



HAL
open science

La parole de l'enfant : objet de bonnes intentions, sujet de protection

Camille Launay

► **To cite this version:**

Camille Launay. La parole de l'enfant : objet de bonnes intentions, sujet de protection. Santé publique et épidémiologie. 2019. dumas-03515422

HAL Id: dumas-03515422

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03515422v1>

Submitted on 6 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LAUNAY

Camille

Faculté de médecine de Caen

Diplôme Universitaire « Ethique des sciences de la vie : soins, santé,
société »

*La Parole de l'enfant : Objet de bonnes
intentions, sujet de protection.*

Année universitaire 2018-2019

Mémoire dirigé par Monsieur Franck Lelièvre.

Sommaire

Introduction

I/ Considérations concernant la parole de l'enfant

1. Enfant et Parole, définitions
2. Construction de la parole de l'enfant, prisme du soin
3. La fiabilité de la parole de l'enfant
4. Les limites de la parole de l'enfant

II/ Le cadre légal de la parole de l'enfant

1. La minorité : la question de l'âge.
2. Le mineur frappé d'incapacité
3. Vers une autonomie progressive du mineur
4. Le mineur toujours représenté par les titulaires de l'autorité parentale
5. De la représentation à l'assistance ?

III/ Le traitement clinique de la parole du mineur

A. La rencontre entre la parole de l'enfant et les titulaires de l'autorité parentale

1. Emergence de la parole de l'enfant et alliance thérapeutique
2. La fonction phorique
3. Les limites de ce positionnement

B. Approche clinique des familles pathologiques

1. Analyse de la pathologie familiale
2. La place de l'enfant dans la dynamique familiale
3. Propositions thérapeutiques dans le cadre d'une pathologie du lien

IV/ La réponse pratique à apporter en l'absence de réponse thérapeutique

1. Les moyens pour un enfant de faire valoir ses droits lorsque les titulaires de l'autorité parentale agissent contre son intérêt
2. La dénonciation de la famille

Conclusion

Depuis plusieurs années, je suis Directrice Adjointe à 0.25 équivalent temps plein de l'Association Gaston Mialaret regroupant six établissements médico-sociaux (Bureau d'Aide Psychologique Universitaire, Centre Médico-Psycho-Pédagogique, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) sur le Calvados. J'interviens comme rédactrice du journal associatif, déléguée à la protection des données personnelles, je suis chargée des évaluations internes et réalise des interventions juridiques sur des questions telles que le dossier du patient, la protection de l'enfance, la confidentialité, l'archivage... Parallèlement, je suis coordonnatrice d'un pôle de santé à hauteur de 0.60 équivalent temps plein. Il s'agit d'un dispositif innovant et pilote alliant le sanitaire et le médico-social. Le but est de regrouper différents services ambulatoires (CAMSP, CMPP, CMPEA, CATTP) sur un même lieu et de mutualiser les ressources humaines et matérielles afin de proposer un guichet unique aux familles permettant de fluidifier le parcours des patients, éviter les ruptures et exercer une fonction de ressource pour nos partenaires locaux. Dans ce cadre, nous accueillons donc des familles et enfants de la conception à l'âge de 20 ans présentant des signes de souffrance psychique ou des déficiences. Le fonctionnement se fait par tranches d'âge (0-6 ans, 6-12 ans et 12-20 ans). Les équipes sont pluridisciplinaires, composées de médecins pédiatres et pédopsychiatres, de cadres, psychologues, psychothérapeutes, infirmières, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciennes, éducatrices, assistant de service social. Mon rôle au sein du PEA est de garantir le bon fonctionnement de ce dispositif pilote, d'encadrer les différents agents, animer les réunions pluridisciplinaires, assurer la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques, être garant du respect des droits et libertés des usagers, construire les relations partenariales et représenter le dispositif à l'extérieur du pôle. Enfin, j'interviens en tant que formatrice à l'IRTS sur des thématiques comme la confidentialité, le règlement européen de protection des données personnelles, la loi 2002-2...

Après un master 2 en droit Protection des Personnes Vulnérables, je me suis dirigée vers un master 2 Management du Social et de la Santé option gérontologie. J'ai choisi de suivre ce diplôme universitaire en éthique afin d'approfondir mes connaissances sur ce sujet qui me passionne notamment du fait des grandes évolutions du XXIème siècle. Ce mémoire est pour moi l'occasion de développer une situation qui m'a beaucoup questionnée ainsi que l'équipe pluridisciplinaire.

César a 12 ans, il est suivi dans notre service de manière discontinue depuis sa petite enfance. Il est le dernier enfant d'une fratrie de trois de l'union de ses parents (Madame aurait d'autres enfants d'une précédente union).

Son grand-frère Alexandre a lui aussi été pris en charge auparavant par le Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents, en amont de la constitution du PEA. Il a vécu un parcours chaotique et présente des manifestations violentes. Ce frère aîné a eu un diagnostic tardif de trouble du spectre autistique. Ce diagnostic a soulagé la famille qui s'est complètement investie dans l'autisme et le revendique comme une identité. Néanmoins, à ce jour, le diagnostic d'Alexandre est encore sujet à discussions au sein du Centre Ressource Autisme. Alexandre est suivi par un SESSAD au titre des TSA au moment où nous accueillons César, il est déscolarisé et semble se marginaliser.

La grande sœur de César est elle aussi suivie dans notre service. Elle présente une opposition forte vis-à-vis de ses parents. Sa maman a sollicité le service pour un diagnostic de trouble du spectre autistique ce qui nous a étonné quand nous avons rencontré cette adolescente rebelle mais tout à fait adaptée et dans la relation. Madame l'a amenée à rencontrer plusieurs pédopsychiatres sans nous en faire part après que nous avons refusé de la diagnostiquer TSA, jusqu'à ce qu'un pédopsychiatre libéral la diagnostique autiste asperger. La jeune est en capacité de s'opposer dans sa famille. Bien qu'elle ait mal vécu la démarche de sa mère, cela ne semble pas mettre à mal son développement. Il s'agit d'une jeune fille autonome capable de se détacher de la dynamique familiale.

La situation de César est plus complexe. Lorsqu'il était dans la petite enfance, César présentait des signes pouvant laisser suspecter un TSA. Un médecin de notre service avait d'ailleurs établi cette hypothèse auprès de la famille. Néanmoins, César questionne. Il n'évolue pas normalement, montre des comportements paradoxaux au sein des différents espaces de soins. Ses variations de comportement sont telles que cela crée des conflits dans l'équipe. Certains remettent en cause le diagnostic, d'autres s'y cramponnent tout en ne proposant pas les soins recommandés par le plan autisme. L'équipe connaît un turn-over important sans lien direct avec cette situation. César rencontre donc une nouvelle psychologue ayant un parcours développement de l'enfant. Après quelques mois, celle-ci interpelle l'équipe. César se montre complètement adapté dans son bureau, il présente une grande immaturité et gère difficilement ses émotions mais après un travail sur la gestion des émotions il se montre capable de s'ouvrir sur ses ressentis et son vécu.

Au fur et à mesure des séances, il sera capable d'exprimer qu'il mime le comportement de son frère aîné car c'est ce que sa maman attend de lui. Il présente une grande souffrance liée à cela. Il ne supporte plus d'être stigmatisé par le diagnostic de TSA que madame revendique ouvertement dans tous les lieux de socialisation de César (interventions de psychologues libéraux au collège pour présenter les TSA et le cas de César à la communauté enseignante, aux enfants du collège et à sa classe, demandes d'adaptations, mise en place d'un outil informatique, inscription dans des groupes de TSA en libéral, intervention d'éducateurs spécialisés libéraux au domicile...).

Nous commençons progressivement à suspecter une pathologie familiale néanmoins nous nous trouvons pris dans les difficultés du diagnostic de TSA. Effectivement, les enfants ayant des troubles du spectre autistique ont longtemps été négligés dans leur repérage, leur diagnostic et leur accompagnement. Beaucoup de parents d'enfants ayant un TSA ont dû mener un véritable combat pour voir reconnaître leurs troubles et des accompagnements adaptés proposés. La France accumule un gros retard sur le plan international. La situation de César fait donc écho à cette dynamique de combat mené face à des soignants refusant de poser un diagnostic et des accompagnements conformes aux recommandations. De même, muée par un désir d'évoluer vis-à-vis de ce public, l'évolution du diagnostic n'est pas sans poser de difficultés. Régulièrement, des pathologies sont intégrées à la catégorie TSA (exemple : la dépression du nourrisson), puis retirées (en 2019, la notion d'autiste asperger serait à proscrire, Asperger étant le nom d'un chercheur nazi), les recommandations évoluent plus vite que nous ne pouvons les mettre en place ce qui crée un espace flou pour les familles et les professionnels.

La maman de César est persuadée qu'elle vit une injustice, que le handicap de son fils n'est pas reconnu, qu'elle doit se battre contre notre « archaïsme » et faire valoir son expertise parentale. Les professionnels du SESSAD qui suivent Alexandre, le frère de César, vont dans son sens. Eux même ont eu à se battre aux côtés des parents d'enfants ayant un TSA pour mettre en place et faire accepter les accompagnements recommandés par l'ANESM puis l'HAS. De plus, lorsque la psychologue du SESSAD intervient au domicile, César se calque sur son frère et leur relation est explosive ce qui la conforte dans l'idée que César serait lui aussi autiste. La maman de César est considérée par le SESSAD comme une maman désespérée, faisant preuve d'un grand courage pour soutenir ses enfants.

La maman de César demande régulièrement à ce qu'il voit un nouveau pédopsychiatre au pôle, probablement dans le but que quelqu'un voit enfin le handicap de son fils et reconnaisse son combat en tant que mère. Nous répondons parfois à cette demande. Face à l'intervention induite du SESSAD, aux recherches de diagnostics en libéral, aux interventions concomitantes aux nôtres mises en place par Madame nous lui expliquons que nous n'allons plus tenir compte du diagnostic de TSA posé dans la petite enfance mais que nous allons poursuivre les soins (psychologue, psychomotricité et groupe jeu dramatique) car ils sont bénéfiques pour César qui est d'ailleurs en demande. Madame vit très mal que nous remettions en cause le diagnostic.

Dans le but de préserver un minimum d'alliance, nous proposons à Madame d'orienter César vers le Centre Ressources Autisme, expert dans le diagnostic de TSA, afin que nous soyons tous fixés et promettons à Madame de revoir les soins si le diagnostic est maintenu. Nous même nous interrogeons sur nos représentations, sommes-nous effectivement dans une sorte d'archaïsme et refusons nous de voir l'évidence ? Dans l'attente des consultations spécialisées Madame emmène César voir différents pédopsychiatres en libéral jusqu'à ce que l'un d'entre eux diagnostique César autiste asperger et réalise un certificat médical à destination de la Maison Départementales des Personnes en situation de Handicap. Sur la base du certificat médical, la maman de César a obtenu une reconnaissance de handicap et une notification SESSAD. Les modalités de reconnaissance de handicap sur la base d'un unique certificat médical posent questions, d'autant plus au regard de la méta-analyse réalisée par le Dr Laurent Mottron sur les dérives et exagérations du diagnostic d'autisme.

Annexe 1 « Du diagnostic à l'admission en ESSMS ».

Quelques mois plus tard, le CRA réfutera le diagnostic de TSA. Face à cette réponse Madame imaginera que notre service a influencé les professionnels du CRA. Tous les bilans réalisés par le CRA font état d'un enfant qui ne se situe absolument pas dans l'autisme, le seul test le situant dans l'autisme est l'ADI-R, un questionnaire rempli par la famille. Nous découvrirons quelques semaines plus tard que Madame a dans la foulée appelé le directeur du SESSAD et fait pression en menaçant d'appeler l'association Autisme Basse-Normandie, les médias et de faire une grève de la faim si César n'entrait pas dans ce service.

Lors de son dernier RDV avec le pédopsychiatre, la maman de César nous annonce, ainsi qu'à son fils, qu'il entre au SESSAD dans les jours qui suivent et qu'elle décide d'arrêter les soins dans notre service. César verbalisera devant sa maman et le pédopsychiatre qu'il ne souhaite pas entrer au SESSAD et veut poursuivre ses soins actuels dans notre service.

Pour la première fois, César s'oppose à sa mère et à la dynamique familiale en place. Nous sommes en accord avec lui sur ses besoins et sa problématique. Lors de son dernier RDV avec la psychologue, il verbalisera des menaces de passage à l'acte suicidaire s'il entre au SESSAD en tant qu'autiste. C'est sur cet instant précis, durant lequel Madame passe à l'acte en mettant un terme aux soins, en déniait l'expertise du CRA et en faisant entrer César au SESSAD que j'aimerais focaliser ce mémoire. C'est aussi à ce moment précis que César a pu verbaliser son opposition.

Nous sommes très inquiets pour César. Cette situation nous fait ressentir beaucoup de colère : vis-à-vis de la maman, du SESSAD, du médecin libéral qui a réalisé le certificat médical. L'entrée de César au SESSAD au titre des TSA avec tout ce que cela implique (reconnaissance de handicap, intégration de groupes de faux « pairs », information auprès des enseignants et des élèves de sa classe, mise en place d'outils d'adaptation, prise en charge par le même service que son frère) risque de rendre son quotidien très difficile d'autant que ses ressources (espace psychologique et psychomoteur) lui sont immédiatement retirées. Au-delà de notre crainte d'une stigmatisation croissante, c'est l'identité de César qui nous inquiète. Effectivement, comme nous, il s'était résigné à attendre avec impatience le retour du CRA : il avait pu verbaliser son enthousiasme lorsque le diagnostic a été réfuté mais il avait aussitôt pu nous dire que sa maman n'était pas d'accord avec ça. Qu'est-ce que tout cela peut bien vouloir dire pour lui ? César vit dans un monde dans lequel la logique est impuissante : il dit ne pas être autiste, une équipe pluridisciplinaire incluant plusieurs pédopsychiatres dit qu'il n'est pas autiste, le CRA confirme cela en tant qu'expert de la question et pour autant, la simple volonté de sa maman, d'un médecin isolé allié à la crainte du scandale d'un directeur de SESSAD ont raison de son avenir et de son identité. Quel message est renvoyé à César ? Que sa maman est toute puissante ? Qu'à elle seule, elle peut déterminer son avenir sans que personne ne puisse s'y opposer ? Cela ne semble pas juste. César dispose de toutes ses capacités de raisonnement, il est en capacité de faire des choix et de consentir. Il n'est néanmoins pas en capacité de s'opposer à sa mère. Cette situation semble très maltraitante : à titre de comparaison, aurait-on idée d'assoier une personne entièrement valide dans un fauteuil roulant et de la présenter aux yeux de la société comme invalide ?

Nous pensons premièrement à empêcher l'entrée de César au SESSAD. Nous nous rapprochons de la MDPH afin de faire « tomber » la notification SESSAD en mettant en cause le certificat médical réalisé en libéral au regard de l'expertise du CRA. Cependant, nous manquons de temps pour cette démarche, Madame nous ayant informés de l'admission au

SESSAD au moment de celle-ci. Nous envisageons un recueil d'information préoccupante auprès de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes du Département, mais comment décrire de manière objective cette situation qui ne rentre pas dans les cases habituelles ? Nous avons des soupçons de pathologie familiale mais comment les prouver ? Surtout dans le contexte actuel des plans autisme et de la pression exercée par les associations militantes. Pour autant, ne pas signaler la situation, c'est aussi la cautionner aux yeux de César. Chaque fois que nous ne dénonçons pas une situation de maltraitance, nous disons de manière détournée à l'enfant : ce que tu vis est normal. Et peut-être que plus tard, César se convaincra que si nous avons pensé qu'il était normal qu'il soit traité ainsi, alors c'est peut-être qu'effectivement il le mérite. A titre de comparaison : assister à des violences conjugales sans réagir c'est dire à la personne violente que l'on est d'accord avec ce qu'elle fait et à la victime que ce qu'elle vit est normal voire qu'elle l'a mérité. (*CF spots télévisés du gouvernement cet hiver « réagir peut tout changer »*). Il existe une forme de responsabilité collective et sociétale dans les situations de maltraitance intrafamiliales. Une étude Harris Interactive menée en octobre 2017 pointe que 47% des français soupçonnent au moins un cas de maltraitance passé ou actuel dans leur entourage sans être intervenus. Parallèlement, l'efficacité de la protection de l'enfance ne nous encourage pas dans cette voie, à titre individuel, il m'est difficile de prendre une décision car la situation de César trouve une résonance dans ma propre histoire et il semble que je sois en difficulté pour agir de peur de ne pas savoir faire la part des choses. Nous nous rapprochons du SESSAD afin de connaître leurs motivations : ils sont persuadés de venir au secours d'une maman qui s'est battue toute sa vie contre le système pour ses enfants et nous sommes pointés comme ceux qui alimentent ce système.

Découragés, d'autres idées nous viennent en tête : et si nous donnions à César les coordonnées d'un avocat spécialisé dans les droits de l'enfant ? Mais est-ce à ce jeune garçon de porter seul sa situation ? Contre sa famille, à laquelle il est très attaché malgré tout, contre un système qui n'a pas été opérant pour lui ? Quel réconfort pourra-t-il en retirer à la fin ? A quel point faire tomber ce diagnostic de TSA serait bénéfique pour César au regard de tout ce qu'il pourrait potentiellement perdre dans ce cadre ? Au final, la question qui nous anime est comment protéger César sans être maltraitants nous-même ?

Problématique : Comment traiter de manière éthique la parole d'un enfant ?

Il sera d'abord question de s'interroger sur la parole de l'enfant (I), puis sur le cadre légal (II) qui l'entoure avant de se pencher sur les aspects cliniques (III) et pratiques (IV).

I/ Considérations concernant la parole de l'enfant

Dans cette première partie, il s'agira de définir la parole de l'enfant (1), d'établir sa construction par le prisme du soin (2), d'évaluer sa fiabilité (3) et d'étudier les limites de cette parole (4).

1- Enfant et Parole, définitions.

L'enfant est défini par le Larousse comme le garçon ou la fille, avant son entrée dans l'adolescence. Comme une personne naïve au caractère enfantin. Il s'agit de la fille ou du fils de quelqu'un, d'un descendant. Deux notions sont particulièrement intéressantes : la naïveté et la notion de « descendant de ». La naïveté fait appel à l'inexpérience, la crédulité, à la simplicité. Il est possible de la concevoir comme une notion disqualifiant la parole de l'enfant qui n'a pas vécu assez d'expériences pour acquérir un socle de connaissance suffisant à la décision, qui croit ce qu'on lui dit et serait donc incapable d'avoir un avis propre basé sur une connaissance de son sujet. La descendance, « être le fils ou la fille de » renvoie à une forme d'appartenance. La préposition « de » sert justement en français à introduire un complément d'appartenance dans une phrase. L'enfant appartiendrait donc à ses parents. Sur le plan étymologique, *Infans* signifie « qui ne parle pas ». Ce terme désignait initialement le nourrisson. Dans « la parole de l'enfant, de l'enfance muette à l'enfance déniée », D. Calin revient sur l'étymologie : s'il cela est vrai que le bébé ne parle pas, l'enfant développe, quant à lui, rapidement un langage. L'étymologie ne renvoie donc pas à une incapacité de parler mais à la non reconnaissance sociale de cette parole. On relève que dans beaucoup de familles françaises, la tradition interdisait aux enfants de parler à table. Dans la société, on commence à faire une place particulière aux enfants à partir du XVIème siècle, cela se traduit notamment par une différenciation au niveau vestimentaire.

L'enfant se décrit comme celui qui n'est pas encore adolescent ou comme le fils ou la fille de tout âge, par relation au père et à la mère. Le descendant, la personne proche ou la chose produite par une autre. Le terme *Infans* se construit à partir d'un préfixe privatif attaché au terme *for/fari* qui signifie parler. L'enfant est celui qui est incapable de bien parler. Déjà, on retrouve la notion d'incapacité. Enfin, *Filius*, le fils, renvoie une nouvelle fois à la notion de

filiation. D'un point de vue étymologique on retrouve donc les mêmes notions phares que dans celle de la définition française de l'enfant : l'enfant est incapable de parler et son existence est intrinsèquement liée à sa filiation.

Jean-Louis Le Run, pédopsychiatre, définit la parole de l'enfant ainsi : « la parole exprime la pensée par l'intermédiaire du langage ». Elle n'a de valeur qu'en raison de son contenu. Il ne suffit pas de faire des sons avec sa bouche. Il y a la parole qui compte (le serment) et les beaux discours (les flatteries). Le psychanalyste, Lacan, distingue la parole vide de la parole pleine. La parole vide étant le langage uniquement objectivé en termes de communication ou le discours de la folie dans lequel le sujet est parlé plus qu'il ne parle. Il confronte cette parole à la parole pleine qui serait, quant à elle, une parole riche de sens et de symbolique. Il est possible de dissocier la parole distribuée par le vecteur du langage comme affirmation de soi, comme volonté consciente de prendre position, et la parole qui émane du corps, qui transparait au-delà des intentions du locuteur, le langage du corps, l'infra-verbal. Laquelle aurait plus de valeur ? Laquelle faudrait-il prendre en compte ? Laquelle vaudrait consentement ? « Qui ne dit mot consent » est un dicton souvent utilisé en société et sert d'ailleurs à justifier des actes que l'on n'aurait pas commis si la personne avait pu clairement exprimé sa volonté. C'est une manière de verbaliser l'absence de réponse verbale, le silence comme une autorisation par défaut. Or, malgré la popularité de ce dicton, il n'a jamais été question en droit civil d'associer silence et consentement. Alors que faut-il retenir ? Les impressions que nous laissent le langage du corps ou les mots choisis par le locuteur ? Il est possible de dire oui de la bouche et non de tout son corps. Il s'agit donc de choisir entre l'envie, le désir de la personne et sa volonté, ses capacités décisionnelles. Le droit choisit la volonté exprimée qu'importe ce que le corps montre tant qu'aucune pression n'est de nature à vicier le consentement. Ainsi, le patient se rendant chez le dentiste pour se faire retirer une dent peut transpirer d'angoisse, trembler de peur et affirmer au dentiste son accord pour procéder au soin parce qu'il sait au-delà de sa peur que c'est ce qui est bon pour lui. Le droit reconnaît à la personne humaine, sa capacité à faire des choix et sa volonté au-delà de ce qui peut la motiver, la travailler. On pourrait alors déterminer que le juriste s'attache à la parole dans ce qu'elle a d'objectif, la volonté de la personne tandis que le thérapeute, le soignant s'attachera plus à la parole en ce qu'elle a de symbolique, d'interprétable, en ce qu'elle témoigne des ressentis et du vécu de l'interlocuteur.

Alors comment entendre, écouter, prendre en compte ou en considération la parole de l'enfant, de celui qui est incapable de parler et qui ne peut être pensé que dans la cadre de sa filiation ? Selon le dictionnaire Larousse, entendre c'est : percevoir par l'ouïe, écouter volontairement, prêter attention, comprendre, saisir le sens... Ecouter, c'est déjà aller plus loin. Il s'agit de prêter attention à ce que quelqu'un dit pour l'entendre et le comprendre. C'est tenir compte de ce que dit quelqu'un. Enfin, la considération est rattachée au fait de peser quelque chose, de l'apprécier, le prendre en compte, le respecter et l'avoir en estime. A travers ces notions graduées, on peut comprendre que ce qui est l'objet de notre attention peut passer du bruit parasite que l'on capte sans y faire attention à quelque chose d'une grande valeur nécessitant une attention particulière.

La parole de l'enfant est ici étudiée dans le cadre des services et établissement médico-sociaux accueillant des enfants au titre de la souffrance psychique ou de la déficience quelle qu'elle soit. L'action médico-sociale est définie par l'article L 116-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Elle tend « à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur l'évaluation continue des besoins et attentes des usagers ». On peut d'ores et déjà noter les notions d'autonomie, de protection et de citoyenneté. Les établissements et services médico-sociaux sont chargés de favoriser l'exercice de l'autonomie et de la citoyenneté des usagers qu'ils accueillent. L'autonomie est une notion complexe qui trouve bien des définitions. On peut considérer depuis les deux lois de 2002 relatives pour l'une au sanitaire pour l'autre au médico-social que l'autonomie réside dans le fait de pouvoir permettre à l'utilisateur de faire des choix éclairés le concernant après l'avoir informé de manière adaptée. C'est aussi permettre à l'utilisateur de faire tout ce qu'il peut faire de lui-même, lui-même. L'autonomie est souvent pensée en opposition à la dépendance. Par ailleurs, le citoyen est celui qui dispose de droits civils et politiques et qui peut les exprimer sans craindre l'oppression. Dans notre situation, on peut déjà entrevoir que les choix de César ne sont pas pris en compte, reste à savoir si on peut considérer qu'il s'agit de choix éclairés. De même, César peut-il exprimer son opinion sans craindre de répercussions : risque-t-il de perdre l'affection de sa maman ? De ne plus faire partie de cette fratrie unie par le TSA ? Pourrait-il décevoir les soignants auxquels il est attaché s'il se rallie à sa maman ?

2- Construction de la parole de l'enfant, prisme du soin.

Dans le cadre des accompagnements médico-sociaux et des soins psychiques, le petit enfant a longtemps besoin d'un porte-parole puisqu'il n'a pas encore développé de langage bien qu'il communique. Le comportement et la parole de l'enfant font donc d'emblée l'objet d'une interprétation. Dès le commencement de sa vie, les besoins et souhaits de l'enfant vont s'exprimer par le biais de son comportement et de ses expressions qui seront eux même interprétés et traduits en mots par l'intermédiaire de ses parents puis des professionnels de la petite enfance. Pour pouvoir traduire ces comportements et expressions, il est nécessaire de connaître l'enfant, de l'avoir observé. « La mère de l'enfant et ceux qui s'en occupent vont transformer des éléments incompréhensibles en éléments pensables et introjectables »¹. L'enfant est pensé et mis en mots par d'autres avant le processus de subjectivisation. Cela lui sert d'appui dans un premier temps pour pouvoir se faire comprendre. Dans un second temps, cela finit aussi par l'étouffer. Il se dégage de ce socle par le « non ». Le langage apparaît lors du processus de subjectivisation : lorsque l'enfant comprend que sa mère et lui forment deux êtres distincts. Le langage apparaît comme un tiers séparateur entre la mère et l'enfant, avant son apparition « la mère [de l'enfant] est l'interlocuteur privilégié et l'interprète permanent »². Nombreux sont les retards de langage liés à des difficultés de séparation : « trop de collage = pas de langage » (F. Noël, orthophoniste en CAMSP). L'enfant ne parle que parce qu'il en a besoin, que cela à une utilité. Si il est en fusion avec sa mère dans son quotidien et que celle-ci anticipe avec brio tous ses besoins celui-ci n'aura pas de raison de développer le langage. On observe aussi chez les enfants présentant des difficultés de séparation et un retard de langage que la parole peut-être perçue comme menaçante au sein de la famille ou encore l'enfant peut percevoir la crainte de sa mère à l'idée qu'il ne soit plus dépendant d'elle et s'autonomise. Effectivement, l'apparition du langage a aussi un retentissement majeur dans la relation de l'enfant à l'autre : il peut dès lors exprimer son malaise, ses émotions, son mal-être. Il n'a plus besoin de son interprète et peut même s'exprimer en contrariété avec celui-ci. Par ailleurs, l'enfant est un être sociable, entre l'âge de 3 et 5 ans il va normalement abandonner la violence au profit du langage pour régler les conflits avec autrui. La parole apparait donc comme quelque chose dont l'enfant peut se saisir pour s'individuer et s'opposer à ses parents en faisant ses propres choix. Le processus d'individuation, initialement conceptualisé par Jung, est le

¹ Le Run Jean-Louis, Le héros de l'histoire, *Enfances et Psy*, n°36, 2007, pages 117 à 127.

² Bedos Maria, orthophoniste, *Parole donnée, parole à prendre*, *Enfances et Psy*, n°36, 2007, pages 20 à 24.

processus par lequel l'individu se dissocie, se différencie des autres membres de son espèce afin d'être une personne à part entière. A contrario, est-il possible de penser que l'enfant qui n'est pas en capacité de s'individualiser et de s'opposer à ses parents n'a pas encore terminé la phase de développement nécessaire pour cela ? Serait-il alors violent d'attendre de lui qu'il agisse ainsi alors qu'il n'en est pas là ? Peut-on demander à un enfant de courir s'il ne sait pas marcher ? Si César avait maintenu la position exprimée devant le pédopsychiatre de manière ferme et continue cela n'aurait-il pas eu l'impact le plus important que l'on puisse imaginer pour empêcher son entrée au SESSAD ? Le fait qu'il ne l'ait pas fait, est-il significatif d'un développement psychique insuffisant ? Si César n'est pas totalement individualisé, sa parole est-elle fiable ? Doit-elle être prise en considération ? Il serait possible de raisonner comme cela si l'individuation était un concept manichéen. Si tous les êtres humains passent par ce processus, l'aboutissement de celui-ci couvre un large spectre. Etre individualisé ne signifie pas qu'une frontière infranchissable se dresse entre l'individu et les pressions extérieures : ce serait nier la notion d'emprise, au encore de loyauté, de conflit d'intérêt, d'amitié fusionnelle... D'un point de vue systémique, un individu est forcément lié à d'autres individus qui vont influencer son analyse, être l'objet d'enjeux. On pourrait penser que le chemin parcouru par César lorsqu'il exprime ne pas être autiste puis lorsqu'il se positionne contre une entrée au SESSAD devant sa maman témoigne de son processus d'individuation qu'il ne faudrait pas nier sous prétexte qu'il s'est avéré trop risqué ou menaçant pour lui de maintenir un positionnement frontal. Dans le cadre des abus sexuels, Ferenczi note que « la peur de l'enfant semble le pousser à se soumettre automatiquement à la volonté de son agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement et à s'identifier totalement à l'agresseur. »³

3- La fiabilité de la parole de l'enfant

L'affaire Outreau est le symbole des questionnements autour de la parole de l'enfant : fiabilité, crédibilité, authenticité, impact, rôle de l'adulte... La parole de l'enfant est une question qui est très souvent abordée sous l'angle de la fiabilité.

La parole de l'enfant pose la question de la fiabilité de celle-ci. J-Y Hayez, psychiatre et docteur en psychologie, détermine que la parole de l'enfant est fiable si elle restitue fidèlement sa connaissance exacte de la réalité extérieure ou de la réalité de soi en tant qu'objet

³ Ferenczi Sandor, Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Petite Bibliothèque Payot, 2010.

de connaissance. La parole de l'enfant est fiable si je lui demande ce qu'il voit par la fenêtre, qu'il répond « un camion de pompiers » et qu'un camion de pompier est effectivement garé dans la rue. Il faut dissocier la fiabilité de l'authenticité. L'authenticité désigne la capacité de l'enfant à restituer son monde interne tel qu'il se le représente. Le Dr Hayez considère que des ilots de fiabilité apparaissent dès les 2 ans de l'enfant et qu'à 4 ans, la fiabilité est solidement installée. Le problème posé par la prise en compte de la parole de l'enfant n'est donc pas la fiabilité mais la suggestion. Effectivement, les enfants auraient tendance à se faire à l'idée que ce qu'on leur dit est vrai. Les autres peuvent exercer des pressions en tout genre sur l'enfant et ce n'est pas facile pour lui d'y résister. J-Y Hayez pointe d'ailleurs qu'il est particulièrement difficile pour l'enfant de résister à la suggestion lorsque celle-ci est puissante, répétitive, assortie de menaces ou chantage et qu'elle émane d'un personnage très important comme l'est la mère de l'enfant. Encore une fois, on ne peut reprocher à César de ne pas avoir pu s'affirmer vis-à-vis de sa mère et que celle-ci ait pu le convaincre longtemps du fait qu'il était autiste. Dans « la fiabilité de la parole de l'enfant », J-Y Hayez note que la qualité du discours de l'enfant s'appauvrit lorsqu'on lui fait répéter plusieurs fois les choses sans que rien ne se passe. L'enfant semble se décourager lui-même et sa mémoire s'effriter. L'enfant s'attend, lorsqu'il se mobilise pour « cracher le morceau », prenant ainsi des risques vis-à-vis par exemple de sa famille, à être aidé vite et bien. Selon le Dr Hayez tout l'enjeu est là : Il faut savoir saisir la perche tendue. A défaut, l'enfant peut être traversé par différentes inquiétudes : pourquoi les adultes censés le protéger passent autant de temps à tergiverser ? A-t-il déçu à l'adulte à qui il s'est confié ? Ces inquiétudes risquent de faire naître angoisses et culpabilité au point de pousser l'enfant à changer de version ou se rétracter. On comprend à travers l'analyse du docteur Hayez que l'absence de réponse face aux révélations couteuses d'un enfant constitue une forme de violence pour celui-ci. On peut imaginer que César se soit questionné à plusieurs reprises notamment après que le CRA ait fait tomber son diagnostic. César savait comme nous que nous attentions cette expertise pour déclencher des changements, il attendait ces changements. Néanmoins, nous n'avons eu aucune réaction après cela et la communauté soignante et médico-sociale a laissé sa mère poursuivre ses démarches. On peut dès lors imaginer que César puisse avoir perdu confiance en cette communauté pour l'avenir. Exactement comme sa maman qui ne fait pas ou plus confiance au système et qui décide de le contourner, César pourrait se retrancher, rallier cette famille seule contre tous.

4- Les limites de la parole de l'enfant

La première limite à l'émergence de la parole de l'enfant est probablement celle ayant motivée la rédaction de ce mémoire : à quoi bon créer les circonstances pour que la parole émerge si nous n'avons pas la capacité d'intervenir et de protéger l'enfant ?

Dans le cadre judiciaire, l'enfant a depuis 2008 le droit d'être entendu. Une des juridictions devant laquelle il est le plus amené à le faire est le juge aux affaires familiales. Effectivement, c'est ce juge qui sera compétent pour trancher les litiges relatifs à l'exercice de l'autorité parentale. L'enfant peut alors être entendu dans des circonstances variées : litige relatif au choix de la résidence en cas de séparation parentale, relatif à l'éducation religieuse si les titulaires de l'autorité parentale ne sont pas d'accord... Laurent Gebler, juge aux affaires familiales témoigne : permettre à un enfant de donner son point de vue n'est en aucun cas la même chose que l'obliger à le faire, à choisir. On comprend bien concernant la parole de l'enfant que si il est question de la soutenir, de l'aider à s'exprimer et à la faire entendre, il n'est pas question de donner à l'enfant la responsabilité bien trop lourde de choisir et de porter ce choix.

Effectivement, C. Thompson, psychologue, dans le livre « la violence de l'amour » explique que permettre à l'enfant d'être décisionnaire c'est aussi le placer dans une position adultomorphe qu'il n'est pas capable de tenir et qui le met en difficulté. Demander à l'enfant de faire des choix, de prendre des décisions qui ne lui appartiennent pas c'est exercer sur lui une pression démesurée et le mettre en échec. Ainsi, elle prend l'exemple des couples séparés qui attendent la bénédiction de leurs enfants pour s'autoriser à rencontrer de nouveaux compagnons. Elle relève aussi la situation des familles recomposées et du « tourisme familial » en citant ces adolescents libres de choisir leur résidence au gré des positionnements éducatifs de leurs parents : alors qu'ils n'attendent finalement aucun revirement éducatif mais simplement l'obligation de rester.

Par ailleurs, si le professionnel de l'enfance a notamment pour rôle de permettre à la parole de l'enfant de surgir en créant les conditions pour cela il ne doit pas pour autant idéaliser cette parole, la sacraliser au risque de dépasser les attentes de son émissaire. Ainsi, la « position du thérapeute est de ne rien attendre pour obtenir quelque chose et de ne pas chercher à extirper une parole tout en offrant les conditions de son surgissement »⁴

⁴ Le Run Jean-Louis, Le héros de l'histoire, Enfances et Psy, n°36, 2007, pages 117 à 127.

D. Calin, professeur de philosophie, dans « de l'enfance muette à l'enfance déniée » offre une critique nuancée de la prise en compte de la parole de l'enfant dans la société contemporaine. Son développement est le suivant : la pensée freudienne incite a priori à prendre au sérieux tout ce que vivent et disent les jeunes enfants. Effectivement, celle-ci enracine les difficultés psychiques rencontrées par les adultes dans leur petite enfance. Grâce à l'influence de la pensée psychanalytique, une plus grande attention a été portée au développement de la personnalité et des affects par les parents, la société et les professionnels. Plus tard, Françoise Dolto notamment dans le livre « la cause des enfants » révolutionnera la manière de concevoir et de porter attention à l'enfant tout comme E. Bick viendra révolutionner l'observation du nourrisson. D. Calin va aussi s'intéresser à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant qu'il va caractériser d'irréaliste et utopiste. Il prendra comme exemple la liberté d'expression donnée aux enfants au même titre qu'aux adultes. Pour autant, il est difficile d'imaginer un enfant de 13 ans se pensant pacifiste se rendre chez un tatoueur sans ses parents pour demander d'inscrire Peace & Love en grosses lettres sur sa poitrine sous couvert de la liberté d'expression. Ce que cherche à démontrer D. Calin c'est que quelques soient les extrêmes : d'une part une société passée dans laquelle on ne pense pas l'enfant et où on ne l'écoute pas et d'autre part une société actuelle dans laquelle l'enfant est indissocié de l'adulte ; l'enfance est niée. Que l'on réduise l'enfant au silence et qu'on discrédite sa parole ou qu'on le mette sur le même plan que l'adulte : on nie le concept d'enfance. Pour D. Calin, l'enfance est le moment où l'on devient humain, avant ça notre humanité nous serait d'emblée donnée sous la forme d'un potentiel.

Il est par ailleurs dangereux de vouloir confondre la parole de l'enfant et celle de l'adulte. C'est ce qui transparait notamment dans « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant » de Sandor Ferenczi. Selon lui, les séductions incestueuses résultent d'un amour entre un enfant et un adulte. Tandis que l'enfant est animé par des fantasmes qu'il qualifie de ludiques, le jeu de celui-ci peut se teinter d'érotisme mais reste toujours au niveau de la tendresse. L'adulte incestueux peut confondre les jeux des enfants avec les désirs d'une personne ayant atteint la maturité sexuelle. De même, la réaction de l'enfant victime d'abus peut différer de celle qui semblerait logique à des adultes. Ferenczi note que « la personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir (ex : douleur provoquée par une pénétration), non pas par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui

qui la menace ou l'agresse »⁵. Il est donc important de ne pas retirer à l'enfance son caractère inachevé, en construction, au risque de la malmenager ou de la maltraiter.

Il est donc primordial de dissocier deux mouvements : celui qui tend à mieux comprendre l'enfant, à s'en rapprocher pour lui permettre de se développer harmonieusement et celui qui tend à le positionner en petit adulte responsable et décisionnaire.

II- Le cadre légal de la parole de l'enfant

La question de la parole de l'enfant en droit peut se traiter sous l'angle du régime applicable à la minorité. Néanmoins, avant de définir ce régime, il convient de s'intéresser à la minorité en elle-même et donc à la question de l'âge et de ses conséquences en droit (1). A partir de là il sera possible de brosser le régime juridique de la minorité, entre incapacité (2), autonomie (3), représentation (4) et assistance (5).

1- La minorité : la question de l'âge.

A l'époque de la Grèce Antique, le mineur voyait sa capacité s'étendre en deux fois : un seuil était posé à l'âge de 7 ans à partir duquel il semble que l'enfant soit en capacité de discerner le bien du mal. A partir de 7 ans, âge de raison, l'enfant était considéré comme *Infantia* jusqu'à ses 14 ans où il atteignait la *Pueritia*, c'est-à-dire la puberté. En droit romain, l'enfant était la propriété de son père, il n'existait pas en tant que sujet de droit. Le père avait droit de vie et de mort sur sa progéniture. Plus tard, en France, en droit coutumier médiéval, la majorité est fixée à 25 ans. L'enfant n'est pas important, c'est un petit adulte. Le régime juridique de l'enfant semble dépendre de l'importance de la natalité et de l'espérance de vie. Longtemps, l'enfant n'avait que deux rôles : perpétuer la lignée familiale (rôle de transmission) et aider la famille dans le travail quotidien (corvée) mais aussi à l'extérieur de la structure familiale (salaire venant suppléer celui du père). L'enfant est placé sous la puissance paternelle. Le véritable droit des mineurs est un droit assez moderne, la coparentalité est apparue tardivement (2002) de même que les lois sur les châtiments corporels toujours objet de débats à ce jour. L'enfant tel qu'il est conceptualisé de nos jours a commencé à l'être à partir de 1841 et de la première loi restreignant

⁵ Ferenczi Sandor, Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Petite Bibliothèque Payot, 2010.

le travail des enfants. De 1792 à 1974, la majorité sera fixée en France à 21 ans avant d'être abaissée à 18 ans.

En France, la minorité est fixée par l'article 388 du Code Civil. Celui-ci prévoit que « le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis ». L'âge en droit français est un indicateur de vulnérabilité : par exemple certains crimes ou délits sont aggravés par la circonstance d'avoir été réalisés sur un mineur ou sur une personne âgée. Il existe une volonté de protéger les personnes vulnérables et tout particulièrement les enfants: Déclaration Internationale des Droits de l'Enfant actant de nombreux droits à garantir aux enfants, Ordonnance de 1945 organisant la réponse pénale faite aux mineurs et mettant en place « l'excuse de minorité ». Les mineurs sont particulièrement protégés et la loi est plus sévère lorsqu'on leur porte atteinte. La protection du mineur est assurée de deux manières en droit. D'une part en droit civil sur le plan de la préservation de ses intérêts, par l'incapacité du mineur et ses pendants : l'autorité parentale et l'administration légale. D'autre part, en droit pénal, elle est assurée par l'excuse de minorité. La protection au sens juridique a été définie par G. Cornu comme une « précaution qui, répondant au besoin de celui ou de ce qu'elle couvre et correspondant en général à un devoir pour celui qui l'assure, consiste à prémunir une personne ou un bien contre un risque, à garantir sa sécurité, son intégrité ».

L'âge en droit est souvent pensé de manière chronologique, à savoir le temps écoulé depuis la naissance. Il se calcule heure par heure comme l'a énoncé la Cour de Cassation dans l'arrêt rendu par la chambre criminelle le 3 septembre 1985. Celle-ci a déterminé qu'un mineur devenait majeur au sens de la responsabilité pénale 18 ans, heure pour heure, après sa naissance. L'âge en droit et particulièrement en droit pénal a un impact primordial. Cette manière de le définir est complètement arbitraire et pragmatique. Elle ne tient pas compte du degré de maturité et de discernement pour déterminer la responsabilité. Néanmoins, un des piliers de la démocratie et de la paix sociale est la sécurité juridique. Il est nécessaire à la vie en société que nous soyons tous concernés par les mêmes règles dont nous avons connaissance et qu'il soit possible d'anticiper leur application, savoir qui sera responsable de quoi. En France, le mineur est traité de la même manière quel que soit son âge sur le plan de la capacité : celle-ci se met en place à la majorité fixée à 18 ans. En droit pénal par contre, le régime applicable au mineur évolue grâce à des seuils d'âge. Ces seuils d'âge intègrent l'idée que l'enfant se développe de manière progressive pour devenir adulte au fur et à mesure que son intelligence et ses facultés se développent. Pour autant, les seuils d'âge sont eux aussi arbitraires : deux enfants de 13 ans

ne présentent pas forcément les mêmes capacités de discernement. Il aurait été possible de laisser à chaque fois la possibilité au juge d'apprécier *in concreto* l'âge de l'enfant avant de se prononcer sur le volet de la responsabilité pénale. Cela aurait mieux répondu au besoin de protection du mineur. Mais on se heurte une nouvelle fois à la sécurité juridique qui demande de la précision et de la stabilité. L'ordonnance de 1945 a donc posé des seuils en droit pénal. Les enfants de moins de 10 ans ne peuvent se voir appliquer que des mesures éducatives, à partir de 10 ans des sanctions éducatives sont possibles, à partir de 13 ans, le juge peut donner une peine mais celle-ci bénéficie automatiquement d'une réduction. Enfin, entre 16 et 18 ans le juge peut prononcer une peine classique, la réduction de peine étant facultative et laissée à son appréciation. Au-delà de ces seuils, il semble important de rappeler que l'ordonnance de 1945, en son préambule notamment, a fixé des principes fondamentaux : « La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres sains », la protection et l'éducation avant la répression...

On comprend donc que sur le plan de la responsabilité pénale, le mineur est particulièrement protégé. Il n'est donc pas considéré comme responsable de ses actes, il n'a pas à en répondre tout du moins pas avant un certain âge. Néanmoins, si on considère que le mineur n'est pas responsable de ses actes, c'est que l'on pense qu'il n'a pas encore acquis le discernement nécessaire pour faire des choix éclairés, pour dissocier le bien du mal. Dans ces circonstances, peut-on pour autant conférer au mineur des droits et la possibilité de les exercer ?

2- Le mineur frappé d'incapacité

La question de l'acquisition des droits et de leur exercice pose celle de la personnalité juridique. Effectivement, la personnalité juridique revêt l'ensemble des droits reconnus aux personnes. Elle s'acquière à la naissance, si l'enfant né vivant et viable. Dès lors, il devient titulaire de l'ensemble des droits reconnus aux personnes en France. Il convient ensuite de dissocier le fait d'être titulaire de droits et le fait de pouvoir les exercer. L'exercice de ses droits est relatif à la capacité de la personne. Si celle-ci est capable, elle peut exercer pleinement l'ensemble de ses droits. La capacité se définit par l'aptitude à devenir titulaire de droits ou d'obligations et à les exercer. Elle constitue le principe, et l'incapacité, l'exception. L'incapacité peut être de jouissance et/ou d'exercice. L'incapacité de jouissance empêche son auteur d'être titulaire d'un droit, d'acquérir un droit (ex : le médecin ne peut recevoir de libéralités de la part du patient qu'il a accompagné en fin de vie). Quand une personne est privée de l'exercice d'un droit elle peut en rester titulaire, elle ne peut juste plus le mettre en œuvre elle-même. C'est alors qu'entre en jeu le système de représentation. Le mineur, en raison de

son âge, peut acquérir des droits mais ne serait pas apte à les exercer lui-même. Ce sont ses parents, par le biais de l'autorité parentale et de l'administration légale, qui exercent ses droits à sa place par le système de la représentation. L'incapacité peut être générale ou spéciale, lorsqu'elle est de jouissance elle ne peut être que spéciale sans quoi elle retirerait la personnalité juridique ce qui ne peut être le cas que dans la mort. L'enfant mineur est frappé d'une incapacité générale d'exercice de ses droits, l'article 1146 du Code Civil énonce : « sont incapables de contracter, dans la mesure définie par la loi : les mineurs non émancipés. ». Les droits du mineur sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale et ses administrateurs légaux.

Pour autant, le mineur n'est pas totalement incapable. La loi et l'usage lui reconnaissent certains droits. Par exemple, il est toujours communément admis que bien qu'il soit incapable de contracter le mineur puisse se rendre dans une boutique et acheter un cadeau de fête des mères (contrat de vente).

3- Vers une autonomie progressive du mineur

Depuis quelques décennies, les droits autonomes du mineur ne cessent de croître. Le mineur n'échappe pas à la logique d'autonomisation des personnes vulnérables. L'autonomie est une notion difficile à définir, les lois de 2002 et 2007 permettent d'en cerner les contours. L'autonomie serait le fait de faire par soi-même tout ce que l'on est capable de faire, ce serait alors le contraire de la dépendance. C'est aussi avoir accès aux informations qui nous permettent de donner un consentement libre et éclairé. C'est l'auto-détermination, le fait de pouvoir, en toute connaissance de cause, faire des choix pour soi et choisir les chemins de la vie que l'on souhaite emprunter.

A la différence des personnes âgées, des adultes en situation de handicap ou des majeurs placés sous protection juridique il ne s'agit pas de préserver, maintenir ou développer une autonomie mais plutôt de prendre en considération le mineur et le préparer à une autonomie future. Le mineur n'est pas empêché par une altération de ses capacités, c'est le législateur qui le place dans un régime d'incapacité jusqu'à sa majorité (18 ans) ou son émancipation (16 ans). L'incapacité des majeurs ne peut reposer que sur la reconnaissance médicale et judiciaire d'une altération de leurs facultés mentales ou corporelles de nature à empêcher l'expression de leur volonté. L'incapacité du mineur repose non pas sur ses facultés mais uniquement sur son état, à savoir sa minorité.

Le mineur profite du mouvement d'autonomisation des personnes vulnérables. Sa parole et son avis sont de plus en plus recueillis. Les textes favorisant l'écoute et la prise en compte

de la parole de l'enfant sont de plus en plus présents. Dès lors, à tout âge, le mineur peut reconnaître son enfant et devenir titulaire de l'autorité parentale. Il s'agit d'un élément non négligeable et à la signification importante : le mineur peut exercer l'autorité parentale sur quelqu'un d'autre alors qu'il est lui-même incapable et dépendant de l'autorité de ses propres parents. Il peut être entendu par un juge en procédure civile. Il peut témoigner, être entendu, jugé et condamné au pénal. Il peut saisir le défenseur des droits. Le mineur peut à tout âge accoucher sous X et obtenir une méthode contraceptive même d'urgence. Le mineur peut consulter seul que ce soit dans le cadre d'un avortement ou de tout type de consultation (art 1111-5 CSP). Enfin, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant lui reconnaît un ensemble de droits et libertés fondamentales tels que la liberté d'expression, la liberté de culte...

A 13 ans, le mineur peut refuser ou accepter son adoption simple ou plénière. Il peut accepter ou refuser un changement de nom ou de prénom. Il peut consentir à l'acquisition de la nationalité française (pour les enfants nés en France de parents étrangers). Il peut s'opposer au prélèvement post mortem de ses organes. L'âge de 13 ans peut être considéré comme l'âge de la capacité à donner son consentement concernant des actes éminemment personnels.

A 15 ans, le mineur acquiert la majorité sexuelle. La doctrine détermine qu'en droit, les 15 ans semblent être le seuil du discernement.

A 16 ans, le mineur peut choisir son médecin traitant. Il peut aussi rédiger son testament. Il peut surtout obtenir son émancipation. Les textes de loi et la pratique permettent donc de penser que le mineur de 16 ans dispose d'une certaine autonomie. A partir de 16 ans, un mineur peut sortir de la tutelle de ses parents et de l'autorité parentale : il peut obtenir son émancipation. Il lui faudra alors le soutien de l'un de ses parents pour pouvoir saisir le juge. Néanmoins, en ouvrant cette possibilité, le législateur sous-entend qu'un mineur de 16 ans peut être en capacité d'exercer les droits d'un majeur.

Il est pourtant assez intéressant de noter un autre âge qui apparaît en droit : les 28 ans. Si le mineur atteint la majorité au plus tard à 18 ans, le droit de la procédure pénale lui laisse jusqu'à ses 28 ans pour porter plainte concernant certains crimes qui auraient été commis à son encontre (exemple : viol). De même, les établissements médico-sociaux et sanitaires doivent conserver les dossiers des patients mineurs jusqu'à leurs 28 ans minimum. Le législateur semble admettre ici que si le mineur peut devenir capable de contracter, d'ester en justice à 18 ans, il lui faut encore parfois de nombreuses années pour affronter les ombres de son passé. Cet allongement des délais de prescription et d'archivage n'est pas tant dus à la gravité des crimes

concernés ou à une nécessité médicale qu'au fait que, bien que nous ne l'expliquions pas encore totalement, le mineur semble profiter pleinement de sa majorité une dizaine d'année avant de commencer à être rattrapé par les méandres de son passé.

Sur le plan particulier de la santé, les soins et traitements relèvent en principe de l'autorité parentale. Cela fait partie des attributs de l'autorité parentale qui appartiennent aux parents de l'enfant pour « le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité » (Art. 371-1 CC). Il appartient donc aux titulaires de l'autorité parentale de consentir aux soins dispensés auprès de leur enfant mineur. Cependant, le consentement du mineur doit lui aussi être recherché et ce quelle que soit la nature de l'acte réalisé. Le code de la santé publique, dans son article 1111-2 alinéa 5 prévoit que les mineurs reçoivent eux-mêmes les informations qui les concernent et participent aux décisions de manière adaptée à leur degré de maturité. Le code de la santé publique va encore plus loin pour déroger à l'autorité parentale. Dans certains cas, le médecin est dispensé d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale : lorsque le traitement s'impose pour sauvegarder la santé du mineur ou si celui-ci s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Dans ce dernier cas, le médecin doit tout faire pour obtenir du mineur l'autorisation de prévenir ses représentants légaux. Si celui-ci maintient son opposition il doit alors être accompagné de la personne majeure de son choix.

Il apparait donc que le mineur est de plus en plus amené à pouvoir décider pour lui seul. Pour autant, parallèlement, les droits des titulaires de l'autorité parentale et des administrateurs légaux, s'ils sont critiqués, ne semblent pas en déclin.

4- Le mineur toujours représenté par les titulaires de l'autorité parentale

Le XXIème siècle semble être celui de la participation directe et de la remise en cause des régimes de représentation. Effectivement, parallèlement à la croissance des droits visant l'autonomie du mineur, on a observé la réforme de 2007 concernant les majeurs protégés qui ont vu leurs libertés fondamentales réaffirmées. Le progrès technique valorise aussi cette autonomisation. Effectivement, nombre de majeurs protégés placés sous protection du fait leur impossibilité physique à exprimer leur volonté voient le champ des possibles s'ouvrir grâce aux progrès de la science et des nouvelles technologies (récemment, Elon Musk a annoncé travailler sur une puce implantable dans le cerveau et capable de retranscrire la pensée). Le soin a lui aussi été touché par cette dynamique via la démocratie sanitaire. Le patient devient acteur direct de son parcours de soin, il veut en maîtriser les tenants et aboutissants. La politique est aussi

touchée par ces mouvements d'autonomisation voire d'individuation. Effectivement, l'année 2018-2019 a été marquée en France par le mouvement des « gilets jaunes » dont l'une des principales revendications était le référendum d'initiative populaire. A l'heure du tout numérique et de l'instantané, la démocratie représentative semble avoir du souci à se faire.

Enfin, au XXIème siècle émerge une nouvelle forme de militantisme et de nouvelles revendications. L'expertise professionnelle rencontre l'expert de soi-même, du quotidien, de son enfant. C'est à l'expert professionnel de s'adapter, de conduire et guider l'utilisateur ou le patient. D'ailleurs, on assiste à un développement massif de l'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques.

Quel que soit le sujet (racisme, sexisme, discriminations diverses...), dans les milieux militants les mêmes discours reviennent : le mieux placé pour prendre la parole sur un sujet est celui qui le vit et il n'existe pas de grands principes manichéens, seule la volonté individuelle doit être respectée. La représentation inspire la méfiance, elle est désignée dans notre société comme un facteur de domination, de paternalisme et de suprématie. Elle est perçue comme permettant de museler les personnes concernées en donnant la parole à des privilégiés capables de penser et de parler pour elles.

Néanmoins, si l'autonomie est un concept très fort du XXIème siècle, il semble déjà connaître quelques écueils : la solitude, la vulnérabilité, la responsabilité... J-J. Lemouland, Professeur de droit, écrira « les bonnes intentions n'ont jamais suffi à régir la vie en société ni à protéger ceux qui doivent l'être »⁶. Effectivement, un peu plus de dix ans après les lois Kouchner, 2002-2 et 2007, les juristes commencent à pointer l'envers de l'autonomie. Si elle doit être affirmée chaque fois que cela est possible, cela doit toujours se faire dans l'intérêt de la personne vulnérable. L'idée du législateur n'est pas de la mettre plus en difficulté, il incite famille et professionnels à se montrer attentifs, à agir dans l'intérêt de la personne vulnérable, avec celle-ci chaque fois qu'elle le peut. Mais si l'autonomie pousse à juger responsable ne serait-ce que sur le plan moral une personne vulnérable, s'agit-il toujours d'un progrès ou d'un retour en arrière ? Doit-on faire peser sur les épaules de personnes fragiles ou démunies des choix lourds ? N'est-il pas bon parfois de se laisser porter par les conseils professionnels du médecin lorsque l'on souffre trop ? Ou doit-on coûte que coûte faire valoir notre autonomie ?

⁶ Lemouland Jean-Jacques. L'assistance du mineur : une voie possible entre l'autonomie et la représentation. RTDCiv. : Revue trimestrielle de droit civil, Dalloz, 1997.

Pour ce qui est du mineur, le régime de représentation a évolué. De la puissance paternelle unilatérale nous sommes passés à une notion plus moderne d'autorité parentale. L'article 371-1 du Code Civil prévoit ainsi que « l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. ». On observe là de grandes évolutions : de droits sur l'enfant, l'autorité parentale devient un ensemble de devoirs et d'obligations envers l'enfant. L'intérêt de l'enfant est par ailleurs une notion floue, sans définition, au caractère discrétionnaire.

Le législateur va plus loin dans le second alinéa : « les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ». A ce stade, toutes les difficultés semblent levées. Les parents de l'enfant le protègent jusqu'à sa majorité et l'associent, au fur et à mesure qu'il mature, aux décisions qui le concernent. Ainsi, théoriquement, les parents de César aurait dû le consulter et prendre avec lui la décision qui le concerne. Néanmoins, on touche ici à toute la fragilité des lois déclaratives, bienveillantes mais dépourvues de sanction. La société évolue moins vite que le législateur. C'est maintenant qu'il est important de se remémorer l'origine du mot « enfant » et tout ce qu'il porte. L'enfant, outre son incapacité à parler, est la propriété de ses parents. G. Raoul Corneil, lors de ses conférences en droit des successions, rappelait régulièrement qu'il y a deux choses cruciales pour notre société : la filiation et le patrimoine. Le législateur peut bannir la fessée, demander aux parents d'associer l'enfant aux décisions qu'ils prennent pour lui, il ne sera jamais dans l'intimité des foyers et ne retirera pas aux parents l'idée que leur enfant leur appartient. D'autant à cette période, où certains semblent penser qu'il existe un droit à avoir un enfant. L'immixtion de l'Etat dans l'éducation que les parents prodiguent à leur enfant est en soi une question éthique. Aux Etats-Unis, par exemple, une liberté bien plus grande est laissée aux parents concernant les choix éducatifs.

Néanmoins, entre autonomie et représentation, au-delà des bonnes intentions, il est possible d'entrevoir un autre régime juridique : celui de l'assistance.

5- De la représentation à l'assistance ?

Dans l'article « l'assistance du mineur : une voie possible entre l'autonomie et la représentation », J-J Lemouland rappelle que l'incapacité a pour but la protection et que les parents sont en principe les mieux placés et les plus sensibles à cette question. Il semble

nécessaire de se poser une question : l'intérêt de l'enfant est-il mieux préservé par l'autonomie ou par l'incapacité ?

Le Professeur Lemouland souligne le caractère « batard » du régime du mineur. Incapable mais doté de droits importants, il ne peut être partie dans une affaire de justice mais a pourtant le droit d'être entendu par un juge. Le régime de la minorité est à paramètres variables : le code civil pose des règles, le code de la santé publique de multiples exceptions. Alors que des seuils d'âge existent en droit pénal, il n'en est rien en droit civil... Le régime applicable aux mineurs semble dès lors très chaotique, à géométrie variable. Mais n'est-ce pas ce que fait le droit lorsqu'il est face à des sujets sensibles qui demandent d'être évalués au cas par cas, qui demandent des régimes complexes ? Le législateur ne traite-t-il pas finalement la parole de l'enfant avec minutie ? En s'adaptant à chaque situation ? Il reste tout de même difficile d'allier autonomie et représentation. Il serait possible d'envisager des seuils d'âge, comme en droit pénal et de faire passer progressivement le mineur d'un régime de représentation à un régime d'assistance avant d'entrer dans l'autonomie. En comparaison avec les majeurs protégés qui voient leur protection graduée vis-à-vis de leurs capacités, il serait possible d'imaginer qu'à partir d'un certain âge, le mineur lambda ait acquis suffisamment de discernement pour passer de la représentation à l'assistance notamment concernant les actes éminemment personnels comme ceux relatifs à sa santé.

Dans un régime de représentation, la personne représentée est titulaire de ses droits mais ceux-ci sont exercés par son représentant qui fait écran. Dans un régime d'assistance, l'assisté est titulaire de ses droits, il peut en exercer certains seuls, d'autres lui sont interdits et enfin il réalise une grande part d'entre eux avec les conseils de son assistant et sa co-signature. Cela formaliserait un régime déjà suggéré par le fait d'associer le mineur aux décisions le concernant au regard de son degré de maturité.

Il existe une différence notable entre suggérer aux parents d'associer leur enfant aux décisions le concernant et exiger que les documents soient co-signés par les deux parties. En l'occurrence, dans notre cas, l'assistance aurait pu permettre à César d'exprimer son opposition et personne hormis le juge n'aurait pu permettre son entrée au SESSAD sans son consentement matérialisé par l'apposition de sa signature sur le document individuel de prise en charge. Par ailleurs, il s'agirait d'un message fort envoyé aux titulaires de l'autorité parentale : votre enfant est un adulte en devenir, son avis compte et à partir d'un certain âge vous serez contraints de le prendre en compte. Alors qu'advierait-il des enfants qui auraient franchi le seuil d'âge sans pour autant savoir quel est leur intérêt et qui pourraient être amenés à se porter préjudice ?

Comme pour les majeurs protégés, les situations de désaccord entre le curateur et le majeur sont tranchées par le juge des tutelles. Le parent titulaire de l'autorité parentale pourrait toujours refuser de signer, de donner son consentement pour le mineur.

Nous avons traité les aspects théoriques de la prise en compte de la parole de l'enfant dans le cadre du soin, il est maintenant temps de s'intéresser au traitement clinique de celle-ci et à notre situation.

III- Le traitement clinique de la parole du mineur

« L'enfant dépend des adultes qui l'entourent, qui sont ses portes parole mais qui parfois substituent leurs propres demandes aux siennes ou les étouffent. »⁷ Dans la situation de César, il paraît pertinent sur le plan clinique de faire émerger la parole de l'enfant, sa demande, et de permettre aux parents de ce dernier de l'entendre et de la prendre en considération.

Dans un premier temps, il sera question de déterminer comment procéder, en théorie, pour permettre la rencontre entre la parole de l'enfant et les titulaires de l'autorité parentale (A) puis nous nous pencherons sur le cas spécifique des familles dites « pathologiques » (B).

A- La rencontre entre la parole de l'enfant et les titulaires de l'autorité parentale

Dans la situation de César, il convient de s'interroger sur notre rôle et nos missions afin de pouvoir nous appuyer sur celles-ci et ne pas s'aventurer sur le domaine d'un autre. En tant que professionnels de soins, notre action thérapeutique pour aider César dans le contexte précédemment défini va consister à faire émerger la parole de l'enfant et provoquer la rencontre avec les titulaires de l'autorité parentale. Il sera donc question de traiter l'émergence de la parole de l'enfant et l'alliance thérapeutique (1), la fonction phorique (2) et les limites de ce positionnement (3).

1- Emergence de la parole de l'enfant et alliance thérapeutique

En consultation avec un pédopsychiatre (ou tout autre professionnel de santé), l'enfant vient avec ses portes paroles/portes demandes parce qu'il présente des symptômes qui inquiètent/gênent ces derniers. Le praticien se pose alors la question de « qui souffre ? », « qui parle ? » « qui demande quoi ? » « qui doit-on écouter, soigner, soulager ? ».

⁷ Le Run Jean-Louis, Le héros de l'histoire, *Enfances et Psy*, n°36, 2007, pages 117 à 127.

Peut-être un peu tout le monde si l'on tient compte de l'approche systémique. Déjà, on peut noter l'absence récurrente du père de César qui est pourtant lui aussi censé être le porte-parole de son fils.

En tout cas, J-L Le Run souligne l'importance de pouvoir rencontrer l'enfant seul dès la première consultation si celui-ci l'accepte. La position du thérapeute serait alors de « ne rien attendre pour obtenir quelque chose et de ne pas chercher à extirper une parole tout en offrant les conditions de son surgissement. »⁸ Le rôle des professionnels de l'enfance est notamment de permettre à la parole de surgir, de créer les conditions pour cela. Ils accompagnent l'enfant dans sa communication, servent de traducteurs, l'éduquent à la parole pour qu'il puisse s'en saisir. Ils permettent à l'enfant de passer du trouble à la mise en mots.

Néanmoins, on observe que dans un groupe, chacun occupe une place et que si l'un des membres du groupe modifie son comportement ou ses attentes vis-à-vis du groupe cela impacte les autres membres de ce groupe. Ainsi, il n'est pas rare de constater qu'il est contre-productif d'accompagner un enfant si son environnement reste le même. Prenons le cas des enfants maltraités par exemple, il est possible d'accompagner l'enfant dans un travail de réassurance, d'estime de soi, de travailler sur sa sécurité interne mais tout cela sera systématiquement mis en échec par son environnement non protecteur qui mettra à mal le travail effectué voire le psychisme de l'enfant. Effectivement, il peut être confus pour un enfant violent de travailler sur l'expression verbale en cas de conflit si celui-ci est systématiquement confronté à la violence insensée de ses parents.

De la même manière, il est possible que l'enfant se sente mal ou en conflit de loyauté si son environnement n'évolue pas avec lui. Ainsi par exemple, il est possible d'observer que travailler sur l'hygiène corporelle, physique et alimentaire en internat avec un jeune qui ne peut reproduire la même chose au domicile le mettra en porte à faux, créera un sentiment de malaise vis-à-vis de sa famille qui pourra d'ailleurs lui renvoyer sa différence. Il est donc primordial de prendre en compte l'environnement de l'enfant et d'aider celui-ci à se mouvoir en même temps que le travail thérapeutique auprès de l'enfant opère. Cela repose notamment sur l'alliance thérapeutique.

L'alliance thérapeutique a d'abord été théorisée par S. Freud comme un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute permettant de développer avec le

⁸ Le Run Jean-Louis, Le héros de l'histoire, *Enfances et Psy*, n°36, 2007, pages 117 à 127.

patient une communauté d'intérêts et des obligations réciproques. Rogers s'en empare ensuite en posant le fait que « tout individu possède le potentiel pour trouver sa propre réponse à ses difficultés », le patient diminué ou affaibli par la maladie ne peut y arriver seul, il a besoin de la compréhension empathique, de la force motivationnelle du soignant pour y parvenir grâce à cette alliance thérapeutique. L'alliance peut se penser en quatre phases :

- l'écoute, l'empathie, le non jugement et la considération positive par le soignant
- l'acceptation de la relation par le patient, la confiance et l'engagement mutuel
- cette relation thérapeutique favorise alors la progression du patient
- le patient, se sentant compris et soutenu, peut opérer des remaniements.

L'alliance thérapeutique semble aller de soi pour tout soignant, mais c'est un facteur clef du succès ou non des accompagnements proposés. Nous constatons régulièrement que l'alliance ne s'est pas faite lorsque les familles sont non-observantes. Cette alliance repose sur une forme de contrat de confiance entre les parents et le soignant. Cependant, celle-ci pourrait être biaisée par le fait que les soignants ont régulièrement la crainte d'une fuite de la famille s'ils ne vont pas dans le sens de celle-ci. Or, la transparence pourrait être considérée comme un élément primordial. La confiance aveugle est une forme de confiance que l'on retrouve notamment dans les régimes et les institutions paternalistes. Néanmoins, les évolutions sociétales et législatives des années 2000 nous poussent à quitter le modèle paternaliste. On ne peut dès lors plus attendre de l'utilisateur ou du patient cette confiance aveugle dans la figure soignante. L'utilisateur a besoin et a le droit d'être informé. Dans quelle mesure les familles qui viennent consulter attendent que nous les confortions dans leurs schémas de pensée et dans leurs modèles éducatifs ? Ne viennent-elles pas chercher à être bousculées par un tiers parce qu'elles ont atteint leurs limites dans la mise en place de leurs propres solutions ?

Ferenczi développe d'ailleurs la théorie selon laquelle les patients perçoivent avec « beaucoup de finesse les souhaits, (...) les sympathies et les antipathies de l'analyste »⁹ sans pour autant se permettre aucune critique. Il questionne l'hypocrisie professionnelle, système dans lequel le thérapeute accueille poliment le patient et lui promet toute sa bienveillance tentant de masquer ce qui lui serait insupportable. La transparence apporterait plus de soulagement au patient là où l'on imaginait qu'il soit blessé.

⁹ Ferenczi Sandor, Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Petite Bibliothèque Payot, 2010.

Se pose aussi la question de l'adressage et de la pression qui peut peser sur les familles au moment de la demande. Si la famille n'est pas en demande d'aide mais vient consulter sous la pression ou la menace de services sociaux ou de l'éducation Nationale, il est cohérent de ne pas réussir à mettre en place une alliance thérapeutique. Comment mettre en place ce contrat de confiance s'il est sans objet ? L'objet attendu étant l'apaisement d'une souffrance, or si la famille n'a pas de demande, c'est qu'elle ne se sent pas encore en souffrance. Il est tout de même possible dans ces situations, d'attendre du soignant qu'il puisse justement amener la famille à construire cette demande. On comprend tout de même que pour pouvoir construire le parcours de soins et la confiance inhérente à celui-ci, il est nécessaire à un moment donné qu'une rencontre ait lieu entre le soignant et les parents de l'enfant sur la question de la problématique à traiter. Un parallèle pourrait être fait avec l'oncologie : il serait difficile d'imaginer que le médecin craigne tellement la réaction de son patient et sa possible fuite qu'il lui cacherait le diagnostic découvert. De même, il serait difficile d'imaginer que le patient soit en capacité d'être opéré ou de suivre un traitement lourd impactant son organisation et sa vie personnelle de type chimiothérapie si il n'a pas connaissance de son diagnostic.

On touche alors à une autre difficulté propre au domaine du psychisme : la preuve. S'il est possible pour le médecin oncologue de prouver scientifiquement son diagnostic, il est beaucoup plus complexe de le faire dans le domaine des soins psychiques. Le diagnostic peut être vécu comme attaquant, persécuteur. Il est bon de pouvoir s'appuyer sur des éléments mesurables, sur des symptômes somatiques et de préférence extérieurs à la dynamique familiale (par exemple, la fatigabilité de l'enfant) et ce parce que ce sont des éléments objectifs, perceptibles. Dès lors que l'on quitte ce type d'éléments, le professionnel peut se sentir exposé en ce que son travail repose sur une analyse, la plus objective possible mais sur une analyse personnelle ou pluridisciplinaire d'une situation qui pourrait potentiellement être analysée différemment. La différence entre l'observation et l'analyse est l'aspect subjectif de cette dernière.

Antoine Leblanc, pédiatre, revient sur l'alliance thérapeutique et la notion d'adhésion au soin. Lui aussi reçoit des enfants accompagnés de leurs parents porte-parole. Prenant l'exemple des coliques du nourrisson, il développe : les parents d'enfants ayant des coliques finissent souvent aux urgences épuisés. Il ne s'agit pas alors pour le pédiatre de trouver le mal inconnu qui fait tant souffrir l'enfant et à côté duquel seraient passés les différents professionnels ayant pu rencontrer la famille avant. Il lui faut trouver les mots pour faire comprendre aux parents que les cris du bébé ne sont pas des cris de douleur mais l'expression

d'une difficulté à trouver son rythme de vie, à se détendre. Le rôle du pédiatre dans cette situation est de redonner confiance en eux aux parents, confiance dans leur capacité à s'occuper de leur enfant. Sans la nommer, le Docteur Leblanc fait appel à la notion de fonction phorique.

2- La fonction phorique

Dans l'article « Fonction Phorique : être porté pour porter », S. Barthélémy, psychologue reprend ce concept développé par Pierre Delion à partir du concept de « holding » de Winnicott. Winnicott a développé la notion de mère suffisamment bonne, cette mère peut sécuriser son enfant sur le plan physique et imaginaire. Cette mère va le porter dans ses bras mais pas seulement, elle s'anime pour lui, a des projets pour lui, des envies, elle « le pense » et fait de lui plus qu'un corps humain. Winnicott a bien conscience que la mère parfaite n'existe pas, celle-ci peut être imparfaite, il suffit qu'elle soit juste suffisamment bonne (« good enough mother »). Pour pouvoir porter son enfant à la fois sur le plan physique et imaginaire, pour pouvoir faire tout ça, la mère doit elle-même être portée ou avoir été portée par un tiers (parents, père de l'enfant, religion, thérapeute). C'est le concept du « holding » développé par Winnicott : pour être en mesure de porter un être, il faut être soi-même porté ou s'être nourri d'un portage antérieur. La fonction phorique rappelle selon Delion, la physiologie à l'œuvre entre la mère et le fœtus. Comme lorsque l'enfant est encore dans son ventre, la mère et la société doivent prendre soin d'elle pour pouvoir assurer le bon développement du fœtus. La mère suffisamment bonne telle qu'on peut la percevoir dans notre société est encouragée à se nourrir sainement, éviter certains aliments, se reposer, éviter le stress, arrêter le tabac, l'alcool... Ce lien se poursuit après l'accouchement, c'est parce qu'elle a confiance en ses compétences parentales que la mère peut prodiguer les soins à son enfant. Pierre Delion va, à partir des concepts de Winnicott, développer la notion de fonction phorique : celui qui porte doit être porté pour pouvoir porter. Il ne s'agit pas d'un cercle vertueux mais plutôt d'une forme de transmission vertueuse. Allione prendra pour illustration un tableau parlant de Léonard de Vinci « La vierge et l'enfant avec Sainte Anne ». **ANNEXE 2**

Sur ce tableau, on peut voir l'enfant Jésus épanoui et curieux (il découvre un agneau et tend les bras vers lui) car il est sécurisé par le regard aimant de sa mère qui le porte sur ses genoux tout en étant elle-même assise sur les genoux de sa propre mère, Sainte Anne, qui la porte ainsi. A lui seul, ce tableau évoque trois approches théoriques. Premièrement, la fonction phorique qui consiste donc à être porté pour pouvoir porter. Secondement, la théorie de l'attachement de Bowlby : c'est parce que l'enfant est sécurisé par ses figures d'attachement qu'il peut s'autoriser de nouvelles expériences et s'épanouir (ici partir à la rencontre de

l'agneau). Enfin l'approche systémique basée sur les liens entre les individus et notamment leur transmission : on imagine que Sainte Anne en ayant une relation positive à la maternité et un lien vertueux avec sa fille transmet à celle-ci la capacité et la possibilité d'établir elle-même un lien positif avec son fils.

L'intérêt de la fonction phorique pour notre sujet est que la mère qui porte peut-être portée par des tiers tels que des thérapeutes ou le père de l'enfant. On comprend dans cette théorie qu'il n'existe pas de fatalité. La mère, enfant mal aimé de ses propres parents, ne devient pas incapable de porter à tout jamais. Elle peut se nourrir d'autres porteurs, à d'autres moments. Ainsi, le thérapeute peut devenir lui-même le porteur. En maternant la mère, il peut tenter de l'aider à mater son enfant. C'est parce que la puéricultrice se montre particulièrement bienveillante, douce et compréhensive avec la mère de l'enfant qu'elle permet à celle-ci de développer la même attitude vis-à-vis de celui-ci. Le thérapeute dispose parfois d'un autre atout : le père de l'enfant qui peut être une ressource puissante pour porter la mère, mais il peut aussi s'agir d'autres tiers ressources pour la mère.

Delion pousse le concept de fonction phorique jusqu'à l'institution : les soignants peuvent porter leur patient si ils sont eux même portés par l'institution. L'institution doit mettre en place les conditions de réussite de ce portage. Or, dans la situation de César, ces conditions n'ont pas été mises en place. La famille a changé plus de quatre fois en deux ans de médecin référent (à sa demande ou non) parfois, elle n'en avait pas. Sur la même période l'enfant a vu deux psychomotriciennes et deux psychologues différentes (du fait de départs et congés maternité). Par ailleurs, il suffisait de prononcer le nom de famille de cet enfant pour que chacun y aille de son point de vue et quel qu'il soit, Madame et son mari étaient toujours pointés négativement. Si bien que dès qu'un nouveau référent médical entrait dans la situation celui-ci partait d'ores et déjà avec un a priori. Enfin, il existe toutes ces choses subtiles, infra-verbales, inconscientes peut-être : le ton employé par la secrétaire agacée par des années de plaintes de Madame, les retards systématiques et significatifs des médecins à ses RDV... Que cette famille soit pathologique ou non, il me semble que nous aurions dû la traiter avec le même respect que toutes les autres. L'accueillir avec les mêmes espoirs de succès que les autres.

Ainsi on peut se questionner : pour entendre la parole de César, n'aurait-il pas d'abord fallu entendre celle de sa mère ? Peut-être que si nous avons sincèrement écouté cette mère avec bienveillance, si nous avons cru en elle et sa perception de la réalité, peut-être aurait-il été plus simple pour elle par la suite d'entendre la parole de son fils ? La fonction phorique se montre ainsi en lien avec l'alliance thérapeutique. C'est parce que la mère est en alliance avec

le thérapeute, qu'elle lui fait confiance, qu'elle peut entendre la parole de son fils et accepter le changement. Il s'agit au final d'aider le parent à devenir parent. Il est possible de se rapprocher aussi du courant de la psychopédagogie positive dont l'effet Pygmalion de R. Rosenthal est un des piliers, aussi appelé prophétie auto réalisatrice. L'expérience montre que les performances du sujet sont directement liées aux attentes et aux regards portés sur lui. D'abord menée sur des rats puis des élèves, elle montre que si le maître est persuadé du haut potentiel de ses élèves, ceux-ci vont se montrer à la hauteur des croyances du maître alors qu'au contraire, s'il est persuadé de leur faible potentiel, ceux-ci se montreront médiocres. Peut-on imaginer qu'à un moment, nous avons manqué de compassion envers la mère de César ? La souffrance de ce dernier nous sautant aux yeux, celle-ci nous a-t-elle positionnés dans un rôle autoritaire et intransigeant vis-à-vis de sa famille ? Avons-nous dit à Madame qu'elle pouvait être une bonne mère, qu'elle avait toutes les compétences pour ? Avons-nous seulement pointé les échecs sans percevoir les capacités ? L'incitant ainsi nous même à être en opposition avec notre service compte tenu de l'image qu'il lui renvoyait ? Le corolaire de l'effet Pygmalion est l'effet Golem, effet par lequel des attentes moins élevées placées sur un individu le conduisent à une moins bonne performance. De nombreuses fois, les praticiens entourant cette famille ont pu dire que Madame était « trop folle » pour que nous puissions faire quoi que ce soit. Peut-être qu'à force de le penser nous-même, nous avons conduit Madame à devenir de plus en plus « pathologique » et à nous mettre hors-circuit nous rendant ainsi effectivement incapables de réagir.

3- Les limites de ce positionnement

Antoine Leblanc constate tout de même que si la parole de l'enfant prend de plus en plus d'importance cela n'est pas suffisant pour contrebalancer la parole de ses parents. Il note une impression partagée de ses collègues pédiatres : « la parole de l'enfant ne peut s'exprimer de façon satisfaisante que dans des situations familiales suffisamment structurées »¹⁰. Lorsque le cadre familial est défaillant, inadapté, cette parole ne trouve plus de contre poids et devient elle-même démesurée et inadaptée. Le Dr Laurent s'appuie sur une vignette clinique, celle d'un enfant obèse venant consulter. Ses parents se plaignent de son obésité et de son manque d'activité tout en installant une TV dans sa chambre et en proposant une alimentation chaotique. L'enfant refuse de changer son mode de vie, initié par ses parents. A partir de cette vignette, on

¹⁰ Leblanc Antoine, Le pédiatre à l'écoute de l'enfant, *Enfances et Psy*, n°36, 2007, pages 128 à 135.

comprend bien qu'on ne peut prendre en compte la parole de l'enfant que lorsque celle-ci ne porte pas préjudice à sa santé.

La parole de l'enfant aurait donc une limite incontournable dans son accueil par le domaine médical et médico-social : la volonté de l'enfant ne doit pas aller à l'encontre de ses intérêts.

Antoine Leblanc soulève une autre limite, celle de la famille défaillante. Celle qui émane de la structure familiale qui n'agit plus dans l'intérêt de l'enfant. Il existe bien des familles défaillantes et cela recouvre diverses réalités.

Dans « la fin de vie des mineurs en France », A. Bateur rappelle la place du médecin dans ces situations où les parents exigent des soins. Le code de déontologie, dans l'article R-4127-43, précise que « le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ». Le droit a bien conscience que les titulaires de l'autorité parentale peuvent être défaillants, insuffisamment bons, ne pas être à même de prendre les décisions qui concernent leur enfant. Plusieurs textes du code de la santé publique viennent ainsi modérer l'exercice de l'autorité parentale. L'article L 1111-4 alinéa 6 du code de la santé publique prévoit notamment que « dans les cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ». Ce texte permet donc au médecin d'outre passer le refus de soin des titulaires de l'autorité parentale. Mais que faire lorsque la situation est sensiblement différente et que les titulaires de l'autorité parentale sont demandeurs de soins non indiqués ?

Le médecin peut toujours refuser de pratiquer cet acte. Effectivement, le médecin a pour mission d'informer le patient, de recueillir son consentement, jamais on ne peut l'obliger à réaliser un acte médical avec lequel il n'est pas en accord. Les médecins sont les seuls investis du pouvoir de décision médicale. Dans la situation de César, il apparaît donc que Madame n'aurait jamais pu obtenir de nous que nous réalisions un certificat médical avec lequel nous n'étions pas en accord, de même pour l'orientation. C'est librement que le pédopsychiatre libéral a fait le choix de répondre à ces demandes. A ce stade, en tant que défenseur de l'enfant dont l'intérêt de la santé est mal préservé par son entourage, le médecin pédopsychiatre responsable du parcours de César aurait-il pu prendre la décision de prévenir le conseil de l'ordre des manquements de son confrère ? Le fonctionnement de la MDPH est probablement à revoir, il semble que déterminer l'avenir d'un enfant sur la seule demande de ses parents

appuyée de l'avis d'un seul médecin ne soit pas très transparent ni éthique. Néanmoins, à ce jour, celle-ci exige maintenant de plus en plus souvent des bilans pluridisciplinaires en complément.

Au-delà de la question de la responsabilité du médecin à ce stade, il faut aussi s'intéresser à cette famille. Effectivement, les professionnels de soins ont permis à César de pouvoir se saisir de la parole pour exprimer son désaccord sur son orientation. La rencontre entre la parole de César et l'autorité parentale ne s'est pas faite. Peut-être n'avons-nous pas créé les circonstances permettant à la maman de César d'accueillir la parole de son fils. Nous rencontrons majoritairement des familles qui présentent une forme de défaillance, il s'agit souvent de brancher tout le monde sur la même fréquence : l'alliance thérapeutique et le travail auprès de l'enfant permettent la plupart du temps de résoudre les situations et de provoquer la rencontre. Parfois, il existe des défaillances parentales plus profondes, nous amenant à porter le parent, à lui montrer, lui apprendre comment devenir parent, parfois sur un versant plus éducatif que soignant. Mais il reste une partie résiduelle des familles que nous rencontrons dont la dynamique est profondément marquée, dans laquelle les parents pensent consciemment ou non ne pas avoir d'intérêt à ce que la situation évolue : ils souhaitent que leur enfant ne pose plus problème mais ne veulent pas ouvrir les portes de ce qui se passe dans le groupe famille. Certains déposent leurs enfants comme des sacs sur le bord de la route en nous disant « c'est lui qui a un problème, je n'ai pas besoin de rencontrer le médecin ». (discours d'une maman en 2018). Dans cette seconde partie sur la clinique, il sera donc question d'aborder les familles dites pathologiques.

B- Approche clinique des familles pathologiques

Il sera ici question de comment déceler la pathologie familiale (1), de déterminer le rôle de l'enfant dans cette dynamique (2) et d'apporter des propositions thérapeutiques (3).

1- Analyse de la pathologie familiale

Comment savoir si nous sommes face à une famille pathologique ? Jean-Marc Baylete, psychiatre systémique, dans « Thérapeutiques en psychiatrie » énonce que dans un système de liens, lorsque la fécondité de ces derniers est interdite c'est là qu'apparaît la pathologie. Il écrira même : « Elle nous brûle les yeux, elle est travestie en pathologie individuelle, alors qu'elle

traduit de façon éclatante la pathologie des liens »¹¹. Le Docteur Egler précisera qu'une famille peut évoluer, surmonter ce qu'elle a à surmonter, grâce à ses capacités d'échange avec les autres systèmes sociaux. A contrario, dans une famille malade, il n'y a plus d'évolution dite « naturelle ». Les échanges sont vécus aux seins de ces familles comme persécuteurs et non soutenant. L'extérieur et les nouveaux liens sont vécus comme dangereux et menaçants. C'est le cas de bien des situations pour lesquelles des diagnostics individuels sont posés : obésité, phobie scolaire... L'école est un lieu au sein duquel l'enfant construit de nouveaux liens avec les enseignants, les enfants... Ces liens permettent notamment de dissocier ce qu'est la famille et l'extérieur de la famille. Ils peuvent alors être vécus comme menaçants car ils entrent en compétition avec ceux de la famille.

Dans le cadre d'une famille présentant une pathologie du lien on peut comprendre qu'il soit impossible de s'autoriser à créer des liens en dehors de la famille ce que la phobie scolaire permet : l'enfant reste alors à la maison avec sa famille. Ne sommes-nous pas dans la même situation ? Tous les soignants ayant accompagnés César ont tous eu ce même sentiment d'inconfort vis-à-vis de son diagnostic, tous ceux ayant rencontré sa famille ont eu envie de prouver cette théorie. Il nous apparaît comme criant, comme évident que l'autisme n'en est pas un. Qu'il est singé. Et mis en perspective avec la dynamique familiale, la vérité nous brûle effectivement les yeux.

La fécondité des liens de César semble de fait très affectée : César ne peut créer de nouvelles relations avec autrui. Sa mère inscrit le sceau de l'autisme dans tous ses espaces. Cela est significatif : l'autisme est une pathologie qui vient impacter les capacités relationnelles du sujet. L'autiste, c'est celui qui est dans son monde, qui ne communique pas avec l'extérieur voire qui est incapable de concevoir autrui autrement que comme un objet. Dès lors, rien ne sert de l'approcher ? Il existe donc un lien entre madame et César mais ce lien ne peut en générer d'autres.

On notera aussi que le frère de César, Alexandre, n'est plus scolarisé depuis plusieurs mois du fait de ses relations trop conflictuelles avec les autres jeunes et de ses particularités sensorielles. Par ailleurs, il serait maintenant intéressant de poser la question de la place de Monsieur dans cette famille et dans les soins. Monsieur n'est venu qu'une seule fois en consultation, dans le cadre du suivi d'Alexandre. Il donne le sentiment d'être asocial, froid,

¹¹ Quintilla Yann et Pelissolo Antoine, *Thérapeutiques en psychiatrie : Théories et applications cliniques*. Abrégés, 2015.

rigide. Il met mal à l'aise les personnes qui le rencontrent. En dehors de cette fois, il n'apparaît quasiment jamais dans le discours d'aucun des membres de la famille. De même, si son nom figure dans les dossiers des enfants, il y est très restreint. Monsieur est caché, Madame gère seule les soins de ses enfants et se montre ainsi omnipotente dans les soins, la communication des informations, dans ce qui est dit ou non aux soignants et à l'entourage de ses enfants.

Par ailleurs, dans le cadre des pathologies du lien, la confrontation à une institution sociale (centre de consultation) met en péril le fonctionnement de la famille. Alors que celle-ci trouve des bénéfices dans son fonctionnement qui lui permet d'atteindre un équilibre fonctionnel, l'institution va le stigmatiser. Les lieux d'émergence de la souffrance tels que celui qui a pris en charge César peuvent être désignés comme responsables de la souffrance familiale voire créateurs de celle-ci.

2- La place de l'enfant dans la dynamique familiale

Dans le cadre de l'approche systémique, le pédopsychiatre P-J. Egler note que le symptôme individuel est l'expression d'une souffrance familiale. Le membre de la famille qui porte ce symptôme est défini comme « émissaire », « patient désigné » ou encore « enfant symptôme ». Cet enfant est symboliquement chargé de signaler la souffrance familiale et d'ouvrir la porte du soin. Le patient désigné dans une famille « pathologique », dont les liens avec l'extérieur ne sont plus ou pas opérants, où l'évolution est « bloquée » va venir dénoncer le système familial.

Il est possible de fonctionner par analogie. Dans le cadre d'une pathologie du lien, on va observer une homéostasie du système familial. Les membres de la famille vont maintenir l'équilibre interne de cette cellule coûte que coûte, qu'elles que soient les contraintes extérieures. Imaginons que la maman de César ait la jambe cassée et qu'elle en souffre, elle peine à se déplacer. Elle ne dispose pas de ressources suffisantes pour soigner cette jambe. César, fils de Madame, ne peut s'autoriser à marcher à son rythme sans mettre en exergue la difficulté de sa mère. Il va donc se calquer sur le rythme de celle-ci. Ainsi, plus personne n'avance mais tout le monde se sent rassuré d'aller au même rythme, il est alors possible de se raconter que ce sont les autres qui vont trop vite. A ce stade, on peut dire que la famille pathologique atteint son équilibre fonctionnel.

Néanmoins, César, en se calquant sur le rythme de sa mère, attire l'attention. Il interpelle : pourquoi cet enfant marche avec difficulté alors que sa jambe va bien ? Il fait alors symptôme. La famille ne souhaite pas que le symptôme soit levé : elle a besoin de ce symptôme

pour maintenir son équilibre fonctionnel, elle a besoin que César avance au même rythme, en même temps que le reste de l'équipe. En étant enfant symptôme, César dénonce la pathologie familiale, il devient une menace, un danger pour l'équilibre familial au même titre que les thérapeutes et institutions ayant relevé la pathologie familiale.

Il faut noter que si César s'est calqué sur le rythme de sa mère, c'est pour faire famille avec elle, pour témoigner son soutien et son appartenance au groupe famille. César souhaite appartenir à cette famille. Il va alors se montrer d'autant plus loyal à celle-ci qu'il la met en danger. On ne peut attendre de lui une aide explicite, il est déjà l'enfant symptôme et à ce titre, comme les deux faces d'une même pièce, il dénonce sa famille et la protège dans le même temps. En développant des symptômes inadaptés il interpelle la sphère soignante sur le dysfonctionnement familial. Via ces symptômes inadaptés il protège sa famille en maintenant l'équilibre fonctionnel. Chaque fois qu'il dénonce, il déploie tous ses efforts pour témoigner à sa famille sa loyauté. C'est d'ailleurs ce qui permet de se rassurer vis-à-vis de la politique d'admission du SESSAD : on peut imaginer qu'après s'être opposé à sa mère devant le pédopsychiatre, César ait été très disposé à montrer au SESSAD qu'il était parfaitement d'accord pour l'intégrer afin de retrouver sa place dans le groupe famille.

3- Propositions thérapeutiques dans le cadre d'une pathologie du lien

Une fois que le système familial est dénoncé, compris et conceptualisé le thérapeute va permettre de le changer : il va le mouvoir en souffrance. Si on reprend l'analogie : le thérapeute va permettre un glissement. Grâce à sa rencontre avec lui notamment, la famille va accéder à la possibilité de modifier sa perception de ce qu'elle vit. Il est possible que le discours de Madame évolue : d'une plainte contre le monde entier qui avance trop vite, elle pourrait se plaindre de la souffrance émanant de sa jambe. Les autres membres de la famille pourraient alors être en empathie et témoigner de leur souffrance au sein de l'équilibre fonctionnel. Plutôt que de se satisfaire de cet équilibre fonctionnel protecteur mais source de souffrance, la famille pourrait entrevoir les possibles à travers les yeux du thérapeute et accepter de prendre le risque de changer.

Le thérapeute prend le rôle de passeur entre la famille et le reste de la société avec qui les liens sont coupés. Dans le cadre d'une pathologie du lien et d'une approche systémique, le thérapeute ne doit pas négliger les ressources qui entourent la famille. L'idée est que lorsque les liens d'une famille ne sont plus fertiles, le moyen de corriger cela est la rencontre avec autrui (thérapeute ou non). C'est la rencontre qui va créer le mouvement et la vie là où il n'y en avait

plus. Nous accueillons une autre famille, l'aîné de la fratrie est le fils de Madame issu d'une première union l'ayant menée à accoucher en prison et à perdre l'autorité parentale du frère aîné de ce nouveau-né. Ce fils aîné fait figure de mauvais objet, il rappelle à Madame le passé qu'elle aimerait mieux laisser derrière elle. Madame exerce sur lui une forme de maltraitance psychologique, le rabaissant constamment, se montrant intransigeante, l'infantilisant. Ainsi, à 14 ans, Madame continue de laver son fils. Madame se montre parfois en alliance avec nous mais pas toujours, cela n'est donc pas suffisant pour faire évoluer la situation. Néanmoins, son fils passe régulièrement du temps chez sa marraine lors des vacances scolaires. Il a pu se saisir de la ressource que représentait cette marraine, amie de sa mère. Il s'est appuyé sur elle pour prendre sa douche seul et celle-ci a pu le faire valoir auprès de sa maman ne trouvant alors plus de justification pour maintenir son comportement inadapté.

Si l'on reprend la notion de fonction phorique développée par Delion au sens de l'institution, celui-ci pointe que les patients ayant des pathologies psychiatriques nécessitent que les conditions du portage soient mises en place pour leurs soins. Ces conditions sont selon lui le cadre, la continuité des soins, le cadre spatio-temporel (fréquence, horaires...). Selon lui, ces conditions sont nécessaires pour être thérapeutique. A partir de là et des concepts développés précédemment, il apparaît comme plausible qu'avec une famille telle que celle de César il aurait rapidement fallu mettre en place d'une part les conditions nécessaires à l'alliance thérapeutique et à la fonction phorique et d'autre part une thérapie familiale systémique efficiente. Un cadre thérapeutique stricte, respectueux, transparent et cartésien semble nécessaire pour atteindre l'alliance thérapeutique, mettre Madame en confiance. Chacune de nos maladresses ou erreurs a donné des arguments à Madame pour rejouer son histoire de mère courage auprès d'une fratrie d'enfants autistes dans un système pointé du doigt par la communauté internationale. En orientant la famille vers le CRA afin qu'un diagnostic soit posé en conformité avec les recommandations de bonne pratique, par des experts neutres et en liant nos objectifs thérapeutiques à leur analyse nous avons probablement joué notre meilleur atout. Nous n'avons disposé des ressources nécessaires à la mise en place de la thérapie familiale systémique que trop tardivement, mais nous l'avons proposé. Ce qui apparaît à la lecture du passage à l'acte de Madame c'est qu'aucune de ces deux voies n'a permis de faire évoluer la dynamique familiale et qu'elles n'auraient probablement pas pu le faire. Effectivement, alors que Madame s'était elle aussi engagée à respecter le diagnostic qui aurait été posé ou non par le CRA, celle-ci a argué que nous avons influencé celui-ci lorsque les résultats n'ont pas été dans le sens du diagnostic de TSA. La question pourrait alors être : Madame peut-elle

légitimement penser que nous aurions pu faire cela ? L'absence d'alliance thérapeutique et de portage de Madame a-t-il pu générer une telle méfiance ? Est-ce trop extrême d'imaginer et de répéter cela, est-ce là, un indice supplémentaire de la pathologie familiale ? Par ailleurs, dans le cadre des séances de thérapie systémique proposées, Madame n'évoquera jamais l'autisme et Monsieur ne sera jamais présent ce qui ne permettra pas au thérapeute d'avoir accès à la dynamique familiale et rendra stériles les entretiens. Alors que faire s'il n'est pas possible de faire évoluer la famille de César ?

IV- La réponse pratique à apporter en l'absence de réponse thérapeutique

Une fois les soins interrompus et l'admission au SESSAD effective, quelle réponse concrète pouvions nous encore apporter à César ? Au-delà de la mise en place de soins, cela n'étant plus possible du fait du refus de la famille ? Lorsque le soin atteint ses limites, les seuls outils restant à disposition de l'équipe pluridisciplinaire sont le recours à la justice.

Il nous est possible d'encourager l'enfant à faire valoir ses droits (1) ou de dénoncer la famille aux autorités (2) tout en ayant encore une fois conscience des limites (3).

- 1- Les moyens pour un enfant de faire valoir ses droits lorsque les titulaires de l'autorité parentale agissent contre son intérêt

L'enfant ne peut agir seul en justice, la loi ne prévoit pas qu'il puisse être partie à une action. Lorsque l'enfant subit un préjudice, il appartient à ses parents de le défendre en justice. Néanmoins, dans plusieurs situations cela est problématique : si ce sont eux qui sont à l'origine du préjudice, s'ils sont tentés d'agir dans leur propre intérêt, s'ils sont incapables d'agir, s'ils ne peuvent pas protéger leur enfant d'une personne proche d'eux...

Dans ce cas, il est possible qu'un administrateur ad hoc soit désigné sur décision du juge des tutelles comme le prévoit l'article 389-3 du code civil. Les administrateurs légaux de l'enfant (ses parents communément) peuvent solliciter le juge des tutelles en ce sens, mais le ministère public aussi, de même que le mineur lui-même. Le juge peut aussi se saisir d'office, c'est-à-dire s'auto-saisir.

Dans l'article « l'avocat et la parole de l'enfant », Catherine Chabanne, avocate, pointe le problème que pose cette situation pour l'enfant. Celui-ci se trouve alors au milieu d'un conflit familial d'une intensité extrême dans lequel il est le mauvais objet. Il est partie contre ses parents ou à minima contre leur volonté. Le rôle de l'administrateur ad hoc est d'aider l'enfant à s'exprimer sans le trahir ni le manipuler, il représente l'enfant. L'avocat lui, n'est pas celui

de l'enfant mais bien celui de l'administrateur ad hoc. En ça, on peut voir une certaine protection pour l'enfant. Cette architecture forme une sorte de protection pour l'enfant, ce n'est pas lui qui agit, ce n'est pas lui qui décide. Il peut symboliquement se retrancher derrière ces deux fonctions pour faire écran et se protéger dans une certaine mesure du conflit dans lequel il se trouve. Il faut tout de même soulever une question : dans cette configuration, l'administrateur ad hoc est-il chargé de protéger l'enfant ou de respecter sa parole ? Ce n'est pas inscrit dans les textes, néanmoins l'administrateur est chargé de veiller aux intérêts de l'enfant et ces intérêts peuvent être en inadéquation avec les envies et souhaits de l'enfant. Il semble évident que si l'enfant est victime d'abus sexuels par un membre de sa fratrie et que celui-ci ne veut surtout pas que son frère ait des ennuis, il s'opposera aux démarches judiciaires. Néanmoins il n'en va pas forcément de son intérêt et il s'agit avant tout de le protéger. On observera tout de même que pour de grands adolescents, la question sera légèrement différente. Il est possible de faire le lien entre cette situation et la situation évoquée par le pédiatre Antoine Leblanc : on ne peut suivre la parole de l'enfant que lorsque celle-ci va dans le même sens que son intérêt, que lorsque celle-ci ne lui porte pas préjudice.

Il est aussi possible de s'orienter vers le défenseur des enfants, on peut notamment le saisir lorsqu'une institution n'a pas géré correctement une situation qui porte atteinte aux droits de l'enfant. Une médiation aura alors lieu entre l'institution, les parents et l'enfant. A tout âge, l'enfant peut saisir lui-même le défenseur des droits.

Il serait donc possible de solutionner la situation pratique dans laquelle les parents et professionnels de soins sont en désaccord concernant le projet de vie de l'enfant lorsque celui-ci est en désaccord avec ses parents en l'orientant vers le défenseur des droits ou vers un avocat spécialisé. Compte tenu des différents textes juridiques précités, on pourrait imaginer que celui-ci obtienne gain de cause. On pourrait même pousser la théorie, en informant simplement le mineur sur ses droits et en lui laissant la liberté de faire ce qu'il jugera bon de ces derniers. Si l'on peut l'imaginer pour un adolescent de 16 ans cela semble plus complexe pour des mineurs moins âgés voire pour de jeunes enfants. De plus, comme explicité précédemment, César, enfant symptôme, risque d'être d'autant plus loyal vis-à-vis de sa famille qu'il la mettra en danger. Il paraît compliqué qu'il saisisse lui-même le juge des tutelles. Et cette procédure pourrait être plus coûteuse pour César que les séances avec le SESSAD.

2- La dénonciation de la famille

L'autorité parentale a vocation de protéger l'enfant et de prendre les décisions qui le concernent dans son intérêt et en l'associant en fonction de son degré de maturité et de son âge. Néanmoins, ce droit fonction n'exclut pas que l'autorité parentale soit défaillante.

L'article 375 du Code Civil prévoit que « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises » des mesures de protection peuvent être mises en place. Les professionnels de soins et éducatifs sont très régulièrement amenés à procéder à des recueils d'informations préoccupantes auprès de la cellule de recueil des informations préoccupantes du Département voire à des signalements auprès du Procureur de la République lorsqu'ils ont connaissance d'enfants en situation de danger ou risquant de l'être.

En l'occurrence, les dangers pour César sont : la mise à mal de son développement identitaire, les stigmatisations indues provoquant un isolement social, le fonctionnement familial pathologique inquiétant, l'inconfort et la violence d'être défini comme étant en situation de handicap et « anormal ». Le danger réside aussi dans les risques de passage à l'acte auto-agressif de César qui a déjà verbalisé des idées noires. On peut donc déterminer que la santé mentale de César est mise à mal ainsi que les conditions de son développement affectif et social. Je pense que nous aurions dû faire un RIP auprès de la CRIP et qu'il n'est pas justifiable que nous ne l'ayons pas fait.

Ce RIP n'a pas été fait pour plusieurs raisons. Alors que seul le danger est souligné par la loi, des notions de gravité sont intervenues. Est-ce grave ? Est-ce remédiable ? Après tout, il s'agit toujours de séances avec un psychologue mais dans un autre cadre avec une autre étiquette. Un dossier MDPH doit être régulièrement renouvelé et il paraît à ce jour, au vu des orientations prises actuellement, impossible qu'un seul certificat médical puisse permettre de maintenir l'orientation SESSAD. César n'aura peut-être à supporter cela que l'espace d'un ou deux ans. Il est aussi possible d'envisager que cette entrée au SESSAD ait un impact positif pour César. Effectivement, César pourrait y trouver une certaine sérénité. Il ne serait plus l'enfant symptôme de sa famille et pourrait lui être entièrement loyal. Par ailleurs, le SESSAD renvoie à Madame une image positive d'elle-même ce qui pourrait aussi amener la dynamique familiale à être bousculée grâce à cette alliance thérapeutique. De plus, les intervenants du SESSAD ont eu le retour du CRA et entendu nos doutes ce qui pourrait progressivement les

amenés à revoir leur approche de la situation et à se montrer thérapeutiques pour César. Néanmoins, le SESSAD pourrait aussi conforter Madame dans son positionnement et César pourrait poursuivre son affirmation de soi et souffrir sur le plan identitaire.

A quel point cela impacterait son développement comparativement à une intervention de la protection de l'enfance ? Le risque pour son développement est-il immédiat ou est-ce un risque flou, évaluable à long terme ? Le problème est que les professionnels de soin ne devraient pas se poser ces questions. Ils devraient simplement évaluer le danger. C'est aux services sociaux et judiciaires de faire le reste. Pour autant, le professionnel ne peut s'empêcher de se projeter comme responsable d'un potentiel placement alors qu'il n'en est encore pas du tout question et que leur écrit ne sera pas la cause du placement : ce sera l'enquête sociale et la décision judiciaire. Peut-être s'agit-il aussi d'une question de confiance dans la justice à l'heure où les magistrats sont débordés, où les services sociaux sont épuisés et manquent cruellement de moyens.

Par ailleurs, on touche ici à la maltraitance dite « psychologique » et bien que reconnue par la loi, elle semble très compliquée à faire valoir en pratique. Les professionnels pointent le manque de preuves et d'arguments, ne s'autorisent pas à faire des hypothèses concernant le bon développement psychique de l'enfant. La justice se montre frileuse, peut être car les droits des parents sont en perpétuelle augmentation et que nombre d'avocats se sont spécialisés dans ce domaine. On peut à titre d'exemple noter les très rares cas de retrait de l'autorité parentale bien que la loi le prévoit dans des circonstances malheureusement fréquemment rencontrées. A titre d'exemple, l'article 378-1 du Code Civil prévoit le retrait de l'autorité parentale en dehors de toute condamnation pénale si les parents de l'enfant mettent en danger leur enfant par une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. De plus, la protection des enfants mis à mal sur le plan psychique semble subsidiaire à celle des enfants maltraités ou négligés sur le plan physique ou physiologique comme si tous les cas ne pouvaient être traités et qu'il fallait prioriser. Cependant, il s'agit là encore d'une réalité qui dépasse le cadre du soin. En tant que soignant, il nous appartient de dénoncer les situations préoccupantes et non de faire un tri bien que l'on ait parfois la crainte de ne plus être entendus par les services sociaux et judiciaires si nous multiplions les remontées d'information. La crédibilité des institutions telles que la nôtre vis-à-vis de ce type d'action est précieuse.

Néanmoins, à ce stade, le rôle des institutions soignantes serait me semble-t-il de faire un rapport à la CRIP sur nos inquiétudes. La suite ne nous appartient pas. Nous sommes dépositaires de la parole de l'enfant, de celle de sa famille. Nous sommes des observateurs et

notre rôle dans le cadre de la protection de l'enfance est encore une fois celui de passeur. Nous recueillons et transmettons. Par ailleurs, le recueil d'informations préoccupantes est un outil thérapeutique. Il s'agit probablement du dernier acte thérapeutique que nous aurions pu faire pour César. Par cet acte, malgré notre impuissance, peu importe la suite donnée, nous aurions pu dire à César « nous avons compris ce que tu vis, ce n'est pas normal et nous le dénonçons ». Peut-être que ce ne sera pas thérapeutique sur le moment, mais si un jour César se demande comment tout cela a pu arriver, il pourra consulter son dossier et voir que nous n'étions pas en accord avec tout cela.

Conclusion

D'un point de vue pratique, l'analyse de cette situation amène à penser que le recueil d'information préoccupante aurait été une réponse éthique et thérapeutique possible concernant le cas de César. Effectivement, celle-ci respecte le cadre du droit et prend en compte l'intérêt de l'enfant à travers les approches pluridisciplinaires du juriste, du pédiatre, du pédopsychiatre, du psychologue, de l'avocat pour enfant, de l'orthophoniste... Il s'agit cependant d'une solution a posteriori puisque l'admission au SESAD avait déjà eu lieu.

Il est aussi possible à partir de cette analyse de considérer que pour l'avenir, il serait nécessaire d'être plus vigilant au cadre et à l'alliance thérapeutique afin de ne pas reproduire les circonstances d'un échec que nous aurions nous même induit. Cependant, le fait d'agir en transparence avec la famille en ayant recours à un tiers neutre expert de la question (le CRA) semble avoir été une réaction appropriée face à la problématique.

Le rôle du juriste dans la réflexion éthique est aussi de pouvoir proposer de revisiter certaines normes juridiques. Ici, il apparaît que reprendre le régime de la minorité pourrait permettre de mieux répondre aux dynamiques en œuvre dans la société actuelle. Effectivement, il serait tout à fait envisageable de mettre en place à un seuil d'âge un régime d'assistance plutôt que de représentation qui permettrait d'aller au jusqu'au bout du texte en vigueur « Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concerne » (art 372-1CC).

L'enfance est une période d'évolution, de construction qui permet au nouveau-né dépendant d'accéder progressivement à une autonomie psychique, matérielle et décisionnelle. Il est nécessaire de protéger l'enfant durant cette période, le temps qu'il acquiert cette autonomie, ce discernement. Respecter l'enfant en tant que sujet doué de désirs, de souhaits, de volonté ne signifie pas forcément aller dans le sens de sa volonté justement. L'enfant peut avoir des souhaits contraires à son intérêt et c'est aux titulaires de l'autorité parentale et à la société de veiller à ses intérêts.

Lorsque l'intérêt de l'enfant et sa volonté se croisent et se confrontent aux détenteurs de l'autorité parental, le soignant a pour rôle de permettre l'émergence de la parole de l'enfant et la rencontre de celle-ci avec les titulaires de l'autorité parentale. Lorsque l'autorité parentale est défaillante ou que l'intérêt de l'enfant est mis à mal, le soignant a alors pour rôle de dénoncer celle-ci en tant que dépositaire de la parole de l'enfant.

La parole de l'enfant est une thématique complexe. Il serait aisé compte tenu des évolutions sociétales de faire de l'enfant un petit adulte autonome capable de revendications et d'exprimer ses choix. Par le biais de ce mémoire, je souhaitais démontrer à quel point cette parole est sensible et à manier avec précautions dans l'intérêt de l'enfant. L'enfant est l'objet d'enjeux variés souvent animés par des intentions bienveillantes néanmoins il est important de pouvoir le repositionner en tant que sujet de droit et de protection afin de ne pas lui nuire, de ne pas faire plus de mal ou parfois provoquer une double maltraitance. C'est notamment dans ce cadre que le rôle du juriste auprès de l'équipe pluridisciplinaire prend tout son sens : il peut permettre de repositionner les choses au regard de la loi, voire de l'esprit de la loi et de prendre ainsi le recul nécessaire à une analyse éthique.

Bibliographie

Ouvrages

- Akoun Audrey et Pailleau Isabelle, Vive les Zatyptiques ! . Leduc Editions, 2017.
- Bateur Annick, Droit des personnes, des familles et des majeurs protégés 9^{ème} édition. LGDJ, Lextenso, 2017.
- Goudemand Michel, Les états dépressifs. Lavoisier, 2010.
- Ferenczi Sandor, Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Petite Bibliothèque Payot, 2010.
- Freud Sigmund, La technique psychanalytique. Bibliothèque de Psychanalyse, 1989.
- Harrus-Révidi Gisèle, Parents immatures et enfants adultes. Petite Bibliothèque Payot, 2008.
- Lacan Jacques, Ecrits. Editions du Seuil, 1966.
- Quintilla Yann et Pelissolo Antoine, Thérapeutiques en psychiatrie : Théories et applications cliniques. Abrégés, 2015.
- Thomson Caroline, La violence de l'amour. Broché, 2006.

Publications universitaires

- M'Bediobet Mabala Pauline Magalie, L'âge en droit privé, Thèse pour le doctorat en droit, 2016.
- Phaneuf Margot, L'alliance thérapeutique comme instrument de soins. Mémoire infirmier, 2016.

Articles

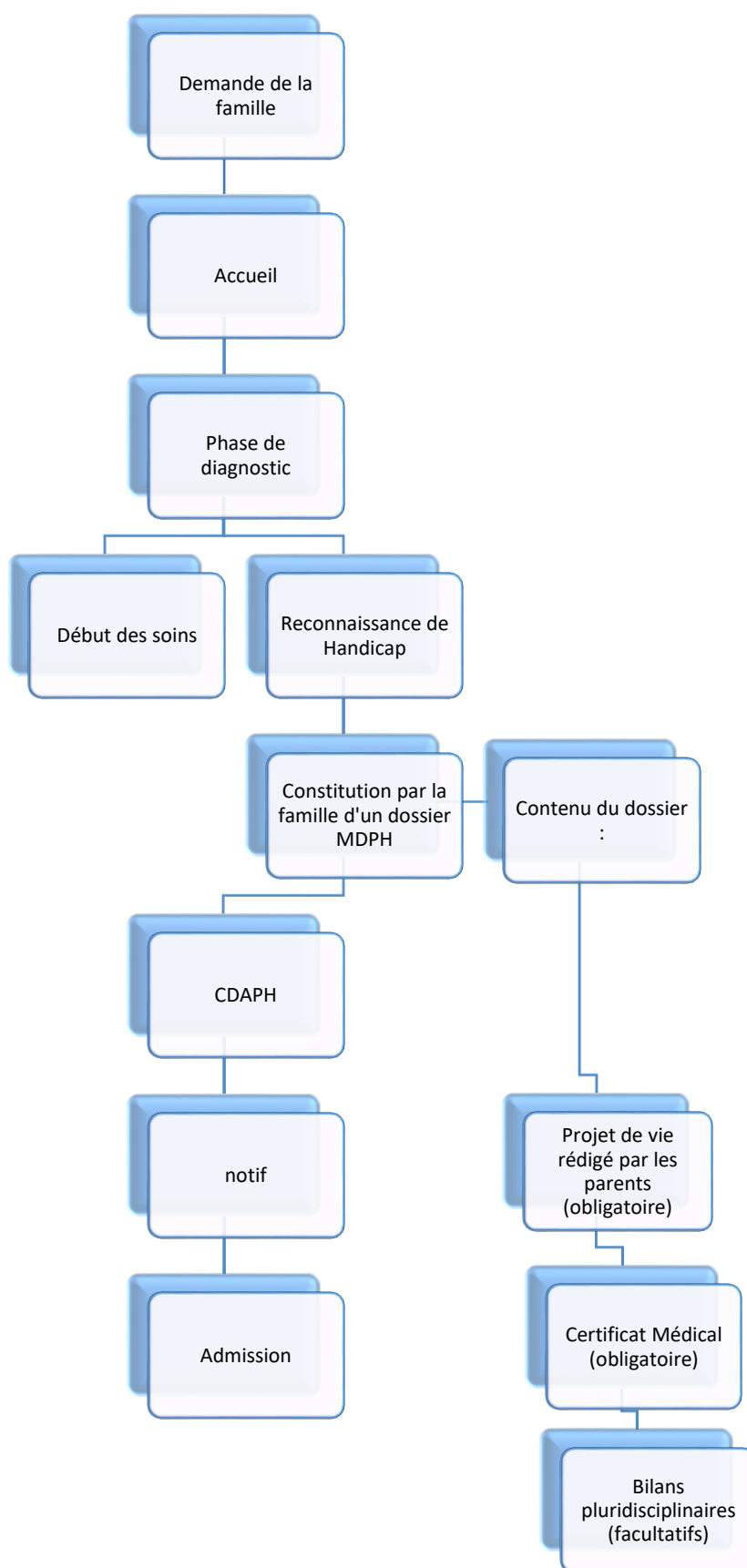
- Bateur Annick, La fin de vie : les personnes les plus vulnérables, L'ESSENTIEL Droit de la famille et des personnes, n°3. 2018.
- Barthélémy Sophie, La fonction phorique : être porté pour porter, santé mentale, n°195, 2015, page 14. Lien disponible : <https://www.santementale.fr/en-ligne/mots-pour-comprendre/la-fonction-phorique-etre-porte-pour-porter.html>
- Bedos Maria, Parole donnée, parole à prendre, Enfances et Psy, n°36, 2007, pages 20 à 24. Lien disponible : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-3-page-20.htm>

- Calin Daniel, De l'enfance muette à l'enfance déniée, *Enfance et Psy*, n°36, 2007, pages 136 à 144. Lien disponible : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-3-page-136.htm>
- Chabanne Catherine, L'avocat et la parole de l'enfant, *Enfances et Psy*, n°36, 2007, pages 93 à 101. Lien disponible : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-3-page-93.htm>
- Delion Pierre, Au commencement... Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique, *Le Carnet PSY*, n°150, 2011, pages 20 à 26. Lien disponible : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2011-1-page-20.htm>
- Gebler Laurent, L'audition de l'enfant par le juge aux affaires familiales, *Enfance et Psy*, n°36, 2007, pages 50 à 60. Lien disponible : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-3-page-50.htm>
- Hayez Jean-Yves, La fiabilité de la parole de l'enfant, *Enfance et Psy*, n°36, 2007, pages 61 à 69. Lien disponible : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-3-page-61.htm>
- Le Run Jean-Louis, Le héros de l'histoire, *Enfances et Psy*, n°36, 2007, pages 117 à 127. Lien disponible : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-3-page-117.htm>
- Leblanc Antoine, Le pédiatre à l'écoute de l'enfant, *Enfances et Psy*, n°36, 2007, pages 128 à 135. Lien disponible : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-3-page-128.htm>
- Lemouland Jean-Jacques. L'assistance du mineur : une voie possible entre l'autonomie et la représentation. *RTDCiv. : Revue trimestrielle de droit civil*, Dalloz, 1997.
- Versini Dominique, Défenseure des enfants, *Enfance et Psy*, n° 36, 2007, pages 145 à 153. Lien disponible : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-3-page-145.htm>

Pages Web

- Harris interactive : La maltraitance des enfants. 2019. https://harris-interactive.fr/opinion_polls/la-maltraitance-des-enfants-2/
- Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations : Réagir peut tout changer : une campagne TV en direction des témoins de violences sexistes et sexuelles, 2018. Lien : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/reagir-peut-tout-changer-une-campagne-tv-en-direction-des-temoins-de-violences-sexistes-et-sexuelles/>
- Stéphane Parent : Dérives et exagérations des diagnostics de l'autisme au pays, 26 août 2019. Lien : <https://www.rcinet.ca/fr/2019/08/26/derives-et-exagerations-des-diagnostiques-de-lautisme-au-pays/>

ANNEXE I : Du diagnostic à l'admission en ESSMS



ANNEXE II : La vierge et l'enfant avec Sainte-Anne de Léonard de Vinci



Glossaire

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce. Structure de cure ambulatoire de type public ou privé accueillant généralement des enfants de 0 à 6 ans présentant des signes de souffrance.

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique. Structure de cure ambulatoire de type privé accueillant des enfants de 0 à 20 ans.

CMPEA : Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents. Structure de cure ambulatoire publique.

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel. Structure publique accueillant des enfants sur des ateliers à la demi-journée.

PEAF : Pôle Enfance Adolescence Famille

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile. Service de type privé intervenant dans le milieu dit « naturel » de l'enfant à raison de deux séances de 50 minutes par semaine en moyenne.

TSA : Troubles du Spectre Autistique.

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux. N'existe plus à ce jour après une fusion avec l'HAS.

HAS : Haute Autorité de Santé.

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

CSP : Code de la Santé Publique.

CC : Code Civil.

RIP : Recueil d'Information Préoccupante.

CRIP : Cellule de Recueil d'Information Préoccupante.

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux.

Parole de l'enfant : objet de bonnes intentions sujet de droit.

La situation de César est celle d'un jeune adolescent s'opposant à son diagnostic ainsi qu'à son orientation MDPH dans un contexte de pathologie familiale.

Au-delà du soutien symbolique de l'équipe pluridisciplinaire du service de pédopsychiatrie qui le suivait, qu'est-il possible de faire pour César ? Peut-on prendre en considération sa parole ? Comment ?

Ce mémoire pose la question de l'enfance au siècle de l'auto-détermination, de l'autonomie de la volonté. Que faire de la volonté d'un enfant ? Sur le plan légal, clinique et éthique ?

Il sera question de déterminer comment prendre en compte la parole de l'enfant dans un régime de représentation pensé pour le protéger. Comment créer la rencontre entre la parole de l'enfant mineur et celui chargé de le représenter ? Comment le faire dans un contexte familial défaillant ou pathologique ?

A travers l'analyse de cette situation, c'est aussi la place du juriste dans la réflexion éthique et dans l'institution soignante qui est interrogée.