

Les conséquences psychologiques de la séparation parentale chez l'enfant : quelle place pour le pédopsychiatre ?

Laure Bera

▶ **To cite this version:**

Laure Bera. Les conséquences psychologiques de la séparation parentale chez l'enfant : quelle place pour le pédopsychiatre ?. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01250667

HAL Id: dumas-01250667

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01250667

Submitted on 5 Jan 2016

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015 **N°**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

Par

BERA Laure

Née le 7 janvier 1985 à LAON

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 Septembre 2015

Les conséquences psychologiques de la séparation parentale chez l'enfant : quelle place pour le pédopsychiatre ?

Président de jury : Professeur Priscille GERARDIN
Directeur de thèse : Docteur Marc-Antoine PODLIPSKI
Membres du jury : Professeur Christophe MARGUET
Professeur Bertrand MACE
Docteur Alexandre BAGUET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre)*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre)*	*HCN*	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy **BONMARCHAND** (*surnombre)*	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr Jean-François **CAILLARD** *(surnombre)*	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier **LE LOET**	HCN	Rhumatologie
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Bruno **MIHOUT** *(surnombre)*	HCN	Neurologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc **PERON** *(surnombre)*	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mr François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale

Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mr Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie

Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mr Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle ***HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME***

CB - Centre Henri Becquerel ***CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray***

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation ***SJ – Saint Julien Rouen***

A Madame le Professeur Priscille Gérardin,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse,
J'ai eu l'honneur de travailler dans votre service et de bénéficier de votre enseignement,
Votre détermination, votre exigence, vos grandes compétences et votre charisme resteront pour moi un exemple,
Je vous remercie pour votre disponibilité, votre bienveillance et votre confiance,
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus grand respect et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Christophe Marguet,
Vous me faites l'honneur de siéger parmi le jury de cette thèse,
J'ai eu le privilège durant mon internat de compléter ma formation par un travail multidisciplinaire avec vos équipes dans les services de pédiatrie,
Votre exigence et votre approche des adolescents ont été riches d'enseignement,
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Bertrand Mace,
Vous me faites l'honneur de siéger parmi le jury de cette thèse,
Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, et de mon plus grand respect.

A Monsieur le Dr Alexandre Baguet,
Vous me faites l'honneur de siéger parmi ce jury de thèse,
Je vous remercie pour votre accueil chaleureux et votre gentillesse,
Votre sens clinique et votre énergie m'ont beaucoup apporté,
Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Dr Marc-Antoine Podlipski,
Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail et de siéger parmi ce jury,
Je vous remercie pour votre enseignement, votre bienveillance, et la confiance que vous m'avez accordée au cours de mon internat et durant ce travail de thèse,
Votre approche de la pédopsychiatrie, votre passion, votre présence auprès des adolescents et de leur famille ont été une source d'inspiration pour moi
Je vous prie de bien vouloir recevoir mes sincères remerciements, et croire en l'expression de mon amitié.

J’adresse mes sincères remerciements :

Au Dr Feray, au Dr Navarre, au Dr Moinier, au Dr Lemoine et à toute l’équipe du secteur 11 pour leur accueil chaleureux, et leur enseignement au début de mon internat.

Au Dr Berna, au Dr Amant et à toute l’équipe d’addictologie, pour leur bonne humeur, leur gentillesse et leurs compétences.

Au Dr Georgin, pour sa confiance, son énergie et sa gentillesse, ainsi qu’à l’équipe de psychopathologie et à l’équipe de liaison; vous m’avez fait découvrir et aimer la pédopsychiatrie, à bientôt pour la suite…

Au Dr Larson, et à toute l’équipe de Rimbaud, ce semestre aura été riche à tout point de vue, j’y ai beaucoup appris ; votre accueil bienveillant y a grandement participé, merci pour votre confiance.
Merci au Dr Ferrafiat, Vlad, pour son accueil, son enseignement, son énergie et son amitié.

Au Dr Buffiére et à toute l’équipe du CMPP Sévigné, pour leur accueil et leur gentillesse.

A mes parents, merci de m'accompagner et de me soutenir depuis le début de mes études, je n'en serais pas là aujourd'hui sans votre présence constante, vous avez ainsi grandement contribué à ce travail de thèse, je vous aime.
Maman ton empathie, ta bienveillance et ta force m'inspirent chaque jour.
Papa ta culture, ta ténacité, ta rigueur accompagnent ma route.

A mes grands-parents, je sais combien vous seriez fiers si vous étiez présents aujourd'hui.

A Elsa, ma sister, ma coloc, la plus belle. Cette thèse ne ressemblerait à rien sans tes compétences pour la mise en page.

A Pauline, l'autre sister ; à Amiens, Rouen, ou Hvar rien ne change.

A ma Lulu, toujours à mes côtés : des joies, des pleurs, des rires, et on recommence encore et pour toujours, et à son Maxou.

A mes copines d'amour préférées : Martine, Didine, Anna, Flore, Banou, Heidi, les plus belles, les plus drôles, les plus intelligentes.

A Laurent, merci pour ta contribution à ce travail, Marie-Aude, Ulysse et Augustin mes deux lapins chéris maintenant ado.

A tata et tonton Huber, pour leur accueil parisien itératif et leur bienveillance.
A Réjane, mon autre grand-mère.

A Benou, sur qui je peux toujours compter, un gros cœur et pleins de baskets, you are family.

A Alex, ma princesse, pour son soutien sans faille, Rouen n'aurait pas été pareil sans toi, suite de l'aventure à Paris…

A Benoit, mon premier copain rouennais, pour sa disponibilité et surtout toutes ses autres qualités, le chic Breton.

A Agathe et Clément, la joie, l'intelligence, l'enthousiasme, et le fitness, maintenant tlv.

A tous mes copains psy : Ellie l'irlandaise, Cécile et JB, Elodie, Marianne, Sevan, Fanny, Christina, Anne-Sophie, Basso, Elsa, Marie-Ophélie, Maryam, Malaika.

Aux super girls de Rouen, Chloé, Anaïs, Manon : soirées, spa et rigolade.

A Bérénice et Clémence, les copines de toujours, pour ces longues années de complicité.

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

SOMMAIRE

Introduction **1**

I/ La séparation parentale **3**

1/ Les structures familiales : de la famille aux familles **3**

1.1/ La famille traditionnelle: nucléaire 3

1.2/ Les nouvelles familles : 4

1.2.1/ La famille recomposée 5

1.2.2/ La famille monoparentale 5

1.2.3/ La famille homoparentale 6

2/ Le divorce : de la séparation aux séparations **7**

2.1/ Les chiffres 7

2.1.1/ Le divorce 7

2.1.2/ La résidence des enfants 9

2.2/ Divorce et Séparation dans la législation familiale 11

2.2.1/ Evolution de la famille dans la législation familiale depuis 1960 11

2.2.2/ Les dates de l'évolution de la législation familiale contemporaine 11

2.2.3/ Le divorce actuellement 13

2.2.4/ La séparation 15

2.2.5/ La Filiation 16

II/ Place des parents et de l'environnement familial dans le développement d'un enfant **17**

1/ Le lien entre un enfant et ses parents - Apport des théories psychodynamiques : angoisse et séparation **19**

1.1/ Naissance et séparation 19

1.2/ La place de la psychanalyse 20

1.2.1/ Freud et le complexe d'Œdipe 20

1.2.2/ La place de la mère 22

1.2.3/ Angoisse et séparation : après Freud trois contributions Mélanie Klein, René Spitz et Margareth Mahler 25

1.2.4/ L'ouverture vers le père 30

1.2.5/ La place du père 31

1.3/ La place du couple parental dans le développement de l'enfant 32

2/ La théorie de l'attachement : construction du lien entre un enfant et ses parents **34**

2.1/ Les fondements théoriques 34

2.2/ Le « caregiving » 38

2.3/ Les modèles internes opérants (M.I.O) 39

2.4/ Procédures d'évaluation de l'attachement 40

2.4.1/ Une étude expérimentale de l'attachement : « la Situation Etrange » 40

2.4.2/ L'Entrevue d'Attachement Adulte (E.A.A.) 42

2.4.3/ Les Histoires d'Attachement à Compléter 44

2.5/ Les troubles de l'attachement chez l'enfant 45

2.6/ Portée et valeurs prédictives de la théorie de l'attachement 47

2.7/ Quelques perspectives actuelles 48

3/ Anxiété et séparation **50**

3.1/ Anxiété ou angoisse de séparation 50

3.2/ Rapports entre l'angoisse de séparation développementale et le trouble « angoisse de séparation » 52

III/ Les conséquences de la séparation parentale **55**

1/ Le divorce : facteur de vulnérabilité ? **55**

1.1/ La vulnérabilité 55

1.2/ Divorce et troubles psychologiques de l'enfant 57

2/ La résidence alternée **64**

2.1/ Trois notions juridiques 64

2.2/ Loi du 4 mars 2002 65

2.2.1/ Intérêt supérieur de l'enfant 66

2.2.2/ La parole de l'enfant 67
2.2.3/ Quatre questions au magistrat 68
2.3/ Le recours aux spécialistes 71
2.3.1/ La résidence alternée - 3 notions essentielles : 72
2.3.2/ Comment se construisent les enfants en résidence alternée sur le plan de leur adaptation socio-affective ? 74
3/ Les situations de conflits parentaux majeurs 79
IV/ Cas cliniques 83
1/ Le cas Flora 83
2/ Le cas Bilal 86
V/ Discussion 90
1/ Troubles liés à la séparation : la famille et le pédopsychiatre 90
2/ Les demandes sociétales adressées au pédopsychiatre 97
3/ Séparation parentale et troubles de l'enfant : place du pédopsychiatre 99
Conclusion 101

Abréviations

ASCT : Histoire d'attachement à compléter

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASP : Anxiété de Séparation

CHU : Centre Hospitalier universitaire

CIM X : Classification Internationale des Maladies, dixième édition

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

DSC : Dusseldorf Coding

DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux), cinquième édition

EAA : Entrevue d'Attachement Adulte

FNEPE : Fédération Nationale des Ecoles des Parents et des Educateurs

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

JAF : Juge aux Affaires Familiales

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MIO : Modèle Opérant Interne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACS : Pacte Civil de Solidarité

PMA : Procréation Médicalement Assistée

RAD : Reactive Attachment Disorder (trouble réactif de l'attachement)

RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SFPEADA : Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent et Disciplines Associées

Figures et Tableaux

Figure n° 1: Evolution du divorce (nombre de divorces prononcés selon l'année) *p 8*

Figure n°2 : Répartition des enfants selon leur âge au moment du divorce de leurs parents en 2009 *p 9*

Figure n°3 : Résidence des enfants de parents divorcés en 2009 *p 10*

Figure n°4 : Part des enfants vivant en résidence alternée l'année suivant le divorce par département en 2008 *p 10*

Tableau n°1: Divorce et divortialité *p 8*

Tableau n° 2 : Troubles de l'attachement *p 47*

Tableau n°3 : Facteurs familiaux *p 91*

Introduction

La séparation des parents est un fait majeur de société en ce début de XXIe siècle. Les questions relatives à la famille n'ont jamais été autant présentes et médiatisées, avec tous les remaniements et les bouleversements dont elle fait l'objet dans notre société occidentale moderne.

Ces événements retentissent directement sur la vie, le développement et la santé psychologique des enfants qui composent les familles.

Ainsi, en tant qu'interne de psychiatrie, me destinant à travailler avec les enfants et les adolescents, la question des conséquences psychologiques de ces événements sur ces jeunes patients m'a beaucoup questionné. J'ai pu les rencontrer très souvent au cours de mes différents semestres d'internat, en consultation ambulatoire ou parfois en hospitalisation.

Sur un plan méthodologique, nous avons souhaité, dans une première partie, faire un bilan de l'évolution des structures familiales en France, nous nous sommes particulièrement intéressés à la place qu'occupent les différentes figures parentales dans le développement psychologique de l'enfant à la lumière des théories psycho dynamiques et de l'attachement.

Nous nous sommes alors demandé, en quoi la séparation au sens large, peut être définie en elle-même comme une expérience majeure que chaque enfant doit nécessairement rencontrer et dépasser pour lui-même, au cours de son propre développement psychoaffectif, en relation avec son environnement familial et indépendamment de la séparation ou non de ses parents.

A la lumière de cette donnée, nous nous sommes ensuite attachés à étudier les conséquences psychologiques que la séparation des parents est susceptible d'entrainer pour l'enfant. Pour cela, la focale de la résidence alternée est apparue comme particulièrement intéressante, faisant le constat que les enfants les plus reçus en consultations pédopsychiatriques spécialisées se trouvent dans cette situation. Il s'agit par ailleurs, de la mesure la plus récente en termes de législation familiale, le texte de loi interrogeant nombre de professionnels de l'enfance. De plus, la littérature à ce sujet est abondante, et sujette à de nombreuses polémiques comme nous le développerons. Néanmoins, l'objectif de ce travail est de contribuer pour une part à un état des lieux des connaissances actuelles dans ce domaine et pour une autre part, d'interroger la place du pédopsychiatre au sein de ce clivant débat.

La question particulière des situations de conflits parentaux majeurs sera également abordée de façon singulière. Ils sont, comme nous le verrons, le vecteur de mauvaise

adaptation psychologique chez l'enfant. Cette constatation sera illustrée par le cas d'une adolescente rencontrée en hospitalisation, Flora, et d'un enfant suivi en consultation, Bilal.

Enfin, nous discuterons de la prise en charge qui pourrait être proposée et de la position que les professionnels pourraient adopter face à ces situations particulières qui mêlent troubles psychologiques de l'enfant et problématiques familiales dans un contexte global d'enjeux de société dans lesquels il semble nécessaire que le pédopsychiatre soit éclairé et instruit, afin certes d'y participer avec pertinence mais surtout, pour mieux situer le cadre de sa compétence et demeurer attaché à son exercice clinique et à son efficacité.

I/ La séparation parentale

1/ Les structures familiales : de la famille aux familles

Il est tout d'abord important de réfléchir au concept de « la famille », à l'unité qu'elle recouvre. On peut la définir comme étant « l'ensemble des personnes apparentées par la consanguinité et/ou l'alliance » (1).

Cependant, cette définition paraît un postulat généralement acquis, sans être trop questionné. Certes il s'applique à notre société humaine pour laquelle il demeure une base de fonctionnement sociétal mais est-ce le concept fondamental universel ?

Notre perception de la société française d'aujourd'hui modifie les postulats d'hier. Il ne semble plus y avoir seulement une seule entité famille mais un ensemble d'entités. On constate, en effet, une évolution quant à la structure de la famille, le nombre d'études sociologiques qui lui sont consacrées montre bien tout le questionnement actuel, la mise à plat et le dépliage des concepts, et la remise en question des valeurs sur lesquelles toute la société pouvait être fondée de ce point de vue.

1.1/ La famille traditionnelle: nucléaire

Il s'agit là de la famille telle qu'on se la représentait historiquement dans la société française et plus globalement dans les sociétés occidentales.

La cellule familiale ne pouvait être entendue qu'au titre du mariage, contrat stable, qui authentifiait les relations d'un homme et d'une femme, la maternité venant corroborer cette relation.

Notre société a vécu jusque-là sur ce modèle familial unique, biparentale, renvoyant sociologiquement aux familles occidentales, européennes ou nord-américaines de l'après seconde guerre mondiale : blanche, avec deux ou trois enfants, de classe moyenne, hétérosexuelle de religion judéo-chrétienne, une seule fois marié (2). Souhaitant assurer une transmission d'une génération à l'autre des biens matériels, des valeurs et des traditions qui lui sont propres, elle souhaitait se donner un rôle important de protection et d'éducation pour ses membres, préparant à sa façon les enfants qui y naissent à leur futur rôle d'adulte.

Carter et McGoldrick (1999) ont proposé une description séquentielle de l'évolution logique de la famille au fil du temps, ils décrivent ainsi le cycle de la famille en six étapes (2):

1. Le départ de la maison: jeunes adultes célibataires
2. Le lien inter-familles à travers le mariage: le nouveau couple
3. Familles avec jeunes enfants
4. Familles avec adolescents
5. Le départ des enfants
6. Familles dans le troisième âge

Ce type de famille existe toujours sous une forme plus ou moins élaborée, nous pouvons appeler celles qui ont conservé ce modèle les « familles traditionnelles ».

1.2/ Les nouvelles familles :

C'est en se positionnant par rapport à ce modèle que les nouvelles structures relationnelles revendiquent leur droit à être considérées comme des familles.

Elles semblent s'affirmer en contestant l'intégrité du modèle traditionnel, faisant leurs certaines de ses valeurs tout en bannissant d'autres.

Il est complexe de pouvoir les définir, car ce sont les mêmes individus que l'on peut retrouver successivement dans une famille conjugale, dans une famille monoparentale et dans une famille recomposée. La perspective temporelle devient donc essentielle et la trajectoire familiale des enfants de ces nouvelles familles peut se définir comme suit: d'abord, une période de vie commune avec leurs père et mère (un enfant sur sept n'a pas connu cette séquence) ; puis à la séparation parentale, les enfants restent le plus souvent avec leur mère, et une période de « monoparentalité » lui succède fréquemment.

Dans environ la moitié des situations, la famille monoparentale perdure. Lorsqu'il y a une recomposition familiale, la seconde famille de l'enfant reste plus durable que la première, cependant, le risque de seconde rupture est en voie d'augmentation, ainsi, certains enfants vont connaitre des recompositions familiales successives (3).

Le modèle de la famille traditionnelle, développé précédemment, ne rend pas compte de la pluralité des liens affectifs existants dans notre société actuelle. On peut décrire aujourd'hui, un **« multi-univers » familial** au sein duquel les nouvelles formes familiales s'organisent et définissant des familles recomposées, monoparentales, ou encore homoparentales (4).

1.2.1/ La famille recomposée

La famille, on le voit, présente des typologies différentes suivant les situations. Après un décès, une séparation, ou un divorce, il se crée parfois de nouvelles familles, elles-mêmes composées par les foyers précédents.

Dans sa restructuration, la famille va alors passer par une recomposition, créant des configurations complexes caractérisées par la multiplication des « figures familiales et parentales ». Ainsi, un enfant pourra vivre avec des beaux-parents, des demi-frères ou sœurs, et des quasi-frères ou sœurs (avec lesquels il n'a pas de liens filiaux), multipliant donc le nombre de parents potentiels.

Ces familles recomposées sont donc constituées de plusieurs foyers entre lesquelles les enfants circulent. Elles se dessinent alors d'avantage comme des réseaux que comme des foyers et expérimentent de nouvelles façons de concevoir la filiation et la fraternité, par un lien qui peut être uniquement symbolique et non plus biologique. La fraternité dans les familles recomposées se divise en deux pôles : celui de la filiation de l'enfant, donnée par les liens de sang, et celui construit par les affinités interpersonnelles résultant de la cohabitation.

Ainsi, c'est l'espace de circulation des enfants d'un foyer à un autre qui définit les contours du réseau familial (5).

L'instauration de nouveaux modes relationnels semble centrale avec toute la problématique d'un nouveau langage pour les membres du réseau familial (comment appeler le beau-parent ou le quasi-frère dans le quotidien?).

1.2.2/ La famille monoparentale

Statistiquement, les familles monoparentales arrivent en deuxième position (20,3%) après les familles biparentales intactes (69,4%) et avant les familles recomposées (10,4%) (6). Dans l'immense majorité des cas, neuf fois sur dix, une famille monoparentale est constituée d'une mère et de ses enfants, et on peut noter qu'elle est souvent caractérisée par une pauvreté au moins relative.

Lorsqu'une mère se retrouve en situation monoparentale, on peut parler alors de « monoparentalité sociale », c'est à dire qu'il existe une absence du père dans la réalité de la vie quotidienne, mais cette réalité sociale doit être distinguée d'une « monoparentalité psychique » qui est alors associée à une absence du père dans le monde psychique de la mère.

En effet, un père peut être absent du quotidien de l'enfant et être significatif psychiquement pour lui, l'inverse étant également envisageable. Cette notion de « monoparentalité psychique » amène des questionnements quant à la possibilité de triangulation dans les relations, et à l'apprentissage de l'altérité pour l'enfant (7).

1.2.3/ La famille homoparentale

L'évolution des mentalités françaises a été marquée par la dépénalisation de l'homosexualité en 1982, sur proposition du ministre de la justice Robert Badinter.
Dès lors, une « bataille » sociétale démarre en France avec d'abord le retrait de l'homosexualité de la liste des maladies mentales de l'OMS en 1990, elle avait été retirée du DSM II en 1974 (8).

En 1999, le gouvernement Jospin fait adopter le PACS (Pacte Civil de Solidarité) pour les couples hétéro et homosexuels, il donne un statut au couple mais il ne crée pas de relations familiales. On assiste alors durant des mois à une contestation, un refus des textes destinés à faire évoluer la situation des couples homosexuels dans notre société.

C'est en 1997 que l'Association de parents et futurs parents gays et lesbiens (APGL) apparaît et crée ce néologisme de l'homoparentalité. Il s'agit de la façon de désigner les situations biologiques, psychologiques ou légales, dans lesquelles au moins l'un des parents d'un enfant est homosexuel. A ce jour, cela concernerait 200 000 à 300 000 enfants en France.
Depuis plusieurs années, les couples homosexuels ont adopté une démarche de revendications visant à une reconnaissance civile et pénale, afin d'avoir la possibilité de se marier et de fonder une famille, c'est-à-dire de pouvoir légalement avoir des enfants non seulement par adoption, mais aussi par assistance médicalement assistée, actuellement interdite en France.
Il y a peu de temps en France, à travers la polémique autour de la loi " du mariage pour tous", ce sujet a été sur le devant de la scène médiatique et a généré une excitation sociale importante.

La loi dite du "mariage pour tous", ouvrant le mariage et l'adoption aux couples de même sexe, est adoptée par l'Assemblé Nationale le 23 avril 2013[1]. Sa promulgation par le

[1] Loi 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe

président de la République est effective le 18 mai 2013, rendant ainsi le mariage entre personnes du même sexe légal en France. Une personne homosexuelle mariée, peut ainsi adopter l'enfant de son conjoint, et un couple homosexuel marié en adopter un (9).

2/ Le divorce : de la séparation aux séparations

Le divorce, et au-delà la séparation des parents, est un événement marquant dans la vie d'une famille, pour chacun de ses membres, parents et enfants, à différents niveaux. On peut désormais sortir de la sphère individuelle de chaque famille, et parler de fait de société dans la mesure où il est maintenant largement répandu dans notre société, comme le montre les chiffres présentés ci-dessous. De plus, en parallèle de la question de la fréquence, il existe la question de sa représentation, on peut observer que le divorce s'est largement banalisé, passant en moins d'un siècle, d'un tabou, à un fait commun. L'évolution de la législation le concernant en est le reflet comme nous le développerons plus loin.

2.1/ Les chiffres

2.1.1/ Le divorce

Comme nous l'avons déjà évoqué, le divorce a très largement progressé ces dernières décennies, passant d'environ 30000 en 1960, à environ 122000 en 2013 (10).

Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de statistiques officielles de l'INSEE concernant la séparation des couples non mariés, mais il semblerait qu'elle soit d'autant plus fréquente.

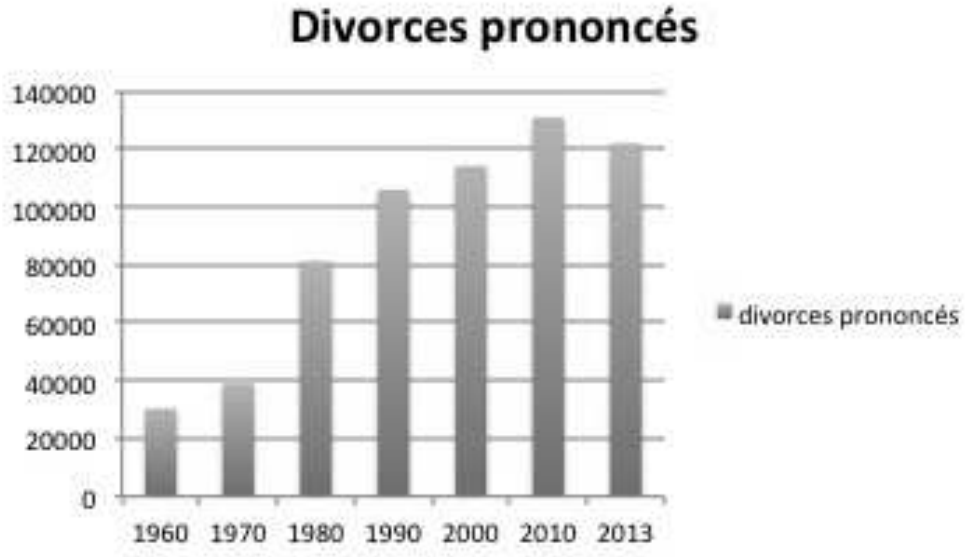


Figure n° 1: Evolution du divorce (nombre de divorces prononcés selon l'année) - Champ : France métropolitaine, 2013 – source : Ministère de la Justice et INSEE

Il faut cependant nuancer la progression du divorce en France à la lumière de la dernière décennie, en effet l'année 2005 représente un pic qui tend à légèrement redescendre depuis.

Tableau n°1: Divorce et divortialité

	Année du jugement					
	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Divorces prononcés (en milliers)	116,7	155,3	133,9	133	128,4	124,9
Divorces (pour 1000 couples mariés)	nd	nd	10,9	10,8	10,5	10,3

nd : non disponible
champ : France hors Mayotte
sources : INSEE

Le divorce peut intervenir à des moments de vie différents pour la famille. Il se produit le plus fréquemment lorsque les enfants ont entre cinq et treize ans, avec un pic lors des huit ans des enfants.

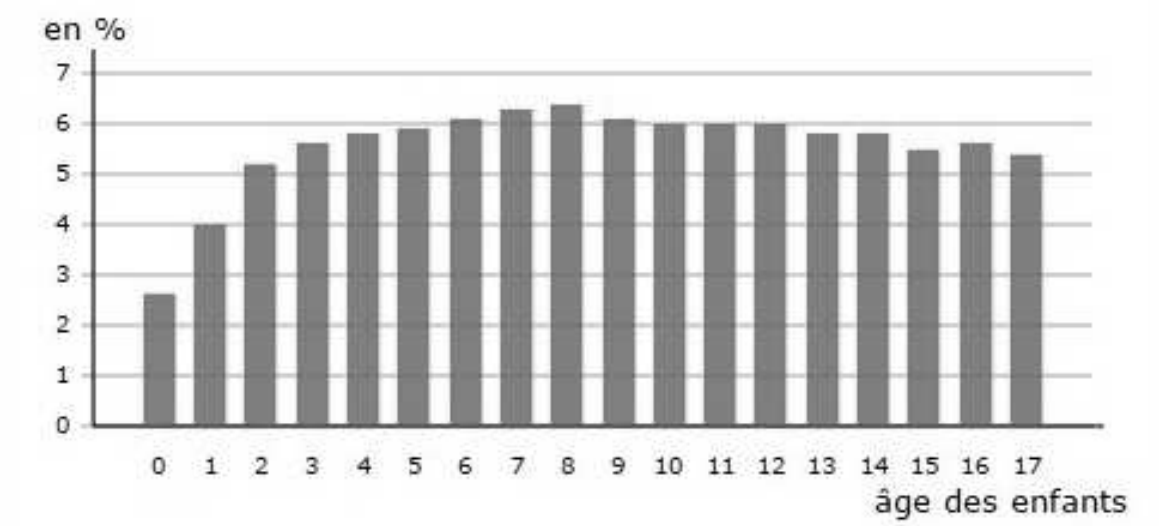


Figure n°2 : Répartition des enfants selon leur âge au moment du divorce de leurs parents en 2009 - source : INSEE

2.1.2/ La résidence des enfants

Historiquement, à la suite de la séparation parentale, les enfants vont vivre chez leur mère. Cette vérité existe toujours pour la grande majorité d'entre eux, mais tend à être nuancée par la place grandissante de la résidence alternée entre les domiciles de la mère et du père.

Les derniers chiffres rendus par l'INSEE datent de 2009 mais il semblerait qu'actuellement un quart des enfants de parents séparés bénéficient de la résidence alternée. Nous développerons plus loin, dans la partie trois, les différentes caractéristiques et conséquences pour l'enfant de ce nouveau mode de garde.

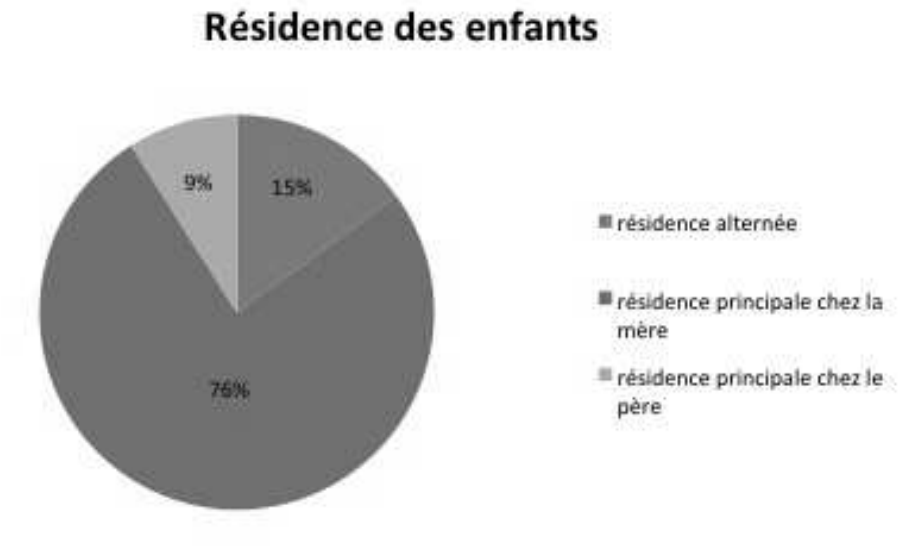


Figure n°3 : Résidence des enfants de parents divorcés en 2009 - source : INSEE

On peut noter que la résidence alternée se pratique dans l'ensemble du territoire français, avec une plus forte importance dans la partie sud.

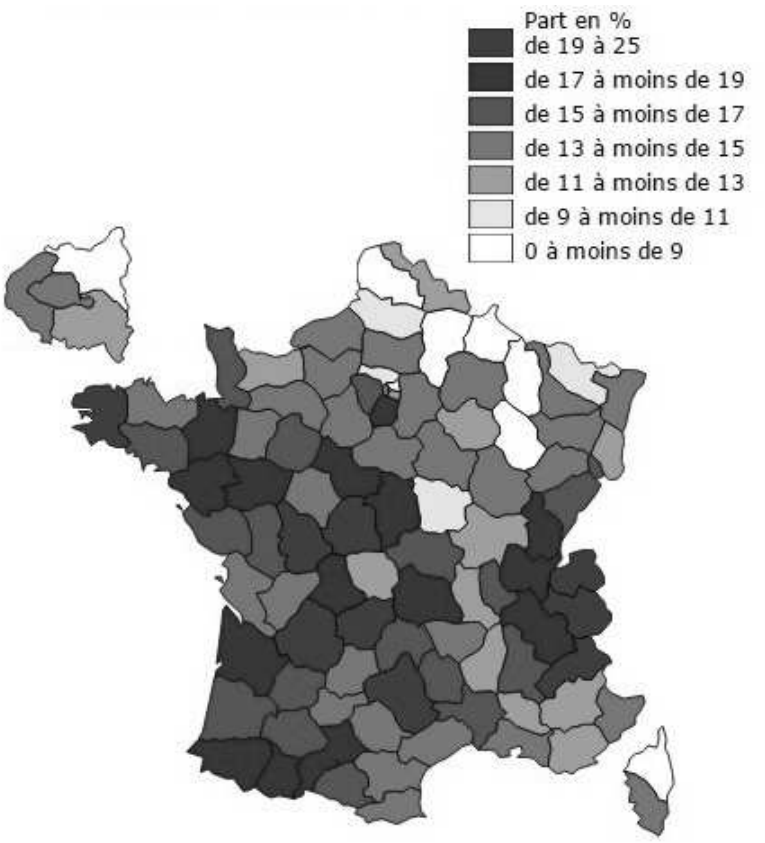


Figure n°4 : Part des enfants vivant en résidence alternée l'année suivant le divorce par département en 2008 - source : INSEE

2.2/ Divorce et Séparation dans la législation familiale

2.2.1/ Evolution de la famille dans la législation familiale depuis 1960

Depuis la fin de la seconde guerre, la famille multigénérationnelle a évolué vers la famille nucléaire constituée des seuls parents-enfants. La nécessité de cet acte juridique bilatéral pour fonder la famille qu'est le mariage, s'est progressivement estompée avec l'essor du concubinage et la création du PACS en 1999.

Cette évolution s'est faite en suivant l'idée d'accorder plus de liberté et d'égalité dans le droit de la famille. Ainsi la hiérarchie maritale paternelle a disparu, tandis que l'autonomie des individus au sein de la famille s'est affirmée. En conséquence, l'institution du mariage a perdu de son influence et les familles monoparentales et recomposées se sont développées (11).

2.2.2/ Les dates de l'évolution de la législation familiale contemporaine

- *Loi du 13/071965* affirme l'autonomie juridique de la femme mariée, la loi du 04/06/1970 efface la notion de chef de famille (« pater familias ») en remplaçant la notion de puissance paternelle, par celle nouvelle, d'autorité parentale.

- *Loi du 03/01/1972* affirme l'égalité des enfants légitimes et naturels, bien que ne sont alors concernés que les enfants naturels simples.

- *Loi du 11/07/1975* réforme le divorce en le libéralisant : jusqu'alors, seul le divorce pour faute (procédure contentieuse) était autorisé. S'y ajoute alors le divorce par consentement mutuel (procédure gracieuse). De plus, l'adultère est dépénalisé.

- *Loi du 23/12/1985* améliore l'égalité, désormais totale entre époux dans leurs rapports personnels de nature matrimoniale et dans la gestion des biens de leurs enfants.

- *Loi du 22/07/1987* aligne l'exercice de l'autorité parentale sur un enfant naturel sur celle qui s'exerce sur un enfant légitime.

- *Loi 08/01/1993* institue le Juge aux Affaires Familiales, dès lors seul compétent en matière de conflits familiaux.

- *Lois bioéthiques du 29/07/1995* répondent à la nécessité pour la législation familiale de suivre les progrès scientifiques et médicaux : sont ainsi encadrés la pratique de la procréation médicalement assistée (PMA) qui seront réformées par la loi du 23/06/2004.

- *Loi du 15/11/1999* instituant le pacte civil de solidarité (PACS), nouveau statut pour le couple non marié, ouvert aux homosexuels. Il sera considérablement simplifié par la loi du 23/06/2006.

- *Loi du 03/12/2001* réforme les successions, surtout en supprimant la discrimination des enfants adultérins.

- *Loi du 04/03/2002* réforme complètement les règles de l'autorité parentale : égalité désormais fondamentale via l'exercice conjoint de l'autorité parentale, peu importe la filiation de l'enfant et la situation des parents. La possibilité est ainsi ouverte de fixer la résidence de l'enfant en alternance au domicile de chacun des parents.

- *Loi du 04/03/2002*, modifiant les règles d'attribution du nom de famille : dévolution égalitaire puisque le nom du père et de la mère peuvent tous deux être choisis, supprimant par là même l'expression « nom patronymique ».

- *Loi du 26/05/2004* pour conserver la pluralité des causes de divorce tout en désengorgeant les tribunaux, facilitation des procédures.

- *Ordonnance du 04/07/2005* affirme définitivement l'égalité entre tous les enfants par la suppression de termes fâcheux qui définissent la nature de la filiation. Ratifiée par la loi du 16/01/2009.

- *Décret du 20/05/2009* relatif à l'audition de l'enfant en justice, art 388-1 CC précise ainsi que « le mineur capable de discernement est informé de son droit à être entendu, à la condition que la procédure judiciaire le concerne ». La circulaire du 03/07/2009 énumère ces procédures, notamment la délégation d'autorité parentale.

- Le législateur s'interroge actuellement quant au statut du beau-parent et quant à la gestation pour autrui (GPA) interdite en France pour l'instant mais autorisée dans d'autres pays de la communauté européenne (11). En effet, le *3 juillet 2015*, la Cour de Cassation a rendu un arrêt énonçant que l'acte de naissance d'un enfant né à l'étranger par GPA et ayant un parent français, peut être transcrit à l'état civil en France.

2.2.3/ Le divorce actuellement

Le divorce est un grand fait de société en France et dans l'ensemble des pays industrialisés. Depuis la seconde moitié du XXe siècle, cette procédure s'est considérablement développée. Un mariage sur deux se termine désormais par un divorce dans les grandes villes.

Pourtant, si le divorce marque la fin de la vie conjugale des parents, il ne permet pas de considérer la problématique du couple comme résolue. La présence des enfants, nés du mariage, impose en effet le prolongement d'engagements à leur égard, au-delà de la rupture. Des aménagements doivent être mis en place pour assurer le lien parent-enfant et la responsabilité parentale doit être préservée.

La législation en matière de divorce a considérablement évoluée depuis la révolution française, et plusieurs étapes clés peuvent être repérées:

- La Révolution Française:

En 1789, à la révolution tout est remis en cause, et en particulier le principe d'indissolubilité du mariage, sous l'impulsion des Lumières. C'est à cette époque que le divorce est autorisé, par la loi du 20 septembre 1792, adoptée par l'Assemblée nationale.

Il s'agit d'une loi en avance sur toutes les législations étrangères du XVIIIe siècle mais aussi plus libérale que la plupart des législations modernes. Elle permet en effet la dissolution du mariage par consentement mutuel des deux époux, et par simple allégation, d'une incompatibilité d'humeur et de caractère.

- Le code civil 1804:

Le Code civil Napoléon va tempérer certains excès de la révolution, mais ne va pas pour autant supprimer le divorce. Il restreint la possibilité de divorcer à la faute, les conditions sont limitées et pénalisantes pour les époux.

- La restauration 1816:

La Restauration sonne le retour à une monarchie, certes constitutionnelle, qui entraine la disparition du divorce,

considéré comme « un poison révolutionnaire ». Il est aboli par la loi Bonald du 8 mai 1816. Il faut, pour la royauté, « rendre au mariage toute sa dignité dans l'intérêt de la religion, des mœurs, de la monarchie et de la famille ». Seule la nullité ou la séparation de corps restent possibles.

- La loi Naquet 1884:

Il faut attendre la Troisième République et la loi « Naquet » du 27 juillet 1884 pour que le divorce soit réintroduit dans le Code civil. À partir de cette date, il ne disparaitra plus.

Mais le divorce est rétablit sur le seul fondement de fautes précises, constituant un manquement aux obligations conjugales, et rendant intolérable le maintien du lien conjugal (adultère, condamnation à une peine afflictive et infamante, sévices et injures graves). Il s'agissait donc essentiellement d'un divorce pour faute, avec la notion de « divorce sanction ».

- La loi du 11 juillet 1975:

Elle a profondément modifié les conditions du divorce en substituant à un divorce fondé uniquement sur la faute, une pluralité de cas de divorce.

On distinguait ainsi trois cas : le divorce par consentement mutuel, pour rupture de la vie commune et pour faute.

- La loi du 26 mai 2004:

Elle vise à simplifier les procédures et à apaiser les relations entre les époux qui recourent au divorce.

On distingue alors quatre cas de divorces: le divorce par consentement mutuel, par acceptation du principe de la rupture du mariage, par altération définitive du lien conjugal et pour faute.

- Le 2 janvier 2014:

Un rapport est remis à la garde des Sceaux ; Chritiane Taubira souhaite confier au seul greffier la procédure de divorce par consentement mutuel (soit plus de 50% des divorces).

- La loi du 16 février 2015 :

Elle autorise le gouvernement à légiférer par ordonnance notamment sur la liquidation du régime matrimonial suite au divorce (11).

2.2.4/ La séparation

La *loi du 4 mars 2002* relative à l'autorité parentale institue officiellement la « coparentalité ». Cette loi énonce que l'enfant a le droit d'être élevé par ses deux parents, même s'ils sont séparés, et introduit la médiation familiale (notion que nous exposerons plus loin) dans le code civil comme moyen permettant de maintenir les relations avec les enfants.
Concernant les couples non mariés, d'une manière générale, la législation a également énormément évoluée. La fréquence des mariages reculant à grand pas au cours de l'histoire récente, ces familles formées par des parents non mariés et leurs enfants sont nombreuses.
La première législation concernant ces familles date de 1975 et impose alors l'autorité parentale exclusive à la mère pour les enfants nés hors mariage.
Il faudra ensuite attendre la Loi Malhuret de juillet 1987, puis la Loi de 1993 qui introduit la compétence du Juge aux affaires familiales, pour imposer une certaine équité entre les parents qui se séparent.

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant, de novembre 1989 confirmera ce droit de l'enfant à garder des liens avec ses 2 lignées. Dans son rapport de 2008, la Défenseure des enfants traite de cette problématique[1]. Le rapport revient sur l' « éparpillement » des configurations familiales depuis 30 ans (baisse des mariages, recours à la cohabitation au début de la vie de couple, augmentation des PACS conclus entre hommes et femmes, familles monoparentales, recomposées ou homoparentales, naissances hors mariage, etc.…) ; le rapport affirme l'importance de la coparentalité dans l'intérêt de l'enfant tout en soulignant les difficultés pratiques bien souvent issues de la méconnaissance des modalités de l'exercice de l'autorité parentale conjointe et des droits de l'enfant.

[1] La Défenseur des enfants – Rapport thématique 2008 – « Enfants au cœur des séparations parentales conflictuelles »

2.2.5/ La Filiation

La filiation se fonde en droit français sur la procréation (charnelle ou médicalisée) ou sur un acte de volonté (adoption) ; elle se définit comme le lien de droit qui unit un enfant à ses parents et l'introduit dans une famille. Elle est régie par les articles 310 à 370-5 du Code Civil (Titre septième du Livre premier).

La notion de filiation dans l'histoire du droit français évolue progressivement vers la consécration des principes d'égalité et de vérité des filiations. Longtemps elle a été marquée par l'institution d'une hiérarchie entre enfants légitimes et naturels. La volonté de défendre le mariage a conduit le législateur, jusqu'au dix-neuvième siècle à limiter les droits des enfants naturels ou les possibilités d'établir leurs filiations. En effet, en dehors des enfants issus du mariage, seuls ceux dont les parents sont célibataires (dits naturels simples) peuvent établir leur filiation, mais les voies ouvertes à cette fin sont réduites (reconnaissance volontaire presque exclusivement). Est interdit par contre l'établissement de la filiation des enfants dont l'un des parents au moins est marié avec un tiers au moment de leur conception (enfants adultérins) et de ceux dont les concepteurs ne peuvent se marier ensemble en raison d'un lien de parenté les unissant (enfants incestueux). Par ailleurs, l'enfant naturel reconnu ne peut pas entrer dans la famille de ses géniteurs (11).

De manière ponctuelle, quelques réformes viennent, au cours du 20^{ième} siècle, améliorer la condition des enfants naturels. Ce n'est qu'avec la loi du 3 janvier 1972 qu'un changement radical est introduit. Celle-ci pose le principe de l'égalité des filiations, tout en apportant des tempéraments. Même si la distinction entre enfants légitimes et naturels est maintenue, elle admet néanmoins tous les enfants dans le droit à établir leur filiation, à l'exception de l'enfant issu d'un inceste qu'elle condamne à n'être rattaché qu'à l'un de ses parents. Elle dote ensuite les enfants des mêmes droits et devoirs, sous réserve de quelques discriminations subsistantes concernant les droits successoraux des enfants naturels notamment. Elle favorise également la mise en place de filiations conformes à la réalité, aussi bien sur le plan biologique que socioaffectif. D'autres réformes se sont ensuite succédées ; en particulier ont suivi celle très significative et simplificatrice, qu'a opérée l'ordonnance du 4 juillet 2005. Elle a en effet simplifié le droit de la filiation, reconnu l'égalité entre enfants et promu davantage la vérité des filiations. La distinction entre enfants légitimes et naturels a ainsi été supprimée. L'établissement de la filiation se trouve par conséquent régi désormais par des règles presque uniformes, quelle que soit la situation matrimoniale des parents, et le

régime de la contestation de la filiation est unifié. Elle a permis enfin l'accès à la vérité biologique, tout en conservant à la vérité sociologique une capacité notable.

L'établissement de la filiation, qu'il y ait ou non mariage des parents obéit aujourd'hui à des règles précises. Dans la branche maternelle, il résulte hors contentieux de la désignation de la mère dans l'acte de naissance de l'enfant, d'une reconnaissance ou d'une possession d'état dûment constatée. Dans la branche paternelle, il s'opère par le jeu de la présomption de paternité pour l'homme marié et, hors mariage, par reconnaissance ou possession d'état. Faute d'être établie hors contentieux, la filiation peut en toute branche être instituée par jugement suivant des règles identiques, quelle que soit la situation conjugale des parents.

La filiation légalement établie, unit un enfant à ses auteurs et crée un lien de famille. Elle confère l'autorité parentale sur sa personne aux parents et détermine le nom de son titulaire. Elle oblige les parents à éduquer, entretenir, nourrir, soigner leur enfant et contraint ce dernier à devoir respect et honneur à ses parents. Elle crée enfin pour les intéressés une obligation alimentaire et une vocation successorale (12).

Quelle que soit la situation matrimoniale des parents, la contestation de la filiation est référée, depuis l'ordonnance du 4 juillet 2005, à un régime pleinement unifié. Elle s'opère à des conditions plus ou moins strictes (délais, parties) selon que le titulaire de la filiation attaquée est ou non doté d'un titre et d'une possession d'état conforme, existant depuis une durée plus ou moins longue. Le lien unissant les intéressés peut être anéanti en cas de succès de la procédure.

En résumé :

En étudiant la question de la séparation parentale dans nos sociétés depuis la fin du XIXe siècle, nous avons pu observer l'extraordinaire accélération de l'évolution des structures familiales. Cette évolution a conduit à positionner désormais le mariage, jusqu'alors base initiale unique de la structure familiale, comme l'une des institutions parmi d'autres, possibles pour accueillir et élever un enfant. L'éventail de ces dernières s'est en effet largement diversifié et la législation familiale suit cette évolution en instituant les cadres juridiques nécessaires, aussi bien d'ailleurs à un niveau européen.

II/ Place des parents et de l'environnement familial dans le développement d'un enfant

Nous avons dans un premier temps, parcouru l'évolution et la diversité de l'environnement familial qui accueille et « élève » un enfant au cours du siècle dernier. Nous pouvons observer que, depuis, la psychiatrie a elle-même, et particulièrement en France, pris en compte cette dimension dans le développement psycho-affectif de l'enfant. Ce parallélisme d'évolution dans les deux champs, social et psychiatrique, nous semble d'ailleurs notable.

C'est Freud et la psychanalyse qui ont introduit cette donnée dans l'approche des troubles mentaux chez l'enfant. Freud, médecin neurologue, reconstitue la vie instinctuelle des enfants à partir de l'étude des cures psychanalytiques qu'il conduit. Il montre l'importance de l'environnent et tout particulièrement du milieu familial. Il insiste sur le fait que les troubles psychiques retrouvés chez l'adulte se constituent pendant l'enfance (13).

Freud a ainsi développé le concept du complexe d'Œdipe selon le modèle de la famille nucléaire père, mère, enfant. Il développait une conception critique de la famille du XIXe siècle, qu'il explorait sans pouvoir en son temps, être en mesure d'en percevoir les limites.
Freud posait comme principe, que l'enfant était toujours, l'enfant d'un homme ou de son substitut, qui incarnait l'autorité paternelle, et d'une femme ou de son substitut, qui avait investi la maternité. En conséquence, l'enfant, au sens freudien, se structurait inconsciemment à partir de l'histoire de ses parents et donc de ses ancêtres. Dans cette perspective, même s'il était regardé comme un sujet à part entière, il ne pouvait en aucun cas être traité hors du lien au couple parental.

La question de la séparation, qu'elle soit celle de l'enfant lui-même au cœur de son développement psycho-affectif ou celle des parents qui constituent son environnement familial, est centrale pour notre sujet. Elle guide notre progression, sans prétendre à l'exhaustivité, et isole simplement des étapes essentielles de l'évolution de sa définition. Les approches psychodynamiques depuis leur départ, la théorie de l'attachement, les nombreuses études et recherches cliniques, n'ont cessé d'évoluer avec les transformations de la société qui inévitablement les suivent ou les précèdent.

1/ Le lien entre un enfant et ses parents - Apport des théories psychodynamiques : angoisse et séparation

1.1/ Naissance et séparation

« Il y a beaucoup plus de continuité entre la vie intra-utérine et la toute petite enfance que l'impressionnante césure de l'acte de la naissance ne nous donnerait à croire. »
Cette citation de Freud extraite du texte de 1926 : *Inhibition, symptôme et angoisse* (14), nous amène à prendre en considération deux hypothèses.

- L'une est freudienne, elle consiste à situer l'existence du bébé avant sa naissance, dans le langage lui-même, dans le symbolique. Avant qu'il ne naisse, en effet « on parle de lui » dans sa famille, voire au-delà, il est attendu depuis un temps certain déjà.

- Une autre, nous est donnée, ou reprise par des pédopsychiatres contemporains comme B. Golse, en particulier. Il existe une dimension archaïque au fonctionnement sensoriel du fœtus, qui pour cet auteur, après Bowlby et les théoriciens de l'attachement, constitue le socle «inné» ou les fondements de sa vie psychique ultérieure (15).

Ainsi, la naissance est précédée pour le fœtus d'un univers sonore important. Le bébé, en effet, a déjà perçu différents sons au cours de sa vie fœtale. Le lien d'un enfant avec ses parents et le monde qui va l'accueillir est donc déjà là, en construction avant même sa naissance.

Didier Houzel propose que le nouveau-né disposerait à la naissance de parties psychiques «déjà nées», à côté de parties psychiques encore «non-nées». Les parties non-nées du psychisme que ces auteurs attribuent au fœtus «seraient ainsi celles en attente de la relation post natale à la mère en particulier» (16).

S. Maiello formule une hypothèse pour répondre à la question de la genèse prénatale de l'objet, car en effet il se présente à ce point une interrogation centrale : comment le fœtus pourrait-il se représenter l'objet alors même qu'il se trouve en son sein, inclus en lui (17).
On sait aujourd'hui, d'après B. Golse, que le fœtus développe « une sensorialité de manière très précisément programmée tout au long de la grossesse » (18). S. Maiello suggère que ce serait la voix maternelle, par ses discontinuités, atteignant le fœtus au travers de la paroi utérine, ainsi que les différents bruits produits par le fonctionnement du corps de la mère qui préfigureraient en quelque sorte, la problématique de la présence et de l'absence de l'objet qui sera rencontrée ensuite au cours de la vie post-natale. On sait en effet que depuis l'utérus, le

fœtus perçoit des sons qui proviennent d'une part, du corps en « interne », relativement réguliers ou répétitifs d'origine cardiovasculaire ou digestive par exemple, et d'autre part, venant de l'extérieur: des sons ou des voix, en particulier de la mère ou plus globalement de son environnement quotidien. Cette partition sonore plus ou moins rythmée, alternativement programmée ou irrégulière, proposée à la perception du fœtus, formerait le terrain d'une préfiguration de la problématique de la présence et de l'absence, de l'éloignement ou de la proximité, appelée à se construire après la naissance. La rencontre post-natale avec l'objet externe permettrait dans l'après-coup, une « retraduction des traces mnésiques prénatales » inscrites par la discontinuité de la présence de l'objet sonore perçue « in utéro ».

Dans un tout autre contexte, cette notion d'après-coup, avait d'ailleurs été introduite par Freud lui-même pour la construction du concept de refoulement, fondamental pour la psychanalyse. J. Laplanche situe cette théorie de l'après-coup, comme une dynamique à double sens : « le bébé que l'on a été permet certes, en partie, de rendre compte de l'adolescent ou de l'adulte que nous sommes devenus, mais ce dernier nous permet en permanence de réécrire les traces de notre histoire infantile précoce » (19).

Tout ne commencerait donc pas avec la naissance. Pour B. Golse, le développement du bébé se joue à deux niveaux, entre le registre de l'intrapsychique durant la gestation et la relation interpersonnelle avec sa mère qui débute à la naissance.

1.2/ La place de la psychanalyse

1.2.1/ Freud et le complexe d'Œdipe

Même si la psychanalyse n'a plus la place qu'elle avait jusqu'à la fin du siècle dernier, de nombreuses notions issues de son corpus théorique demeurent présentes et actives, il en va ainsi de celle de complexe d'Œdipe.

Le complexe d'Œdipe, qui noue la relation de l'enfant à ses deux parents, à son père et à sa mère, est une notion centrale du corpus freudien, qui avec l'inconscient, le refoulement et le transfert fait toujours partie des bases conceptuelles de la psychanalyse.
Le mythe d'Œdipe est l'un des mythes les plus célèbres de l'Antiquité. Il a été repris de façon écrite par deux auteurs de la Grèce ancienne, Euripide et Sophocle. La légende d'Œdipe, que nous allons résumer ici, se réfère à l'histoire de la ville de Thèbes.

Laïos et Jocaste, souverains de Thèbes sont prévenus, après avoir consulté la Pythie (l'oracle d'Apollon), que, s'ils avaient un fils, ce dernier tuerait son père et épouserait sa mère. De ce fait, Laïos ne veut plus avoir d'enfant. Mais sa femme, Jocaste, l'enivre, et un fils est conçu. A la naissance de ce fils redouté, Laïos charge un serviteur d'abandonner ce dernier sur le Mont Cithéron après lui avoir attaché les pieds. Un couple de bergers qui le trouve, prend soin de lui avant de le confier à un voyageur qui conduit l'enfant à la cour de Polybe, roi de Corinthe. Celui-ci s'attache à l'enfant et l'élève comme son propre fils, sans lui révéler le secret de ses origines. Il lui donne le nom d'Œdipe qui signifie en grec ancien : Oidipous, « pieds enflés ». Mais, la légende de sa malédiction lui est un jour révélée en consultant Apollon. Il fuit alors ses parents adoptifs, croyant ainsi échapper à son destin. Pourtant, il rencontre sur sa route un homme qui lui refuse le passage à un carrefour et roule sur ses pieds avec son char. Sans savoir qu'il s'agit de son père Laïos, Œdipe le tue. Poursuivant sa route, Œdipe arrive à Thèbes et se trouve confronté à la Sphinge qui assiège la ville. Comme à tous les voyageurs qui veulent entrer à Thèbes, elle lui pose une énigme : « Qu'est-ce qui marche à quatre pieds le matin, à deux pieds le midi, à trois pieds le soir ? » Œdipe, après avoir répondu « l'homme », tue la Sphinge et entre en héros dans son pays d'origine.
Les Thébains qui pleurent leur roi qui vient donc de mourir, choisissent leur libérateur de la Sphinge qui doit s'unir à son épouse et veuve, Jocaste, comme le veut la tradition. Il reste marié pendant quinze ans et a quatre enfants avec elle, deux fils et deux filles. Un jour, après une succession de catastrophes naturelles, une épidémie de peste survient. Le devin Tirésias affirme alors que l'épidémie ne cessera qu'avec l'élucidation du meurtre de Laïos, premier mari de Jocaste et roi de Thèbes. Œdipe lance alors une enquête au terme de laquelle il découvre la vérité dans toute sa cruauté. En apprenant qu'Œdipe est son fils, Jocaste se suicide par pendaison, tandis que ce dernier, de désespoir, se crève les yeux, afin de ne pas voir son propre malheur. Œdipe part avec sa fille, Antigone, il rejoint un lieu de culte non loin d'Athènes, Colone, où il mourra.

À la fin du XIXe siècle, le mythe d'Œdipe est revisité par Freud, qui en fait l'un des fondements de la théorie psychanalytique. Dans une lettre adressée à son ami Fliess le 15 octobre 1897, il fait une première référence à ce mythe : « j'ai trouvé en moi des désirs d'amour envers ma mère et de jalousie envers mon père, sentiments je pense, qui sont communs à tous les jeunes enfants (…) ».

Freud a l'intuition que la problématique qu'il a repérée chez lui vis-à-vis de ses parents est un fait universel. Il ajoute : « S'il en est bien ainsi (…), alors on comprend l'effet saisissant d'Œdipe- roi malgré toutes les objections que la raison élève contre les présuppositions du destin » (20).
Selon lui, la légende grecque reflète une inclination que chacun reconnaît en soi. Toute personne a été au moins en fantasme un Œdipe, et a refoulé avec effroi l'idée de la réalisation concrète de ce rêve. Freud attribue d'abord à ce phénomène le terme de « complexe nucléaire ». Il lui donne finalement en 1910 le nom de complexe d'Œdipe, dans son écrit *Contribution à la psychologie de la vie amoureuse* (21).

Au plan psychopathologique, le complexe d'Œdipe est constitué de l'ensemble des investissements amoureux et hostiles que l'enfant projette sur ses parents. Par l'intervention de l'instance interdictrice, portée par le père, qui barre l'accès à la satisfaction du désir incestueux, ce processus doit conduire à la disparition de ces investissements et à leur remplacement par d'autres figures. Le refoulement du complexe d'Œdipe amène la phase de latence, entre l'âge de cinq et douze ans. Cela permet l'inscription dans le psychisme du Surmoi (le refoulé) et de l'Idéal du Moi (le sublimé). L'enfant intériorise les interdits, en particulier les interdits de l'inceste.

Pourtant, ce complexe familial a été très rapidement sujet à des questionnements et des remaniements, en particulier concernant les rôles respectifs de la mère et du père.

1.2.2/ La place de la mère

Mélanie Klein, déjà, avait focalisé ses travaux sur la place de la mère et ses effets sur le plan développemental chez l'enfant en mettant l'accent sur ce qu'elle a appelé l'archaïque. D'autres auteurs postfreudiens, comme Winnicott, ont également mis en évidence l'importance des toutes premières relations avec l'environnement maternel ainsi que J. Bowlby avec ses travaux sur l'attachement. Ces premières élaborations ont beaucoup apporté à la compréhension des tous premiers temps de développement de l'enfant dans la mesure où elles ont interrogé l'importance de la référence à la mère de deux points de vue essentiels :

- Des observations de séparations, en particulier d'hospitalisations de très jeunes enfants, ont mis en évidence des états d'indifférence affective et de besoin primitif d'affection qui précèdent et appellent la fonction mère.

- D'autre part, des critiques ont été élaborées à l'adresse de Freud pour n'avoir pas suffisamment porté son attention sur la mère et avoir construit une théorie trop «phallo-centrée» et faisant donc fortement référence au père.

D'autres analystes femmes, à côté de Mélanie Klein, comme Anna Freud, Hélène Deutsch ou Karen Horney ont contesté en leur temps les positions de Freud sur ce plan : la mère comme premier objet d'amour, ne devait-elle pas supplanter le père comme figure dominante ?

Ainsi dans les années 1930, la question d'un déplacement majeur du paradigme analytique a pris place: du père vers la mère, de la castration vers la séparation, de l'autorité vers la dépendance, mais également de l'acquis vers l'archaïque voire l'innée.

L'identification maternelle chez Winnicott

Pour Winnicott, le nourrisson, au début de sa vie, est complètement dépendant de son environnement, dont il n'a par ailleurs aucune conscience (22), et avec force il affirmera qu' « un bébé ça n'existe pas » (23). Le rôle de la mère comporte selon lui trois principales fonctions : le handling, qui porte sur les activités concernant le corps (toilette, toucher, caresses), le holding, qui touche aux activités de soutien physique et psychique du nourrisson, et l'object-presenting, qui est la capacité qu'a la mère d'offrir à l'enfant l'objet dont il a besoin, au moment où il en a besoin.

À ce stade, le bébé est un être immature, qui peut être soumis à l'angoisse que Winnicott qualifie d'« angoisse inimaginable ». Il évoque dans *La préoccupation maternelle primaire* que ce n'est que grâce à la capacité d'adaptation d'une mère « suffisamment bonne » que l'enfant peut être protégé de cette angoisse (24).

En opposition à Freud, Winnicott, qui était pédiatre, préconise dans *La haine dans le contre-transfert,* que l'analyste doit se prêter à occuper la place de la mère pendant la cure : « l'analyste est dans une situation comparable à celle de la mère pendant la cure » (25).

En effet Donald Woods Winnicott a introduit en son temps, une conception nouvelle de l'organisation du psychisme qui tient compte de l'environnement en particulier maternel. Il précise l'hypothèse selon laquelle un environnement suffisamment bon et adapté aux soins du bébé est nécessaire au développement de l'enfant et à la construction du psychisme.

Ses théories mettent l'accent sur les relations d'objet, sur la primarité de l'amour de l'objet et sur le lien à la mère en particulier. La mère se tient à une place que Winnicott situe dans un « espace transitionnel », avec une grande proximité affective, et dans l'objectif d'apporter à

son enfant les objets qui lui permettront de développer sa propre personne. Ces objets dits « transitionnels » et celui, connu en particulier dans le langage courant comme « doudou » jouent un rôle fondamental dans la gestion de la séparation par la dyade mère-enfant et de l'angoisse qui lui est attachée.

Dans son ouvrage *Jeu et réalité*, le chapitre : «le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant» est l'un des textes qui décrit au mieux le dialogue, en particulier des yeux, et le bain d'affects qui caractérisent les échanges de la mère et du bébé (26). «Que voit le bébé quand il regarde le visage de sa mère ? Je suggère ici que, d'ordinaire, ce que le bébé voit, c'est lui-même». En d'autres termes, la mère regarde le bébé qui construit sa propre image dans le visage de sa mère, cette dernière se voyant aussi, le regardant. Le regard mutuel permet, à l'image de soi de se constituer. «Dans le développement émotionnel de l'individu, le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère» écrit Winnicott. Il décrit un système à double sens qui, dès la naissance implique autant le regard de la mère que celui de son bébé.

Des recherches plus récentes, en particulier celles de Colwyn Trévarthen, sur les premiers temps de la vie psychique ont précisé que cette fonction, ou structure miroir, est nécessaire pour que le bébé puisse entrer en contact avec son propre monde affectif et représentatif. Le chemin de soi à soi n'est pas immédiat il passe par l'autre et le reflet de soi dans l'autre pour se constituer (27). Le narcissisme primaire ne peut se penser sans objet : l'image dans le miroir ou le visage de la mère comme miroir. Ces deux propositions impliquent des constructions de l'autre et de soi sensiblement distinctes. Pourtant, des deux côtés, le développement intersubjectif du bébé, c'est-à-dire sa capacité à se penser comme un individu à part entière et à prendre en compte progressivement le monde mental de l'autre, se base d'abord sur des capacités de relation à l'autre qui précède l'émergence du langage pour le bébé.

A peine nés, les nourrissons montrent des capacités de communication avec leur environnement humain. C'est sans doute cette disposition très précoce qui contribue à donner à la mère sa place particulière auprès de l'enfant dès sa naissance. Cette structuration par le « jeu » autour des objets, n'est pas sans rappeler le « jeu » freudien dit de «la bobine » ou du « for-da » (28). Pourtant, cet objet, la bobine, que l'enfant met en scène dans un jeu, en la faisant alternativement disparaitre et apparaitre à sa vue, sera situé par Mélanie Klein beaucoup plus précocement dans le développement de l'enfant.

Ainsi, le lien mère-enfant n'est pas défini comme fusionnel dans les différentes expériences et observations que nous avons étudiées jusqu'à présent. Elles décrivent plutôt le développement d'une relation et d'interactions entre la mère et son enfant.

Le sevrage est pour la mère, aussi bien que pour l'enfant, une expérience à part entière. Les soins qu'elle prodigue à son enfant la placent dans une intimité avec le corps de ce dernier et elle devra opérer des « séparations de corps » successives et parfois difficiles. Le sevrage est vécu le plus souvent comme une coupure fondamentale qui la sépare d'une sorte de plénitude.

La mère doit alors assumer une fonction essentielle qui est de permettre à son enfant d'intégrer la notion d'autre. Cette capacité à reconnaître l'autre se construit à partir des objets prenant place dans la relation « transitionnelle », le sein d'ailleurs, fait bien partie de ses objets pour l'enfant.

La « langue maternelle », c'est à dire la façon bien spécifique qu'elle a de s'adresser à son enfant, va également remplir cette fonction. Cette langue amène l'enfant vers l'acquisition de la parole et la capacité de formuler des demandes. Cela pourrait peut-être permettre d'expliquer l'origine de la puissance prêtée à la mère et le sentiment de son autorité.

1.2.3/ Angoisse et séparation : après Freud trois contributions Mélanie Klein, René Spitz et Margareth Mahler

En 1926, dans *Inhibition, symptôme, angoisse* (14), Freud élabore une théorie de l'angoisse, en lui attribuant une double origine, en fonction du moment où elle se manifeste et de sa fonction.

Pour Freud, une finalité de l'angoisse est de mettre le sujet en alerte face aux dangers potentiels. Pourtant l'angoisse ne traduit pas seulement une réaction automatique face aux pertes ou séparations effectives. Elle apparaît également, lorsque survient une situation que l'enfant se représente comme dangereuse et inacceptable.

La naissance est l'événement fondateur pour cet affect qu'est l'angoisse. En effet, cet évènement ne peut pas être vécu par le nouveau-né, au niveau subjectif comme une séparation d'avec sa mère. Cette dernière, en tant que tierce personne, est, à ce moment, totalement inconnue du nouveau-né. La naissance serait plutôt pour le nourrisson une intrusion radicale constituée par le fait d'arriver dans l'atmosphère où il doit respirer. Il s'agit là pour Freud de

la composante physiologique de l'angoisse. Elle est donc antérieure au développement de la relation du nourrisson à la mère. Dans cette situation, ce qui est proposé au bébé, c'est le sein maternel qui aura pour effet de l'apaiser mais aussi de créer le besoin d'alimentation et la demande qui y sera associée. L'apparition de l'objet, le sein maternel, vient calmer l'angoisse mais pourrait aussi, par conséquence, la raviver si sa perte se présentait.

La composante physiologique de l'angoisse, se présente donc dès la naissance, alors que, d'après Freud, la séparation d'avec la mère n'est reconnue que plus tard, quand l'enfant acquiert une représentation interne de l'objet. Il fait alors l'expérience qu'un objet extérieur peut mettre fin à la situation dangereuse qui lui évoque celle de sa naissance. La perte de l'objet éprouvée dans l'absence de la mère devient ainsi par déplacement, la cause du danger qui provoque chez le nourrisson le signal d'angoisse. L'angoisse se révèle dans ce cas être le produit de ce que Freud nomme le « désaide » psychique du nourrisson.

Pour Freud, les dangers varient aux cours de la vie et impliquent toujours une séparation ou une perte. La séparation est donc liée à toutes les angoisses, avec dans un premier temps, celle de la naissance, et ultérieurement celles du sevrage, ou de la mort. L'angoisse est structurelle et de tous les âges.

Le travail de Mélanie Klein a ensuite amené des évolutions majeures, concernant l'angoisse dans la perspective psychanalytique, grâce à l'expérience qu'elle s'est forgée auprès des enfants.

Pour elle, il existe dès la naissance un Moi primitif, immature, qui va être exposé à l'angoisse (29). L'angoisse naît du danger d'anéantissement lié à l'action de l'instinct de mort qu'il porte en lui. Pour se défendre, le nourrisson va diviser l'univers de ses objets en deux registres par les mécanismes de la projection et de l'introjection.

Dans un premier temps, les mauvais objets qui sont ressentis comme menaçants seront projetés vers l'extérieur, entrainant ainsi une angoisse de persécution qui prédomine activement durant les trois à quatre premiers mois de la vie. Dans le même temps, une partie de la pulsion de vie qui l'habite, est également projetée pour créer « un objet idéal ». Le Moi va, en retour, introjecter cet objet idéal, en faire une partie de lui-même et s'identifier à celui-ci. Durant cette première phase des trois premiers mois de son existence, l'angoisse de persécution est la plus active et prédomine dans le développement psycho-affectif de l'enfant.

Au cours d'une seconde phase, entre 4 et 6 mois, dite dépressive, les bons objets introjectés prennent une dimension plus forte et dans la conjonction qui s'opère alors entre haine et amour, une tristesse particulièrement douloureuse affecte l'enfant. Mélanie Klein la nomme

angoisse dépressive ou nostalgie. Le Moi du nourrisson perçoit progressivement l'extérieur comme différent de lui.

Ainsi, l'enfant, d'abord pris dans le mouvement d'une oscillation entre deux positions : la position schizo-paranoïde première et la position dépressive (30), traverse une seconde étape au cours de laquelle il devient capable de reconnaître l'objet en lui-même et non plus clivé. C'est l'expérience de l'absence ou de l'éloignement de sa mère qui est le terrain de son évolution. Il éprouve en effet, dans cette situation un sentiment de culpabilité, car, lorsque sa mère disparaît, il croit, selon Mélanie Klein, que c'est lui qui l'a mangée ou détruite. Un mécanisme de défense nommé la réparation apparaît alors, qui va permettre à l'enfant de préserver, recréer et réparer cet objet.

Mélanie Klein a donc contribué avec cette conception originale, à établir dans le développement normal du sujet une position dépressive, au cours de laquelle l'enfant craint d'avoir détruit sa mère par les sentiments agressifs qu'il entretient à son égard. L'enfant qui a suffisamment bien intériorisé l'objet maternel au cours de la position dépressive, peut vivre psychiquement la différence et la séparation. Il peut « se sentir seul » (31). Par contre, celui qui ne dispose pas d'un objet interne suffisamment bon, sera livré à une angoisse pathologique et à des fantasmes de destructivité vis-à-vis de l'objet, en demeurant fixé à la phase schizo-paranoïde.

Le concept d'angoisse dépressive a fait l'objet d'interrogations pour Mélanie Klein : s'agit-il véritablement d'angoisse ou de dépression ? Est-il possible de considérer qu'un certain type d'angoisse venant en réaction à une séparation se transforme en dépression, introduisant là, ainsi la question d'une continuité entre le développemental et le pathologique comme excès ? Quoiqu'il en soit, l'angoisse dépressive, ainsi que la répétition des expériences qui la causent, sont des facteurs décisifs pour aider l'enfant à surmonter son sentiment de perte et de ressentiment.

Toutes les situations dans lesquelles sont mises en scène l'absence et la réapparition sont susceptibles d'amener l'enfant à intégrer un sentiment de sécurité. D'après Klein, les jeux du bébé, en particulier, lui permettent de surmonter cette angoisse. Elle cite le jeu du « For-Da » que Freud décrit chez son petit-fils de dix-huit mois, que nous avons déjà évoqué, qu'elle nomme quant à elle « Coucou le voilà », et qu'elle situe beaucoup plus tôt dans le développement de l'enfant comme venant symboliser la perte et le retour de la mère pour l'enfant (30). L'angoisse à nouveau est donc là pour Mélanie Klein, à la fois structurelle et inaugurale dans le développement psychoaffectif de l'enfant.

D’après les travaux de René Spitz et Margaret Mahler, également, l’acquisition de cette capacité à la séparation est liée au cours du développement psycho-affectif de l’enfant à la manifestation de l’affect d’angoisse, cette réaction de détresse qui survient dès que le bébé est physiquement séparé de sa figure principale d’attachement. Cette angoisse de séparation, comme déjà nous l’avons vu précédemment, s'atténue au fil du développement, l'enfant supportant de mieux en mieux les situations où il est éloigné de sa mère.
L’enfant acquiert une capacité à se représenter mentalement sa figure d’attachement et à maintenir vivante son image en son absence, lui permettant de tolérer des séparations temporaires. De plus, l’acquisition de nouvelles compétences, en particulier la marche et le langage, lui permet une médiation symbolique et une meilleure maîtrise de son environnement. L'investissement de cet environnement, la socialisation, l’apparition de nouveaux intérêts facilite le processus d’autonomisation. L’évolution des idées et des recherches sur cette angoisse liée à la séparation a grandement bénéficié après Freud et Mélanie Klein, des travaux de Spitz.

René Spitz, psychiatre et psychanalyste américain d’origine hongroise, à partir de l’observation directe de nourrissons constate qu’ « un changement décisif dans le comportement de l’enfant envers autrui se produit entre le sixième et le huitième mois » (32). Il définit ce phénomène comme « l’angoisse du huitième mois » en précisant qu’elle constitue la première manifestation de l’angoisse proprement dite chez l’enfant : « Le bébé ne répondra plus par un sourire lorsqu’un visiteur de passage s’approche de son berceau en souriant et en hochant la tête. (…) Si un inconnu s’approche de lui (…) l’enfant manifestera de l’appréhension ou de l’angoisse à des degrés différents et rejettera l’étranger. Le comportement de chaque enfant varie fortement de l’un à l’autre (…) Le dénominateur commun est un refus de contact, une façon de tourner le dos, avec une nuance plus ou moins prononcée d’angoisse » (32).
En effet, on peut constater qu’à ce moment, un changement radical intervient au regard des attitudes des mois précédents, entre trois et six mois, durant lesquels l’enfant souriait en réponse à n’importe quel visage humain, qu’il soit familier ou étranger. La présence d’un inconnu déclenche alors, au contraire un comportement radicalement opposé : il manifeste de l’appréhension ou de l’angoisse à des degrés divers et va le rejeter. Ce comportement peut varier d’un enfant à l’autre : « les uns baissent les yeux timidement, les autres les couvrent de leurs mains, se cachent le visage en relevant leur robe, se jettent à plat ventre sur leur lit en se dissimulant la face dans les couvertures, ou encore pleurent ou hurlent ». Cette angoisse, pour

Spitz, ne peut pas être assimilée à une réaction liée à une expérience du passé mal vécue en relation avec un inconnu, mais plutôt au fait que ce visage n'est pas celui de sa mère. Le visage de sa mère prend en effet à cette période une place unique parmi les autres visages et c'est l'absence de sa mère que l'intrusion inconnue vient mettre en évidence pour le bébé. Sur fond de présence de cet autre étranger, le manque de la mère se marque.
C'est donc une étape décisive dans le développement de l'organisation psychique qui est franchie avec « l'angoisse du huitième mois » qui pour Spitz n'est donc pas un symptôme pathologique, mais bien au contraire un affect, signal de dépassement et de progrès dans le développement de la personnalité de l'enfant.

Margaret Mahler, psychiatre et psychanalyste américaine d'origine autrichienne, considère également l'angoisse de séparation comme faisant partie du développement normal de l'enfant.
Elle a fondé ses travaux, après avoir travaillé avec des enfants psychotiques, sur l'observation de mères et de nourrissons « normaux » et sélectionnés comme tels pour être inclus dans son étude (33). Les comportements observés sont considérés dans le protocole de recherche comme des « indices de surface » du fonctionnement psychique « profond », lequel est impossible à appréhender directement. Les observations sont prélevées à partir de deux dispositifs : l'un en présence du couple mère-enfant, l'autre derrière un miroir sans tain. Des synthèses régulières donnent lieu à discussions et analyses pour une approche objective des données.
En s'appuyant sur ces observations, elle a élaboré sa conception du développement comme un processus psychique de séparation-individuation (33). En effet, pour Mahler, le sentiment d'être séparé de sa mère et de constituer ainsi une entité individualisée n'apparaît pour l'enfant qu'au bout d'un long processus, qu'elle nomme séparation-individuation et qui s'étend de 4-5 mois à 36 mois et plus.
Elle distingue donc la naissance biologique de la naissance psychologique : la première, par la coupure du cordon ombilical amène certes une distanciation physique totale du bébé par rapport à sa mère, pourtant, la naissance psychologique de l'être humain coïncide, elle, avec l'acquisition du sentiment d'être séparé en demeurant néanmoins en relation.

Ainsi, la théorie du développement psycho-affectif de l'enfant de Mahler est fondée sur trois grandes étapes qui sont successivement :

- *la phase autistique normale*, qui durant les quatre premières semaines de la vie, est une période essentiellement occupée par le sommeil et l'alimentation. L'enfant serait alors positionné dans une indifférenciation entre le monde extérieur et lui-même; le nourrisson et la mère forment une dyade dans laquelle les premiers échanges prennent place.

- *la phase symbiotique normale*, à partir du deuxième mois, au cours de laquelle, l'existence de la mère se révèle et se construit dans une relation duelle qui dépasse l'expérience orale du sein et de l'alimentation. Les différents contacts visuels, sonores ou tactiles qui parcourent l'ensemble du corps de l'enfant créent chez lui une expérience globale de son corps, ainsi il perçoit peu à peu que la satisfaction de ses besoins provient de sa mère, extérieure à lui-même.

- *la phase du processus de séparation-individuation* qui débute à partir du quatrième mois avec l'existence selon Malher, d'une « pulsion pour et vers l'individuation ». Le mouvement d'individuation serait en relation étroite avec le mouvement de séparation d'avec la mère, la séparation et l'individuation constituant deux développements complémentaires. Par la séparation, l'enfant se déplace hors de la symbiose avec la mère, tandis que l'individuation se développe progressivement avec les premières réalisations et acquisitions par l'enfant de ses capacités personnelles. Le développement de l'activité motrice et l'acquisition du langage sont bien évidemment d'une importance fondamentale dans le cours de ce cheminement.

Ces études de René Spitz et Margaret Mahler, fondées sur l'observation, mettent à nouveau l'accent, après Freud, sur la position structurelle de l'angoisse dans le développement psycho-affectif de l'enfant qui acquiert par son expérience, en quelque sorte, une « capacité à la séparation ». L'angoisse, plus ou moins excessive, qui pourrait se manifester chez des enfants, à l'occasion précisément de séparations parentales, doit, nous semble-t-il, être traitée avec cet éclairage.

1.2.4/ L'ouverture vers le père

Les contributions précédemment décrites se centrent toutes principalement sur la relation mère-enfant, et ces auteurs ont critiqué la surenchère freudienne concernant le rôle du père. On peut néanmoins rappeler que le père de la psychanalyse avait pourtant accordé à la

féminité une place éminente, en particulier dans sa conférence intitulée « la féminité » (34). Quoiqu'il en soit, en effet, qu'il s'agisse d'une fille ou d'un garçon, l'ouverture vers le père constitue pour Freud, un tournant essentiel dans leur développement psychique. L'enfant, par l'entrée dans le complexe d'Œdipe, va se séparer de sa mère. Ainsi, le père instaure la création d'une certaine distance entre la mère et son enfant, et donc la possibilité pour lui de s'engager vers de nouveaux objets et investissements. Chez le garçon, le désir amoureux pour la mère et l'opposition rivale au père engendrent la menace de punition pour la transgression incestueuse, ce qui le contraint à renoncer aux souhaits œdipiens, alors que c'est « l'envie du pénis » qui détourne la fille de sa mère. Sur cette base structurelle s'établit le surmoi post-œdipien, à la fois protecteur et interdicteur (35).

Ainsi, cette mère, première figure d'attachement, est celle qui éveille les sens de l'enfant. Elle est le partenaire premier de la mise en place de la demande de l'enfant aussi bien que son destinataire initial. Elle est donc l'aiguillage de toute réponse pour ses premières demandes. Aussi, dans ces conditions, le Père ne peut pas arriver ex nihilo auprès de l'enfant, même si, en apparence, sa présence auprès de l'enfant peut être directe et physiquement assurée. Il demeure que la mère est introductrice pour l'enfant de la figure de son père. La mère est elle-même impliquée dans la transmission du symbolique.

1.2.5/ La place du père

On peut à ce moment évoquer le concept de « Nom-du-Père » qui a été proposé par Lacan pour nommer le « signifiant paternel ». Il insiste sur « le cas que la mère fait de la parole du père, de son autorité », c'est à dire, sur la place qu'elle donne au père comme celui qui fait respecter un cadre (36). Le géniteur à l'origine de la conception de l'enfant, n'est pas forcément celui, ou le seul, qui incarnera cette fonction, la « reconnaissance » du père n'est donc pas corrélée de manière univoque au procréateur.

Paradoxalement, pour Lacan le « Nom-du-Père » est donc ce qui permet de se passer de la personne du père, puisque sa fonction est essentiellement « séparatrice ». En effet, on peut illustrer cette proposition avec le livret de famille, comme le suggère Lacan, dans lequel le père est toujours là, même si c'est parfois par la catégorie négative de « père inconnu ».

La personne du père s'efface donc derrière sa fonction symbolique même si à un moment de l'histoire, cette fonction a pu aller de pair avec un pouvoir social de type patriarcal. Pourtant,

ce déplacement ou ce décalage de la figure paternelle, n'empêche pas le père de rester au centre de la configuration familiale. La mère, dans le même temps, n'est pas seulement celle qui donne les soins ; c'est également elle qui va donner une place à la fonction paternelle et permettre ainsi la configuration œdipienne. Ce qui s'oppose à l' « incestueux » pour l'enfant, c'est le lien parental. Le père apparaît comme tiers et comme obstacle qui s'oppose à toute « fusion ». Il vient soutenir le processus d'individuation et de séparation. Sur le chemin de l'autonomisation, l'important pour l'individu, c'est sa capacité à se séparer ; comme l'écrit Winnicott, « la capacité d'être seul » (37). Seul, certes, mais pas sans les autres dans la vie sociale et dans la vie amoureuse.

La famille paradoxalement, trouve dans la « culture » de cette « capacité à la séparation », le meilleur garant de la qualité du lien qui la forme.

Ce lien que nous avons développé jusqu'à présent, et qui se construit à partir des interactions du nourrisson avec sa mère, d'une part et avec son père d'autre part décrit une bipartition.

Mais celle-ci n'est peut-être pas suffisante pour soutenir l'ensemble des dimensions du développement psycho-affectif de l'enfant.

1.3/ La place du couple parental dans le développement de l'enfant

On peut penser, comme le propose B. Golse (2006), qu'il existe une « co-construction de la place du tiers par la mère, le père et le bébé » ; ainsi la structure familiale s'établirait progressivement par le biais des relations triangulaires. Les personnes du père et de la mère sont toutes deux porteuses de la dimension symbolique.

C'est donc beaucoup plus dans l'espace du couple parental que le développement de l'enfant se structure, sans que ce couple, soit irrémédiablement figé dans les personnes réelles de la mère et du père, dans l'espace d'un foyer unique.

Il n'existe pas de réponse toute faite pour chaque situation, car chaque enfant est différent et chaque « triade » est spécifique.

Cette question est d'autant plus importante aujourd'hui, que la différence est manifeste entre anatomie et sexualité d'une part, et d'autre part procréation, sexualité et gestation. La demande d'enfant faite à la médecine est de plus en plus importante: procréation

médicalement assistée, gestation par autrui…La mère devient donc plurielle et la paternité biologique s'isole très manifestement. Aujourd'hui, le père est parfois celui qui s'occupe davantage de l'enfant que la mère, alors que, dans d'autres situations les parents peuvent être du même sexe, ou encore parfois, l'enfant n'a affaire qu'à une mère seule qui doit occuper comme elle le peut les deux places.

Les différents évènements qui ont scandé les débats publics dernièrement en France ont provoqué des confrontations et porté l'attention sur le rapport des sujets à la sexualité, aux unions du même sexe et à la procréation. Les travaux de Monique Witig, Gayle Rubin et Judith Butler, et le développement des études de genre et Queer, situent à nouveau la psychanalyse et les théories psychodynamiques comme hétéro-centrées ou normatives (38) (40)(39).
Pourtant, ces théories américaines du « Gender », semblent être une ressource limitée pour traiter les questions en jeu dans la sexualité. En effet elles sont strictement théoriques, et ne répondent pas à une expérience clinique. Ces théories sont aujourd'hui disséminées au sein de différents départements universitaires de sciences humaines essentiellement.
La plupart des écrits concernant le mouvement « queer », s'appuient sur le fait que, au-delà de l'anatomie, la sexualité résulterait de choix imposés à un sujet par son environnement social. Ils portent un refus protestataire de toute identification normée de la vie sexuelle.

Néanmoins, ces questions qui soulignent l'influence du social dans le développement psychoaffectif de l'individu, nous paraissent pertinentes et nécessiteraient d'autres éléments de réponse que la théorie de l'attachement ainsi que les débats qui l'animent depuis ses origines peuvent peut-être contribuer à formuler.

Dans ce débat, la notion de parentalité tente de dépasser la dissymétrie freudienne et les impasses engendrées par la dualité anatomie-sexualité.
Ce concept de **parentalité**, dans le contexte de la seconde moitié du 20^{ième} siècle s'est imposé comme un objet d'étude majeur. Son émergence est sans doute liée au contexte des deux guerres mondiales qui a conduit à des séparations familiales et imposé le recours à l'institutionnalisation de l'allo-parentalité pour prendre soin des orphelins. En effet, d'autres individus que les parents biologiques ont alors nécessairement exercé une fonction parentale.
La séparation, dont nous avons traité sur le plan du développement psychoaffectif de l'enfant, s'est trouvée en quelque sorte « actualisée » à un niveau social.

Les travaux de René Spitz que nous avons cités, ainsi que ceux de Margaret Mahler se situent précisément dans ce contexte.
Le champ de la recherche s'est ensuite déployé et la théorie de l'attachement y a pris une part importante.

2/ La théorie de l'attachement : construction du lien entre un enfant et ses parents

2.1/ Les fondements théoriques

La théorie de l'attachement est née dans le contexte historique de la guerre, qui entraine séparations, pertes et deuils et s'est développée durant la seconde moitié du vingtième siècle. John Bowlby, né en 1907, fait sa formation médicale en psychiatrie entre 1929 et 1937, après avoir étudié à Cambridge et enseigné un an à la « Priory Gate School », école pour « enfants inadaptés ».
Ses premiers travaux portent à nouveau, sur l'effet de séparation chez les enfants hospitalisés, et sur les carences relationnelles précoces des délinquants. A cette période, sa première intuition porte sur le lien entre privation affective maternelle et risque de délinquance. C'est à partir de son expérience clinique à la « Tavistock Clinic » qu'il intégra en 1946, que John Bowlby jeta les bases d'un nouveau cadre théorique connu sous la dénomination de « théorie de l'attachement ».
A la suite des articles préliminaires datant de 1958, Bowlby a exposé la théorie de l'attachement dans un ouvrage en trois volumes *attachement et perte* entre 1969 et 1982 pour l'édition originale (41).
Contrairement à Freud qui soutenait que le nourrisson construit ou acquiert son attachement à sa mère par la satisfaction qu'elle lui apporte de son besoin d'alimentation, Bowlby relie l'attachement au besoin inné de contact social.

L'enfant nait social et les relations d'attachement qui se construisent avec les personnes majeures de son environnement, sont une nécessité dictée par cette disposition première.
Il va ainsi se sentir plus ou moins en sécurité suivant les modes de réponse à ses besoins. D'après Bowlby, l'attachement est un processus instinctif fondamental qui assure la survie de

l'espèce en maintenant une proximité entre un nourrisson et sa mère. Les comportements d'attachement se retrouvent dans de nombreuses espèces animales et sont pour Bowlby de nature essentiellement instinctive et biologique. Il considère que la disposition à établir des liens émotionnels forts avec des personnes particulières est un véritable système de régulation cérébral construit de manière à promouvoir la survie de l'individu dans son environnement. Bowlby ne donne cependant pas d'informations plus détaillées quant à la nature (cognitive, neurobiologique) de ce système de régulation.

L'attachement débute dès la grossesse et s'établit dans les trois premières années de la vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de son existence. Bowlby est convaincu des implications à long terme de la sécurité de l'attachement mère-nourrisson sur les relations interpersonnelles ultérieures.

L'attachement est un processus réciproque, nécessitant des interactions entre l'enfant et la figure d'attachement qui est la personne avec laquelle l'enfant formera et structurera ses comportements. La mère est généralement la première personne qui tient cette place. Néanmoins, la définition d'une seule figure d'attachement privilégiée, a été diversement reprise et ouverte, comme le montre l'étude réalisée par Schaffer et Emerson (1964) sur soixante bébés âgés de quelques semaines à dix-huit mois (42). Si la majorité d'entre eux, développe bien, en effet, une relation privilégiée à la mère, dans un premier temps, l'élargissement par la suite, des interactions avec l'entourage, augmente le nombre de figures d'attachement.

Selon N. Guedeney et A. Guedeney, « Une figure d'attachement est une figure vers laquelle l'enfant dirigera son comportement d'attachement. Sera susceptible de devenir une figure d'attachement, toute personne qui s'engage dans une interaction sociale animée avec le bébé et durable et qui répondra facilement à ses signaux et à ses approches» (43).

La mère demeure certes la figure la plus importante, suivie du père, puis pour une bonne part des autres enfants, d'un grand-parent, d'un autre membre de la famille ou encore d'une personne familière.

La proximité avec l'enfant est indispensable et le bébé a des comportements qui vont la favoriser. Les besoins fondamentaux du bébé se situent au niveau des contacts physiques et Bowlby isole cinq conduites innées d'attachement ou « patterns » qui se développent pendant les deux premières années de la vie, et auxquelles la mère (qui n'est pas nécessairement la mère biologique) ou tout autre substitut adéquat doit répondre : la succion, l'étreinte, le cri, le sourire, l'agrippement.

La qualité de l'attachement va dépendre des modalités de réponse du parent aux signaux de l'enfant.

Une notion centrale dans les systèmes d'attachement est que les différents comportements sont organisés, au sein même du sujet, en fonction de signaux internes et externes, tous deux liés au danger ou au stress (44).

-D'une part, il y a les signaux internes à l'enfant, comme la faim, la fatigue, ou la douleur.

-D'autre part, il y a les signaux externes, issus de l'environnement comme la présence d'un stimulus perçu comme menaçant.

Les comportements sont différents mais ils visent la même fonction : se rapprocher de la figure d'attachement.

Réciproquement, un même comportement peut poursuivre des objectifs différents en fonction de l'état interne de l'enfant et/ou du contexte. Ainsi un enfant peut aller vers sa mère pour chercher du réconfort ou pour jouer (44).

Le système d'attachement est en étroite interaction avec deux autres systèmes de comportements : le système d'exploration et le système de peur.

-Le premier, le *système d'exploration*, permet à l'enfant d'acquérir de nouvelles informations sur son environnement et de réaliser des expériences utiles à son développement moteur, social et cognitif. L'activation du système d'attachement est incompatible avec celle du système d'exploration : lorsque l'un s'active, l'autre est désactivé et vice-versa.

-Le second *système de peur*, en interaction avec le système d'attachement, a une fonction de protection. Il est biologiquement adaptatif pour l'enfant d'avoir peur de certains stimuli associés à la notion de danger, comme l'obscurité, la solitude, les bruits forts ou les mouvements brusques. Un enfant dont le système de peur est activé, met également à l'œuvre son système d'attachement pour obtenir de la protection. La présence de la figure d'attachement joue un rôle important dans l'activation de ce système de peur. Lorsque celle-ci est présente, ce système a moins tendance à être activé par l'enfant ou il l'est dans une moindre mesure (44).

L'expression de ces systèmes peut être directement observée : dès qu'un enfant ressent comme impossible le recours à toute source de protection et de soutien, l'activité en cours est interrompue et un état de tension et des comportements de recherche se déclenchent. Plus il progresse vers l'autonomie, plus l'éloignement de sa figure d'attachement est ressenti comme supportable. De même, plus les réponses de la figure d'attachement sont prévisibles, plus le

sentiment de sécurité est prévalent. Les interactions régulières entre l'enfant permettent que s'établisse, petit à petit, cette prévisibilité de l'autre qui n'est pas donnée au départ.

Bowlby, en 1969 présente le film « *John goes to the nursery* » réalisé par M. Robertson, travailleur social et proche collaborateur. Il s'agit d'une observation de séparation pendant dix jours et des effets sur le jeune enfant. John est accueilli dans une pouponnière lors de la naissance de sa petite sœur, dans un contexte où l'on prêtait peu attention à ce que pouvait vivre l'enfant à ce moment-là.

A partir de l'observation directe, trois phases sont décrites de protestation, de désespoir et de détachement. Différents types d'attachements vont en résulter :

- L'attachement secure (sûr), dans lequel l'enfant, dans les situations pénibles se montre confiant envers ses parents, qui sont eux disponibles et sensibles aux signaux de l'enfant.

- Un attachement ambivalent ou résistant, dans lequel l'enfant va vers ses parents tout en exprimant de l'angoisse, du désespoir et un manque de confiance envers eux. Cette incertitude retentit sur les comportements d'exploration, l'enfant ayant tendance à manifester de la passivité et une perte d'intérêt pour son environnement. Ce schéma est favorisé par des expériences antérieures où les parents se sont montrés défaillants ou lorsque les menaces d'abandon sont couramment utilisées comme moyen de pression sur l'enfant.

- Enfin, l'attachement évitant, qui se caractérise par une absence totale d'attentes de l'enfant vis-à-vis de ses parents quand il est en situation difficile. Tout se passe comme si l'enfant avait renoncé à rechercher amour et protection auprès de ses parents. Cette attitude est la conséquence de situations de rejets répétés, de mauvais traitements ou de séjours prolongés en institution dans des conditions défavorables.

Bowlby précise que ces différents types d'attachement vont se figer, car à force de constater la façon dont la figure d'attachement répond à ses besoins de sécurité, le bébé développe un modèle interne lui permettant d'anticiper les interactions futures. Un parent suffisamment bon, disponible, avec des attitudes constantes, sera perçu comme une figure d'attachement fiable. Avec cette « base de sécurité », l'enfant pourra explorer son environnement et se considérer lui-même comme aimable et méritant de l'affection. Avec le temps, les enfants ayant acquis un attachement sûr, sont plus compétents dans la résolution de problèmes et dans

les relations avec leurs pairs. Ils se montrent plus curieux, moins anxieux, moins hostiles et disposent d'une meilleure estime de soi.
Par contre, si l'attachement n'a pas pu se construire dans des conditions suffisamment appropriées, l'enfant pourra se constituer une vision d'un monde hostile ou dangereux et se considérer comme indigne d'amour. A long terme, ces enfants rencontrent davantage de difficultés dans leur fonctionnement émotionnel, social et cognitif.
Sur le plan social, l'attachement préfigure un modèle de relations, qui sera plus tard enrichi par le contact avec les pairs. L'enfant, grâce à ses expériences précoces, intériorise les relations auxquelles il participe et développe un modèle interne de lui-même, des autres et de ses relations aux autres.

2.2/ Le « caregiving »

En 1988, Bowlby va définir le « caregiving », qu'on peut traduire par « donner des soins », comme le versant parental de l'attachement (45). Dès le plus jeune âge, au fil de l'expérience des soins maternels, une complémentarité dans l'échange des comportements entre les parents et l'enfant, se construit progressivement. L'enfant, en jouant à la maman, par exemple, va acquérir par l'expérience cette capacité à « donner des soins », par l'intermédiaire des relations aux personnes qui tiennent place pour lui de figures d'attachement.

Le caregiving représente ainsi la complémentarité du système des parents et de l'enfant, dans un « équilibre dynamique ». Cet équilibre entre les systèmes du parent et ceux de l'enfant, permet de mieux comprendre la notion de « base de sécurité ». Dans la mesure où la figure d'attachement veille à maintenir la proximité avec l'enfant, elle peut être considérée comme une base de sécurité par l'enfant. Ce dernier peut alors donner libre cours à l'exploration de son environnement.

Cassidy propose d'utiliser le terme de « caregiving system », afin de donner une description spécifique des comportements parentaux à l'égard de l'enfant en situation de détresse ou de danger (46). Ce sont les différents signaux produits par l'enfant dans ces moments qui doivent venir « enclencher » le système de « caregiving » de manière quasiment automatique. Celui-ci

sera par la suite désactivé lorsque l'enfant sera sorti de la situation problématique et donc réconforté.

2.3/ Les modèles internes opérants (M.I.O)

Bowlby développa en 1973, la notion de « Modèle Interne Opérant » (Internal Working Model). Le M.I.O se construit, dans un premier temps, à partir des expériences sensori-motrices de l'enfant qui vont ensuite structurer des représentations mentales, conscientes et inconscientes, du monde extérieur et de soi. Puis à partir de ces représentations, il va recevoir et organiser ses perceptions des évènements et anticiper ce qui est à venir. Ces représentations d'expériences sont codées, mémorisées, puis retrouvées dans la mémoire, mais pas forcément conscientes.

Ainsi au fur et à mesure des interactions avec ses figures d'attachement, l'enfant intériorise ses relations et construit un Modèle Interne Opérant qui intègre à la fois, en les articulant, ses propres perceptions et les demandes ou attentes de ses proches. Ce M.I.O. va ainsi constituer un schéma mental d'appui pour ses relations sociales futures. Les M.I.O. qui se construisent donc à partir des relations avec les personnes de l'environnement familial, permettent à l'enfant de donner progressivement une signification aux comportements de ses proches et d'anticiper leurs réactions. Ils commencent à s'établir entre 6 et 9 mois et se stabilisent vers 5-6 ans. En principe ce M.I.O. sauf évènements de vie exceptionnels ou critiques (ruptures, décès, maladie,…) demeure stable et disponible tout au long de la vie.

D'après Main, Kaplan et Cassidy (1985), les M.I.O. imposent des règles concernant l'organisation de l'attention et de la mémoire qui limitent ou autorisent l'accès aux informations relatives à l'attachement. En fonction de ce qu'il a vécu, l'enfant peut exclure de sa conscience certaines informations dont il aura appris à se détourner, parce qu'elles réveillent des sentiments d'insécurité intolérables (47).

Mary Ainsworth a opérationnalisé le concept de M.I.O. en introduisant la Situation Etrange.

2.4/ Procédures d'évaluation de l'attachement

2.4.1/ Une étude expérimentale de l'attachement : « la Situation Etrange »

La « situation étrange » définie par Mary Salter Ainsworth, a pour objectif de déterminer plus précisément le type d'attachement des enfants. Cette psychologue américaine a collaboré avec Bowlby à la Tavistock Clinic, à Londres, dès le milieu des années 1950.

Elle s'est ensuite rendue en Ouganda où elle a étudié les conduites d'attachement de bébés africains selon la méthode d'observation en milieu naturel, pratiquée par les éthologues.

C'est ensuite, de retour aux Etats-Unis, à l'Université Johns Hopkins, à Baltimore, qu'elle a mis au point une situation d'observation plus rigoureuse et répondant aux critères scientifiques de "répétabilité" et de "fiabilité". Il s'agissait de décrire cette capacité qu'aurait l'enfant de disposer d'une figure d'attachement comme base de sécurité, à partir de laquelle l'exploration du monde lui serait ouverte (48).

Elle a ainsi élaboré en 1978, une procédure d'évaluation expérimentale nommée « la Situation Etrange ». Son principe est le suivant : l'enfant et son partenaire adulte (en général la mère, mais ce rôle peut être tenu par toute autre figure d'attachement) sont conduits dans une pièce fermée, le « laboratoire » contenant des jouets et qu'ils ne connaissaient pas auparavant. La population visée au départ est celle d'enfants de 12 mois.
Au cours de l'examen, qui dure une vingtaine de minutes, on demande au parent de sortir à deux reprises de la salle pour trois minutes et de revenir. On observe le comportement de l'enfant pendant que le parent est présent, puis lors des séparations et des réunions.

La suite des épisodes devrait engendrer une tension graduelle, permettant à l'observateur de se rendre compte de la manière dont l'enfant organise son comportement envers la figure d'attachement, lorsqu'il fait l'expérience d'une situation perturbante.

Mary Salter Ainsworth a différencié trois groupes d'enfants selon leurs réactions dans la Situation Etrange. Ces groupes sont différenciés du point de vue de la qualité de la relation

d'attachement et du point de vue de la sécurité relationnelle établie par l'enfant avec la figure d'attachement.

- Un premier type dit sécurisant (secure attached) : groupe B

Avant la séparation, l'enfant explore la salle et les jouets, en gardant un œil sur son parent. Lors de la séparation, il cesse d'explorer et manifeste de la protestation, voire de la détresse. Au retour du parent, il recherche sa proximité, établit un contact physique avec lui (ouvre les bras, se blottit..) et se console rapidement, en moins de trois minutes et se remet ensuite à explorer.

- Un deuxième type dit anxieux/évitant (insecure avoidant) : groupe A

L'enfant explore l'environnement sans se préoccuper de la présence ou de l'absence du parent. Il ne montre pas de signe de détresse lors de son départ. Après son retour, il ignore ses tentatives d'entrer en interaction. Cet enfant pourrait donner là, une certaine impression d'indépendance; il explore l'environnement sans chercher une base sécurisante dans la figure d'attachement, comme le feraient les enfants B, ni s'assurer de la présence de celle-ci au cours des épisodes. Quand l'adulte sort de la pièce, l'enfant ne semble pas particulièrement affecté. Enfin, il peut donner l'impression de vouloir éviter l'adulte à son retour.

- Le troisième type dit anxieux/ambivalent (insecure ambivalent) : groupe C

L'enfant est anxieux dès l'entrée. Il n'explore pas, reste en grande proximité corporelle de son parent, souvent « accroché » à lui et le sollicite avec insistance. Il manifeste une très grande détresse lorsque la séparation survient. Lors de la réunion, il résiste au contact et n'est pas consolé par lui. Il s'agit d'enfants qui semblent peu à l'aise tout au long de la situation; Il en résulte une impression d'ambivalence et de colère.

Par la suite, le travail d'Ainsworth attira d'autres chercheurs de l'université de Californie à Berkeley comme Mary Main et Judith Solomon qui, en 1986, ont introduit :

- Un quatrième type dit insécurisant/désorganisé (insécure-disorganized) : groupe D

L'enfant présente un mélange de comportements d'évitement et d'ambivalence. Ses comportements sont incomplets, non dirigés, quelquefois apparemment opposés (s'approcher avec la tête détournée…). Il est craintif, confus, sans stratégie cohérente. La séquence temporelle donne une impression globale de désorganisation.

Afin d'évaluer ces modèles internes (qui par conséquent ne sont plus observables dans le comportement comme cela peut être le cas avec la situation étrange), plusieurs échelles d'évaluation ont été progressivement élaborées (Adulte Attachement Interview, Attachement History Questionnaire, Attachement Style Questionnaire, etc.). Elles explorent les représentations imaginaires que construit chaque individu avec ses figures intériorisées issues de l'enfance et ce qui en résulte sur les interactions actuelles.

Mary Main travailla sur la question de l'évaluation de la qualité de l'attachement Parent-Enfant et a mis au point avec George et Kaplan, L'Entrevue sur l'attachement à l'âge adulte (Adult Attachment Interview - A.A.I.).

Il s'agit d'une entrevue visant à évaluer chez l'adulte et l'adolescent, les états de pensée relatifs aux relations d'attachement depuis l'enfance.

2.4.2/ L'Entrevue d'Attachement Adulte (E.A.A.)

Cette procédure est devenue depuis sa conception, un instrument très utilisé pour évaluer l'organisation cognitive du système d'attachement auprès de diverses populations cliniques (d'adolescents, de jeunes adultes, de parents). Cette entrevue vise à mesurer les mécanismes cognitifs mis en œuvre pour traiter les expériences, à partir des expériences de l'enfance rapportées par le sujet (49).

Le sujet devra dans un premier temps au moyen d'une série d'adjectifs, décrire ses relations d'attachement avec chacun de ses parents et les illustrer ensuite par des épisodes de vie.

Le sujet est ensuite questionné sur les expériences susceptibles d'avoir provoqué chez lui de la souffrance ou de la détresse (blessures, maladies, séparations, rejets, menaces, abus

physiques ou sexuels,…) ainsi que sur les conséquences qu'il a pu ressentir ou constater sur le développement de sa personnalité. On lui demande alors en quoi ses relations d'attachement se sont modifiées pour lui, depuis l'enfance. A partir de cette description, le sujet est questionné sur ses propres sentiments lorsqu'il est séparé de son propre enfant ou de celui à venir dans l'hypothèse ou en projet. Ces questions visent à évaluer la capacité à tenir un discours qui puisse indiquer la sécurité de l'attachement au travers des relations de souvenirs tenant aux expériences d'attachement du sujet dans l'enfance (Bernier, Larose et Boivin, 1996) (50).

La qualité d'attachement est classée en quatre catégories : autonome, esquivant, préoccupé, désorganisé/non résolu (Bernier et Ackerman) (51). La théorie de l'attachement, en s'intéressant là à son versant « désorganisé », s'ouvre plus largement au champ clinique.

Une distinction plus efficace en deux groupes, s'est d'ailleurs progressivement imposée dans la pratique, entre un attachement organisé qui inclut les trois premiers groupes A, B et C de la « situation Etrange » initiale et un autre désorganisé, correspondant au groupe D.

Notons que le versant désorganisé de l'attachement, s'il peut inclure le trouble réactif de l'attachement (R.A.D: Reactive Attachment Disorder), tel que défini par le DSM-IV, est un concept plus large. Le RAD est un syndrome de développement atypique et global qui touche toutes les sphères comportementales, émotionnelles et relationnelles et pas uniquement l'attachement à l'un ou l'autre des donneurs de soin. La fréquence de l'attachement désorganisé s'élève à environ 15% alors que la prévalence du RAD est de 1% (52).

Chacune des deux « catégories » a distingué dans le développement pratique et progressif de la théorie de l'attachement, des facteurs de dimensions. Ces dimensions peuvent être considérées comme complémentaires des deux catégories et sont basées sur les indicateurs fournis dans la « situation étrange » pour évaluer l'attachement.

2.4.3/ Les Histoires d'Attachement à Compléter

S'inspirant des travaux de Main, Kaplan et Cassidy, Bretherton et Ridgeway ont proposé les Histoires d'Attachement à Compléter (A.S.C.T.) qui reposent sur la narration d'histoires avec des jeux de manipulation de figurines destinés suivant les auteurs, à améliorer la compréhension des histoires et la production narrative (53). Cette procédure peut être mise en place lorsque l'enfant, à partir de l'âge de trois ans, parvient au niveau de langage suffisant et qu'il devient possible d'accéder aux M.I.O. autrement que par des mesures comportementales et notamment par des techniques dites projectives.

Les chercheurs ont élaboré une proposition de récits d'attachement dans laquelle des amorces ou « débuts » d'histoires sont présentées aux enfants à l'aide de figurines représentant les membres d'une même famille (père, mère et deux enfants du même sexe que l'enfant interrogé) et il leur est demandé de poursuivre ces histoires. Celles-ci mettent en scène des situations anxiogènes qui activent le système d'attachement de l'enfant afin qu'il mette en œuvre les capacités de ses M.I.O. Environ trois minutes par histoire sont nécessaires. Par exemple, l'amorce peut être : *La famille est à table pour manger…Tu peux placer la famille autour de la table pour qu'ils puissent manger…ils boivent du sirop. Jeanne se lève et renverse son sirop sur le sol !* L'expérimentateur fait tomber le gobelet de Jeanne et invite l'enfant de la manière suivante : *Montre-moi et dis-moi ce qui se passe ensuite !*

Les chercheurs ont développé différentes méthodes d'interprétation des récits d'attachement. On peut relever notamment, la classification des récits suivant des catégories relatives à celles décrites dans la « situation étrange » (54). Quatre prototypes sont donnés pour évaluer le degré de ressemblance de l'enfant par rapport à chaque type d'attachement : sécurité, inhibition du système d'attachement, hyperactivation du système et désorganisation. Un autre système de cotation est le « Dusseldorf Coding System » (DSC) de Gloger-Tippelt et Koenig (2002-2006) (55).

2.5/ Les troubles de l'attachement chez l'enfant

Les essais de classification de ces troubles sont récents. M. Moralès Huet, décrit une nomenclature des troubles de l'attachement dans l'enfance, avec deux grandes catégories de troubles proposées par Zeanah, Boris et Liberman dans les années 1990 (44)(56).

- Les troubles de l'absence d'attachement

Les jeunes enfants concernés par ces troubles ont généralement été placés très tôt en institution, gravement négligés et carencés, et n'ont pu construire aucun lien véritable. Cette catégorie comprend deux sous-groupes : l'absence d'attachement, sans réserve ou réticence normale à cet âge, dans laquelle l'enfant se montre immédiatement familier avec des personnes étrangères, il s'accroche à tout le monde et ne recherche pas spécifiquement quelqu'un en cas de besoin de réconfort. Certains de ces enfants se mettent facilement en situation de risque ou de danger. A l'opposé dans l'absence d'attachement avec retrait émotionnel, l'enfant semble ne s'intéresser à personne.

Dans les deux cas, l'enfant présente de grandes difficultés dans la régulation des émotions, l'autoprotection, la recherche de réconfort.

- Les troubles de la base de sécurité

L'enfant a pu développer un attachement préférentiel mais présentant des perturbations. Zeanah, Mammen et Lieberman précisent que ces troubles demeurent localisés pendant les trois premières années, mais qu'ensuite ils commencent à se généraliser (57). Trois types de troubles de la base de sécurité sont décrits par les auteurs :

  - Les troubles de l'attachement avec mise en danger

Cette mise en danger apparaît avec le développement de la marche au cours de la deuxième année et va à l'encontre du système d'attachement qui est d'assurer la sécurité et la survie.

L'enfant qui présente ce trouble s'engage dans des activités dangereuses et provocantes, telles que courir au milieu de la rue, sans se retourner vers le parent. Ces comportements peuvent s'accompagner d'agression contre lui-même ou contre le parent au lieu de rechercher du réconfort. On retrouve souvent une violence familiale exercée sur l'enfant chez ce type d'enfant. Son comportement, fait appel à l'attention et à la protection d'un parent souvent défaillant.

- Les troubles de l'attachement avec vigilance et obéissance excessive

Dans cette autre forme l'attachement est inhibé, mais l'enfant se montre par contre très attentif au parent et obéit de manière inconditionnelle aux demandes. Il semble craindre en permanence, de la part de la figure d'attachement une réaction plus ou moins violente. Ce comportement est ainsi sans aucune spontanéité. Ce pattern est décrit comme celui d'une « vigilance glacée » (58). Crittenden et Dilalla ont décrit un pattern proche de celui-ci, à valeur de risque et dit de « compliance compulsive ». Ce pattern interactif est associé à un comportement parental intrusif et violent (59).

- Les troubles de l'attachement avec renversement des rôles

L'enfant présentant ce trouble, cherche à protéger une figure d'attachement fragile. La relation est ici inversée (Bowlby, 1980) : c'est l'enfant qui est soucieux du bien-être émotionnel et psychique de son parent et non l'inverse. Il se tient attentif et prêt à soutenir ce dernier en recherchant constamment sa proximité. Ces enfants montrent une grande sensibilité à l'état psychique et au bien-être de l'autre. Ces enfants, face à une mère gravement malade ou déprimée inhibent généralement l'expression de leurs émotions (la peur, la colère, la détresse) et leurs besoins, par peur de perdre cette figure d'attachement. La séparation des parents peut dans ce contexte, représenter une situation à risque.

Tableau n° 2 : Troubles de l'attachement

Troubles de l'absence d'attachement	Trouble de la base de sécurité
• Sans réserve • Avec retrait émotionnel	• Avec mise en danger • Avec vigilance et obéissance excessive • Avec renversement des rôles

Les troubles de l'attachement peuvent ainsi se manifester, s'« actualiser » ou s'accroitre lors d'une survenue de rupture de la relation d'attachement. On peut dans notre propos évoquer par exemple la séparation parentale ou la résidence alternée, que nous développerons plus loin. Il convient à ce point de souligner l'importance de l'évaluation de ces troubles qui trouvent généralement leur origine sur les relations du jeune enfant avec ses principales figures d'attachement plutôt que sur son comportement social en général ou sur ses caractéristiques individuelles seules. Notre revue montre que le clinicien doit considérer de très près l'histoire d'attachement précoce de l'enfant. L'observation des interactions avec ses figures d'attachement permettent d'évaluer la sécurité de l'attachement chez l'enfant sous l'angle de la proximité émotionnelle et physique, de la séparation et de la réunion.

La façon qu'à l'enfant de rechercher ou non du réconfort auprès du parent, sa confiance en l'aide que celui-ci peut lui apporter, le degré de coopération entre les deux partenaires, et sa capacité à utiliser le parent comme base de sécurité pour explorer l'environnement sont autant de facteurs sur lesquels l'attention doit être portée. Le travail clinique doit également être attentif à la survenue, en présence du parent, de certains comportements perturbés souvent observés chez les enfants terrifiés et maltraités (compliance excessive, comportements contradictoires et stéréotypés, peur du parent).

2.6/ Portée et valeurs prédictives de la théorie de l'attachement

L'intérêt principal de la théorie de l'attachement, pour notre travail, provient des deux constats suivants :

La sécurité de l'attachement serait déterminée, en partie du moins, par les caractéristiques de l'environnement éducatif et relationnel de l'enfant et la qualité de l'attachement aurait elle-même un fort pouvoir prédictif sur le développement ultérieur (60).

La qualité de l'attachement et la capacité de socialisation (62)(61), se retrouvent d'ailleurs également au plan cognitif (63). Les enfants présentant un *attachement secure* montrent des compétences plus élevées que les autres dans de nombreux domaines, et ces observations s'étendraient bien au-delà de l'âge préscolaire. Il est indéniable que le « vécu » du jeune enfant avec les figures particulières de son entourage, va laisser une profonde empreinte sur ses attentes, ses représentations et ses comportements. Ainsi, comme le décrit Karen, les enfants *insecures* vont développer des stratégies face à la carence maternelle. L'*ambivalent*, resté fortement dépendant de sa mère, cherchera à la contrôler ou voudra la punir de son indifférence (64). A l'inverse, l'*évitant*, qui a intériorisé un lien trop invasif, affichera une indépendance ou une indifférence forcée handicapante, comme défense relative à un attachement pourtant existant. L'enfant *secure* par contre, va pouvoir communiquer ses sentiments, et pouvoir s'aventurer dans l'exploration de son environnement matériel et social. Ainsi sera-t-il sans doute plus à même de supporter ou de s'adapter à la survenue d'un évènement de rupture tel que la séparation parentale.

Dans ces circonstances, la qualité de l'attachement et des modèles intériorisés seront d'une importance considérable dans la capacité à supporter les évènements et les remaniements conséquents. Si l'enfant très jeune est encore en phase de développement de ses modèles alors les observations décrites par les différents théoriciens de l'attachement peuvent certainement apporter appui et référence pour l'ensemble des professionnels intervenants auprès des enfants confrontés aux séparations parentales.

2.7/ Quelques perspectives actuelles

A l'heure actuelle, les auteurs préconisent d'étudier l'ensemble des relations familiales dans leurs spécificités d'influence sur les différences de qualité d'attachement en particulier entre deux enfants d'une fratrie et entre besoins différentiés des figures d'attachement. Le travail de Pinel-Jacquemin, montre en effet que les représentations d'attachement recouvrent une réalité différente pour l'ensemble des membres de la famille (65). Différentes variables

du système familial entrent en jeu selon les membres : père, mère, fille, garçon, ainé, cadet. Il peut s'agir du style éducatif de chaque parent à l'égard de chaque enfant, de la place des relations conjugales perçues différemment selon les enfants…Cependant deux variables sont communes à l'ensemble des membres de la famille : d'une part, le style et degré de coopération de l'alliance parentale qui peut être soutenante ou déstabilisante et d'autre part, la sécurité familiale, c'est-à-dire la capacité ressentie de la famille à servir de base de sécurité à chacun de ses membres dans les situations difficiles.

En ce qui concerne la survenue d'une situation de séparation parentale, ces critères de qualification de la relation d'attachement ont bien sûr leur importance pour différencier les comportements et symptômes qui pourraient se manifester chez les différents membres de la famille.

Les propositions allant dans le sens d'une différenciation des dispositions de chacun dans ses représentations et qualités d'attachement sont certainement salutaires et ces orientations sont confirmées par d'autres analyses, en particulier celles de Braungart-Ricker, Garwood, Powers et Wang (66). Ainsi : « le type d'attachement ne doit pas être conçu comme un trait, une propriété individuelle invariable, à savoir indépendante des contextes interactifs qui servent à le construire et à le définir, mais plutôt comme un mode de relation relatif à un partenaire déterminé ». Rappelons pourtant que les E.A.A avait déjà porté une attention à cette dimension très particulière et individuelle mais concernant les adolescents et adultes.

De fait, les travaux liés à la théorie de l'attachement ont contribué dans un premier temps à déplacer les identifications figées dans les premiers développements de la clinique psychanalytique de la première moitié du 20^{ième} siècle, mais cette déconstruction a donné naissance à une diversité et à une somme de recherches très vastes. Nous avons d'ailleurs dans notre travail tenté simplement de structurer une base première de repérage utile à notre sujet, sans prétendre à un « état des lieux » ou à une synthèse globale de la théorie de l'attachement.

Il apparait que la tendance va dans le sens de remettre en cause une certaine idéologie traditionnelle du soin. Elle encourage à s'interroger sur la réponse thérapeutique la plus

adéquate, en prenant en considération la diversité des modèles de soin ainsi que l'histoire d'attachement des parents.

Finalement, il ne s'agit pas de considérer que telle approche clinique serait meilleure en soi qu'une autre, en se repliant sur celle-ci, mais de se demander quelle serait la modalité de soin la plus adaptée.

Et quelle que soit l'approche envisagée, la nécessité de mise en place d'une alliance thérapeutique et d'une relation clinique avec les parents s'avère le facteur le plus prédictif quant à l'issue positive de la prise en charge des troubles psychoaffectifs de l'enfant et de l'adolescent, en particulier lorsque ceux-ci se situent dans une problématique de séparation parentale.

Cette « alliance thérapeutique » ne se limite d'ailleurs pas uniquement à celle visant les parents mais elle repose aussi sur des aménagements du cadre global de la prise en charge impliquant les différents professionnels de l'enfance concernés. Il apparait en effet que le pédopsychiatre peut être présenté comme un maillon parmi l'ensemble des intervenants dans la prise en charge des conséquences psychologiques de la séparation parentale.

3/ Anxiété et séparation

3.1/ Anxiété ou angoisse de séparation

Il existe une angoisse développementale chez tous les nourrissons. Comme nous l'avons vu précédemment, l'angoisse de séparation normale correspond au sentiment douloureux éprouvé par l'enfant lorsque la relation affective établie avec une figure importante de son entourage, souvent la mère, se trouve menacée d'interruption, ou est interrompue. Il faut d'ailleurs noter la distinction entre la séparation, lorsque l'interruption du lien affectif n'est que provisoire, et véritablement la perte lorsque celle-ci a un caractère définitif.

Dans le trouble « angoisse de séparation », Mouren-Siméoni distingue trois types de signes cliniques chez l'enfant pouvant se manifester conjointement ou indépendamment :

- la détresse lors de la séparation
- les ruminations et préoccupations morbides
- et la nostalgie du chez soi, avec un intense désir de réunion familiale

En ce qui concerne la détresse lors de la séparation, Vila et Mouren-Siméoni soulignent la nécessité de tenir compte de la réaction à l'instant de la séparation, mais aussi du comportement secondaire à l'absence de la figure d'attachement (67). Selon ces auteurs, plusieurs situations permettent d'évaluer l'intensité de l'angoisse de séparation selon ses répercussions : pleurs qui durent des heures, crises de colère, comportement très désorganisé, abattement, prostration, peur, excitation, demande pressante aux parents de ne pas partir... Dans les formes les plus graves, on peut observer un véritable état de panique, l'enfant peut alors dire vouloir mourir, et en particulier lorsque la séparation se prolonge. Les préoccupations sont centrées autour de l'accessibilité de la mère (ou à son substitut), il peut refuser de rester seul à la maison, de sortir faire des courses, ou encore de s'endormir seul. Ces enfants sont souvent décrits comme exigeants dans la mesure où ils réclament une attention constante.

Les ruminations morbides de l'enfant portent surtout sur l'intégrité de la famille, mais aussi sur sa propre intégrité : crainte qu'il n'arrive des accidents ou des maladies à ses parents ou à lui-même, peur exagérée des agresseurs,… Ces pensées peuvent être très envahissantes pour l'enfant. Il peut alors présenter une anxiété généralisée, ou des cauchemars répétés.

Les enfants qui ressentent la nostalgie du chez-soi avec un intense désir de réunion familiale se sont en difficulté et peuvent éprouver un sentiment de manque quand ils sont éloignés de chez eux.

Le trouble « Anxiété de séparation » a été, selon D Bailly (68), individualisé pour la première fois en 1956 par Estes et al. (69) comme « un état émotionnel pathologique dans lequel enfant et parents, habituellement la mère, sont impliqués au travers d'une relation de dépendance hostile caractérisée primitivement par un intense besoin de la part à la fois de l'enfant et de la mère, de se maintenir ensemble dans une étroite proximité physique ».

On va retrouver ensuite, dans les classifications internationales le trouble. Il s'agit de l'« anxiété de séparation » pour le DSM-V (trois manifestations ou plus d'anxiété de séparation, persistant durant quatre semaines au moins et entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement de l'enfant). La CIM-X décrit un trouble similaire: « Angoisse de séparation de l'enfance » (F93.0). Il est, parmi les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent, le trouble le plus fréquemment diagnostiqué.

Dans la plupart des cas, l'âge moyen de début du trouble se situe autour de six, sept ans, mais ce dernier peut persister à l'adolescence. Il survient souvent à la suite d'un événement de vie

(maladie, décès dans la famille, déménagement...) qui va entrainer une modification dans le profil d'attachement de l'enfant (71)(70).
Des données récentes issues d'études rétrospectives plaident plutôt en faveur d'une continuité du trouble « angoisse de séparation » entre l'enfance et l'adolescence (72).

3.2/ Rapports entre l'angoisse de séparation développementale et le trouble « angoisse de séparation »

Le trouble « angoisse de séparation » pose la question de la détermination de la ligne de partage entre le normal et le pathologique. Ce trouble se définit comme une anxiété excessive comparée au stade du développement de l'enfant lors d'une séparation d'avec la maison ou les figures d'attachement.
L'angoisse de séparation développementale quant à elle, est une donnée normale et obligatoire au cours du développement de tout enfant, elle est présente dans toutes les cultures, mais également dans un certain nombre d'espèces animales, comme chez les mammifères.
En règle générale, la réaction de détresse qui survient lorsque le bébé est séparé de la présence physique de sa figure principale d'attachement, apparaît vers le sixième mois, et persiste jusqu'à environ vingt-quatre mois. En grandissant, l'enfant pourra tolérer des séparations de plus en plus longues. En effet, il pourra alors maintenir vivante la figure d'attachement, même en son absence, et donc accepter ses absences temporaires. Cette évolution progressive vers l'autonomie se poursuit jusqu'à la fin de l'adolescence.
Cependant, une fragilité peut parfois ressurgir lors de la séparation d'avec des objets d'investissement affectif ultérieurs, et être à l'origine d'une souffrance. Il semblerait alors que cette séparation vienne réactualiser l'angoisse de séparation issue de la petite enfance.
Pourrait-on considérer que l'angoisse de séparation développementale et le trouble « angoisse de séparation » constituent deux entités qualitativement distinctes ?
Vila et Mouren-Siméoni, situent, sur un plan quantitatif, le trouble « angoisse de séparation » comme une pathologie par excès conduisant à trop de dépendance, et, sur un plan qualitatif, comme une perturbation des interactions entre l'enfant et ses figures principales d'attachement à l'origine d'une fragilité dans sa constitution (67).

Si les rapports entre l'angoisse de séparation développementale et le trouble « angoisse de séparation » restent l'objet de controverses, l'idée d'une continuité entre les deux semble aujourd'hui implicitement admise dans les classifications internationales (DSM-V et CIM-X). L'angoisse de séparation n'aurait une signification pathologique qu'en fonction de son contexte de survenue et/ou de son intensité.
Une hypothèse supplémentaire est également aujourd'hui formulée selon laquelle le trouble « angoisse de séparation » pourrait continuer à persister à l'âge adulte sous la forme d'une dépendance affective, se manifestant par une symptomatologie anxieuse ou dépressive.

Ainsi, nous avons développé la façon dont la séparation était intimement liée au développement psychoaffectif de l'enfant, et dans quelle mesure des séparations affectives survenant sur un terrain fragilisé pouvaient s'avérer traumatiques et avoir des répercussions au niveau psychopathologique, par la survenue par exemple d'anxiété. Cependant, les processus de séparation sont inhérents à la maturation de la personnalité et à l'autonomisation, et il est donc important que l'enfant puisse faire l'expérience des alternances de présence - absence de la figure d'attachement.
On peut, à ce stade remarquer que la présence d'une angoisse de séparation développementale a été identifiée dans les théories psychodynamiques du développement de l'enfant depuis l'introduction par Freud de la psychanalyse. Nous avons ensuite vu comment l'affect d'angoisse a fait l'objet d'études et de remaniements d'une manière constante dans un contexte historique et sociétal, propice à engendrer la séparation. En effet, très certainement les effets massifs dans le vingtième siècle des deux guerres mondiales mais également, dans le même temps, l'évolution très rapide et importante de la structure familiale, sont déterminants. Ces bouleversements majeurs de la famille, introduisent également, comme nous l'avons vu, la séparation comme une donnée essentielle dans le développement psychoaffectif de l'enfant. Le trouble *Anxiété de séparation* est lui-même apparu comme tel, en 1956 et décrits par le DSM et la CIM depuis les années 1980.
Ainsi les cheminements historiques des deux vecteurs sociologique et clinique de la séparation dans la structure familiale, leurs interactions et leurs effets, en particulier dans l'exercice professionnel du pédopsychiatre, sont des données essentielles de notre travail.

En résumé *:*

Notre travail sur les théories psychodynamiques et celles de l'attachement nous amène à mettre en évidence que la séparation et l'angoisse qui lui est structurellement et normalement corrélée dans le développement psychoaffectif de l'enfant, ne constitue pas par elle-même un trouble psychopathologique. Il apparait, au contraire, que l'apparition et le dépassement de cette angoisse développementale sont pour l'enfant, des facteurs constitutifs dans l'acquisition de ses capacités à l'autonomie. Nous avons pu relever que, dès lors, les relations qu'il peut nouer et entretenir avec ses figures d'attachement sont des facteurs déterminants dans son cheminement vers la maturité. Ainsi, les troubles sont liés à la qualité de ces liens sans qu'on puisse pour autant affirmer d'une part que ce serait là leur seule origine et d'autre part que ce serait la séparation parentale qui les causerait. Nous ne pouvons pas dire que les liens d'un enfant à ses figures d'attachement, ne pourraient se développer harmonieusement que dans le cadre d'une famille « nucléaire ». Il apparait important que le cadre juridique de la séparation parentale et en particulier le mode de garde mis en place, permette et facilite pour l'enfant, la continuité et la qualité de ses liens avec chacun des parents.

Ainsi les cheminements historiques des deux vecteurs sociologique et clinique de la séparation dans la structure familiale, leurs interactions et leurs effets, en particulier dans l'exercice professionnel du pédopsychiatre, sont des données essentielles de notre travail.

III/ Les conséquences de la séparation parentale

Dans ce chapitre, nous nous sommes intéressés tout d'abord aux liens entre le divorce des parents et l'adaptation psychologique des enfants, ce dernier pouvant apparaître comme vecteur de vulnérabilité. Nous avons alors fait la revue d'études importantes sur ce sujet. Nous avons ensuite centré notre travail sur le mode de garde particulier que représente la résidence alternée, en étudiant la loi du 4 mars 2002, dite de l'autorité parentale, qui la légalise. Pour cela, l'entretien avec des magistrats a été particulièrement éclairant. Dans ces contextes d'hébergement des enfants, nous analyserons les motifs de recours aux spécialistes, pédopsychiatres ou psychologues et nous distinguerons les deux situations particulières que sont celles des enfants de moins de trois ans et celle des conflits parentaux majeurs.

1/ Le divorce : facteur de vulnérabilité ?

1.1/ La vulnérabilité

L'étymologie « *qui peut être blessé, qui peut être facilement blessé* » suggère bien qu'il ne peut pas exister de vulnérabilité sans exposition au risque.
La vulnérabilité décrit en effet la propriété de relation entre un individu et son environnement. Contrairement à la fragilité, qui est constitutive de ce à quoi elle est rapportée, la vulnérabilité ne trouve sa place que dans un processus relationnel.
Prenons l'exemple d'un vase : il est un objet fragile en soi, en dehors de son contexte environnemental. Il reste donc fragile, qu'il soit bien à l'abri dans un placard ou sur le rebord d'une étagère. Par contre une équipe de football deviendra vulnérable lors d'un match au moment où sa ligne de défense sera ouverte.
On comprend donc, que les objets peuvent avoir la caractéristique d'être fragile, mais qu'ils ne possèdent pas, contrairement aux individus de capacités de relations réciproques avec le monde qui les entoure.
La fragilité d'une personne est une notion biomédicale, l'enjeu est de parvenir à une définition mesurable par le biais d'indicateurs ou marqueurs. Prenons l'exemple de la fragilité de la personne âgée, « Un consensus des cliniciens a peu à peu été établi dans la littérature

sur un phénotype spécifique incluant un affaiblissement (à la fois une perte de masse musculaire et de force et une perte de poids), une moindre endurance, des pertes au niveau de l'équilibre et de la mobilité, une performance ralentie et une relative inactivité et, potentiellement, une altération de la fonction cognitive » (73).

La vulnérabilité quant à elle, et l'exemple de la personne âgée est également probant, se définie plutôt comme un concept probabiliste, mettant en relation la proximité de la personne avec un dommage. Ainsi, « le risque d'une personne de subir un dommage – sa vulnérabilité – est le résultat incrémental d'un ensemble de risques distincts mais reliés, c'est-à-dire : le risque d'être exposé à une menace, le risque de matérialisation d'une menace et le risque de manquer des protections nécessaires pour faire face à la menace » (74).

De fait, la vulnérabilité trouve son origine dans une rencontre mobile, et parfois évolutive, ou réversible, entre un élément de l'environnement et un élément qui réagit à cet environnement.

Elle est une caractéristique constitutionnelle des êtres humains. Tous les individus présentent à un moment de leur vie et dans une situation particulière une vulnérabilité, Achille en est une illustration, c'est son tendon qui fait de lui aussi bien un héros qu'un être humain.

Elle fait référence à certaines caractéristiques d'un individu qui peuvent potentiellement fragiliser sa santé et la rendre ainsi plus sensible à l'apparition de troubles.

On peut parler de la vulnérabilité d'un individu soumis à des contraintes péjoratives : isolement, précarité, environnement professionnel, ou dans notre cas au divorce (75).

Le facteur de vulnérabilité doit être distingué du facteur de risque, qui est la caractéristique individuelle, endogène ou exogène, augmentant de façon statistiquement significative la probabilité d'apparition et de développement d'une maladie. Par exemple l'obésité ou la consommation de tabac sont des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire. Les deux notions peuvent d'ailleurs se conjuguer.

Le concept de vulnérabilité peut être appréhendé comme une pierre angulaire des modèles étiologiques multifactoriels des troubles psychiatriques ou psychologiques. Utiliser la notion de facteur de vulnérabilité, permet de rester dans une approche probabiliste. En effet, la présence de ce facteur ne signifie pas l'apparition systématique du trouble, et au contraire, son absence ne veut pas dire que le trouble n'apparaitra pas (76).

Le divorce, ou de façon plus générale, la séparation des parents, est un évènement majeur et marquant de l'environnement intime de l'enfant, ainsi la proposition de le percevoir comme un facteur de vulnérabilité peut être formulée.

1.2/ Divorce et troubles psychologiques de l'enfant

Prétendre connaître les conséquences de la séparation parentale pour l'enfant n'est pas chose aisée. La symptomatologie présentée par ces enfants de parents séparés est très polymorphe, on peut en effet retrouver bon nombre de manifestations psychologiques.
Ainsi, de multiples facteurs peuvent intervenir, relatifs à l'environnement et aux caractéristiques familiales propres à chacune.
A partir de ces constatations, et sans nier les particularités de chaque famille et enfant, les chercheurs ont étudié ces conséquences. Nous nous emploierons ici à reprendre les études qui apparaissent comme les plus pertinentes par leur représentativité, méta analyse ou large cohorte.

- Judith Wallerstein est fondatrice et directrice du *centre pour la famille en changement* de Corte Madera, Californie, il s'agit de la plus grande structure spécialisée dans la prise en charge des familles séparées aux Etats-Unis, mais également d'un centre de recherche sur les problématiques familiales. Elle a été l'une des premières chercheuses américaines à s'intéresser à l'impact du divorce sur les enfants, et reste aujourd'hui une référence internationale en la matière. Elle est à l'origine de nombreuses publications sur le sujet, notamment d'une grande étude, en collaboration avec Joan Kelly, mesurant les effets à long terme du divorce sur les enfants. Cette étude, débutée en 1971, est connue comme la « California children of divorce study », elle a étudiée cent trente et un enfants et adolescents vivant au sein de soixante familles en Californie du nord sur une période de vingt-cinq ans, les enfants étaient âgés de deux à dix-huit ans au moment de la séparation parentale. Les jeunes et leurs parents ont été évalués lors d'entretiens médicaux dix-huit mois après la séparation puis tous les cinq ans. Ces familles étaient jugées par les auteurs comme représentatives de la population californienne (de classe moyenne, blanches, ayant fait des études supérieures), on comptait environ deux enfants par famille, et la séparation parentale survenait après environ onze ans de mariage. Les enfants inclus n'avaient jamais été suivis pour un motif psychologique ou psychiatrique avant le divorce, ils présentaient par ailleurs un développement normal, et n'avaient pas de retard scolaire. Il faut préciser qu'après la séparation parentale la majorité des enfants de cette étude se trouvaient dans une situation de garde principale chez la mère.

Les premières évaluations suivant la séparation, séparaient les jeunes en deux groupes : les enfants d'une part, et les adolescents d'autre part.

On retrouvait chez les enfants, au moment du divorce, un sentiment d'impuissance mais aussi une colère vive contre l'un des parents ou les deux. De plus, ils étaient également plus enclins à prendre part au conflit parental et à « choisir un camp » que les adolescents. On notait également une baisse des résultats scolaires pour la moitié d'entre eux.

Les adolescents présentaient globalement une anxiété importante concernant leur futur. Mais par ailleurs, on observait pour beaucoup, une grande maturité, ils pouvaient représenter à ce moment une aide pour leurs parents.

Cinq ans après le divorce, on a pu observer un lien fort entre l'adaptation psychologique des enfants et la qualité de vie familiale, c'est à dire chez chacun de leurs parents, mais aussi en fonction de la qualité relationnelle entre les membres de la famille. A ce moment de l'étude, de nombreux jeunes, environ un tiers, présentaient une dépression modérée ou sévère. Il n'existait alors pas de lien significatif entre le sexe, l'âge des enfants lors de la séparation parentale et une mauvaise adaptation psychologique. Ainsi, l'idée selon laquelle la qualité de l'environnement familial de l'enfant après le divorce pourrait jouer un rôle majeur est devenue saillante. En effet, l'opportunité pour un parent divorcé ou remarié de créer un environnement plus riche et de meilleure qualité sur un plan émotionnel peut tout à fait se présenter.

Après l'évaluation à cinq ans, il est apparu intéressant de voir comment ces jeunes allaient entrer dans l'âge adulte, si le niveau élevé d'anxiété présent au cours de leur adolescence allait se maintenir et aussi bien de pouvoir observer la façon dont ils allaient éventuellement installer des relations de couple et s'engager dans une vie familiale.

Après dix ans, la séparation parentale reste vécue par les enfants comme un événement majeur qui continue d'influencer leur vie. Ils s'identifient d'ailleurs eux-mêmes comme des « enfants du divorce ». Il s'en suit un renforcement des liens au sein de la fratrie, mais par contre bon, nombre disent ressentir un sentiment de rejet de leur père, et au moins un quart d'entre eux entretiennent des relations qu'ils jugent de mauvaises qualité avec leurs parents.

Judith Wallerstein met en évidence dans le long suivi de sa cohorte, les difficultés psychologiques et sociales persistantes longtemps après le divorce, et un niveau d'anxiété important durant le développement de ces jeunes (77).

Elle a également travaillé en association avec JR. Johnston pour étudier ces conséquences à long terme. Lorsque le divorce se produit pendant l'enfance, c'est à dire au cours d'une période de développement, cette expérience va ensuite faire partie intégrante de

l'image que les enfants ont d'eux même et de la société. Les situations de conflits parentaux importants sont pointées comme facteurs de mauvaise adaptation psychologique chez les enfants, et cela d'autant plus que l'enfant y assiste ou s'y trouve mêlé. Au contraire, le retour, après le divorce à une situation familiale stable ou à un remariage heureux est un facteur de bonne adaptation.
Par ailleurs, ils ont remarqué que ces enfants devenus adultes présentent un sens particulier de la morale avec la valorisation de certaines valeurs telles que l'amour, la fidélité ou la compassion. De plus, il apparaît important de prendre en compte les stratégies de coping dont dispose l'enfant dans son environnement familial. Il semble en effet que les enfants vivant dans des familles perturbées de façon chronique présentent des capacités importantes de coping et de résilience (78).

- J. Kelly (2000) a fait une méta analyse sur dix ans, par laquelle elle étudie l'impact du divorce sur l'adaptation psychologique des enfants mais également celui des conflits maritaux et de la violence des parents. En comparaison aux travaux précédemment cités, Kelly va nuancer l'effet négatif du divorce en montrant que les conflits maritaux sont également vecteurs de troubles, et cela d'autant plus que les conflits ont pour motif les enfants.
En effet, un mariage conflictuel est associé à des difficultés d'adaptation chez les enfants, en termes d'anxiété ou d'attachement perturbé. Il semble néanmoins difficile de se représenter de façon uniforme et normée ce qui définit un mariage conflictuel, des facteurs culturels et individuels rentrant en ligne de compte. Certains éléments, tels que la fréquence, le style de conflits ou la présence de tiers bienveillants, sont considérés comme prédicteurs de l'intensité des conflits maritaux.
Dans ces familles, le soutien entre les membres de la fratrie joue un rôle important, il est associé à une meilleure adaptation psychologique, une meilleure estime de soi ou socialisation, que chez un enfant unique ou dans les fratries où les relations ne sont pas de bonne qualité.
Bien qu'il soit mis en évidence une adaptation sensiblement moins bonne chez les enfants de parents séparés, l'importance particulière des facteurs constituant l'environnement de l'enfant, l'existence de conflits parentaux en premier lieu, apparaît clairement. De plus, les liens à la fratrie, la qualité des relations avec les parents, et notamment le parent non gardien sont importants (79).

- Amato et Keith (1991, 2001), étudient dans leur grande méta analyse américaine de Quatre-vingt-douze études, les conséquences à long terme du divorce chez les enfants, devenus adultes.

Les auteurs exposent plusieurs facteurs qui pourraient expliquer la répercussion du divorce sur la qualité de vie à long terme des enfants.

Il engendre tout d'abord généralement une perte économique, notamment pour les mères célibataires, qui pourra se répercuter sur l'éducation des enfants dans la mesure où ils n'auront pas accès à des cours de soutien, ne disposeront parfois pas d'ordinateur au domicile, ou fréquenteront des écoles pauvrement financées pour leur programme d'éducation (s'agissant ici du système scolaire américain). Dans ces familles, les jeunes devront parfois trouver un emploi pour aider leur parent, et pourront alors être amenés à interrompre leurs études.

La modification de la structure familiale pourrait également être un facteur d'influence dans la situation où une famille monoparentale se constitue après le divorce. Ainsi, le parent, le plus souvent la mère, peut se trouver en obligation de travailler plus et donc de disposer de moins de temps pour son enfant.

Dernièrement les auteurs présentent le divorce comme un événement stressant, facteur d'influence des répercussions sur la qualité de vie.

Il ressort globalement un effet négatif de la séparation parentale sur la qualité de vie à l'âge adulte de ces enfants, en comparaison aux enfants issus de familles nucléaires. Pour apprécier la qualité de vie, des facteurs d'adaptation psychologique comme l'existence d'une dépression ou le degré de satisfaction personnelle, ont été pris en compte, ainsi que des facteurs socio-économiques comme le niveau d'études supérieures, le salaire, le type de profession exercée, et enfin l'état de santé des individus.

Au-delà de la différence entre les groupes mise en évidence, les auteurs attirent également l'attention sur les types de facteurs qui provoquent cet écart.

Il était également à noter, que la différence entre les deux groupes était relativement faible, elle a diminué dans les années 1980, et a eu tendance à se creuser dans les années 1990, mais aussi qu'il existait des résultats contradictoires entre les différentes publications. Amato et Keith expliquaient cela par la propension des différents auteurs à multiplier les variables dépendantes étudiées (80) (81).

- Certaines équipes, comme Hetherington *et al.* (1998), tentent de repérer les effets de diverses variables sur l'adaptation psychologique de l'enfant à la suite d'une séparation parentale. Ils mettent en évidence l'influence de prédicteurs liés aux variables individuelles, familiales et sociales, sur la capacité d'adaptation psychologique des enfants. Ainsi, un modèle complexe tenant compte des facteurs de vulnérabilité et des facteurs protecteurs apparaitrait comme le plus pertinent pour étudier l'adaptation de ces enfants suite à un divorce (82).

- Les sociologues américains A. Cherlin et F. Furstenberg ont publié en 1991 une étude sur les conséquences du divorce sur de larges cohortes anglaises et américaines. Ils ont procédé en deux étapes, en interviewant la cohorte deux fois, à cinq ans d'intervalle. Ainsi la première évaluation avait lieu chez des familles nucléaires puis cinq ans plus tard lorsqu'une séparation avait eu lieu. Il en ressort une majoration des troubles après le divorce en termes de troubles du comportement et de réussite scolaire. Ces constations sont plus importantes chez les garçons que chez les filles. Cependant, ils ont noté que si on prend en compte les troubles du comportement et conflits parentaux lors de la première évaluation, c'est à dire avant la séparation, l'effet du divorce sur l'apparition des troubles se révèle moins important.
Ainsi, les auteurs attirent l'attention sur l'importance qu'il faudrait porter au fonctionnement individuel et familial bien avant la séparation parentale (83).

- H. Kim (2011) a réalisé une étude auprès de 3500 enfants américains, suivis depuis l'école maternelle jusqu'à l'âge de onze ans. Trois étapes différentes ont été individualisées : avant, pendant et après la rupture parentale. Il ressort de cette analyse un impact de la séparation des parents sur les troubles intériorisés tels que l'anxiété ou la tristesse, ils évaluent notamment le retentissement sur les résultats scolaires qui s'avèrent être impactés par la séparation. De plus, ces troubles ne se dissiperaient pas durant les années qui suivent la rupture (84).

- L'étude publiée par D. M. Fergusson, en 1994 (85), s'intéresse aux conséquences chez les adolescents. Elle étudie les relations éventuelles entre le moment de survenue de la séparation parentale et l'apparition de troubles au moment de l'adolescence. Mille deux cent soixante-cinq enfants ont été inclus, et les troubles recherchés étaient l'existence d'une activité sexuelle précoce, une toxicomanie (tabac, alcool, drogue), des troubles du comportement externalisés et des troubles thymiques.

Il en ressort tout d'abord une modération des troubles selon l'âge auquel est survenue la séparation des parents. En effet, quand elle a lieu avant cinq ans, il y a une augmentation du risque de manifestations de troubles du comportement et de troubles de l'humeur à l'adolescence. Alors que si elle survient après dix ans, il y a un risque plus élevé de toxicomanie. Entre l'âge de cinq et dix ans aucun risque ne ressort de façon significative.
Cependant, au-delà de l'âge, des facteurs socio-économiques ont été pris en compte : l'existence d'une toxicomanie parentale, un niveau socio-économique bas, et des conflits parentaux majeurs persistants.
Il est alors particulièrement intéressant de constater que lorsque les auteurs prennent en compte les facteurs socio-économiques, l'influence de la séparation parentale sur l'apparition de troubles à l'adolescence s'avère moins importante.
Cette même équipe, a également travaillé sur les liens éventuels entre la survenue d'une séparation parentale durant l'enfance et les conséquences à l'âge adulte cette fois, concernant les relations conjugales qu'entretiendront ces enfants devenus adultes avec leurs propres partenaires(2013). Il s'agit d'une étude longitudinale menée sur trente ans, neuf cents nouveaux nés ont été inclus ; leur situation conjugale a été étudiée à leur trentième anniversaire. Là encore, des facteurs socio-économiques ont été pris en compte (toxicomanie parentale, abus sexuel durant l'enfance, maltraitance, conflits parentaux, criminalité parentale, niveau socio-économique, troubles du comportement).
Il existe une association significative entre la séparation parentale dans l'enfance et les relations jugées de mauvaise qualité avec le partenaire, la violence intraconjugale ou l'existence de multiples partenaires. Or, ce que les auteurs mettent une fois de plus en évidence, c'est l'influence majeure des facteurs environnementaux sur la qualité et la constance des relations conjugales de ces adultes (86).
Ces deux études ne mettent pas en évidence de différence significative entre les garçons et les filles.
Ainsi, les auteurs vont conclure par l'importance de relativiser les conséquences de la séparation parentale en fonction des facteurs socio-économiques, et donc de mettre en évidence l'influence environnementale.

Cet échantillon de travaux permet d'observer que la très grande majorité des équipes ayant travaillé sur la question de la séparation parentale et de son influence sur les enfants, est anglo-saxonne. En effet, peu de travaux d'envergures ont été menés au sein de la population française.

- Néanmoins, on peut citer l'étude de Martin-Lebrun, Poussin *et al.* sur une large cohorte (1997). Les enfants inclus dans l'étude étaient les élèves de sixième des collèges du département de l'Isère, c'est à dire trois mille quatre-vingt-dix-huit enfants dans vingt-deux collèges.

Les auteurs ont évalué l'estime de soi, qui apparaît comme un indicateur fiable du mal être. Le test de Coopersmith a été utilisé, il s'agit d'un inventaire de l'estime de soi, validé chez l'enfant. Les collégiens ont alors rempli des auto-questionnaires en classe, en présence du médecin scolaire. La grande majorité des enfants de parents séparés bénéficie d'une résidence principale chez leur mère (85,5%).

Ainsi, les scores sont moins bons chez les enfants de parents séparés que chez ceux vivants au sein de familles nucléaires, par contre, il n'existe pas de différence significative selon l'âge qu'avait l'enfant lors de la séparation parentale. Il existe une différence entre les sexes, les filles étant d'autant plus affectées. L'étude du groupe d'enfants en résidence alternée montre globalement un bon niveau d'estime de soi.

Les résultats sont à relativiser en tenant compte du fait que la majorité des filles de sixième sont pubères ce qui n'est pas le cas des garçons, or la puberté et l'adolescence influencent probablement les scores d'estime de soi.

Environ la moitié des enfants de parents séparés voit le parent non gardien, souvent leur père, de façon irrégulière. Les scores d'estime de soi ne sont que peu influencés par la régularité de ces rencontres.

De plus certains facteurs d'influence qui semblent ressortir, tels que la présence de beaux-parents et le niveau socio-économique n'influencent pas ici l'estime de soi des enfants (87).

Dans un second temps (2009), les auteurs on fait une nouvelle évaluation auprès de deux mille dix-sept enfants en ajoutant des questions d'évaluation du conflit parental (88) (89). En douze ans la proportion d'enfants de parents séparés avait beaucoup augmenté (de 15% en 1997 à 25% en 2009). Les scores d'estime de soi sont nettement plus bas chez les enfants dont les familles présentent des conflits majeurs, et cette différence existe quelque soit la situation maritale des parents (mariés ou divorcés). Le fait que l'enfant se sente impliqué dans le conflit parental se répercute également sur son estime de soi, et on observe des scores plus faibles.

La littérature met donc en relief l'importance du contexte environnemental, particulièrement de la qualité relationnelle intrafamiliale, durant la vie et le développement de l'enfant, et donc pas uniquement au moment précis de la séparation mais également avant et

après. La notion de parentalité, sa qualité au-delà du couple conjugal et de la famille nucléaire peut alors être envisagée comme une clé de l'adaptation des enfants.
Ainsi, la notion du mode de garde, reflet du fonctionnement la parentalité, peut apparaître comme centrale (90).

2/ La résidence alternée

Nous définirons tout d'abord, dans le paragraphe suivant, des notions juridiques essentielles, puis nous nous intéresserons à la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale, grâce notamment à l'éclairage d'entretiens avec des magistrats. Ensuite, nous aborderons les situations où le spécialiste, pédopsychiatre, est sollicité, notamment lors des difficultés d'adaptation socio-affective des enfants et adolescents. Nous examinerons enfin, les situations particulières que sont les très jeunes enfants et les conflits parentaux majeurs.

2.1/ Trois notions juridiques

- **L'autorité parentale**

Il s'agit d'un ensemble de droits et de devoirs définis par le code civil et ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Sauf exception, et dans le cas où ils auraient tous deux reconnus l'enfant, les parents détiennent l'autorité parentale conjointe jusqu'à sa majorité.

- **La résidence**

Il s'agit du lieu où va vivre l'enfant. Après un divorce, il convient au JAF d'assigner un lieu de résidence à l'enfant, l'attribution de la résidence est donc une application pratique du principe d'autorité parentale. L'intérêt supérieur de l'enfant doit guider cette assignation.

- **Le droit de visite et d'hébergement**

Lorsque la résidence de l'enfant est fixée chez l'un des parents, l'autre bénéficie d'un droit de visite et d'hébergement. Le parent chez qui l'enfant réside doit obligatoirement permettre son exercice à l'autre parent. La non-présentation d'enfant est un délit pénal qui fait encourir des

peines de prison. Par contre, le parent titulaire du droit de visite et d'hébergement n'est pas obligé d'user de ce droit et peut légalement ne pas se présenter.

2.2/ Loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002 sur l'autorité parentale marque un tournant. Elle est le reflet des mutations profondes du schéma familial traditionnel, la séparation des parents et la recomposition des familles s'étant largement banalisées dans notre société.

Dans le passé, dans la grande majorité des cas, les enfants de parents séparés vivaient avec leur mère et séjournaient chez leur père un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires. Depuis plusieurs années, on pouvait observer une nouvelle pratique suivant laquelle les enfants séjournaient de façon alternative chez leur mère et chez leur père au rythme le plus souvent d'une semaine sur deux. Cette pratique résulte d'un accord réciproque entre les parents.

La loi de 2002 va bouleverser la législation en vigueur en octroyant aux juges aux affaires familiales la possibilité d'imposer une résidence alternée (91). Ce fait est totalement novateur puisque jusqu'alors cette pratique n'était pas légalisée et devait résulter d'un accord à l'amiable entre les parents.

La nouvelle loi privilégie désormais la résidence alternée plutôt que la résidence chez l'un des parents, l'élevant au rang de norme.

Elle a créé une situation nouvelle dans laquelle le juge aux affaires familiales est le seul décideur et ne bénéficie d'aucun garde-fou.

En effet, le texte ne décrit pas les conditions requises à l'application de la résidence alternée ni les facteurs limitant sa possibilité.

Ce point particulier a été au moment de la création de la loi au cœur des débats et il reste aujourd'hui encore un sujet brulant qui cristallise une excitation sociétale entre associations de pères, associations de mères, professionnels de l'enfance…

Dans la grande majorité des cas (80%) les parents sont d'accords sur la résidence des enfants et leur décision est homologuée par le juge. En cas de désaccord, lorsque le père demande la résidence alternée alors que la mère souhaite une résidence chez elle, le juge prononce la résidence alternée dans 25% des cas. Lorsque c'est la mère qui demande la résidence alternée et le père une résidence chez lui, le juge la prononce dans 40% des cas. Dans ces cas

particuliers où il n'y a pas d'accord initial entre les parents, il est opportun d'engager un travail de médiation familiale.

La question de l'âge de l'enfant n'est pas prise en considération, la loi étant en théorie autant applicable pour les nourrissons que pour les adolescents. L'âge moyen d'un enfant en résidence alternée oscille entre 9 et 10 ans. Les enquêtes justices montrent qu'elle est privilégiée pour les 5-10 ans, alors que la résidence chez la mère est privilégiée pour les moins de 5 ans .
Chez le jeune enfant, la question du parent pourvoyeur des soins avant la séparation est également éludée.
La question des conflits parentaux n'est pas considérée comme un critère limitant mais comme un facteur pouvant justifier son imposition.
On peut donc se représenter la lourde charge laissée au magistrat, qui doit prendre ses décisions en gardant au centre de sa réflexion l'intérêt supérieur de l'enfant.

2.2.1/ Intérêt supérieur de l'enfant

On retrouve cette notion dans la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (20 novembre 1989).
« Dans toutes les décisions qui concernent les enfants…l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » (art. 3-1).
Cette notion doit guider le magistrat dans sa prise de décision, or il s'agit d'une formule imprécise, insaisissable, laissant chacun l'interpréter selon son spectre personnel, et dans le contexte idéologique du moment, elle raisonne pour certains juristes comme une formule magique. Ils mesurent cet intérêt par rapport au vécu de l'enfant et à son équilibre personnel, en visant les conditions susceptibles de favoriser cet équilibre. Cependant, pour l'aider à prendre des mesures les plus conformes à l'intérêt de l'enfant, le magistrat a la possibilité de demander une enquête sociale, ou encore une expertise médico-psychologique (92).

T. Brazelton a beaucoup travaillé sur les besoins de l'enfant, il a défini sept besoins fondamentaux, indispensables à son bien-être et son développement (93), qui prennent en compte les observations et données des théories du développement psychoaffectif de l'enfant tel que nous l'avons décrit précédemment :

- le besoin de relations chaleureuses et stables. Le nourrisson a besoin d'interactions émotionnelles avec les adultes qui prennent soin de lui. Elles préparent l'installation de relations personnelles ultérieures.

- le besoin de protection physique, de sécurité, de régulation, lui permettant de se positionner clairement dans son environnement et de ressentir de la confiance en soi.

- le besoin d'expériences adaptées aux différences individuelles. Les besoins des enfants sont différents de ceux des adultes mais également de ceux des autres enfants, ils ont chacun un développement émotionnel, relationnel propre, les différents enfants d'une même fratrie en sont l'illustration.

- le besoin d'expériences adaptées au développement. L'enfant a besoin que l'environnement et les stimulations qui lui sont proposées correspondent aux différentes étapes de son développement.

- le besoin de limites, de structures et d'attentes. Les apprentissages doivent être progressifs, patients, l'enfant a besoin d'un cadre sécurisant dont les adultes autour de l'enfant sont garants.

- le besoin d'une communauté stable, de son soutien, de sa culture. Il conditionne l'ouverture progressive vers le monde extérieure, sa capacité future à développer une vie sociale.

- le besoin de protection de l'avenir. La façon dont le jeune enfant se construit conditionne toute sa vie future, la qualité ultérieure des relations avec ces pairs.

2.2.2/ La parole de l'enfant

Le juge peut entendre les « mineurs capables de discernement », son appréciation est souveraine et se fera au cas par cas, en fonction de l'âge de l'enfant, de sa maturité, de son développement psychique. Il s'agit donc pour lui de définir pour chaque enfant un âge de la parole recevable (94), il se situe souvent autour de sept ans, âge que l'on appelle communément l'âge de raison.

On peut se questionner sur l'idée d'un cap à partir duquel l'enfant à l'autorisation de s'exprimer devant le magistrat. Les tous petits, âgés de moins de sept ans, ne bénéficient pas de cette possibilité et cela quelque soit leurs compétences individuelles.

Pourtant certains mettent en avant qu'ils sont reçus par les pédopsychiatres, les psychologues, bien avant d'accéder au langage et à la maturité, et qu'ils possèdent donc de grandes capacités

d'expression qui passent par d'autres médias, par sa façon d'interagir avec l'autre, par son comportement.
Inversement on peut s'interroger sur l'opportunité de demander à un enfant d'exprimer un choix devant un magistrat et sur ce qu'il peut se représenter de cette expérience face à des professionnels qui ne sont pas réellement formés à recevoir la parole de l'enfant, et qui ne rendront pas nécessairement une décision allant dans son sens. De plus la question de situer l'enfant dans un conflit de loyauté en lui demandant d'exprimer sa préférence sur son lieu de résidence doit se poser.

2.2.3/ Quatre questions au magistrat

Comme nous venons de le développer, le juge aux affaires familiales est un acteur central des questions de séparations parentales et de résidence des enfants dans le contexte de la loi du 4 mars 2002. Il nous est donc apparu comme particulièrement intéressant d'apporter l'éclairage du magistrat au regard des professionnels de la santé.
Ainsi nous avons eu l'opportunité de pouvoir proposer quatre questions à deux magistrats à ce sujet :

- **Sarah Cassius (SC)**, Juge Aux Affaires Familiales, tribunal d'Amiens
- **Laurent Manhes (LM)**, Président du tribunal correctionnel, Vice-Président du Tribunal de grande instance d'Amiens, et ancien Juge Aux Affaires Familiales

1/la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale, octroie au JAF en son article 5, la possibilité d'ordonner à titre provisoire, la résidence alternée.
Est-ce une décision que vous prenez fréquemment ?
Quelle est votre démarche de raisonnement pour parvenir à cette décision et avec quels objectifs?

SC : En l'état de ma pratique (depuis octobre 2014 seulement), je n'ai ordonné de résidence alternée que si elle était sollicitée par un des parents au moins.
La plupart des résidences alternées ont été ordonnées à partir de l'accord des parents.

A défaut d'accord, j'apprécie la comptabilité de cette organisation surtout avec l'âge des enfants, la communication possible entre les parents, l'organisation pratique et le cas échéant la nécessité de préserver la place d'un des parents dans la vie quotidienne de l'enfant.
Les décisions de résidence alternées sont régulières mais il m'est difficile d'en évaluer la fréquence.

LM : La résidence alternée relève de facteurs d'abord pratiques : lieu de scolarisation des enfants, domiciles respectifs des parents, composition de la famille… facteurs géographiques auquel s'ajoutent des considérations personnelles (volonté des parents, relations avec les enfants…). Il s'agit vraiment de choix au cas par cas et une relative entente parentale reste une condition.

2/Le JAF peut entendre les « mineurs capables de discernement » dans les contextes de séparation parentale, concernant leur résidence. Votre idée de ce que l'enfant peut se représenter de cette expérience influence–elle votre entretien ?

SC : En tant qu'ancienne juge des enfants, je suis vigilante à ce que j'imagine que l'enfant et ses parents attendent de cet entretien.
En pratique, je laisse l'enfant exprimer ce qu'il a préparé en lui rappelant que les notes prises par la greffière seront à disposition de ses deux parents. Je lui explique ensuite que ma décision ne s'appuiera pas exclusivement sur ses demandes ou son ressenti, que je statue en fonction des demandes et du positionnement de ses parents.
Certaines procédures ne s'appuient que sur l'audition de l'enfant ce que j'estime être très problématique pour lui qui porte ainsi seul la demande et la justification du changement envisagé.

LM : Cette question est intéressante. Si l'âge de raison est à 7 ans, les juges apprécient variablement cet âge de la parole. Ceux qui ont été parents savent qu'à au moins 9 ans un enfant est en parfaite capacité d'exprimer un avis pertinent. Les juges les plus jeunes, non encore parents, n'ont pas cette expérience et se méfient davantage des enfants. L'essentiel est évidemment de dire à l'enfant qu'il ne donne qu'un avis au juge, que celui-ci reste libre de

décider, afin que la parole ne soit pas trop lourde et que la responsabilité du choix reste chez l'adulte.

3/En matière de divorce et d'hébergement, dans quelles situations sollicitez-vous une expertise psychologique/psychiatrique pour vous aider dans vos prises de décision ?
Quelles sont vos attentes ?

SC : J'ordonne une expertise psychologique/psychiatrique lorsque des éléments dans le dossier conduisent à un questionnement soit sur le fonctionnement et le comportement d'un des parents soit lorsqu'est évoqué une souffrance de l'enfant, particulièrement dans la relation à un des parents.
J'attends alors un éclairage sur le fonctionnement psychique du parent, sa relation à son enfant, la prise en charge de celui-ci, son relationnel à l'autre parent, et sa capacité à respecter les besoins de l'enfant, la place de l'autre parent et les décisions judiciaires (civiles et pénales).

LM : Les expertises psycho-psychiatriques restent rares et n'interviennent qu'au vu d'indices inquiétants concernant un parent. L'idée est alors de connaître la capacité d'accueil du parent concerné. Les expertises les plus fréquentes restent sociales afin d'apprécier les conditions de vie des foyers familiaux. Mais la décision judiciaire doit rester une histoire de perception et d'intuition du juge, à l'issue d'une procédure et d'une audience, et résister à la « société des experts » qui se développe.

4/ La littérature psychiatrique scientifique place les conflits parentaux majeurs comme principal indicateur de la mauvaise adaptation psychologique des enfants. Dans ces contextes particuliers de conflits majeurs, proposez-vous facilement une médiation ?

SC : Même en cas de conflits pas nécessairement majeurs, je propose régulièrement, mais sans trop de succès en l'état, une médiation familiale pour encourager la mise en place d'un espace de parole tiers et dédié à la communication entre les parents séparés, hors la présence de leurs enfants, de leur nouveau compagnon/compagne et de leur entourage.

Cette médiation a selon moi l'objectif de permettre de « vider les abcès » liés à la séparation conjugale et d'ensuite construire la manière dont les parents pourront fonctionner au moins à minima dans leur autorité parentale conjointe en veillant à autant de cohérence que possible pour le bénéfice de leurs enfants.

LM : La médiation est une excellente idée pour tenter de désamorcer des conflits parentaux. Mais elle suppose que les parents y soient prêts, c'est-à-dire qu'ils commencent à dépasser leur douleur (toute séparation est un carnage collectif, malgré la banalisation qui s'installe) et qu'ils échappent à l'emprise de leurs avocats qui vivent du conflit. L'expérience montre que souvent un des 2 parents est disposé à la médiation, qui n'échoue que du fait de l'autre.

2.3/ Le recours aux spécialistes

La France est, avec le Québec, le pays où le choix de la résidence alternée est le plus fréquent. De plus, il est en progression constante depuis dix ans, selon les enquêtes justices, il est passé de 10% en 2003 à 17% en 2012, on peut donc estimer qu'aujourd'hui la résidence alternée concerne plus de 20% des enfants de parents séparés.

Malgré cela, il faut remarquer que ce choix est toujours loin de représenter la majorité des options.

Aujourd'hui, il semblerait qu'une consultation sur deux en privé soit consacrée aux enfants du divorce.

Or, les consultations spécialisées (pédopsychiatriques ou psychologiques) concernant les enfants en résidence alternée sont plus fréquentes que pour les enfants en garde dite classique.

Ainsi, devant ces constatations, de nombreux pédopsychiatres se sont intéressés à cette question ces dernières années. Le Pr Gauthier, directeur de la clinique de l'«attachement» à l'hôpital Sainte-Justine au Canada déclarait *« examiner de plus en plus souvent des enfants en résidence alternée qui vont mal (...) Ces enfants sont traités comme des cobayes »* disait-il (95).

La résidence alternée implique des questionnements d'ordre psychologique puisqu'elle concerne directement l'enfant, son adaptation psychique et son mode de vie.

Il n'existe pas de consensus dans la littérature scientifique au sujet des effets de la résidence alternée sur le développement de l'enfant.

Les auteurs s'accordent en revanche globalement sur le fait que la résidence alternée ne doit pas se mettre en place avant l'âge de 3 ans, et certains estiment qu'elle devrait être contre indiquée avant l'âge de 6 ans.

La question de la motivation des parents à choisir une résidence alternée peut se poser. En effet, il est parfois difficile de discerner motivation, fantasme, et intérêt pour les parents à choisir ce mode de garde.
La culpabilité de la séparation est souvent retrouvée. Pour certains parents, elle peut apparaitre comme insurmontable et alors engendrer une tentative de négation des pertes inhérentes à la séparation. La résidence alternée faisant parti du déni, avec l'idée que « rien ne changera, que l'enfant verra autant ses parents, comme avant. »
Or, ce fonctionnement en forme de déni pourrait risquer d'ignorer la souffrance de l'enfant et la douleur des pertes qu'il vit.
D'autre part, le fonctionnement familial se retrouve complétement bouleversé, la façon d'être parent au quotidien également, il en résulte ainsi un changement des fondements de l'identité parentale. Pour certains parents, d'autres priorités peuvent émerger après la séparation telle que « refaire leur vie » ou s'investir d'avantage professionnellement (96).

2.3.1/ La résidence alternée - 3 notions essentielles :

- **Notion de coparentalité** :

La parentalité a évolué de façon considérable depuis la deuxième moitié du siècle dernier. On peut situer un tournant majeur dans ce domaine à l'adoption de loi du 4 juin 1970 qui place les deux parents à égalité à l'égard de l'enfant, en substituant à l'autorité exclusive du père, l'autorité parentale conjointe. Cette autorité conjointe sera étendue en 1993 aux parents divorcés ou non mariés.
L'esprit de la loi de 2002 place la coparentalité au centre du texte, elle assure aux parents séparés la permanence des droits et des obligations parentaux, et oblige le père et la mère à maintenir des relations personnelles avec l'enfant et à respecter les liens de celui ci avec l'autre parent. Elle implique que les parents doivent notamment prendre ensemble les décisions importantes concernant la santé, l'orientation scolaire, l'éducation religieuse et le changement de résidence de l'enfant.

La résidence alternée est l'une des applications possibles de la coparentalité (97).
Ainsi, lors de la séparation, les parents font faire face à un paradoxe majeur, d'une part faire le deuil du couple conjugal, et d'autre part, aménager les modalités de leur parentalité commune. La coparentalité accompagne l'évolution sociétale de la famille, les relations entre le père et la mère se poursuivant après une séparation, au-delà du couple conjugal par le lien de ce que certains auteurs nomment le « couple parental ». Cette notion de couple peut apparaître comme ambiguë devant la réalité d'une séparation, avec l'idée de la poursuite d'une relation privilégiée, alors qu'il semblerait que ce soit plutôt un partenariat qui s'installe, avec des modalités éducatives différentes qui vont devoir s'articuler, et qui diffèrent d'ailleurs souvent de celles établies antérieurement lors de la vie familiale commune. En effet chacun des parents, va alors adapter ses positions éducatives en fonction de son histoire personnelle et de ses nouvelles modalités de vie.
La séparation ne signifie pas la dissolution de la famille mais sa réorganisation. Cette coparentalité et donc cette coresponsabilité se pose comme une référence essentielle, un point d'ancrage sur lequel s'appuyer pour les enfants.

En effet, il est désormais admis que l'un des besoins importants des enfants après la séparation de leurs parents est de pouvoir garder un lien de qualité avec chacun d'entre eux (99)(98). La résidence alternée peut apparaître comme un moyen de favoriser la continuité, permettant à chaque parent de garder sa place dans la vie de l'enfant.
On peut s'interroger sur le parallèle qui est fait entre la quantité de temps et sa qualité. En effet il s'agit ici de relations humaines, pour lesquelles une égalité quantitative, en terme de temporalité, ne signifie pas nécessairement une égalité qualitative.

- **Notion de séparation** :

Cette notion doit se comprendre en regard de la théorie de l'attachement que nous avons développé antérieurement.
La résidence alternée va de pair avec la dualité résidentielle, l'enfant quitte donc chaque semaine un parent et un domicile pour un autre. Il est alors confronté de façon répétée et rapprochée à la séparation, et aux retrouvailles, ils vont rythmer sa vie, et devenir un rituel. Ce « rituel de passage », d'un parent à l'autre, d'une maison à l'autre, apparaît comme un processus déterminant. Une attention particulière doit lui être apportée, il doit être réfléchi,

construit par les parents, c'est le moment ou le fonctionnement de la coparentalité est mis en exergue (97). Il peut créer un sentiment d'insécurité chez l'enfant s'il est le lieu de conflits perpétuels.

Au-delà du moment particulier que représente le passage d'un parent à l'autre, la résidence alternée implique une période de séparation régulière avec les figures d'attachement, une discontinuité des rapports. Il apparait donc important pour l'enfant de pouvoir se représenter mentalement ses deux parents en leur absence. La question de la maturité affective et cognitive semble être capitale. Elle leur permet de préserver une continuité relationnelle symbolique, par le biais de la représentation mentale, avec le parent absent et ainsi d'écarter le sentiment de perte du lien affectif et de la sécurité qu'il lui apporte.

- **Notion d'alternance spatiale** :

La résidence alternée va en fait de pair avec une dualité résidentielle pour les enfants, en opposition à la garde dite classique où ils résident chez le parent gardien. Le domicile de ce dernier est alors perçu comme la résidence principale de l'enfant avec ses habitudes et ses repères dans la vie quotidienne. La mise en place d'une résidence alternée implique deux domiciles, deux chambres entre lesquels l'enfant partagera sa vie de façon équitable en temps, le plus souvent sur un rythme d'une semaine sur deux. La dualité spatiale devrait s'associer à une équité relationnelle avec chacun des parents en termes de temps partagé.

2.3.2/ Comment se construisent les enfants en résidence alternée sur le plan de leur adaptation socio-affective ?

Quelques prérequis matériels apparaissent comme indispensables à la mise en place de la résidence alternée dans de bonnes conditions pour chacun, et principalement l'enfant : la proximité géographique entre les deux logements est le premier point, ils ne devraient pas être séparés de plus de quelques kilomètres, l'idée étant qu'en dehors de ses deux maisons, l'enfant garde le même environnement extérieur, et ainsi une stabilité dans ses repères spatiaux et matériels. Cela va permettre aux enfants d'être scolarisés dans le même

établissement scolaire, de poursuivre leurs activités de loisirs et de maintenir les liens avec leur environnement social (97).
Par ailleurs, la valise devrait être la plus légère possible, avec l'importance de posséder les affaires de l'enfant en double exemplaire. A contrario, certains objets, tel que le doudou, les objets symboliques ne pouvant pas être dédoublés, doivent pouvoir suivre l'enfant.
Deux situations particulières se détachent à la lecture de la littérature, et apparaissent comme deux groupes d'enfants plus à risque de mauvaise adaptation psychologique :

- Les très jeunes enfants, que nous situerons dans la tranche d'âge des moins de 3 ans

Durant les premières années de vie la résidence alternée ne serait pas indiquée. Cette idée semble globalement faire consensus dans la littérature scientifique (101)(100). En effet, comme nous l'avons vu dans le chapitre deux, c'est durant cette période, que les schémas d'attachement vont s'élaborer et donc les fondations du sentiment de sécurité interne de l'enfant. Ainsi on peut comprendre que la persistance dans les relations est indispensable et incompatible avec un système de garde qui implique des séparations répétées. La résidence alternée implique que l'adulte référent change chaque semaine, il n'existe alors pas de constance, et donc pas de climat propice à la mise en place de représentation d'attachement sécure (102).
Globalement les praticiens s'accordent sur cette idée, certains d'entre eux adoptant une position très tranchée et médiatisée dans ce sens, c'est le cas de M. Berger, qui s'oppose à la mise en place d'une résidence alternée chez le petit enfant, au regard des théories de l'attachement et de sa pratique clinique (103).

- les situations très conflictuelles entre les parents

Nous développerons plus loin ces situations particulières mais fréquemment rencontrées de conflits majeurs entre les parents.
Or, la résidence alternée implique des contacts répétés entre parents, la mise en place d'une coopération afin de pouvoir organiser la vie des enfants. Ils doivent être en mesure de communiquer dans l'intérêt de l'enfant (104).
Certains chercheurs, comme Nelson, avancent que la répétition des contacts, l'impératif de communication va compliquer et souvent aggraver des conflits existants (105). C'est

également la position de Eleanor E. Maccoby, professeur émérite de psychologie à l'université Standford, *« nous nous faisons beaucoup de soucis quant à l'utilisation de la garde alternée dans des cas où le conflit parental est élevé, ce type de situation exposant gravement les enfants. Nous pensons qu'il n'est pas bon pour un enfant de se sentir pris au cœur du conflit de ses parents, et nous sommes convaincus qu'ordonner des gardes alternées dans ce type de contexte est risqué »* (106).
D'autres, tel que Bauserman, montrent que les conflits auraient plutôt tendance à diminuer dans la mesure où les parents sont rassurés quant à la perte de leur enfant (107).

La construction psychologique des enfants vivant en situation de résidence alternée est le sujet de discorde entre de nombreux auteurs. Nous nous attacherons ici à faire le bilan de façon descriptive des différentes données présentes dans la littérature au sujet des capacités d'adaptation de ces enfants.
Nous porterons particulièrement notre attention sur les études synthétisant les résultats d'une grande part de la littérature, c'est à dire les méta analyses et rapports officiels. Il faut noter que ces publications sont très majoritairement Nord-Américaines (Bauserman, Lye), les publications françaises proposant plutôt des études ou présentations de cas isolés.

Robert Bauserman, psychologue américain réalise en 2002 une méta-analyse de 33 études, comparant des enfants en situation de résidence alternée, avec d'autres en garde classique ou vivant au sein de familles nucléaires.
Il faut noter qu'en Amérique du Nord, « the joint custody » englobe à la fois la résidence alternée et l'autorité conjointe.
Il ressort de l'étude qu'en comparaison aux enfants en garde classique, les enfants en résidence alternée ont une adaptation psychologique de meilleure qualité.
En effet, ils vont présenter moins de troubles du comportement et moins de troubles émotionnels, ils ont une meilleure estime d'eux-mêmes, des relations de meilleure qualité avec leur famille et de meilleurs résultats scolaires.
L'adaptation socio affective de ces enfants est d'aussi bonne qualité que celle d'enfants vivant dans une famille nucléaire.
Bauserman fait l'hypothèse que ces résultats soient en lien avec l'opportunité qu'à l'enfant de maintenir une relation et un contact effectif avec chacun de ses parents quand il est en résidence alternée. Ainsi au-delà de la résidence alternée c'est le maintien d'une relation

privilégiée aux deux parents, et notamment au père, qui serait facteur d'une bonne adaptation chez les enfants (107).
Cette relation au père, dans les conditions d'une résidence principale chez la mère, a fait l'objet de plusieurs études (108). Les résultats étayent les précédents, en mettant en évidence qu'une proximité avec le père, en termes de relation privilégiée et de maintien d'un cadre éducatif contenant, permet à l'enfant une meilleure adaptation émotionnelle, moins de troubles du comportement, et de meilleurs résultats scolaires. Néanmoins, dans cette situation de garde, les relations à la mère montrent une plus grande influence sur les capacités d'adaptation de l'enfant.

Le Rapport Lye demandé par le tribunal de Washington en 1999 est également éclairant.
Son but majeur était de rassembler des informations sur la manière dont les parents en instance de divorce s'accordent pour la prise en charge des enfants, et comment ces arrangements se mettent en œuvre après la dissolution du mariage.
Ce rapport présente des informations du point de vue des experts, à partir de l'analyse de publications de spécialistes de la prise en charge et du bien-être des enfants après divorce.
Il a pour objectif de répondre à la question suivante : est-ce que l'autorité parentale conjointe et la garde alternée améliorent le bien-être des enfants comparativement à d'autres formules de prise en charge des enfants de couples divorcés ?
La revue de la littérature apporte des résultats mitigés. Certains auteurs démontrent les bénéfices de la garde alternée en termes de santé psychologique. Mais la majorité des études suggèrent que la garde alternée n'est pas indiscutablement bénéfique pour les enfants, c'est à dire qu'ils ne mettent pas en évidence de différence significative entre les modes de garde. Toutefois, on peut noter qu'elles ne démontrent pas non plus que la résidence alternée représente un mode de garde nocif pour les enfants.
Eleanor E. Maccoby et Robert H. Mnookin, professeur à la faculté de droit de Harvard, ont publié un ouvrage de référence *« (Se) partager l'enfant »* reprenant les conclusions d'une étude sur 1124 familles californiennes en instance de divorce.
Ils mettent en avant que les résultats de l'observation d'adolescents dans le cadre de leur recherche ainsi que d'autres recherches ont confirmé que les effets de la coparentalité étaient importants. Les enfants retirent en effet de réels bénéfices (psychologiques, sociaux et économiques) de l'entente harmonieuse de leurs parents lorsqu'ils sont divorcés (104).

Dans la littérature, et notamment francophone, on retrouve de façon redondante les bénéfices suivants de la résidence alternée :

- elle protège l'estime de soi de l'enfant, en limitant le sentiment de rejet et d'abandon (99). Cela peut s'expliquer par un maintien effectif des liens avec les deux parents, l'enfant est ainsi assuré de l'importance qu'il a pour chacun d'entre eux (109).
- elle évite l'éviction ou la démission du parent non gardien, et par effet corolaire un manque d'assurance et de confiance en soi (110).
- elle profère un meilleur sentiment de proximité avec le père (111).
- elle inciterait au développement de l'indépendance et de l'autonomisation.

Les conséquences négatives qui lui sont attribuées et qu'on retrouve dans un certain nombre de publications, peuvent se résumer comme suit :

Les transitions répétées entre le foyer de la mère et du père, indissociables de la résidence alternée, confrontent les enfants aux pertes matérielles et affectives répétitives, et donc potentiellement au traumatisme lié à la séparation. Cela peut poser la question d'un débordement des capacités de régulation émotionnelle de l'enfant (102).

D'autres auteurs mettent en avant les signes de souffrance psychique présentés par certains enfants qui vont d'un tableau de syndrome post-traumatique, aux troubles du sommeil, au sentiment dépressif, à l'agressivité jusqu'à un « syndrome de l'enfant parfait » (96).

Il apparaît finalement que le contexte environnemental soit déterminant dans l'adaptation psychologique des enfants vivant en résidence alternée. Les facteurs familiaux tels que le fait d'appartenir à une fratrie, la situation conjugale des parents, ou bien la qualité de l'alliance parentale sont fondamentaux (112).

Les propos de Judith Wallerstein permettent une conclusion éclairante et raisonnable sur la question : *« La garde alternée peut aider des familles qui en ont font le choix et lorsque cette formule s'adapte à l'enfant. Mais aucun élément ne porte à croire qu'une même formule soit valable pour tous.*

Tout démontre plutôt qu'il doit y avoir différentes formules de garde pour les différents types de famille qui peuvent exister. Le travail qui reste à effectuer consiste donc à trouver la formule la mieux adaptée à chaque famille. »

3/ Les situations de conflits parentaux majeurs

Le niveau de conflit parental est un indicateur qui fait consensus dans la littérature scientifique: il a une influence directe sur la capacité d'adaptation des enfants.

On peut globalement situer le conflit parental à deux niveaux, selon qu'il porte sur la garde des enfants ou sur la séparation elle-même.

Les relations conflictuelles entre les parents vont engendrer des conséquences psychologiques chez leurs enfants. En effet, un marqueur souvent utilisé est la mesure de l'estime de soi. En cas de situation conflictuelle, la baisse de l'estime de soi est significative chez les enfants en comparaison aux cas ou les relations familiales sont plus apaisées (113). De plus, l'estime de soi sera encore moins bonne dans les situations ou l'enfant va prendre part au conflit en soutenant l'un de ses parents, lorsqu'il se sent impliqué dans les contentieux, et se retrouve alors dans une situation de conflit de loyauté. Il d'ailleurs notable, dans ces situations, que le type de résidence (principale ou alternée) ne modifie pas la mauvaise estime de soi éprouvée par l'enfant (99).

De manière générale, il semblerait que les conflits parentaux soient un facteur influençant négativement le comportement et les capacités d'adaptation des enfants indépendamment de la séparation parentale. On peut en effet également constater ces conséquences au sein de familles nucléaires où le niveau de conflit est important (79).

On va observer des troubles variés chez les enfants vivant au milieu de conflits parentaux, qu'ils soient dans une famille nucléaire ou séparée, à type de troubles des conduites, comportements antisociaux, difficultés relationnelles avec les pairs, syndrome dépressifs, ou encore échec scolaire. Des effets à plus long terme ont aussi été rapportés avec la fréquence de syndrome dépressif à l'âge adulte.

La sévérité du conflit est un marqueur important. Un conflit très sévère pourra engendrer un trouble de l'attachement chez le petit, ainsi que des troubles internalisés et externalisés chez les grands enfants et adolescents.

Le type de conflit est également un facteur d'influence. Les conflits ouverts avec des scènes violentes de cris voir de coups entraineront des troubles de tous ordres chez les enfants. Alors que les conflits fermés (tension relationnelle, ressentiment, agressivité contenue) engendreront plutôt des troubles internalisés (anxiété, éléments dépressifs).

Lors des conflits majeurs entre les parents, beaucoup d'enfants se retrouvent confrontés à des conflits de loyauté, en difficulté pour se situer entre le désir contradictoire des adultes, sommés plus ou moins implicitement de prendre parti pour l'un ou l'autre de leurs parents.

Le conflit de loyauté peut se définir comme un conflit intrapsychique dont l'origine est liée à l'impossibilité de choisir entre deux solutions possibles, ici entre les deux parents, et donc entre deux personnes fondamentales en terme de figure d'attachement (114). Ce choix ne peut en aucun cas être serein pour l'enfant, il génère un conflit, et donc une situation de stress intrapsychique. *« Les conflits de loyauté naissent lorsque deux loyautés viennent à s'opposer, à se contredire, plongeant le sujet qui en est le siège dans un dilemme : être obligé de trahir la loyauté envers une personne pour être fidèle à l'autre et vice versa. Situation où l'on se retrouve de toute façon perdant »* souligne JL. Le Run (115).

L'enfant au milieu du conflit, peut être le témoin privilégié d'une campagne de dénigrement systématique d'un parent envers l'autre, voir le confident d'adultes ébranlés par la séparation, avec comme conséquence possible, l'installation de l'idée selon laquelle aimer un parent exclut l'amour pour l'autre.

Dans ces situations de déchirement entre les parents, l'enfant est bien souvent sensible à leur fragilité, et plus particulièrement à la fragilité du parent qu'il se représente comme le « plus faible », il adoptera alors une position de soutien auprès de ce dernier, adaptant ses désirs à ce qu'il imagine être ses attentes. Il se retrouve dans une position de parentification, ne respectant plus la place générationnelle de chacun mais s'élevant au niveau de l'adulte en tant que soutien. Cette confusion générationnelle peut engendrer un sentiment de toute puissance chez l'enfant, le deuxième parent n'étant plus disponible pour jouer son rôle de tiers séparateur. La confusion engendre une perte des repères identificatoires génératrice d'une insécurité émotionnelle. La triangulation familiale est rompue et se réorganise autour d'un seul parent et son enfant, supprimant ainsi toute expérimentation de l'altérité. La possibilité d'ambivalence devient alors complexe pour l'enfant qui peut adopter des mécanismes défensifs tels que le clivage. On peut distinguer deux modalités différentes de clivage, d'une part le « clivage du moi », l'enfant passant d'un affect extrême à l'autre à l'égard de ses parents, et d'autre part le « clivage de l'objet », un parent faisant figure de bon objet et l'autre de mauvais objet.

L'attachement d'un enfant à chacun de ses parents peut également le pousser à la neutralité et à la mise en place des stratégies défensives, de clivage comme nous l'avons vu, ou de déni.

Ce climat de vie va donc engendrer des conséquences psychologiques dans la façon qu'à la jeune de se construire. On peut comprendre aisément la majoration prolongée du niveau d'anxiété associé à cette situation, et tous ces effets secondaires sur le fonctionnement neurobiologique (116), et en termes de somatisation.

Un environnement familial extrêmement conflictuel altère donc les processus de développement de l'enfant.
Devant ces constatations, une réponse est apportée pour venir en aide à ces familles déchirées par le biais de la médiation.

- **La médiation**

La médiation est un outil à la disposition du Juge aux affaires familiales mais également des parents en instance de séparation quand la situation est conflictuelle et qu'aucun consensus ne parvient à être trouvé. Elle est porteuse de résolution des conflits.
Elle va avoir pour objectif premier de restaurer un dialogue, de permettre de renouer une communication entre les anciens conjoints. Pour cela, un tiers neutre, le médiateur, va travailler avec eux sur les conséquences de la séparation, et notamment la résidence des enfants. Les parents démarrent alors un travail conjoint et régulier autour du médiateur à la recherche de solutions mutuellement acceptables, avec l'idée de faire prendre conscience à chacun des attentes et besoins de l'autre, au cours des séances ils vont être amenés à élaborer des accords sur les termes de leur séparation et son devenir.
En restaurant un dialogue, l'idée de la médiation est également de protéger les enfants des séparations conflictuelles. Bien souvent, dans ces schémas de fonctionnement familiaux, les enfants deviennent les messagers, c'est par eux que circulent les informations entre les parents, ils deviennent porteurs de messages teintés de rancœur voir d'agressivité envers l'autre parent. Ils se trouvent alors au milieu du conflit, éventuellement instrumentalisés par ce dernier, avec toute la charge de la loyauté qui leur incombe.
Au-delà de cette fonction de messager, l'enfant peut être mis dans des positions de choix difficiles à propos par exemple de sa résidence, se retrouvant ainsi au cœur de la rivalité parentale. La médiation doit alors permettre aux parents de parler sur le conflit, et de chercher des réponses acceptables pour chacun d'entre eux. L'enjeu est souvent de comprendre et

d'accepter les choix et le nouveau mode de vie de chacun, ainsi que la recomposition familiale, et les règles de vie divergentes entre les domiciles.
L'objectif supérieur est donc de permettre aux enfants d'aimer leurs deux parents et de pouvoir vivre avec chacun d'entre eux de la façon la plus apaisée possible (117).

En résumé :

La séparation parentale pourrait être perçue comme un facteur de vulnérabilité pour l'enfant. Or, au-delà de l'événement lui-même, la littérature met en évidence l'importance de l'environnement. Le mode de garde, reflet du fonctionnement de la parentalité, est donc un enjeu majeur. La résidence alternée, légalisée par la loi du 4 mars 2002, témoigne des évolutions du schéma familial dans notre société. La notion de coparentalité a désormais une grande importance, elle assure aux parents séparés la permanence des droits et des obligations envers l'enfant. Cependant, la prudence s'impose concernant ce mode de résidence pour les très jeunes enfants au regard de la théorie de l'attachement.
Les conflits parentaux ressortent comme un facteur très important de mauvaise adaptation psychologique chez les enfants. La loi de 2002 prévoit d'ailleurs la possibilité de mise en place d'une médiation afin de réinstaurer un dialogue entre les parents et de tenter de résoudre leurs difficultés.

IV/ Cas cliniques

Dans leur pratique quotidienne, les pédopsychiatres sont quotidiennement confrontés aux problématiques familiales et notamment aux questions de séparation parentale. Ces moments de fragilité pour la famille sont fréquemment le lieu d'un recours aux spécialistes. La grande majorité de ces enfants bénéficieront d'une prise en charge ambulatoire en consultation, mais d'autres, plus en difficulté auront besoin d'un temps d'hospitalisation.
En tant qu'interne en stage au sein de l'équipe d'urgence liaison pédopsychiatrique du CHU de Rouen, puis en consultations ambulatoires au Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) Sévigné, j'ai pu être confrontée à plusieurs reprises à ces situations dans ma pratique clinique. La séparation parentale et ses conséquences psychologiques pouvant devenir un motif de recours aux urgences pédiatriques.
Les cas de Flora puis de Bilal paraissent très représentatifs de ces patients et de leur famille, c'est donc ceux que nous avons choisi de développer dans ce travail.

1/ Le cas Flora

La jeune Flora, 13 ans, est hospitalisée en urgence dans un contexte de syndrome dépressif accompagné d'idéations morbides. Il s'agit d'une adolescente grande et mince, aux cheveux longs, châtains et à la présentation classique, soignée. Son faciès est peu expressif et son regard plutôt fuyant.

- **Histoire de vie**

Les parents de Flora étaient mariés et se sont séparés en 2007, ils ont depuis divorcé.
Elle est la deuxième d'une fratrie de deux, un frère ainé la précède, Franck, adulte, autonome, il travaille pour une société de production artistique.
Les parents expliquent que la séparation du couple a fait suite à une aventure extra conjugale entretenue par monsieur, après sa révélation à madame par un cousin, proche de la famille, Denis.

La mère de Flora est directrice de crèche, membre d'une association de défense des droits de l'enfant. Elle se décrit comme proche de ses propres parents, elle évoque à de multiples reprises la prise en charge de son père, atteint de la maladie d'Alzheimer, et dont elle s'occupe beaucoup.
Sa résidence principale est fixée chez la maman. La garde est au centre de conflits majeurs entre les parents depuis leur séparation. A la suite de la séparation conjugale, madame a traversé un Episode Dépressif Majeur.
Le cousin Fabrice vit depuis la séparation au domicile de la maman, il est présenté comme « un père de substitution » pour les enfants par cette dernière.
Le papa de Flora est militaire, depuis le divorce il vit chez ses parents malgré une relation qu'il décrit comme « distante » depuis son jeune âge. Ce couple de commerçants était « peu disponible », « très affectés » par le décès du frère ainé à l'âge de sept ans. Le père de Flora évoquera « une grande souffrance familiale » et il quittera alors rapidement le domicile parental pour rejoindre un pensionnat dès son entrée en sixième.
La naissance de Flora fait suite à une fécondation in vitro, les circonstances de l'infertilité restant floues, chacun attribuant la responsabilité à l'autre. Le frère ainé est, quant à lui, né sans assistance médicale à la procréation.
Flora fait un parcours scolaire brillant, elle est actuellement en quatrième européenne avec une moyenne générale de 18/20, elle décrit des relations de bonnes relations avec ses pairs.

Initialement, une garde dite classique avait été mise en place au domicile de la mère avec hébergement chez le père un weekend end sur deux et la moitié des vacances scolaires. La mère, en désaccord avec cette décision, a fait une nouvelle demande pour restreindre l'accueil au domicile du père à deux heures par semaine, qui a été accepté. Monsieur contestant cette décision a, à son tour fait appel, et une expertise psychologique a été ordonnée. Le juge aux affaires familiales a donné la garde au père un dimanche sur deux pendant six mois puis un weekend sur deux.
Flora est adressée aux urgences pédiatriques puis hospitalisée le lendemain de cette décision.

- **Présentation clinique**

Le lendemain de la dernière décision du Juge aux Affaires Familiales concernant la résidence de Flora, cette dernière consulte aux urgences pédiatriques, accompagnée de sa mère, pour des éléments dépressifs avec des idées noires.

Il s'agit d'une jeune fille qui ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers, et qui bénéficie d'un suivi pédopsychiatrique ambulatoire en libéral depuis 2008, elle ne prend aucun traitement.

Devant la complexité de la dynamique familiale et la souffrance de la jeune une hospitalisation en liaison pédopsychiatrique est alors indiquée.

Cliniquement, on va alors pouvoir observer qu'il n'existe pas d'élément franc en faveur d'un épisode dépressif majeur, ni de réelles velléités suicidaires, mais une symptomatologie anxieuse majeure avec une anxiété flottante permanente, des somatisations (douleur abdominale), des troubles de l'endormissement avec ruminations anxieuses et un épisode d'attaque de panique à l'admission.

Durant le séjour hospitalier, les deux parents, ainsi que Flora ont pu être rencontrés en entretiens médicaux. Le conflit parental a été au premier plan durant l'hospitalisation, dès l'admission, la mère ayant averti le père par lettre recommandée.

Lors des entretiens, Flora présente un discours plaqué, très empreint de celui de sa mère, avec une dépréciation systématique du père, elle dit « avoir une relation vide avec son père, ne pas avoir de lien avec lui ».

Ce discours contraste avec les faits rapportés par le père. Il semble que lors des temps de séjour chez ce dernier, Flora passe des moments agréables, apprécie sa compagnie et durant le temps partagé se montre ouverte, souriante.

L'ensemble de ces éléments nous a amené à nous interroger sur la position dans laquelle se trouvait Flora au sein de sa famille, plongée dans le conflit des parents depuis plusieurs années, qui se cristallise autour de sa garde, et dont elle est donc l'enjeu.

Flora est alors confrontée depuis longtemps à un conflit de loyauté entre le désir de son père et celui de sa mère, accentué par le fait qu'elle soit elle-même impliquée dans le conflit. Il en résulte un conflit intrapsychique générateur de stress. La jeune adolescente présente un tableau de syndrome anxieux avec des manifestations psychosomatiques.

De plus, on peut noter que madame semble apparaître aux yeux de la jeune comme le parent à protéger, présentant son père comme le responsable du divorce, et madame ayant traversé un épisode dépressif majeur au décours. Flora paraît alors prendre une position de « parentification » par rapport à sa mère qu'elle ne mentalise pas et qui va renforcer le conflit intrapsychique. On peut d'ailleurs noter qu'elle s'interdit tout commentaire positif concernant son père alors que les séjours chez lui apparaissent comme agréable pour Flora, il existe un clivage qui se matérialise dans son discours.

L'attitude des parents envers les soins et les pédopsychiatres nous est apparue comme représentative de ce type de situation. On a pu observer autant chez la mère que chez le père un discours très revendicatif, et la demande répétée de certificats médicaux. Le père demandera d'ailleurs le dossier médical au décours de l'hospitalisation.

Cette situation nous a amené à nous interroger sur l'attitude à adopter face une jeune adolescente qui présente un trouble de l'adaptation à une situation particulière, celle d'une relation parentale extrêmement conflictuelle.
Il nous est apparu l'importance de pouvoir rester serein en entretien face à cette excitation et de pouvoir entendre le jeune, c'est à dire l'écouter dans son contexte, dans son environnement.
Recevoir les deux parents en entretiens médicaux paraît également indispensable, permettant de maintenir une position de neutralité et de ne pas prendre parti.
La prise en charge thérapeutique semble importante sur deux niveaux. Tout d'abord la prise en charge individuelle de la jeune en souffrance mais également une thérapie impliquant l'enfant et ses 2 parents, sur le modèle de la thérapie familiale. En adoptant une position neutre, l'idée est d'essayer de modérer les deux parties en désengageant l'enfant, et de parvenir à décontextualiser, à sortir du conflit.
La proposition de la médiation familiale, développée précédemment, prend alors tout son sens afin de restaurer une communication entre les parents et d'avancer vers des solutions faisant consensus entre eux.
Dans ces contextes particuliers, il est à noter l'importance à accorder à la rédaction du dossier médical et des comptes rendus d'hospitalisation, et la grande prudence concernant les certificats médicaux.

Cet exemple illustre bien le type de situations auxquelles sont désormais confrontés les pédopsychiatres, et qui sont le reflet d'un climat, d'une excitation sociétale autour des questions familiales. L'enfant, telle que Flora, se retrouvant en position de symptôme d'un dysfonctionnement familial caractérisé par des conflits parentaux extrêmement intenses.

2/ Le cas Bilal

La mère de Bilal sollicite en mars 2015 un rendez-vous d'inscription au CMPP Sévigné, de sa propre initiative pour son fils âgé de six ans.

- **Histoire de vie**

Les parents de Bilal ont vécu ensemble pendant neuf ans, ils se sont séparés en février 2015 après quatre mois de mariage, et sont actuellement en instance de divorce. Bilal est le seul enfant du couple parental, il a deux demi-frères plus âgés nés d'une première union du père. Ces garçons de quinze et treize ans sont à la garde principale de leur mère, et résident chez leur père un week-end sur deux, lors des temps d'accueil de Bilal.

Bilal est en résidence alternée, décision prise d'un commun accord selon madame, la transition entre les domiciles a lieu le vendredi après l'école. Les résidences des parents sont relativement proches, et Bilal a pu poursuivre sa scolarité dans la même école. Il est en CP dans l'école du village et a le projet de devenir électricien.

Les deux parents travaillent, le père est vendeur, et la mère auxiliaire de vie. Bilal déjeune à la cantine le midi, et bénéficie d'activités périscolaires en fin d'après-midi et le mercredi. Par ailleurs, il fait du football en club deux fois par semaine.

La séparation a eu lieu à l'initiative de monsieur, madame l'explique ainsi *« j'ai fait une grosse dépression, finalement quand j'allais mieux c'est lui qui a flanché et qui a voulu qu'on se sépare. »*

Monsieur est resté vivre dans la maison familiale, où il réside depuis le mois de mai 2015 avec sa nouvelle compagne, Julie. Madame a pris un appartement au moment de la séparation, elle est célibataire.

La maman est suivie en psychiatrie pour un trouble bipolaire, elle a été hospitalisée dans ce contexte en service spécialisé il y a deux ans. Les grands-parents maternels sont très étayants, Ils accueillent fréquemment leur fille et leur petit-fils sur des temps de week-end, ils représentent un repère pour Bilal.

- **Présentation clinique**

Madame inscrit son fils au centre médico-psycho-pédagogique pour un suivi pédopsychiatrique, elle met en avant le «mal être de Bilal à cause de la séparation».

Il s'agit d'un petit garçon de six ans, blond aux yeux bleus, qui n'a jamais bénéficié de prise en charge psychiatrique spécialisée. Il a eu un développement tout à fait normal, sans aucun retard, il est entré dans les acquisitions scolaires sans difficulté. Il a pour antécédents chirurgicaux un phimosis opéré en juin 2015, et une chirurgie plastique de l'arcade sourcilière gauche faisant suite à une chute il y a plusieurs années.

Lors de l'inscription, en mars 2015, la maman souhaitait un lieu de parole neutre pour son fils, elle se disait très inquiète pour lui.

Le père est d'accord pour la prise en charge de son fils, mais n'a jamais souhaité l'accompagner en consultation malgré nos sollicitations.

Les entretiens se déroulent en deux temps, d'abord Bilal seul puis avec sa mère.

Lors des premiers entretiens, on va alors pouvoir observer un petit garçon calme, coopérant, au faciès peu expressif, qui exprime une tristesse manifeste. Bilal parle de ses « crises », qui se produisent tous les jours et qu'il voudrait voir s'arrêter. « *J'ai eu beaucoup de crises (…) je pleure et ça s'arrête pas (…) je vais me coucher, au bout d'un moment je m'endors et quand je me réveille c'est fini »*. Par ailleurs, il exprimait beaucoup d'idées morbides les semaines suivant la séparation *« je serai mieux au ciel », « je vais me mettre un coup de couteau », « je vais me mettre dans la Seine ».*

La mère évoque une rupture franche avec l'état antérieur, elle le décrivait avant comme un petit garçon plein de vie et curieux. On note désormais une grande irritabilité, des colères et un retentissement scolaire. En effet, la maitresse aurait signalé des troubles de la concentration importants et des problèmes de comportement qui n'existaient pas au préalable.

Actuellement, les idées morbides ont disparu mais il persiste des troubles du sommeil, une irritabilité, et des crises de pleurs fréquentes témoignant d'un épisode dépressif chez cet enfant.

La mère met en avant « *la différence de comportement de Bilal* » entre les moments où il séjourne chez son père et ceux où il se trouve chez elle, *« il est infecte avec moi »*. Bilal expliquera alors que sa maman est dans la salle d'attente *« j'entends maman pleurer et ça me rend triste »* il présente une anxiété majeure avec de nombreuses ruminations autour de la tristesse de sa mère et de son absence potentielle (madame a déjà été hospitalisée pour dépression). J'ai alors pu observer une différence importante dans sa présentation lorsqu'elle nous rejoint dans le bureau, le jeune garçon adoptant une attitude très revendicatrice, et à la fois régressive. Il maintient un contact physique permanent à sa mère, et restera sur ses genoux jusqu'à la fin de l'entretien. Madame explique que lors des séparations, Bilal pleure pendant un long moment et que son père est très en difficulté pour le consoler, il semble véritablement abattu, et se replie. Il verbalise régulièrement son désir de retrouver ses deux parents à la maison. Il présente également de nombreuses ruminations et préoccupations morbides (accident, hospitalisation potentielle) concernant ses parents en leur absence.

De plus, madame évoquera lors des entretiens du mois de juin, la mise en place d'un clivage. Lors des semaines chez le papa, Bilal se montre très opposant avec Julie *« t'es pas ma mère je*

t'aime pas ». Alors que de retour chez sa mère il pourra dire *« je préfère Julie elle est plus gentille que toi ».*
Il va trouver au CMPP un espace neutre dont il va se servir, s'appuyant sur les différents professionnels pour interpeler ses parents. Un travail mère-enfant avec une psychologue ainsi qu'une guidance parentale avec une éducatrice seront proposés à cette famille. Peu à peu, l'enfant sort de son épisode dépressif mais on a pu observer toute la fragilité de sa construction se manifester lors de ce moment de vie sous la forme de difficultés d'adaptation avec une symptomatologie anxio-dépressive marquée.

Pour conclure, ces deux jeunes patients et leur famille illustrent bien toute la problématique développée en amont, chacun dans un degré d'urgence et dans un environnement différents.
On peut reprendre ces deux cas cliniques, à travers deux dimensions développées dans notre partie théorique, que sont les troubles de l'attachement et l'anxiété de séparation.

On va retrouver chez Flora, des conflits parentaux majeurs et au premier plan. Cette jeune fille apparaît comme parentifiée auprès de sa mère, et sa situation peut faire évoquer un attachement insécure avec renversement des rôles. De plus, une symptomatologie anxieuse se manifeste chez elle sous la forme de somatisations.

D'un autre coté, chez Bilal, un enfant de six ans, la distance avec les premières étapes du développement psychologique est moins grande. Ce jeune garçon, dont la mère présente une pathologie psychiatrique sévère, s'est développé dans un environnement qui peut apparaître comme insécure. On peut observer chez lui des manifestations de trouble de l'attachement avec renversement des rôles, se préoccupant tout particulièrement de l'état de santé mentale de sa mère. De plus, il présente une anxiété majeure de séparation, avec de nombreuses ruminations morbides.
Flora et Bilal bénéficient d'une prise en charge en consultation ambulatoire, ils semblent l'un comme l'autre avoir bien investi leur suivi, et une alliance thérapeutique de bonne qualité a pu s'instaurer avec leur famille.

V/ Discussion

La séparation parentale est un événement de vie à risque de troubles psychopathologiques pour l'enfant (79)(78)(98)(83). Cette séparation même si elle vient concrétiser une situation préalablement conflictuelle, naturellement ressentie par l'enfant, va officialiser la rupture et l'éclatement de la famille. Une multiplicité de facteurs est susceptible d'intervenir alors sur l'équilibre psychoaffectif d'un enfant. Ces facteurs sont complémentaires et se potentialisent l'un l'autre. Un certain nombre d'entre eux, parmi les plus significatifs ou efficients, peuvent être relevés.

Pour chacun de ces facteurs, le pédopsychiatre pourra s'interroger sur la pertinence des actions qui pourraient être menés par d'autres intervenants, ainsi que sur la compétence requise pour les traiter ou mettre en œuvre des stratégies efficaces.

En effet, suivant les cas il est indiqué de laisser à l'environnement familial toute capacité de vivre et de trouver à dépasser ces moments de séparation avec leur enfant. On ne saurait en effet surestimer l'importance du rôle et des habiletés des parents pour aider leurs enfants à faire face au divorce même si, par ailleurs, des aides et du soutien sur lesquels nous reviendront, peuvent être proposées aux parents et à l'enfant par différents professionnels et institutions de l'enfance (école, psychologues, éducateurs,…).

1/ Troubles liés à la séparation : la famille et le pédopsychiatre

Place de la famille face aux difficultés de l'enfant

Lors d'événements de vie particuliers tels que la séparation des parents, la première cellule sur laquelle l'enfant doit pouvoir compter est sa famille nucléaire, c'est elle qui va pouvoir l'entourer et le soutenir. Il est d'ailleurs important de noter que pour une part importante, les enfants vivant cette expérience n'arrivent pas jusqu'aux soignants.

Partant de cette observation, une série de recherches portant sur le divorce et la séparation menées aux Etats-Unis, a repéré un ensemble de facteurs familiaux, de risques ou au contraire de protection, sur la base desquels des actions peuvent être entreprises pour prévenir les problèmes liés à la séparation parentale et favoriser la résilience, c'est à dire la capacité à surmonter le choc, chez les enfants (118). L'objectif de ces travaux est de soutenir au mieux

les parents dans ce qu'ils peuvent apporter à leurs enfants durant cette période particulière, mais aussi d'améliorer la qualité du soutien que les professionnels peuvent leur offrir.

Les facteurs de risque et de protection que ces recherches ont permis d'identifier sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau n°3 : Facteurs familiaux (118)

Facteurs de risque familiaux	Facteurs de protection familiaux
- Un conflit qui perdure entre les parents, particulièrement lorsqu'il est violent et/ou centré sur les enfants - Une capacité réduite d'exercer ses fonctions parentales ou l'emploi de mauvaises pratiques parentales - Un manque de surveillance des activités des enfants - Des transitions familiales multiples (divorce, remariage, second divorce) - Une famille chaotique instable - Une relation parent-enfant de faible qualité - Un appauvrissement économique	- Une protection contre le conflit qui a lieu entre les parents - La coopération entre les parents dans l'exercice des fonctions parentales (sauf dans les situations de violence ou d'abus domestique) - Des relations saines entre parents et enfants - Le bien-être psychologique des parents - Des pratiques parentales de qualité qui misent sur l'encadrement des enfants - Une famille structurée et stable - Des relations de soutien entre frères et sœurs - La stabilité économique - Des relations de soutien avec la famille élargie

Ces éléments sont destinés à prévenir et soutenir les parents dans la nécessité de faire face à leur séparation pour aider leur enfant à dépasser lui-même cette situation et la série de changements qu'elle engendre. Au-delà de cette base, on peut évoquer d'autres orientations qui ont un impact positif sur les enfants. C'est le cas, par exemple de la préparation et de l'échange à propos des changements à venir. Donner aux enfants des informations précises sur des aspects essentiels de leur vie les aidera à réduire leur inquiétude à propos de leurs deux parents, leur fratrie, leurs amis, leur famille élargie…Ou encore, mesurer l'intérêt de réduire le nombre des changements qui leur permettra éventuellement de maintenir un cadre de relations importantes ou de continuer à fréquenter la même école, mais également de réduire par ce type de décision, le sentiment que leur vie pourrait se dérouler « hors contrôle ».

Une autre orientation importante et souvent difficile, de nature à soutenir ce que les parents font pour leur enfant, serait de prendre soin d'eux-mêmes aussi bien. En effet, réduire le stress ou la pression additionnelle qu'exerce sur eux la situation de séparation, peut sans doute leur

permettre de mieux appréhender les problèmes qui se posent y compris en relation avec leur rôle parental. Différents moyens ou démarches sont envisageables qui peuvent inclure pour eux-mêmes de l'aide ou du soutien extérieur.
Dans le contexte de la séparation, le type de relation que les parents entretiennent entre eux va avoir des conséquences sur la façon dont est remplie la fonction parentale, et donc avoir des répercussions sur l'enfant. Les parents, nous l'avons vu, doivent subvenir aux besoins élémentaires de l'enfant, or parfois certains dysfonctionnements peuvent survenir dans le fonctionnement inter parental (comme celui par exemple qui consiste à ne pas remplir une fonction ou celui qui consiste à empêcher l'autre parent de la remplir).
On peut raisonnablement penser que la séparation provoque une souffrance chez les parents. On assiste alors parfois à l'entretien d'un conflit entre eux, qu'ils semblent avoir un besoin inconscient de prolonger. L'enfant qui est pour eux une représentation de cette histoire peut subir dans ce cas une situation très pathogène.
Pourtant, pour la plupart des parents, le défi est de maintenir le focus sur l'atteinte de leurs objectifs parentaux alors qu'ils vivent eux-mêmes un stress majeur en raison des multiples changements qui précèdent et suivent leur séparation.

Ainsi, au-delà des conséquences sur l'enfant, le divorce engendre une situation de souffrance pour son parent, cette souffrance est parfois telle qu'il n'est plus en capacité de pouvoir répondre seul aux besoins particuliers de l'enfant à cette période. Devant ces situations, il est important de comprendre que la cellule familiale nucléaire, bien qu'étant un pilier, n'est pas le seul acteur du développement psycho-affectif de l'enfant et que d'autres peuvent alors jouer leur rôle de soutien. Ainsi, la famille élargie, les grands-parents, les oncles et tantes vont pouvoir faire partie de la cellule de soutien, tout comme le voisinage ou les camarades en fonction des cas.
L'école, pour ces jeunes en âge scolaire, se pose également comme un acteur important. L'infirmière, la psychologue scolaire vont pouvoir soutenir l'enfant et sa famille durant ces périodes de difficulté.

Dans d'autres situations, le pédopsychiatre est sollicité. On fait parfois appel à lui devant des troubles majeurs chez l'enfant et l'adolescent pour lesquels une prise en charge médicale est indiquée, ou dans d'autres cas dans des situations de conflits parentaux très importants, apparaissant pour la famille comme motif de recours au médecin.

G. Schmidt a abordé dans ses publications les différents questionnements inhérents à la prise en charge du jeune et de sa famille traversant ces événements de séparation parentale (119) :

Le pédopsychiatre doit-il trouver matière à intervenir si un traitement doit être mis en place pour un enfant ? Les conflits familiaux peuvent-ils être abordés par le médecin, sans que cela s'oppose au lien thérapeutique à un jeune patient ?

D'une manière générale, le thérapeute doit certainement se dégager des conflits et privilégier une attitude d'apaisement, de conciliation et ne pas risquer une rupture du lien en donnant place trop vite à leur expression.

Pourtant, Schmit met en garde à propos de ce qu'il nomme « le pacte dénégatif » par lequel le groupe constitué par le patient, les parents et le pédopsychiatre pourrait s'allier afin de préserver le projet thérapeutique en évitant les sujets d'opposition (120).

Ce pacte, en effet, pourrait par la suite fermer toute possibilité d'accès à un conflit en vue d'une résolution.

Il est néanmoins mis en évidence l'importance du maintien d'une forme de neutralité dans les positions transférentielles et d'évitement de toute confusion entre l'espace de thérapie individuelle et celui de la consultation familiale. Pourtant le travail de consultation en pédopsychiatrie est finalement décrit pour une part, comme une « conversation » qui inclut dans un cadre spécifique l'enfant, ses parents ou l'un d'entre eux et le médecin. Cette conversation répond à la nécessité de travailler la conflictualité familiale « à plusieurs voix ». Le médecin est en effet confronté en pédopsychiatrie, à une « clinique de situation », et à une demande portée par un groupe. La conflictualité familiale, fait d'ailleurs partie pour Schmit, de manière générale, de la dimension environnementale qui participe à la construction ou au maintien d'un trouble ou symptôme de l'enfant. L'amendement de ce trouble de l'enfant devra donc passer notamment par un travail et une remise en question de l'équilibre relationnel global, actuel.

Le pédopsychiatre face à la séparation : prise en charge des troubles

La séparation dans un couple modifie radicalement le cadre des relations dans la triade que les parents constituent avec leur enfant. On pourrait observer l'apparition de troubles liés à des modifications dans la relation mère-enfant et une certaine difficulté à créer un lien affectif satisfaisant avec le père ou l'autre parent.

La question de la pertinence d'un soutien pourrait donc se poser dans ce contexte de relations parentales.

C'est en effet, dans l'absence physique d'un de ses parents que le bébé découvre la séparation de ses parents. Il ne peut pas encore se représenter mentalement la vie de l'absent. Il est naturellement sensible aux changements de comportements des figures parentales et de rythmes de vie alors qu'il se trouve encore dans les phases préverbales de son développement. Dans ces conditions, des troubles liés à l'anxiété de séparation que nous avons évoqués précédemment risquent de se manifester. Comme nous l'avons vu, la théorie de l'attachement est centrale dans la recherche concernant les premiers stades de développement de l'enfant. Les enfants construisent un attachement sécurisé envers les donneurs de soins qui satisfont leurs besoins de manière cohérente et sensible. A ce stade, des contacts fréquents et routiniers avec ses deux parents sont nécessaires au nourrisson pour l'aider à mettre en place les repères et rythmes du sommeil et de l'alimentation aussi bien que pour développer un contrôle interne et des habiletés liées à l'exploration. A l'occasion de la séparation parentale, la relation nécessaire aux figures d'attachement peut se trouver plus ou moins gravement affectée.

Les relations de l'enfant à la séparation et à la réunion sont naturellement illustratives de la qualité du lien d'attachement parent-enfant. Si l'hypothèse d'une continuité entre l'angoisse de séparation développementale et le trouble de l'angoisse de séparation est retenue, des critères d'intensité peuvent distinguer le «normal» du pathologique et apporter au pédopsychiatre un éclairage pour mettre en œuvre les modalités de sa prise en charge (67).
On peut alors s'interroger dans ces circonstances, sur l'articulation entre l'anxiété de séparation et le trouble de la relation. En effet, l'enfant présente des difficultés à se séparer d'un tiers, lequel, en l'occurrence, a bien souvent également plus ou moins de difficultés autour de la séparation.
Des études ont montré d'ailleurs la présence de troubles anxieux fréquents chez les parents d'enfants atteints de ce même trouble, en particulier lors d'épisodes de séparations (121) (122).
Il ne serait donc pas pertinent de considérer l'angoisse de séparation pathologique comme un trouble de l'enfant, isolément (123). Comme l'explique J. Wendland *et al*, la prise en charge conjointe parent-enfant présente un intérêt particulier, l'anxiété de séparation concernant largement la relation mère-enfant. Pourtant, dans le développement de ce trouble il semble que la déficience de la participation du père ou d'un tiers, soit particulièrement importante (123). En effet, le « tiers » comme « séparateur » de la dyade mère-enfant déjà évoqué dans

notre travail, tient une place fondamentale dans l'acquisition de l'autonomie et la socialisation de l'enfant. La présence de ce tiers est d'ailleurs aussi importante auprès de sa compagne, et la question de la séparation parentale durant la grossesse peut alors se poser. Cette dernière peut engendrer chez la femme enceinte un épisode dépressif qui peut se prolonger dans la période péri-partum. Le fœtus d'abord, puis le nourrisson, va alors être exposé à cette symptomatologie maternelle et aux conséquences pour lui-même (anxiété, troubles du sommeil,…) comme le montre P. Gérardin *et al.* (124).
Une prise en charge de la dyade mère-enfant peut alors avoir une efficacité. A cela peut s'ajouter, si nécessité, des prises en charges séparées, de la mère, de l'enfant, et du couple parental. L'objectif serait ainsi de dénouer les relations de dépendance qui les emprisonnent, par le travail de thérapie avec les thérapeutes et de rendre conscient les sentiments d'hostilité qui les accompagnent (68). Comme nous l'avons déjà développé, pour Mélanie Klein, la réaction projective est un mode de défense de l'enfant (31). Les parents, aussi bien, peuvent dans les moments de séparation voir chez eux se développer ce mode de défense.

Le pédopsychiatre trouve donc une place spécifique dans les prises en charge des jeunes présentant des troubles psychopathologiques caractérisés tels que les troubles de l'attachement et l'anxiété de séparation au moment où un événement de vie important, la séparation parentale, vient déséquilibrer une homéostasie déjà fragile et que peuvent être retrouvées des manifestations cliniques comme une tristesse de l'humeur, des idées suicidaires ou encore des troubles du sommeil.

Le cas de Flora reflète bien toute la problématique d'un attachement insecure. La séparation et les confits des parents représentent un facteur déclenchant qui va engendrer un épisode aigu chez cette adolescente avec des éléments dépressifs, anxieux, et des idées suicidaires. De plus, le fonctionnement de la dyade mère-enfant se retrouve alors mis en exergue et on a pu observer la difficulté du côté de la mère à pouvoir mentaliser et mettre en place un espace de séparation avec sa fille. La prise en charge de Flora a alors comporté une part de travail familial avec le père, la mère et la fille dans l'objectif de pouvoir apaiser les angoisses de chacun face à la séparation, et de permettre à Flora d'envisager l'entrée dans un processus d'autonomisation.

La situation du jeune Bilal illustre quant à elle très bien la problématique de l'anxiété de séparation, associée là aussi à un attachement perturbé. Ce petit garçon présente en effet

une symptomatologie bruyante justifiant pleinement l'intervention du médecin pédopsychiatre dans la prise en charge. Cette dernière s'est articulée d'une part autour de la thérapie individuelle de l'enfant, afin de traiter l'épisode dépressif qu'il présentait, et d'autre part autour d'un travail mère-enfant, devant l'insécurité majeure que le garçon présentait dans sa relation à sa mère et la difficulté de cette dernière à pouvoir établir un lien rassurant.

Au-delà de la seule prise en charge du pédopsychiatre, c'est tout un ensemble de professionnels, psychologues, éducateurs, infirmiers, qui entre en ligne de compte pour soutenir l'enfant et sa famille. Ainsi le travail en équipe se révèle être central. Le médecin pourra, en fonction des cas, avoir un rôle direct dans la prise en charge, comme pour Flora et Bilal, ou dans d'autres situations avoir une place de seconde ligne, celle du médecin comme participant d'une équipe, sans être engagé activement dans le suivi.
D'une manière plus générale, d'autres services peuvent également intervenir dans la prise en charge des enfants en difficulté:
- Les Réseaux d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficulté (RASED) au niveau de l'Ecole.
- Des institutions telles que : Institut Médico Educatif (IME), Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP), Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) sur décision d'orientation de la commission compétente au sein de la Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH), présidée par le Président du Conseil Départemental.
- L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) qui, dans les conseils départementaux est chargée de la protection de l'enfance en difficulté et régulièrement sollicitée par les services de justice, les Juges des Enfants notamment, afin d'assurer en particulier, la protection, le placement dans des familles d'accueil ou foyers spécialisés et l'orientation vers une prise charge pluridisciplinaire des enfants en difficulté.

Au-delà des aspects individuels, et particuliers de la séparation parentale impliquant l'enfant au sein de sa famille et éventuellement l'équipe soignante qui l'accompagne, cette thématique autour de l'enfant fait partie des grandes questions sociétales, lieu de débat et d'interrogations multiples.

2/ Les demandes sociétales adressées au pédopsychiatre

Les évolutions qu'a connues la famille depuis la seconde moitié du 20ième siècle, l'augmentation du nombre de divorces, la floraison de familles monoparentales et recomposées ont conduit à des problématiques et à des besoins nouveaux dans les relations entre les enfants et leurs parents. Les interventions auprès des parents ont connu un essor sans précédent au cours des dernières décennies.

Cette évolution sociale est intimement liée à la place centrale donnée à l'enfant dans le groupe familial et aux valeurs qui s'y sont imposées.

La déclaration de 1959 puis la Conférence Internationale des Droits de l'Enfant de 1989 sont des institutions majeures, signes de cette évolution globale et de la prise en considération sociétale et des « Etats-parties » ainsi qu'ils sont désignés dans ces textes. Un « Etat-partie » est défini dans l'annexe 7 à la convention sous l'intitulé : « définitions juridiques », comme un pays qui a fait ratifier le traité par son gouvernement[1].

Ainsi, une dynamique a été instaurée, répartissant et distribuant les responsabilités relatives au bon développement de l'enfant. Le parent est le premier responsable avec l'aide de l'Etat. En effet, le parent doit fournir à l'enfant les soins et l'éducation nécessaires à son épanouissement et à l'exercice de ses droits.

Lorsque l'Etat-partie est avisé du fait qu'un enfant ne reçoit pas les soins ou l'éducation, indispensables à son développement, ou qu'il existe des entraves dans la réalisation de ces obligations, il a le devoir d'intervenir et cela en dépit du caractère intime qu'a le groupe familial, pour mettre en œuvre des mesures de protection dans « l'intérêt supérieur » de l'enfant tel que nous l'avons décrit précédemment.

C'est ainsi que des professionnels œuvrant dans les services instaurés par l'Etat sont sollicités et mandatés par les responsables politiques pour soutenir les parents dans leurs missions à l'égard de l'enfant, mais aussi pour prendre les dispositions qui s'imposent en matière de protection de l'enfance et de santé publique.

Dans ce dispositif, les pédopsychiatres en particulier, sont concernés et jouent un rôle essentiel. Ils participent en tant qu'expert aux décisions que ces Etats-parties sont amenés à prendre en matière médicale, médico-sociale, éducative ou juridique essentiellement.

[1] *Convention internationale des droits de l'enfant* – traité international adopté par l'ONU en 1989

Ils orientent ou dirigent les projets et interviennent éventuellement dans les prises en charges mises en œuvre par les institutions dans lesquelles sont placés ou soignés les enfants séparés ou non de leur famille.
Le pédopsychiatre, on le voit, a donc l'obligation de se mobiliser sur certaines missions attribuées par la collectivité publique, et doit par ailleurs traiter les demandes très diversifiées qui lui sont adressées et qui ne sont pas toujours centrées sur le sujet essentiel : la clinique psychiatrique de l'enfant.
On doit le constater, ces bouleversements majeurs mobilisent voire passionnent les attentions individuelles ainsi que celle de notre société et de ses dirigeants, sur ce sujet fondamental qui est celui de l'enfance.

Cette redéfinition de la famille et de son fonctionnement évolutif au cours de la vie est le lieu d'une grande excitation sociétale portée par l'exposition médiatique.
On peut ainsi se souvenir par exemple, de la couverture médiatique exceptionnelle dont a bénéficié en 2013 le mouvement faisant suite à l'ouverture du mariage aux couples de même sexe[2]. Pendant plusieurs semaines ce mouvement a fait « la une » du journal télévisé et de la presse écrite. Les membres d'associations, psychiatres, législateurs se bousculaient alors sur les plateaux télés pour défendre un point de vue ou donner un avis éclairé.
Les questions de séparations parentales, font elles aussi régulièrement l'objet d'une sur médiatisation. En France, le « papa sur la grue » a fait également « la une » de l'actualité en 2013[3], avec en toile de fond le lobbying des associations de parents ; SOS les Mamans face à SOS Papa, ou la Fédération des Mouvements de la Condition Paternelle face à la Fédération Nationale Solidarité Femme.
A cela s'ajoute l'utilisation des médias par des personnalités publiques au sujet de leurs histoires personnelles. On peut alors citer en exemple le divorce des acteurs américains Kim Basinger et Alec Baldwin et le conflit autour de la garde de leur enfant.

Face à cette médiatisation, la communauté scientifique s'intéresse également de près à ces questions familiales par le spectre de leurs retentissements sur l'enfant.
En effet, il existe une bibliographie profuse concernant les conséquences psychologiques de la séparation parentale, ou les répercussions des modes de garde sur l'enfant.

[2] Le monde - « le mariage pour tous : de la promesse à la loi » - 17 mai 2013
[3] Libération- « Père retranché en haut d'une grue : Ayrault mobilise deux ministres » - 16 février 2013

A l'ensemble de ces articles, études ou case report, s'ajoutent les ouvrages de pédopsychiatres, psychologues ou sociologues.
Certains praticiens, principalement en Amérique du Nord, se spécialisent sur ce sujet, et on voit apparaître des centres spécialisés dans la prise en charge de ces enfants.

La loi de 2002 sur l'autorité parentale conjointe a soulevé la question de la garde alternée en lui donnant une existence légale. Or, comme nous l'avons développé antérieurement le texte laisse une grande liberté au magistrat quant à l'application de ce mode de résidence. En effet, il ne précise pas de cadre concernant l'âge des enfants ou la situation familiale.
Ce mode de garde a fait l'objet de débats majeurs en France, alors que l'on note que son application reste largement minoritaire (environ 20%) et qu'on peut donc observer un écart important entre la réalité de cette pratique et l'ampleur du débat qu'elle suscite. Le sujet initial a donc été transporté bien au-delà de son champ d'appartenance, vers un plan idéologique.

La Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA), qui a pour mission « de promouvoir et coordonner des études, des recherches et des actions de formation concernant les troubles mentaux, affectifs et intellectuels des enfants et des adolescents ainsi que leur traitement et leur prévention », et qui affiche de façon claire, depuis plusieurs années, sa réticence à prendre part aux débats sur les questions de société, dans la mesure où les preuves scientifiques sont manquantes ou grandement discutables, s'est alors elle-même associée à la Fédération Nationale des Ecoles des Parents et des Educateurs (FNEPE) pour proposer une motion au sujet de la résidence alternée « pour inviter tous les protagonistes de ce débat à une réflexion préalable à la mise en place d'une législation nouvelle pour les enfants de France qui vivent une séparation parentale quelle que soit la situation conjugale de leur parents » (125).

3/ Séparation parentale et troubles de l'enfant : place du pédopsychiatre

L'exercice du pédopsychiatre s'inscrit dans un environnement global, celui de notre société occidentale, ancrée dans son époque, et qui porte les marques des évolutions historiques. Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, les questions familiales, celles relatives aux enfants, à leur place dans la famille et de façon plus générale dans la société, sont le lieu d'une attention particulière. Ces questions familiales représentent en effet des enjeux majeurs, relatifs à leurs évolutions et à leurs bouleversements. Ces derniers peuvent

parfois provoquer une excitation sociétale particulière, notamment concernant la séparation parentale et son retentissement sur les enfants.
Le médecin pédopsychiatre, en tant que thérapeute, peut se retrouver confronté à cette excitation, non seulement, face aux familles qui viennent le consulter et qui sont porteuses de ces difficultés, mais également en tant qu'il participe à la vie de cette société. Il peut en effet être celui à qui on expose un conflit parental majeur, celui qui va accompagner la famille, ou encore celui à qui des demandes de certificats multiples sont faites, pour soutenir la requête d'un mode de garde par exemple.
Dans ce contexte, certains confrères psychiatres ou pédopsychiatres ont apporté une contribution aux débats en participant à la publication d'ouvrages grand public relatifs aux questions de séparations parentales et de garde alternée (127)(126). Ces professionnels, par leurs prises de positions publiques, et plus ou moins médiatisées, se sont ainsi retrouvés liés au développement d'une certaine pression exercée, dans le débat public, sur le pédopsychiatre traitant.

Pourtant, dans l'objectif de prendre en charge de la façon la plus optimale possible l'enfant, et sa famille, il apparaît important que le médecin puisse se dégager d'une excitation globale mais également propre à une situation particulière.
Il ne s'agit par contre et en aucun cas d'une volonté d'ignorance. En effet, comme nous l'avons vu, il est tout à fait indispensable de connaître et de se représenter l'environnement dans lequel l'enfant et sa famille évoluent, de comprendre son histoire familiale personnelle pour mettre en place une démarche thérapeutique.
La place du pédopsychiatre auprès de l'enfant vivant une situation de séparation parentale est celle d'un accompagnement thérapeutique des troubles, par une prise en charge individuelle et lors d'un travail familial. Or, pour proposer cet espace à l'enfant, l'importance de pouvoir décontextualiser apparaît comme particulièrement pertinente, cela permet en effet d'accompagner le jeune dans le cadre d'une « neutralité bienveillante », cette certaine neutralité devant également assurer la base de construction d'une alliance thérapeutique.
Il est difficile d'envisager les soins sans l'alliance de l'enfant d'une part, mais également de chacun de ses parents, afin de pouvoir s'engager dans un travail familial autour de lui.

Conclusion

Dans ce travail de thèse, nous nous sommes appliqués à repérer un certain nombre d'effets de la séparation parentale et des bouleversements majeurs des structures familiales sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Dans ce contexte très évolutif de nos sociétés et du champ médical lui-même, le pédopsychiatre a participé à l'ouverture et à la définition même de la place de sa pratique et des conditions de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

La méthode que nous avons utilisée a consisté en un cheminement dans l'évolution historique de ses deux versants concomitants : historico–sociologique et clinique.

Nous avons étudié tout d'abord, les évolutions depuis environ un siècle, de la structure familiale dans notre société. En effet, l'histoire et la sociologie de la famille ont pris une orientation nouvelle avec l'introduction dans le Code Civil du divorce, certes sous l'impulsion des « Lumières » mais définitivement à la fin du XIXe siècle. Cette évolution de la législation familiale s'est accompagnée, au fil du temps, de changements dans la structure même de la famille, depuis la famille nucléaire traditionnelle jusqu'à cette constellation familiale multiple qu'on l'on peut observer actuellement.

En parallèle, nous nous sommes employés à construire une revue représentative de l'évolution des différentes théories et connaissances concernant le fonctionnement psychique de l'enfant et de ses troubles, depuis Freud jusqu'aux classifications internationales (DSM, CIM), en nous intéressant tout particulièrement aux théories psychodynamiques et de l'attachement. Notons néanmoins que cette revue n'est pas exhaustive, les théories neurobiologiques, par exemple, n'ont pas été abordées pour mieux porter et centrer l'attention sur les approches psycho-développementales et interrelationnelles.

Nous avons relevé dans notre travail, que c'est à la fin du XIXe siècle que cette donnée historiquement nouvelle de séparation a été introduite dans le développement psychoaffectif de l'enfant et que l'environnement familial y a donc trouvé place. On peut ainsi laisser ouverte pour nous la question des liens existants entre ce contexte historique et le point de départ de la clinique pédopsychiatrique.

Quoiqu'il en soit, en décrivant au fur et à mesure de notre travail, les avancées spécifiques dans chacun de ces deux registres, nous nous sommes focalisés sur ce qui représente ici un point de rencontre entre l'exercice du pédopsychiatre et les évolutions sociétales de la famille, et qui se matérialise par l'apparition de conséquences psychologiques, de troubles chez l'enfant, nécessitant leurs prises en charge.

Nous avons ainsi proposé une mise en forme de l'ensemble de ces observations qui constitue pour nous un premier abord certainement très partiel, de la place du pédopsychiatre dans le champ médico-sociologique depuis le siècle dernier.

A l'issue de notre travail, nous pouvons pourtant souligner que la séparation parentale ne peut être isolée comme la cause unique de troubles psychopathologiques chez l'enfant. Nous avons néanmoins constaté que ce contexte peut donner lieu chez un enfant, à la manifestation de troubles, liés en partie à la qualité de l'attachement mis en place antérieurement, au cours de son développement psychoaffectif, ou qu'il construit dans le présent de la séparation, en relation avec ses figures d'attachement. Nous avons en effet observé que l'enfant doit acquérir une capacité à la séparation en dépassant une angoisse développementale incontournable.

Ainsi l'aménagement global d'un environnement adapté à chaque situation de séparation parentale et pour chaque enfant est d'une grande importance. Cela peut concerner aussi bien les décisions de justice pour la garde de l'enfant que celles qui relèvent d'un soutien à lui apporter ainsi qu'à chacun de ses parents, ponctuellement ou plus durablement.

Dans l'environnement social et professionnel très diversifié que nous avons décrit, sans doute partiellement, et qui entoure la séparation familiale, le pédopsychiatre doit trouver et le plus souvent construire et délimiter le cadre de son intervention. Celle-ci s'attache d'abord à la prise en charge des troubles de l'enfant au sein de la configuration familiale dans laquelle il se trouve, mais peut également concerner les demandes sociétales qui ne manquent pas de lui être adressées.

Bibliographie

1. Déchaux J-H. Introduction / Une sociologie du changement familial. Repères. 1 juin 2009;3‑5.

2. McGoldrick, M., Carter, B. The Expanded Family Life Cycle:Individual, Family, and Social Perspectives. Allyn & Bacon. 1999.

3. Cresson G. La famille au début du XXIe siècle : évolutions et continuités. Arch Pédiatrie. mai 2002;9, Supplement 2:194‑6.

4. D'Amore S. Chapitre 1. Univers ou multivers familial? Les nouvelles familles entre continuité et changement. Carrefour Psychothérapies. 1 oct 2010;35‑51.

5. Sibertin-Blanc D. La saga des familles recomposées. Constell Fam Complexes Aujourdhui. mai 2003;51:145‑52.

6. Cloutier R. Monoparentalité et développement de l'enfant. Disponible sur: http://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/in/faces/details.xhtml

7. Noël R, Cyr F. De la situation monoparentale à la question du tiers. Psychothérapies. 1 mai 2012;32:39‑48.

8. Minard M. Robert Spitzer et le diagnostic homosexualité du DSM-II. Sud/Nord. 21 juin 2012;24(1):79‑83.

9. Descoutures V. L'homoparentalité et les transformations de la famille contemporaine [Internet]. Presses Universitaires de France; 2010. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php

10. Insee - Population - Les conditions de vie des enfants après le divorce. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1536

11. Renault-Brahinsky C. L'essentiel du droit de la famille. Paris, France: Gualino Ed.; 2005. 119 p.

12. Granet-Lambrechts F, Hilt P. Droit de la famille. Grenoble, France: Presses universitaires de Grenoble, impr. 2013; 2013. 227 p.

13. Quinodoz J-M. Lire Freud : Découverte chronologique de l'oeuvre de Freud. Presses Universitaires de France - PUF. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2004. 324 p.

14. Freud S, André J. Inhibition, symptôme et angoisse. Paris, France: Presses universitaires de France, 2005; 2005. xiv+88 p.

15. Golse B, éditeur. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson, impr. 2008; 2008. xiv+379 p.

16. Houzel D, France. Direction de l'action sociale, éditeurs. Les enjeux de la parentalité. Ramonville-Saint-Agne, France: Érès; 1999. 200 p.

17. Maiello S. À l'aube de la vie psychique. Eres; 2010. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php

18. Golse B, éditeur. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson, impr. 2008; 2008. xiv+379 p.

19. Laplanche J. L'après-coup. Paris, France: Presses universitaires de France, impr. 2006; 2006. 175 p.

20. Freud S. Lettre 71. In: Masson JM, Schröter M, Fichtner G, éditeurs. Lettres à Wilhelm Fliess: 1887-1904. Paris, France: Presses universitaires de France, DL 2007; 2007.

21. Freud S, Laplanche J. Contribution à la psychologie de la vie amoureuse. La vie sexuelle:« Contribution à la psychologie de la vie amoureuse ». Paris, France: Presses universitaires de France; 1982.

22. Winnicott DW. Processus de maturation chez l'enfant: développement affectif et environnement. Paris, France: Payot, 1970; 1970. 259 p.

23. L'angoisse liée à l'insécurité. De la pédiatrie à la psychanalyse - Donald Winnicott 1952. Disponible sur: http://www.decitre.fr/livres/de-la-pediatrie-a-la-psychanalyse-9782228881173.html

24. Winnicott DW, Kalmanovitch J, Sauguet H. La préoccupation maternelle primaire. De la pédiatrie à la psychanalyse. [Paris]: Payot; 1989.

25. Winnicott DW, Sauguet H. La haine dans le contre transfert. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, France: Payot, impr. 1989; 1989.

26. Winnicott DW, Monod C, Pontalis J-B. Jeu et réalité. Paris: Gallimard; 2002.

27. Trevarthen C, Aitken KJ. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. Devenir. 2003;15(4):309.

28. Freud S, Hesnard A. Au-delà du principe du plaisir; Psychologie collective et analyse du Moi; Le Moi et le Ça; Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. Essais de psychanalyse. Paris, France: Payot; 1970.

29. Klein M, Jones E, Abraham N, Torok M. la relation d'objet. Essais de psychanalyse. Paris, France: Payot, 1989; 1989.

30. Klein M, Jones E, Abraham N, Torok M. Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs. Essais de psychanalyse. Paris, France: Payot, 1989; 1989.

31. Klein M. se sentir seul. Envie et gratitude: et autres essais. Paris, France: Gallimard; 1968. p. 119 à 137.

32. Spitz RA. The first year of life: a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. New York, Etats-Unis d'Amérique: International Universities Press,; 1965. xix+394 p.

33. Mahler MS, Pine F, Bergman A. La naissance psychologique de l'être humain: symbiose humaine et individuation. Paris, France: Payot & Rivages, impr. 2010; 2010. 509 p.

34. Freud S, Zeitlin R-M. la féminité. Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse. Gallimard. Paris: Gallimard; 1984. p. 173.

35. Freud S, Laplanche J, Berger D. les théories sexuelles infantiles. La vie sexuelle. Paris: Presses universitaires de France; 1982.

36. Lacan J. du traitement possible de la psychose. Ecrits. Paris, France: Éd. du Seuil, DL 1966; 1966. p. 556.

37. Winnicott DW, Kalmanovitch J, Sauguet H. la capacité d'être seul. De la pédiatrie à la psychanalyse. [Paris]: Payot; 1989. p. 205 à 213.

38. Butler J, Fassin E, Kraus C. Trouble dans le genre. Paris: La Découverte; 2006.

39. Wittig M. La Pensée straight. Paris: Balland; 2001. 157 p.

40. Roland B. Gayle Rubin, Surveiller et jouir. Anthropologie politique du sexe. Essaim. 1 nov 2011;27(2):167‑70.

41. Bowlby J. Attachement et perte. Paris, pays inconnu: PUF; 1978.

42. Schaffer HR, Emerson PE. The development of social attachments in infancy. Monogr Soc Res Child Dev. 1964;29:1‑77.

43. Nicole Guédeney,Antoine Guédeney. L'attachement. Concepts et applications 2e édition. Disponible sur: http://www.decitre.fr/livres/l-attachement-9782294050343.html

44. Cassidy Jude. Handbook of Attachment, Second Edition: Theory, Research, and Clinical Applications. 2nd edition. New York, NY: The Guilford Press; 2010. 1020 p.

45. Bowlby J. A Secure Base. 1 edition. London: Routledge; 2005. 212 p.

46. Cassidy J. The Complexity of the Caregiving System: A Perspective from Attachment Theory. Psychol Inq. 1 janv 2000;11(2):86‑91.

47. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. Monogr Soc Res Child Dev. 1 janv 1985;50(1/2):66‑104.

48. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Psychology Press; 1979. 416 p.

49. Adult Attachment Interview Protocol, George, C., Kaplan, N., & Main, M. 1985, University of California at Berkeley. Disponible sur: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf

50. Annie Bernier SL. Entrevue sur l'Attachement à l'âge Adulte: Fondements théoriques, qualités métrologiques et champs d'application. / The Adult Attachment Interview: Theoretical foundations, psychometric properties, and fields of application. Can Psychol Can. 1996;37(4):229‑40.

51. Bernier A, Ackerman JP, Stovall-McClough KC. Predicting the quality of attachment relationships in foster care dyads from infants' initial behaviors upon placement. Infant Behav Dev. oct 2004;27(3):366‑81.

52. Roskam I, Galdiolo S, Meunier J-C, Stiévenart M. Psychologie de la parentalité : Modèles théoriques et concepts fondamentaux. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2015. 325 p.

53. Bretherton I. Les histoires à compléter pour l'étude des représentations d'attachement. Enfance. 2008;60(1):13.

54. Solomon J, George C, De Jong A. Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. Dev Psychopathol. juin 1995;7(03):447‑63.

55. Gloger-Tippel G, König L, Lahl O. Représentations d'attachement évaluées avec les histoires à compléter et troubles du comportement chez des enfants de 6 ans. Enfance. 2008;60(1):42.

56. Nathalie_Savard_Dossier_theorie_attachement-2.pdf. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Nathalie_Savard_Dossier_theorie_attachement-

2.pdf

57. Zeanah CH. Disturbances and disorder of attachment in early childhood. Handbook of Infant Mental Health, Third Edition. Third Edition edition. New York: The Guilford Press; 2012.

58. Steele H, Steele M, Croft C, Fonagy P. Infant-Mother Attachment at One Year Predicts Children's Understanding of Mixed Emotions at Six Years. Soc Dev. 1 juill 1999;8(2):161‑78.

59. Crittenden PM. Children's strategies for coping with adverse home environments: An interpretation using attachment theory. Child Abuse Negl. 1992;16(3):329‑43.

60. Bretherton I, Waters E, éditeurs. Growing Points of Attachment Theory and Research. Chicago: University Of Chicago Press; 1985. 331 p.

61. Pierrehumbert B, Iannotti RJ, Cummings EM, Zan-Waxler C. Attachement maternel et dépendance. Quelques apports de la psychologie expérimentale. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1986;34(8-9):409‑20.

62. Pastor DL. The quality of mother–infant attachment and its relationship to toddlers' initial sociability with peers. Dev Psychol. 1981;17(3):326‑35.

63. Londerville S, Main M. Security of attachment, compliance, and maternal training methods in the second year of life. Dev Psychol. 1981;17(3):289‑99.

64. Karen. Becoming Attached: First Relationships and How They Shape Our Capacity to Love. Reprint edition. New York: Oxford University Press; 1998. 512 p.

65. Pinel-Jacquemin S, Zaouche-Gaudron C. Système familial et attachement: l'influence des relations intrafamiliales sur la qualité de l'attachement parents-enfants dans les familles de deux enfants de 6 à 12 ans. Lille, France: Atelier national de reproduction des thèses; 2013.

66. Braungart-Rieker JM, Garwood MM, Powers BP, Wang X. Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: predictors of later attachment. Child Dev. févr

2001;72(1):252‑70.

67. Mouren M-C, Véra L, Vila G. Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Maloine; 1993. 152 p.

68. Bailly D. L'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent. Paris, France: Masson, impr.2004; 2004. xiii+143 p.

69. Estes HR, Haylett CH, Johnson AM. Separation anxiety. Am J Psychother. oct 1956;10(4):682‑95.

70. CIM-10 Version:2008. Disponible sur: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr

71. American psychiatric association, éditeur. DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (D. C.), Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord; 2013. xliv+947 p.

72. Troubles anxieux. Troubles mentaux−Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise Collective INSERM.2002. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr

73. Martin C. Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. ALTER - Eur J Disabil Res Rev Eur Rech Sur Handicap. oct 2013;7(4):293‑8.

74. Chambers R. Editorial Introduction: Vulnerability, Coping and Policy. IDS Bull. 1 avr 1989;20(2):1‑7.

75. Boarini S. La vulnérabilité. L'humanité, au risque de la vulnérabilité. Éthique Santé. mars 2013;10(1):43‑7.

76. Verdoux H. Chapitre 7 - Facteurs de vulnérabilité. In: Rouillon J-DG, éditeur. Manuel de psychiatrie (2e édition)]. Paris: Elsevier Masson; 2012, p. 105‑21.

77. Wallerstein JS. The Long-Term Effects of Divorce on Children: A Review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. mai 1991;30(3):349‑60.

78. Wallerstein JS, Johnston JR. Children of divorce: recent findings regarding long-term effects and recent studies of joint and sole custody. Pediatr Rev Am Acad Pediatr. janv 1990;11(7):197‑204.

79. Kelly JB. Children's Adjustment in Conflicted Marriage and Divorce: A Decade Review of Research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. août 2000;39(8):963‑73.

80. Amato PR, Keith B. Parental Divorce and Adult Well-Being: A Meta-Analysis. J Marriage Fam. 1 févr 1991;53(1):43‑58.

81. Amato PR. Children of divorce in the 1990s: an update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43. sept 2001;15(3):355‑70.

82. Hetherington EM, Bridges M, Insabella GM. What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. Am Psychol. févr 1998;53(2):167‑84.

83. Cherlin AJ, Furstenberg FF, Chase-Lansdale L, Kiernan KE, Robins PK, Morrison DR, et al. Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. Science. 7 juin 1991;252(5011):1386‑9.

84. Kim HS. Consequences of Parental Divorce for Child Development. Am Sociol Rev. 1 juin 2011;76(3):487‑511.

85. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Parental separation, adolescent psychopathology, and problem behaviors. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. oct 1994;33(8):1122‑31; discussion 1131‑3.

86. Fergusson DM, McLeod GFH, John Horwood L. Parental separation/divorce in childhood and partnership outcomes at age 30. J Child Psychol Psychiatry. avr 2014;55(4):352‑60.

87. Martin-Lebrun E, Poussin G, Barumandzadeh T, Bost M. Conséquences psychologiques de la séparation parentale chez l'enfant. Arch Pédiatrie. sept 1997;4(9):886‑92.

88. Barumandzadeh R. Les conséquences psychologiques de la séparation parentale chez l'enfant: 1996-2008 [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2009.

89. Poussin G, Barumandzadeh T, Barumandzadeh R, Martin-Lebrun E. Les enfants malades du divorce. Arch Pédiatrie. juin 2010;17(6):964‑5.

90. Van Pevenage C, Geuzaine C. Divorce et mode de garde : quel constat à la post-adolescence? Dialogue. 2004;163(1):97.

91. Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale. 2002-305 mars 4, 2002.

92. Dumortier T. L'intérêt de l'enfant : les ambivalences d'une notion « protectrice ». Rev Droits L'homme Rev Cent Rech D'études Sur Droits Fondam [Internet]. 1 juin 2013 [cité 26 mai 2015];(3). Disponible sur: http://revdh.revues.org/189

93. Brazelton TB, Greenspan SI. Ce qu'un enfant doit avoir: ses sept besoins incontournables pour grandir, apprendre et s'épanouir. Paris, France: Stock-Laurence Pernoud; 2001. 316 p.

94. Lamboley A. Les droits de l'enfant dans les familles dissociées. Arch Pédiatrie. mai 2002;9, Supplement 2:280‑2.

95. Gauthier Y. Les enfants sont-ils les cobayes de la présomption du Tribunal en faveur de la garde partagée? Santé Ment Au Qué. 2008;33(1):203.

96. Izard E. Troubles psychiques observés chez les enfants vivant en résidence alternée non conflictuelle : expérience personnelle. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. mai 2009;57(3):173‑81.

97. Hayez J-Y, Kinoo P. Hébergement alterné et autorité parentale conjointe. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. sept 2005;53(5):245‑53.

98. Martin-Lebrun E, Poussin G, Barumandzadeh T, Bost M. Conséquences psychologiques de la séparation parentale chez l'enfant. Arch Pédiatrie. sept 1997;4(9):886‑92.

99. Poussin G, Barumandzadeh T, Barumandzadeh R, Martin-Lebrun E. Les enfants malades du divorce. Congrès Société Fr Pédiatrie Assoc Pédiatres Lang Fr APLF. juin 2010;17(6):964‑5.

100. Solomon J, George C. The development of attachment in separated and divorced families. Effects of overnight visitation, parent and couple variables. Attach Hum Dev. avr 1999;1(1):2‑33.

101. Berger M, Ciccone A, Guedeney N, Rottman H. La résidence alternée chez les enfants de moins de six ans: une situation à hauts risques psychiques. Devenir. 1 sept 2004;Vol. 16(3):213‑28.

102. Golse B. Divorce : résidence alternée de l'enfant. Arch Pédiatrie. avr 2014;21(4):441‑3.

103. Berger M. La résidence alternée pour les enfants de moins de 3 ans : une pièce sombre. Spirale. 18 mai 2009;49(1):43‑56.

104. Maccoby EE, Mnookin RH. Dividing the Child: Social and Legal Dilemmas of Custody. Harvard University Press; 1992. 392 p.

105. Riva N. Parental Hostility, Conflict and Communication in Joint and Sole Custody Families. J Divorce. 9 mars 1990;13(2):145‑57.

106. Rapport Lye, 2011 . Disponible sur: http://www.lenfantdabord.org/wp-content/uploads/2011/02/rapport_lye.pdf

107. Bauserman R. Child adjustment in joint-custody versus sole-custody arrangements: a meta-analytic review. J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43. mars 2002;16(1):91‑102.

108. King V, Sobolewski JM. Nonresident Fathers' Contributions to Adolescent Well-Being. J Marriage Fam. août 2006;68(3):537‑57.

109. Baude A, Sagnes F, Zaouche-Gaudron C. La résidence alternée. Dialogue. 28 juin 2010;188(2):133‑46.

110. Swiss L, Bourdais CL. Father—Child Contact After Separation The Influence of Living Arrangements. J Fam Issues. 5 janv 2009;30(5):623‑52.

111. Batchy E, Kinoo P. Organisation de l'hébergement de l'enfant de parents séparés ou divorcés. Thérapie Fam. 2004;25(1):81.

112. Cyr F. La recherche peut-elle éclairer nos pratiques et aider à mettre un terme à la polémique concernant la garde partagée? Rev Québécoise Psychol. 2006;27(1):79‑114.

113. Luepnitz DA. A Comparison of Maternal, Paternal, and Joint Custody: J Divorce. 9 juill 1986;9(3):1‑12.

114. De Becker E. L'enfant et le conflit de loyauté : une forme de maltraitance psychologique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. juill 2011;169(6):339‑44.

115. Le Run J-L, de Maximy M. Conflits de loyauté. Enfances Psy. 2012;56(3):11.

116. Smeekens S, Marianne Riksen-Walraven J, van Bakel HJA. Cortisol reactions in five-year-olds to parent-child interaction: the moderating role of ego-resiliency. J Child Psychol Psychiatry. juill 2007;48(7):649‑56.

117. Porcedda-Selleron A. Les enjeux de la médiation familiale: la coparentalité dans les séparations. Arch Pédiatrie. juin 2010;17(6):968‑9.

118. Divorce et séparation. Disponible sur: http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/divorce-et-separation.pdf

119. Schmit G. Le travail sur les conflits familiaux en consultation de pédopsychiatrie. Conflits et conflictualité dans le soin psychique. Eres; 2008. p. 55.

120. Kaës R. Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. Cah Psychol Clin. 2010;34(1):13.

121. Creswell C, Cartwright-Hatton S. Family treatment of child anxiety: outcomes, limitations and future directions. Clin Child Fam Psychol Rev. sept 2007;10(3):232‑52.

122. Bernstein GA, Garfinkel BD. Pedigrees, functioning, and psychopathology in families of school phobic children. Am J Psychiatry. janv 1988;145(1):70‑4.

123. Wendland J, Camon-Sénéchal L, Khun-Franck L, Maronne C, Rabain D, Aidane E. Troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement: un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. Devenir. 2011;23(1):7.

124. Gerardin P, Wendland J, Bodeau N, Galin A, Bialobos S, Tordjman S, et al. Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study. J Clin Psychiatry. mars 2011;72(3):378‑87.

125. Bourrat M-M. Séparation parentale et mode de garde : droit à l'enfant ou droit de l'enfant ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. janv 2014;62(1):1‑2.

126. Neyrand G, Zaouche-Gaudron C, éditeurs. Le livre blanc de la résidence alternée: penser la complexité. Toulouse, France: Érès; 2014. 80 p.

127. Phélip J, Berger M. Le livre noir de la garde alternée. Paris, France: Dunod, DL 2006; 2006. xxv+226 p.

Résumé

En étudiant la question de la séparation parentale dans nos sociétés depuis la fin du XIXe siècle, nous avons pu observer l'extraordinaire accélération de l'évolution des structures familiales qui a conduit à positionner le mariage, jusqu'alors base initiale unique de la structure familiale, comme l'une des institutions parmi d'autres possibles, pour accueillir et élever un enfant.

Notre travail sur les théories psychodynamiques et de l'attachement nous a amenée à mettre en évidence que l'apparition et le dépassement de l'angoisse liée à son développement psychoaffectif normal sont pour l'enfant, des facteurs constitutifs dans l'acquisition de ses capacités à l'autonomie, tout comme la qualité des liens qu'il peut nouer et entretenir avec ses figures d'attachement.

La séparation parentale pourrait être envisagée comme un facteur de vulnérabilité pour l'enfant, face auquel la littérature met en évidence l'importance première de l'environnement, en particulier des liens familiaux. Les troubles qui pourraient alors se manifester sont dépendants de la qualité de ces liens sans qu'on puisse pour autant affirmer d'une part que ce serait là leur seule origine et d'autre part que ce serait la séparation parentale qui les causerait. Le cadre d'une famille « nucléaire » classique n'est en effet pas le seul dans lequel les liens d'un enfant à ses figures d'attachement, sont susceptibles de se développer harmonieusement.

Quoiqu'il en soit, il ne s'agit pas, pour le pédopsychiatre en particulier, de considérer qu'une seule approche serait meilleure en soi qu'une autre, en se repliant sur celle-ci, mais de se demander quelle serait la modalité de soin la plus adaptée. La nécessité de mise en place d'une « alliance thérapeutique » avec le jeune et ses parents ainsi que l'aménagement du cadre global impliquant les différents professionnels concernés par une séparation parentale, s'avèrent être des facteurs primordiaux quant à l'issue positive de la prise en charge des enfants et des adolescents présentant des troubles psychoaffectifs.

Le pédopsychiatre peut être présenté, dans ce cadre, comme un maillon essentiel parmi l'ensemble des intervenants dans la prise en charge des conséquences psychologiques de la séparation parentale.

Mots-clés : séparation parentale, trouble de l'attachement, angoisse de séparation, conflits parentaux.