEY J. *Pour une théorie des systèmes pathologiques*. In: Watzlawick P., Weakland J. *Sur l'interaction*. Ed. Seuil, Paris, p.60-80, 1981.
- HALPERIN D.S. & coll. *Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva : results of a cross sectional survey*. B.M.J. 25 :312 (7042) :1326-9,, 1996.
- HOFNER M.-C., BREGNARD D., AMMAN Y. *Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud (1999)*, Unité de Prévention PMU/IUMSP, SCRIS, Lausanne, 2001.
- LIDZ T. & LIDZ R.W. *The family environment of schizophrenic patients*. Am. J. Psychiatry, 106,332-345, 1949.
- MALHERBE J.-F. *Les ruses de la violence dans les arts du soin. Essais d'éthique critique*. Editions Liber, Montréal, 2003.
- MASSON O. *Mauvais traitements envers les enfants et thérapies familiales*. Thérapie Familiale, 2: 269-286, 1981.
- MINUCHIN S. *Families and family therapy*. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1974.
- MILLER A. *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*. Ed.- Aubier, Paris, 1983.

- ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée), Paris, 4^e rapport. In : Le Monde, 18.09.96, p.8.
- RAMONET I. *Agonie de la morale*. Le Monde diplomatique, no 487, oct. 94, p.1, 1994.
- SABOURIN P. GRUYER F., FADIER-NISSE M. *La violence impensable. Inceste et maltraitance*. Editions Nathan, Paris, 1991.
- SALEM G. *Approche intergénérationnelle et problèmes de setting en thérapie familiale*. Thérapie familiale, Genève, no 9/2, p. 135-145, 1988.
- SALEM G. *Loyautés, dettes et mérites. Contribution théorique et clinique à la thérapie contextuelle*. Evol. Psychiat. 47, 743-770, 1982. & *Boszormenyi-Nagy et le grand livre des dettes et des mérites*. Dialogue, 110-4, 50-73, 1990.
- SALEM G. *Le récit familial et ses variations*. Thérapie Familiale, 11, 3, p. 281-293, 1990.
- SALEM G. *La famille dans tous ses états: une perspective psychologique et éthique*, Educateur, Lausanne, 9/93, p. 8-13, 1993.
- SALEM G. *Enfants en situations extraordinaires et famille*. In : Quels droits? BICE, Genève, 1997.
- SALEM G. *Evolution, repère et définition de la prise en charge multidisciplinaire. Etats généraux de la maltraitance*. CCMT, Etat de Vaud, Lausanne, p. 17-23, juin 1997.
- SALEM G. *Diviser ou relier : un dilemme éthique de la psychiatrie*. Cahiers psychiatriques, no 27, p. 127-137, 1999.
- SALEM G. *Divorce et nouvelles familles : stratégies pour préserver les liens*. Revue Méd Suisse Romande, no 120, p. 1-5, fév 2000.
- SALEM G. *Tableaux de familles*. Ed. La Joie de Lire, Genève, 2000 (2^e éd.).
- SALEM G. *Divorce et nouvelles familles: stratégies pour préserver les liens*. Revue Méd. Suisse Rom. 120, p. 211-215, 2000.
- SALEM G. *L'approche thérapeutique de la famille*. Ed. Masson, Paris, 2001 (3^e éd.).
- SHEINBERG M. & FRANKEL P. *The relational trauma of incest. A family-based approach to treatment*. Ed. The Guilford Press, Ney York, 2001.
- VANISTENDAEL S. *Clés pour devenir : la résilience*. BICE, Genève, 1996.

Mots-clefs

Maltraitance – Inceste – Violences domestiques - Famille – Systèmes – Thérapie familiale

Adresse des auteurs

FONDATION ETHIQUE FAMILIALE
CIMI – 16, ch. de Lucinge – CH-1006 Lausanne site web www.cimi.ch
Tél. +41-21-310.73.10 Fax +41-21-310.73.19 email info@cimi.ch

Lettre de M. Stefano Cirillo.

Chers Collègues,

Je suis désolé de ne pas avoir pu participer à votre journée à Lausanne. Je répons avec grand plaisir à votre invitation de vous écrire quelques lignes sur l'état de mes réflexions quant à l'intervention sous mandat. Je me

réjouis de pouvoir être un peu présent, par cette lettre, à votre manifestation.

Je constate avec grand plaisir que le temps où les cliniciens refusaient de s'occuper des patients non volontaires est fini. Aujourd'hui nous assistons en Europe à une grande diffusion de pratiques thérapeutiques qui s'inspirent d'une philosophie anglo-saxonne plutôt pragmatique, dans laquelle l'énorme importance que nous étions habitués à attribuer à la demande du patient a été quelque peu revue. Au lieu d'attendre dans leurs cabinets des patients incapables, voire récalcitrants, à formuler cette fameuse demande d'aide, plusieurs professionnels se montrent maintenant disponibles à aller les chercher dans d'autres contextes : l'expertise, la mise à l'épreuve, le séjour en communauté au lieu de la prison, l'évaluation de la récupérabilité de parents maltraitants dans le cas qui nous concerne.

Bien sûr, une fois convaincus de notre devoir éthique d'être actifs, de stimuler nous-mêmes une motivation au changement qui reste inexprimée par crainte, désespoir, perte de contact avec la réalité, un long cheminement reste encore à faire.

Je crois apercevoir deux pièges qui s'ouvrent aujourd'hui sous les pieds des professionnels qui partent à la rencontre de leurs clients non volontaires.

Le premier est de faire appel à l'organisme en charge de la protection de l'enfant, administratif ou judiciaire qu'il soit, comme si le rôle de ce dernier était simplement de renforcer la contrainte aux parents à se faire soigner. Cette attente oublie que le rôle de cet organisme reste avant tout la protection du mineur et que donc d'un signalement d'enfant en danger ne peut que dériver en premier lieu une mesure de protection qui puisse interrompre ce danger, et seulement en deuxième lieu la demande à une équipe expérimentée de formuler un avis sur le projet futur envisageable pour l'enfant. Dans ce sens-là il serait positif que tous les « psychologues » puissent affiner leur capacité de bien détecter le danger, de bien l'illustrer et le décrire à l'autorité, de bien le faire comprendre aux parents, et d'envisager quelle mesure spécifique (pas toujours le placement, pas toujours la séparation mère/enfant) peut être proposée pour l'enfant en question.

Le deuxième piège m'affecte beaucoup, parce que je vois y tomber le plus souvent des intervenants très consciencieux, bien formés, à la formation desquels moi-même j'ai contribué plus ou moins directement. Ces professionnels, bien convaincus de leur tâche de répondre à la requête de l'autorité avec un projet à moyen et à long terme pour l'enfant, après la mesure de protection d'urgence, c'est-à-dire avec un bilan sur la possibilité de récupérer les parents, assument leur rôle sans un vrai esprit thérapeutique.

Leur bilan est une prise de photo des incompétences des parents, au lieu d'un effort pour les aider à les dépasser. Ils décrivent le déni de la maltraitance, les réticences à s'impliquer, le refus à se mettre en question, au lieu de lutter contre ces défenses des parents avec tous leurs moyens. Trop facilement ils se résignent à prononcer un pronostic d'irrécupérabilité (explicite ou dans les faits, proposant des placements provisoires sans aucune prévision de retour), qui obligent les enfants au difficile travail de deuil d'un parent vivant.

Et s'ils jugent récupérable un parent, ils l'envoient ailleurs, avec une attitude bureaucratique fondée sur l'idée que celui qui est chargé de l'évaluation de la récupérabilité ne peut pas se charger en même temps de la thérapie.

Mais de cette rupture le patient ne profite pas: s'il a commencé à s'ouvrir, à se dévoiler, à faire confiance, il l'a fait à l'intérieur d'une relation qui est personnelle aussi, et cela risque d'être l'ennième rupture d'un rapport personnel dans sa trajectoire de vie.

Je ne sais pas si ces brèves réflexions issues de mon travail en Italie, peuvent s'insérer dans le contexte de votre réseau institutionnel cantonal et fédéral.

En tout cas, en vous félicitant pour cette rencontre qui regroupe tant d'expériences et d'enthousiasmes, je vous souhaite, chers Collègues, la meilleure réussite dans cette aventure que nous partageons.

Stefano Cirillo