



# Que peut faire le psychothérapeute avec des parents maltraitants ?

**Christine Condamin-Pouvelle**

DANS **DIALOGUE** 2003/1 n<sup>o</sup> 159 , PAGES 67 À 76

ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 0242-8962

ISBN 2749201357

DOI 10.3917/dia.159.0067

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-dialogue-2003-1-page-67?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour érès.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Que peut faire le psychothérapeute avec des parents maltraitants ?

---

CHRISTINE CONDAMIN-POUVELLE

Notre société s'indigne devant le caractère affreux des passages à l'acte agressifs et violents des adultes, et notamment des parents envers leurs enfants : les coups, les meurtres même atteignent douloureusement les enfants dans leur corps. Moins massifs et moins repérables, il est aussi de nombreux comportements défailants qui entraînent des séquelles terribles sur les enfants. La haine alors moins éclatante prend des formes de négligence, de persécution morale, d'attaque perverse – qu'il est difficile de détecter et de déjouer –, qui laissent l'enfant brisé, parfois détruit. Nous insisterons aujourd'hui sur les conditions de traitement des parents maltraitants et sur leur mise en œuvre.

## Des violences transgénérationnelles

L'aspect transgénérationnel des violences parents/enfants est souvent constaté. La violence des parents entraîne chez les enfants une violence sur eux-mêmes – qui prend des formes diverses –, mais elle entraîne souvent aussi une violence sur autrui, sur la famille elle-même et sur la société. L'enfant devenu adulte sera lui-même davantage porté à la violence à l'égard de ses propres enfants.

Monsieur B., chef d'entreprise, père de trois enfants, prend soudain conscience des violences de son épouse à l'égard de sa fille aînée Marjorie,

15 ans. Dans un premier temps, la demande de consultation, qui émanait de la mère, avait pour objet les symptômes de bégaiement de son fils âgé de 10 ans. Mais l'enfant, qui a déjà « subi » une première tentative de thérapie sans succès, ne relève pas d'une prise en charge de ce type, tant est massif son degré d'isolement, de fermeture et d'inhibition. Des entretiens sont alors proposés aux parents : le premier n'amène que très peu d'éléments personnels, excepté que leur fille Marjorie est gravement anorexique (elle sera hospitalisée plusieurs mois, dans un état très grave). Le second n'est pas honoré, madame B. ayant tout fait pour rater l'entretien et monsieur B., en déplacement, n'est pas rentré à l'heure convenue.

Le lendemain, monsieur B. demande en urgence un entretien et veut être reçu seul. Ses propos prennent des allures de révélation : il rencontre beaucoup de difficultés avec son épouse, dont il décrit le caractère impulsif et obsessionnel ; il a ces derniers jours appris par sa sœur des nouvelles qui l'ont consterné. Son épouse a brutalement frappé Marjorie, elle lui a volontairement nui en lui faisant délibérément rater une compétition et lui a interdit la fréquentation de sa grand-mère paternelle, à laquelle elle tient énormément. Monsieur B. se demande comment il pourra pardonner de tels actes à son épouse. Le thérapeute amenant la réflexion sur le fait que Madame B. a peut-être elle-même, enfant, subi des violences, Monsieur B s'exclame que « cela est certain ». Il décrit le vécu infantile familial très difficile de son épouse, qui engendre aujourd'hui une totale absence et incapacité de remise en question personnelle ; il déplore l'aspect traditionnel, conformiste, bourgeois, entièrement fondé sur les apparences, de la famille de son épouse et de celle-ci. De fait, nous saurons par la suite que le père de madame B. souffre d'une pathologie mentale grave.

Notre pratique de psychothérapeute en cabinet libéral, en foyer d'enfants placés par le juge et en tant qu'expert-psychologue auprès des juges nous confronte à de nombreuses formes de violence parentale et nous fait nous interroger sur les soins psychothérapeutiques à proposer ou même à imposer parfois tant aux parents qu'aux enfants.

## **L'absence de demande de soins**

Nous constatons en effet de manière très fréquente une quasi impossibilité pour ces personnes à demander pour elles-mêmes des soins. Leur narcissisme précaire les pousse à dénier toute difficulté, la honte qui les accable les amène à s'isoler. Madame B. a attendu pour entreprendre un travail psychothérapeutique qu'un pronostic vital très alarmant soit prononcé pour sa fille ; elle a été « encouragée » par la ferme exigence de son mari et soutenue dans son narcissisme par la thérapeute. Une profonde dépression a suivi, suscitée tant par les lettres de remise en cause de sa fille hospitalisée que par les échanges avec son mari. Jusqu'alors, celui-ci ne se mêlait plus du tout de la vie de famille, ayant trouvé un confortable refuge dans une vie professionnelle trépidante et réussie.

Citons aussi le cas de Laurent, enfant triste, quasi mutique, qui est recueilli en foyer en raison de la défaillance de ses parents. Son comportement isolé et fermé inquiète ses éducateurs, et c'est ainsi qu'est mise en place une proposition de soutien psychologique pour lui. S'engage alors un difficile travail d'appivoisement. Des rendez-vous lui sont fixés, mais il faut aller chercher l'enfant dans sa chambre, dans le parc ou parfois même hors de l'institution ; il faut le convaincre d'entreprendre une relation avec la thérapeute, il faut qu'il veuille bien entrer dans le bureau pour qu'enfin s'entame une relation régulière, qui débouchera ensuite sur un travail psychothérapeutique. À l'évidence, le traitement n'est pas parti de sa propre demande, mais d'une souffrance visible ressentie par les substituts parentaux que sont les éducateurs. Il y eut un pénible travail préliminaire durant lequel la demande émanait des adultes soignants, qui insistaient face au repli et au retrait de l'enfant qui « ne demandait rien ».

Notre expérience nous a amenée à considérer la tristesse, le retrait et l'inhibition d'un enfant comme un signe presque constant de défaillance parentale. Si ce comportement s'installe lors d'une situation de placement, les adultes-substituts sont vite mis dans l'incapacité d'entretenir avec l'enfant des rapports affectueux lui permettant de s'épanouir. Un traitement est alors indispensable pour l'enfant, même si celui-ci n'emprunte pas la voie traditionnelle de l'attente d'une demande verbalement exprimée.

## **Le vécu dramatique mais occulté des parents et des enfants**

Le cas de Julien, âgé de 13 ans et demi lorsqu'il est rencontré pour une expertise psychologique, est dramatique. Il s'agit d'un jeune garçon intelligent qui présente des attitudes très agressives. Il frappe les autres jeunes, parfois sans raison, parfois gravement. Quand il était en CM2, il a poignardé un élève. Il a également commis au moins deux attouchements sexuels sérieux, un à huit ans sur son frère de quatre ans, et un autre à douze ans et demi en colonie de vacances. Il fugue, vole et, dans l'ensemble, est très mal toléré à l'école. Il est toujours en difficulté pour respecter les règles, notamment celles des institutions (école et foyer où il est placé), mais aussi celles de sa famille.

C'est sa mère, madame L., qui expliquera l'origine du comportement délinquant de son fils : « Mes rapports avec Julien ont mal commencé dès avant sa naissance. » Julien est né par accident, d'une relation de passage, alors que madame L. était mineure placée en foyer. Elle explique qu'elle est tombée dans un coma de trois mois juste après l'accouchement. Elle a refusé cet enfant dont elle ne voulait pas, mais a fini par le prendre en charge sous la pression de la directrice du foyer où elle était accueillie.

Julien a très vite dû être placé en pouponnière. Il a connu ensuite deux nourrices différentes, n'arrivant chez sa mère qu'à l'âge de 6 ans. Le jour de

son arrivée, le concubin de sa mère, que Julien croyait être son père, est définitivement parti de la maison.

Madame L. décrit le drame de la naissance de son fils et le douloureux vécu de ses premières années. Enfant non désiré, non accepté, rejeté, sans famille fixe et ne pouvant réintégrer sa famille biologique qu'à l'âge de six ans, et pour peu de temps. Peut-on penser que cet enfant a pu vivre les étapes normales du développement psycho-affectif ? Peut-on penser qu'il a pu vivre un conflit œdipien et le dépasser ? Certes pas. Sa mère nous est apparue bien consciente de son incapacité éducative par rapport à son fils, qu'elle voulait abandonner à la naissance. C'est elle qui a fait appel au juge des enfants lorsque son fils a atouché son petit frère et poignardé un élève. Elle se reconnaît incompétente sur le plan éducatif. Elle a toujours voulu déléguer son rôle parental à quelqu'un d'autre, elle a une conscience aussi claire que douloureuse de ses incapacités. Elle ne dit pas la même chose pour ses trois autres enfants, qu'elle a attendus et élevés dans d'autres conditions.

Face à la demande de cette mère de ne pas prendre elle-même en charge son enfant, la société impose le choix éthique de la préservation des liens biologiques. On refuse alors de confier l'enfant à une mère et à une famille compétente. Dans ce cas dramatique, cette maman s'estimait incapable d'être aidée et demandait des parents de substitution pour son enfant.

À l'heure qu'il est, elle est désespérée tant les symptômes de son enfant apparaissent gravissimes ; les éducateurs et le juge des enfants se trouvent eux aussi incapables de trouver des solutions éducatives, rééducatives ou thérapeutiques pour cet adolescent. Cette jeune maman avait sûrement raison quand elle s'estimait incapable d'assumer son rôle parental pour Julien. Cela n'entraînait pas *de facto* l'incapacité définitive de s'occuper d'autres enfants, venus au monde dans des circonstances plus favorables, comme elle l'a ensuite prouvé.

## **Y a-t-il une légitimité à l'octroi de parents complémentaires ou substitutifs ?**

Il est très difficile pour des parents d'affirmer leur incompétence et leur défaillance à assumer leur fonction. Parfois, ils tentent de le dire à leur manière, pas toujours très clairement, mais la société veut leur faire assumer leurs enfants coûte que coûte.

Ainsi, cette mère d'un enfant psychotique, madame A., qui était elle-même délirante, a pu confier, longtemps après le passage de son enfant dans un hôpital de jour, qu'elle ne s'était jamais sentie capable de l'élever. Elle avait timidement demandé si l'internat n'était pas préférable pour lui à l'hôpital de jour, mais elle n'avait jamais osé dire clairement ses craintes et même ses certitudes d'être incapable d'élever cet enfant. Il avait fini par délirer, vers l'âge de dix ans, comme sa maman, et avait dû être placé en hôpital psychiatrique à l'adolescence. L'écoute des difficultés parentales apparaît bien délicate. Peut-on entendre des parents se dire incompétents ou nocifs pour leurs

enfants ? Ou bien s'agit-il là d'une position répréhensible et inacceptable moralement pour eux et pour nous ?

Il existe des cas où les parents se rendent compte de leur incapacité parentale et d'autres où ils veulent à tout prix garder leurs enfants avec eux, non pour les élever correctement, mais comme complément d'eux-mêmes, en rapport avec de profondes failles narcissiques, l'incapacité à rester seul, et même le désir que leurs enfants s'occupent ensuite d'eux. Ainsi, madame G. a six enfants qui ont entre 6 et 22 ans. L'aîné a été abandonné et placé chez la grand-mère paternelle de madame G., les trois suivants, qui ont 18, 17 et 13 ans, sont placés en foyer. La fille de 17 ans vient de quitter la famille, ayant accusé son beau-père ainsi que les deux frères de celui-ci de viol. Le mari de madame G. est en prison. Madame G. a actuellement la charge des ses deux derniers enfants qui ont 9 et 6 ans.

## Parentalité partielle ?

Madame G. se révèle très limitée intellectuellement, très immature affectivement ; elle garde de profondes séquelles de carence affective et d'inceste qu'elle a vécu étant jeune adolescente. Sa personnalité est structurée sur un mode d'état-limite, de type narcissique, sans élaboration réelle du conflit œdipien, avec des défenses névrotiques et certaines, plus archaïques, de type psychotique (mise à distance, idéalisation, évitement, mais aussi clivage et déni). Elle présente une angoisse d'abandon massive et a des relations d'objets fusionnelles ou par étayage. Dans ce contexte, elle voit ses enfants comme ceux qui vont la renarcissiser. Ils lui sont indispensables pour combler son manque affectif. Cependant, ils sont réduits à l'état d'objets, comme ce que l'on possède : « Pour moi, un enfant c'est à moi, ça m'appartient... J'ai jamais eu quelque chose à moi que mes enfants... » Les enfants sont donc destinés à combler le vide et l'incomplétude maternelle, madame G. ne peut les considérer comme des être différents d'elle, par rapport à qui elle a une responsabilité et qu'elle doit élever. Elle n'est pas loin de se rendre compte d'une certaine forme d'incapacité éducative quand elle constate les échecs successifs auxquels elle est confrontée. Mais sa solitude est trop grande pour qu'elle puisse admettre d'elle-même qu'il faut qu'elle se sépare de ses enfants et qu'ils soient placés chez des personnes parentales substitutives compétentes. Il est probable qu'un travail psychologique pourrait l'amener, sinon à une compétence parentale, du moins à prendre conscience de la nécessité pour ses enfants d'être accueillis par des substituts parentaux compétents. Certains auteurs évoquent la possibilité d'une parentalité partielle.

Si certains parents énoncent eux-mêmes leur incapacité à s'occuper de leurs enfants, d'autres la sous-entendent, laissant aux soignants et aux thérapeutes le soin de l'énoncer au plein jour et de prendre la responsabilité d'une mesure de séparation plus ou moins définitive.

## Évaluer la compétence parentale

Parfois, les parents sont dans le déni le plus total de leur incapacité, ils se montrent soit maltraitants, soit clairement défaillants, et il faut alors évaluer leur degré de compétence parentale et malheureusement énoncer parfois leur incompétence. Madame Lherbier parle dans son livre *La protection de l'enfant maltraité* d'enfant « brisé lentement, et sacrifié à la recherche d'amélioration de la famille ». Elle stigmatise « des situations désespérées qui ne peuvent aboutir qu'à la destruction physique et psychique de l'enfant », puis à sa délinquance ou à sa pathologie. Stefano Cirillo va encore plus loin et prononce le terme d'*irrécupérabilité* quand le thérapeute, après avoir longuement tenté de travailler avec les parents, se rend compte de son incapacité à aider certains patients maltraitants ; il remet surtout en cause sa propre capacité de thérapeute à amener certains parents à une véritable compétence éducative.

C'est pourquoi, face aux parents maltraitants et aux familles, il est important de se poser des questions précises, sur les buts, les moyens, les acteurs des mesures à mettre en place. Il est important aussi d'évaluer les actions à mener dans la durée.

On ne peut pas se contenter de mesures de *protection* de l'enfant : il faut penser à assurer à l'enfant un développement psycho-affectif, un présent acceptable, c'est-à-dire une réelle enfance, et un avenir, sinon doré, du moins potentiellement heureux. *La protection ne suffit pas*. La protection n'est que l'enveloppe nécessaire, comme l'utérus est indispensable au développement du fœtus, mais non suffisant ! Cependant, les thérapeutes doivent s'interroger sur de nouvelles prises en charges qui ne reposent pas sur la « demande » exprimée, comme lors de psychanalyses classiques. Un travail thérapeutique est-il possible s'il ne comporte pas cette demande initiale ? Quel type de travail peut-on engager ? Quels sont ses modalités et ses buts ?

## Quand le juge choisit de maintenir les liens biologiques

De fait, quand un juge préconise soit une mesure AEMO – donc un maintien en famille –, soit un placement temporaire, soit un placement définitif ou une adoption, il fait pour l'enfant un choix qu'il effectue plus souvent en raison de critères éthiques qu'en raison de positions réellement rationnelles. Choisir le maintien de liens biologiques reste pour nombre d'entre nous une option qui va de soi – moralement la meilleure. Or, ce choix donne la priorité au droit des parents à s'occuper de leurs enfants – et ce parfois au détriment du droit de l'enfant à vivre dans l'affection d'une famille avec deux parents responsables. Les professionnels de l'enfance ont bien souvent à choisir, même s'ils ne le font pas toujours consciemment, entre le maintien des liens biologiques et la continuité des liens au sein d'une (autre) famille responsable et unie.

Quand on est en face de parents maltraitants et que le choix a été fait du maintien des liens et/ou du retour ultérieur de l'enfant dans la famille, il n'y a pas d'autre solution que l'engagement d'une thérapie pour les parents. Nous ne reviendrons pas sur les multiples critères à prendre en compte pour évaluer la compétence parentale <sup>1</sup>, nous nous interrogerons sur le traitement à préconiser.

## Parents maltraitants, souffrance et immaturité

Les parents maltraitants présentent majoritairement des structures pathologiques de type psychotique et état-limite. Ce sont souvent des personnalités abandonniques, avec des traits de personnalité communs : immaturité, instabilité, difficulté de contrôle des affects, tendance à l'agir comportemental et au passage à l'acte agressif, etc. – éléments parfois accompagnés d'une dégradation de la situation socioculturelle et d'une difficulté d'insertion sociale. Enfants, les sujets ont souvent été victimes soit de rejet, soit de liens ambivalents : attachements marqués, de type fusionnels et envahissants, suivis de rejets aussi massifs et inattendus qu'incontournables. L'enfant, même placé, n'a pas tort de penser que sa mère l'aime et qu'il l'aime en retour. C'est partiellement vrai. Mais, souvent, il dénie fortement la haine que la mère a suscitée en lui par ses rejets et ses violences. Il l'idéalise et reste à jamais insatisfait, toujours en quête, en attente et en demande d'un amour maternel dont il garde la profonde nostalgie, dans un espoir toujours déçu.

Les montagnes russes entre l'inclusion et l'exclusion, l'attachement et le délaissement, sont un vécu relationnel particulièrement destructeur pour l'enfant. De fait, un abandon clair et net permet parfois à l'enfant de faire un deuil parental et de s'attacher à des substituts parentaux. La personnalité de ces sujets est marquée par une forte tendance au déni de la réalité (surtout de la réalité maternelle défaillante) et par une profonde blessure narcissique. Face à son incapacité à prendre conscience des défaillances maternelles, l'enfant en est réduit à se considérer lui-même comme un mauvais sujet, seul responsable de son abandon. Pour le prouver, il adopte un comportement caractériel et une attitude d'opposition, provoquant punitions et rejets partout où il passe : mieux vaut être mauvais que d'oser penser une défaillance maternelle ou que d'être à nouveau aimé puis rejeté. Chez toutes les personnes, chez les enfants, chez les soignants, chez certains juges, le tabou de la mère défaillante est tenace ! Une mère biologique serait forcément une bonne mère, ce qui n'est malheureusement pas toujours la réalité.

## Le cap difficile du conflit œdipien

Le patient abandonnique ne peut ni aborder correctement ni dépasser le stade œdipien. Il ne peut vivre la haine et l'amour envers les parents qu'en rapport au manque initial d'amour maternel. Ainsi, le garçon maltraité ne peut renoncer à vouloir prendre la place du père, car il revendique sans cesse

l'amour maternel qu'il n'a pas eu. Les renoncements que requiert le stade œdipien sont vécus comme des rejets, l'enfant confondant renoncement et rejet.

Il demeure donc dans une dynamique pulsionnelle érotisée par rapport à la mère, et haineuse par rapport au père et à ses représentants sociaux. Il ne peut accéder à une personnalité structurée par les légitimes frustrations de son désir (œdipien), par les limitations de la castration et de ses attentes, qui resteront toujours vivaces. Il ne peut prendre sa véritable place de fils dans la triangulation œdipienne. Les interdits fondamentaux du meurtre et de l'inceste ne sont pas repérés ni correctement internalisés. Les tentations œdipiennes incestueuses restent présentes notamment par rapport à sa mère, mais aussi par rapport à ses propres enfants. Les tentations d'éliminer l'autre, de vouloir sa mort sont agissantes, avec un recours marqué au passage à l'acte violent et éventuellement au meurtre. La différence des sexes, la différence des générations, la reconnaissance du père et de l'autorité ne sont pas réellement perçus.

La sexualité demeure mal différenciée, ne faisant pas suite aux identifications parentales. La position générationnelle reste diffuse, l'autorité et la loi ne s'inscrivant pas dans un rapport au père nettement repéré et accepté comme modèle identificatoire. La mentalisation (l'accès à la pensée) reste fragile, le registre comportemental est prévalent avec éventuel passage à l'acte, incapacité de modération pulsionnelle, réaction imprévisible aux angoisses internes et aussi aux angoisses issues du monde extérieur, souvent ressenti comme persécutif.

Les angoisses s'inscrivent tant dans le domaine névrotique de la castration que dans un domaine plus archaïque d'abandon, de perte d'amour, de rejet, de persécution et d'anéantissement (perte de substance vitale, crainte d'inclusion, d'engloutissement...).

## **Une psychothérapie « soutenue »**

La psychothérapie de ces patients ne vient presque jamais de leur propre demande. Elle s'instaure souvent grâce à une contrainte extérieure (intermédiaire familial, judiciaire, ou contractuel).

Les ruptures et les attaques du traitement, la mise à mal du cadre et des thérapeutes constituent un premier temps où se rejouent majoritairement la haine et le rejet. Il s'agit aussi d'un temps de vérification de la capacité de présence des thérapeutes, de leur patience et de leur force.

Le travail de l'angoisse se fera dans un second temps (angoisses d'inclusion, de perte, d'abandon, de rejet et même de morcellement), de façon concomitante à un attachement très infantile du sujet à son thérapeute. Le travail requiert là aussi des aménagements de la position classique psychanalytique, qui amènera progressivement un renforcement du narcissisme du sujet.

Le patient passe par une longue période de dépression consécutive au constat de son abandon. Il parvient avec effort à accepter de se considérer

comme victime et à laisser tomber sa position de mauvais enfant coupable. Il fait le deuil de vrais parents qu'il n'a pas eus et désidéalisé ses parents défaillants.

Quand le transfert narcissique se mue en transfert objectal, la thérapie a des chances d'amener le patient à une situation œdipienne, qui souvent ne sera pas rejouée, mais jouée pour la première fois.

À l'effacement sans trace de tout souvenir de violence – souvent ardemment recherché par les enfants victimes de violence – se substituera le refoulement, constitutif de l'oubli, de la division du sujet, de sa névrotisation et de sa réelle humanisation. Les interdits du meurtre et de l'inceste pourront être acceptés et intériorisés, la pulsion de mort trouvera sa limitation.

Alors le sujet pourra éviter d'être agi et d'agir une répétition mortifère transgénérationnelle.

Christine Condamin Pouvelle  
Maître de conférences à l'université d'Amiens,  
UFR philosophie, sciences humaines et sociales,  
Chemin du Thil, Campus, 80025 Amiens Cedex 1.  
Psychothérapeute, expert-psychologue  
près la cour d'appel de Douai. Docteur en psychologie

Communication présentée sous le titre « Réflexion sur le traitement psychothérapeutique des parents maltraitants » au 3<sup>e</sup> Congrès européen de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 31 mai-2 juin 2001, à Lisbonne [*Psychopathologie et parentalité(s)*].

#### BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM, N. ; TOROK, M. 1987. *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion.
- BERGER, M. 1997. *L'enfant et la souffrance de la séparation, Divorce, adoption, placement*, Paris, Dunod.
- BERGERET, J. et coll. 1986. *Psychologie pathologique*, Paris, Masson.
- CIRILLO, S. ; DIBLASIO. 1992. *La famille maltraitante*, Paris, ESF.
- GASPARI-CARRIERE, G. 1989. *Les enfants de l'abandon*, Paris, Privat.
- LAMOUR, M. ; BARRACO, M. 1998. *Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin*, Paris, Gaëtan Morin Éditeur.
- LHERBIER-MALBRANQUE, B. 2000. *La protection de l'enfant maltraité*, Paris, L'Harmattan.
- MAURY, M. ; LAMOUR, M. 2000. *Alliances autour du bébé*, Paris, PUF.
- STRAUSS et MANCIAUX (dir.). 1994. *L'enfant maltraité*, Paris, Fleurus psycho-pédagogie.
- WINNICOTT, D.W. 2000. *La crainte de l'effondrement*, Paris, Gallimard.

**NOTE**

1. Communication *La notion de compétence au regard des droits et des besoins de l'enfant* du 16/10/2000 à Villeneuve-d'Ascq.

**RÉSUMÉ**

Si les notions de *fonction parentale* et de *compétence parentale* commencent à émerger, les droits de l'enfant eux aussi s'affirment progressivement – droits de l'enfant à une vraie famille et notamment à deux parents compétents.

Quand l'enfant a des parents maltraitants, le réflexe est bien souvent de l'éloigner pour le protéger. Une fois la crise passée, l'enfant retourne dans sa famille et retrouve les mêmes difficultés. Si les parents demeurent dramatiquement défaillants, l'enfant reste placé dans des structures institutionnelles ou familiales plus ou moins stables. Il devient souvent un adulte meurtri, présentant des séquelles psycho-affectives graves.

Avant toute décision de placement d'enfants, nous tentons d'évaluer la compétence parentale et surtout l'aptitude des parents à se mobiliser pour changer d'attitude à l'égard de l'enfant. Nous cherchons d'abord à savoir s'ils sont capables de reconnaître les faits. Nous tenons avec eux une réflexion sur la nature de leurs actes, sur l'origine de leur comportement, sur leur vécu infantile et sur ce qui a entravé leur capacité à s'occuper de leurs enfants. Cette évaluation permet de savoir si les parents peuvent se mobiliser pour un travail psychologique et si les psychothérapeutes peuvent les aider à dépasser leurs difficultés parentales. Dans un cadre éventuellement psycho-judiciaire ferme et stable, une psychothérapie adaptée peut parfois être mise en place : elle s'adresse majoritairement à des sujets de type narcissique, abandonnique et/ou état-limite, et comporte des particularités spécifiques. Pendant ce temps, les enfants-victimes bénéficieront d'un accueil adapté et de soins psychothérapeutiques.

**MOTS-CLÉS**

Parents maltraitants, psychothérapie, compétence parentale.