UN AUTRE REGARD.

Entre subjectivité, éthique et protection: quelle place pour l'histoire des résidents en Maison d'Accueil Spécialisée?

S. HANNOIR, L. FERNANDEZ

Maison d'Accueil Spécialisée d'Entraygues, Chirac, 48100

Association du Clos du Nid, Marvejols, 48100

RESUME

Cindy est une jeune résidente accueillie depuis quelques années dans notre maison d'accueil spécialisée. Depuis son entrée ses comportements interrogent, étonnent, déconcertent. Dans sa prise en charge nous sommes en situation d'impasse : Cindy passe une bonne part de la journée à somnoler et ne communique pas ; anorexique, elle met aussi sa santé en danger. Une demande du père avec qui elle n'a plus de contact direct depuis plusieurs années viendra impulser une nouvelle dynamique. Après un passage chaotique, Cindy sortira en partie de son enfermement et des liens seront rétablis avec la famille validant de fait quelques hypothèses émises sur cette question. Ce cas particulier à plus d'un titre est venu nous questionner sur une meilleure prise en compte de l'histoire des résidents et sur les vicissitudes, erreurs ou manquements en matière de prise en charge d'inceste.

Mots clés:

Maison d'Accueil Spécialisée, inceste, subjectivation, thérapie institutionnelle.

INTRODUCTION

Le travail en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) se caractérise par sa complexité.La population accueillie présente un handicap mental classé de moyen à sévère associé à des difficultés physiques allant jusqu'au polyhandicap ; les résidents présentent des troubles séquellaires de traumatismes, d'accident néonatal ou de malformations diverses qui rendent « figés » leurs symptômes et réduisent à néant tout espoir de guérison. Cette destinée « sans espoir » vient mettre à mal les personnes qui interviennent dans ces établissements dans leur fonction de « soignant ». Cet aspect « figé » est renforcé par l'orientation le plus souvent définitive d'un résident dans un établissement (rares sont ceux qui changent de résidence au cours de leur vie). Ces éléments décrits

comme « mortifères » sont bien repérés aujourd'hui mais restent un écueil constant dans notre pratique quotidienne.

De même, le maintien des acquis dans les fonctions élémentaires (propreté, alimentation) absorbe une grande partie de l'activité et fait partie de notre priorité.

Ainsi une pensée prioritairement axée sur le quotidien, une absence de perspective à moyen ou long terme et l'impossibilité d'envisager une quelconque « guérison » viennent centrer la réflexion sur le « ici et maintenant ». Cet aspect se reflète aussi, par exemple sur les dossiers de candidature que nous recevons : les éléments de l'anamnèse et de l'histoire restent peu nombreux et les propos sont surtout centrés sur les besoins « actuels » en matière de prise en charge.

La situation que nous avons choisie de présenter condense certaines difficultés que nous pouvons rencontrer : une symptomatologie clinique complexe, une comorbidité, une histoire lacunaire et compliquée par l'inceste du père.

HISTOIRE CLINIQUE

Cindy est la seconde enfant d'une fratrie de 3 filles. Née en 85 en région parisienne, elle est aujourd'hui âgée de 26 ans. A sa naissance, elle présente une encéphalopathie qui entraîne dès la prime enfance des hospitalisations où s'intriquent d'emblée un retard de développement, des problèmes de comportement et des problèmes somatiques (épilepsie). Elle vit à ce moment-là, au domicile de la grand-mère maternelle, avec ses parents et ses sœurs. Les professionnels pointent très vite un contexte familial fragile et insécurisant. Suivie en Externat Médico Pédagogique, elle est ensuite rapidement orientée en 92 à l'âge de 7 ans vers un Internat Médico Pédagogique pendant 6 ans. C'est une enfant décrite comme pouvant être « *autonome sur le plan des tâches de la vie quotidienne et « présente » sur le groupe*». On parle d'une enfant « *engagée et investie dans le champ du langage* », « *malgré des difficultés de langage et d'articulation* », selon l'orthophoniste du Centre.

En 94, alors qu'elle est âgée de 9 ans, elle est conduite par son père chez le médecin car elle ne s'alimente plus, ne parle plus et reste somnolente toute la journée. Suite à cela, elle est hospitalisée durant un mois pour « altération de l'état général ». La première rupture dans le comportement de Cindy se situe donc à cette période. Les troubles somatiques sont déjà probablement liés à une grande souffrance psychique.

Nous retrouvons ensuite des écrits datant de 96 : le psychiatre qui la suit évoque « *un trouble de la personnalité à versant psychotique* ». Au niveau du langage, selon lui, « *elle construit des phrases et se montre très compréhensible. Dans les activités, elle manifeste un réel désir de*

communiquer et un intérêt pour les jeux symboliques »[1]. A ce moment-là, Cindy se montre plus stable sur le plan psychique, mais préoccupe toujours les équipes sur le plan somatique: elle est anorexique, présente des crises comitiales, mais aussi des « crises toniques avec tremblements sans perte de connaissance et sans anomalies à l'EEG ».

En 98, alors âgée de 13 ans, le service de pédopsychiatrie soupçonne des maltraitances au domicile familial, notamment par la mère et la grand-mère maternelle. A priori, ces dernières injurient et malmènent régulièrement Cindy. Il semble qu'à cette époque, le père soit celui qui se montre présent, impliqué et préoccupé dans toutes les prises en charge et les soins de ses filles. Cependant, c'est à cette période qu'elle dénonce verbalement au psychiatre et aux soignants de l'unité, des attouchements sexuels de la part de ce dernier. Suite à ses « révélations » et dans la mesure où il y avait parallèlement une recherche d'établissement, Cindy est très rapidement éloignée du domicile et accueillie après une période de stage, dans un Institut Médico Educatif (IME) situé dans le centre de la France. Cindy connaît donc des conséquences quasi-immédiates à sa prise de parole et se trouve ainsi mise à distance de sa famille. Une Ordonnance de Placement Provisoire est prononcée jusqu'au procès. Les parents sont sous contrôle judiciaire et ne peuvent plus rencontrer seuls Cindy et sa sœur Mélissa.

Au sein de l'IME**,** Cindy se montre ambivalente à l'évocation de ses parents. Tantôt demandeuse, tantôt repoussante dans le registre de l'agressivité et de la répétition calquée de mauvais traitements rencontrés, tantôt totalement passive. L'IME souhaite lui permettre de dépasser cet état traumatique. Une rencontre médiatisée avec les parents est envisagée, mais seulement lorsque la situation judiciaire sera clarifiée. Mais la procédure débutée en 98 ne donne lieu à un jugement qu'en 2002 et Cindy, pour des raisons médicales n'est pas présente lors du procès. Le Juge pour Enfants interdit les parents de rencontrer Cindy, sauf si ces rencontres sont médiatisées par la présence d'une tierce personne. Mais les liens entre Cindy et sa famille vont se distendre peu à peu et Cindy n'aura plus l'occasion de la revoir. Nous l'apprendrons plus tard, les sœurs restées en région parisienne n'auront plus de liens ni entre elles, ni avec leurs parents durant plusieurs années. Chacune va de son côté, tenter de se reconstruire. C'est une deuxième rupture pour Cindy qui, selon les professionnels, entretenait des relations affectueuses avec ses sœurs.

Comme le souligne B. SAVIN, « *la famille incestueuse est sous l'emprise des angoisses de perte et d'abandon. Les liens familiaux sont en permanence en menace de rupture. Ce sont fondamentalement des familles de type "abandonnique*"»[2]. Cette rupture viendra donc conforter

---

[1] Rapport du psychiatre qui l'accueille en pédopsychiatrie.

[2] SAVIN B., « Fonctionnement inconscient de la famille incestueuse: la thérapie socio-familiale comme mode possible de prise en charge thérapeutiques des familles incestueuses », Communication au 2ième Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle, BRUXELLES, du 7 au 9 mai 2003, p.1.

dans le réel les angoisses latentes de Cindy et a sans doute eu de lourdes conséquences sur le plan psychique. A cette époque, les écrits cliniques évoquent une jeune fille pour laquelle le contact global est régressif, sur un mode pouvant aller jusqu'à la catatonie[3].

C'est dans ce contexte que Cindy est accueillie en MAS en 2004, un an et demi après le procès. Cela fait quatre années qu'elle n'a plus de nouvelles de ses sœurs et six années qu'elle n'a pas revu ses parents. Les lenteurs administratives de la procédure judiciaire associée à l'éloignement géographique ont favorisé cette distanciation. L'orientation envisagée tient compte de l'évolution déficitaire que suit Cindy depuis plusieurs années. Bien qu'ayant pu montrer ponctuellement une expression verbale cohérente et intentionnelle, il n'en reste pas moins qu'elle se présente comme une jeune fille de moins en moins investie dans la réalité et manifestant de plus en plus de périodes de régression.

Tout ce temps, le père tente de maintenir un lien avec elle et téléphone de temps en temps pour prendre de ses nouvelles. L'ambivalence de Cindy et à la fragilité qu'elle montre face à ces appels « *sont interprétés de façon univoque en fonction de l'abus* »[4] et nous conforte dans notre sentiment qu'elle doit être protégée du père.

Dans l'attente d'un positionnement clair du Juge des Tutelles, sollicité à cette époque, le positionnement institutionnel tente de préserver Cindy et son espace de vie en maintenant un lien, mais indirect, avec le père. En réponse, la tutrice fait parvenir au père un courrier évoquant l'effet néfaste de ses appels téléphoniques sur le groupe, en mettant l'accent sur la fragilité de la jeune fille. Le père accepte ces modalités et continue alors à demander ponctuellement des nouvelles par l'intermédiaire du chef de service. Notre positionnement éthique visant à la « protéger » d'un père « abuseur » et à la tenir à l'écart du « danger », nous a ainsi dans un premier temps conduit à maintenir une distance avec sa famille ; nous sommes alors dans le registre de la substitution. *« Dans l'ordre de la substitution, l'institution tentera de disqualifier les parents, de les mettre à distance »*[5]. Les représentations d'un environnement familial difficile et la situation d'inceste ont donc renforcé ce mouvement défensif incontournable.

Sur le plan médical, les symptômes persistent; elle traverse des périodes d'anorexie mettant en jeu sa santé et refuse les traitements, ce qui renvoie autour d'elle des angoisses de mort massives. Par ailleurs, elle fait des phlébites et toujours de nombreuses crises d'épilepsie (elle sera même hospitalisée en urgence pour un état de mal). Les investigations médicales à ce sujet n'expliquent qu'en partie ses défaillances ouvrant d'autres pistes notamment psychosomatiques. Il semble ainsi

---

[3] Rapport du chef de service de l'IME en 2000

[4] MOROY F. et al., 2000, « Abus sexuel : le temps de la révélation et ses ambiguïtés », in Neuropsychiatrie Enfance Adolescence n° 48, pp.110.

[5] LOONIS E., 1995, La suppléance familiale: les difficultés du triangle Famille-Enfant-Institution, in *Le nouveau Mascaret*, Revue Interrégionale des CREAHI Aquitaine, N°35, p.29.

que durant toute cette période, elle exprime quelque chose de son mal-être, de sa souffrance par la métaphore corporelle ; tout semble se passer comme si elle se « laissait chuter », comme si elle se « laissait tomber », peut-être en miroir à un vécu abandonnique.

Face au constat clinique inquiétant de Cindy et en raison de l'impasse éducative dans laquelle nous nous trouvons, nous nous interrogeons sur la position institutionnelle à adopter. Entre autre, notre réflexion nous amène à rechercher plus d'éléments sur le passé de Cindy. C'est dans ce contexte que nous reconstruisons progressivement son histoire et son parcours, afin d'essayer de mieux « comprendre » ce tableau clinique et de donner du sens à ses symptômes. L'éloignement de Cindy de son environnement familial et le placement en institution loin de la région parisienne, sont concomitants avec la dénonciation d'attouchements de la part de Cindy. Cette rupture pourrait être vécue par elle avec beaucoup de culpabilité, comme une sanction suite à ce qu'elle a dénoncé. Mutique depuis cette période, nous nous questionnons aussi sur ses capacités de communication passées.

Cette lecture nous confirme qu'il est nécessaire de renouer un lien plus pertinent avec la famille. Une réflexion est menée en équipe pluridisciplinaire sur nos représentations concernant les parents, afin de revoir notre positionnement institutionnel et la place de chacun. Ainsi, nous permettons un lien par téléphone plus direct avec sa famille. Parallèlement, en 2009, nous retrouvons les sœurs de Cindy et parvenons à établir un lien épistolaire avec elles. Il s'agit d'un échange ponctuel de nouvelles et de photographies, notamment avec sa sœur placée en Foyer, pour permettre à Cindy de se réinscrire dans cette dynamique familiale. Avant cela, plus d'une année aura été nécessaire pour parvenir à obtenir les renseignements sur son parcours et pour retrouver les adresses de ses sœurs.

Les sœurs se montrent dans un premier temps septiques quant au mutisme de Cindy, se souvenant d'elle (neuf ans plus tôt), comme d'une personne inscrite dans le champ du langage**.** L'une d'elle a d'abord mal vécu le silence de Cindy au téléphone, l'interprétant comme un refus de lui parler. La médiatisation par les professionnels les a aidés à prendre la mesure de l'évolution de leur soeur et à tisser lentement un lien avec elle. Dans cette reconstruction du lien avec la famille, nous passons de la substitution à la suppléance, à une complémentarité. *« Dans l'idée de suppléance apparaît celle du manque et donc du complément à ce manque. De cette complémentarité, on en vient facilement à l'idée d'aide, voire de réparation »*[6].

Parallèlement, il nous a semblé opportun de proposer à Cindy un changement d'unité de vie. Nous avions formulé l'hypothèse d'un phénomène de saturation pour Cindy mais aussi pour l'équipe éducative, du fait d'une prise en charge extrêmement lourde, complexe et éprouvante (aide

---

[6] LOONIS E., 1995, « La suppléance familiale : les difficultés du triangle Famille-Enfant-Institution », in *Le nouveau Mascaret*, revue interrégionale du CREAHI Aquitaine, n°35 p.25.

à la toilette, à l'habillage, au repas, problèmes d'incontinence). Le changement pouvait être l'occasion d'avoir un nouveau regard sur Cindy et de la remobiliser autrement dans le quotidien. C'est ainsi qu'un relais a pu se faire entre les deux équipes éducatives et que l'équipe accueillante s'est investie dans ce projet et s'est réapproprié la longue démarche entreprise évitant de fait tout nouveau processus de rupture.

Une rencontre avec la famille a pu s'organiser progressivement, malgré une forme de résistance encore palpable. Elle a suscité beaucoup d'émotions. La famille s'est trouvée stupéfaite par l'état de maigreur de Cindy, par son mutisme et sa fatigabilité. Le père, culpabilisé par le passé et préoccupé par le désir de « bien-faire», s'est montré quelque peu maladroit au départ. Maladresse retrouvée aussi du côté d'une de ses sœurs, qui peut-être dépassée par un trop d'émotions s'est montrée très en mouvement, physiquement très active. Cindy de son côté, d'abord en retrait, a manifesté progressivement de l'intérêt et une grande présence au cours du repas. Fièrement assise, elle a adressé plusieurs sourires à sa famille, puis s'est à nouveau repliée. Il s'agissait d'une première rencontre après onze années de séparation. Il était donc nécessaire de prendre en compte l'impact émotionnel d'une telle visite et d'en adapter la durée. Au retour de Cindy, nous nous sommes interrogés sur l'attitude et le comportement de Cindy après s'être confrontée à nouveau à son passé, à ses origines, à son histoire familiale. L'inquiétude se mêlait à une forme de vigilance. Cependant, elle n'a montré aucun effondrement, voire une remobilisation dans son quotidien. Moins opposante, elle se montre plus présente, plus participante, bien que nous restions conscients de sa fragilité tant sur le plan psychique que physique.

DISCUSSION

Une clinique polymorphe

Cette histoire condense certaines difficultés que nous rencontrons en MAS avec plus particulièrement la difficulté à faire la part des choses entre les symptômes qui font partie du handicap et donc constitutifs et ceux qui sont à comprendre dans une lecture psychodynamique.

En matière de diagnostic, Cindy présente une « psychose précoce déficitaire; Retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques 1.02 » selon la classification de la CFTMEA de Misès[7].

Cependant, dans le cas particulier de Cindy ce diagnostic n'est pas suffisant pour comprendre ses comportements. Il existe comme nous l'avons vu une rupture qui s'inscrit en lien direct avec ce qui lui est arrivé. Face aux événements qu'elle a rencontrés, se pose en premier lieu la question d'un « traumatisme » qui en faisant basculer un système défensif déjà fragile a entraîné en « réaction »

une dépression grave engendrant la mise en place de défenses rigides (catatonie, négativisme, hermétisme).

Par ailleurs, Cindy peut présenter des périodes hallucinatoires ou tenir parfois des propos qui nous semblent délirants mais dont la thématique (sexuelle ou violente) renvoie à ce qu'elle a subi. Si elle présente dès la petite enfance des signes psychotiques, cette aggravation de son état peut s'illustrer à travers le concept de forclusion. Si nous reprenons ce concept de Lacan, nous parlerons de « forclusion du nom du père»[8], ou encore de l'absence de métaphore paternelle. En effet le père, au sens symbolique, vient « faire tiers » entre la mère et l'*infans* ce qui permet à l'enfant de sortir de la relation duelle qu'il entretient avec sa mère. C'est ainsi, qu'il lui permet ensuite de s'inscrire symboliquement dans l'accès à la Loi (intériorisation des interdits), à la filiation, à la différence des sexes. Autrement dit, la transgression de l'interdit de l'inceste, ne peut se régler que par l'intervention d'un tiers qui restitue la valeur symbolique de l'interdit comme instance suffisamment solide ; sans cette symbolisation il existe un risque de forclusion (au sens où il a été mis de côté, au dehors, à l'extérieur du psychisme) a fortiori chez une personne déficiente. Malheureusement, en raison de la longueur de la procédure (elle a duré 4 ans) et surtout du fait de son absence au procès, Cindy a été dépossédée de son histoire et il ne lui a donc pas été possible de faire un lien entre son placement et la maltraitance qu'elle avait subie. Son histoire à partir de là s'inscrit en rupture; sa prise de parole n'a jamais pu être symbolisée, Cindy s'enferme alors dans un mutisme protecteur. Pourtant, la rencontre avec la Loi aurait pu être salvatrice pour Cindy et ses parents au regard de l'histoire familiale : « *le dévoilement de l'inceste fera traumatisme dans la famille, mais un traumatisme salutaire pour les psychés individuelles qui pourront enfin s'inscrire et s'organiser dans un ensemble de liens symboliques grâce à l'intervention du juridique. »*[9]; mais dans le cas présent, elle vient au contraire aggraver sa psychose : *l'intégration des règles est […] quasiment impossible car les interdits fondamentaux, notamment celui de l'interdit de l'inceste, n'ont pas opéré ».*[10] De plus, « *lorsqu'il y a forclusion, l'enfant s'enlise dans l'archaïque incestueux »*[11], laissant probablement chez cette jeune fille des séquelles irréversibles.

Cependant, au-delà de ces symptômes fermés, Cindy nous laisse une porte d'entrée à travers ceux que nous avons définis en tant que métaphore corporelle. Ces symptômes contrairement aux

---

[7] MISES R. et al., Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent.

[8] LACAN J., La psychanalyse, 1958, n° 4, « *Les Psychoses* », pp. 1-50.

[9] SAVIN B., « Fonctionnement inconscient de la famille incestueuse: la thérapie socio-familiale comme mode possible de prise en charge thérapeutiques des familles incestueuses», Communication au 2ième Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle, BRUXELLES, du 7 au 9 mai 2003, p.2.

[10] VILLARD M., 2009, « Des différences entre autisme et psychose infantile », http://maurice.villard.pagesperso-orange.fr/maurice.villard/.

[11] PUSKAS D., « De l'importance de la constitution de l'ordre symbolique et de son maintien par la fonction paternelle », in *Filigrane*, Vol 11, n°1 p. 31.

précédents peuvent s'infléchir ; pont de liaison entre « réalité interne et réalité externe », ils sont accessibles au travail de « réhistorisation » et donc de « resubjectivation». Ainsi la lente reconstitution de son histoire et la reprise des liens avec sa famille s'est traduite par une diminution significative de ses angoisses.

La « réhistorisation » du sujet et la mobilisation des symptômes

Ce cas n'est pas singulier, les personnes ayant un retard mental sévère ont un parcours institutionnel qui s'inscrit dès la petite enfance. L'enfant est amené en fonction de son âge, de son handicap, des capacités d'accueil et de son histoire familiale à changer plusieurs fois d'établissement. A chaque changement l'enfant y laisse une partie de son histoire. Les dossiers qui l'accompagnent se centrent sur les capacités et les perspectives de l'enfant, et en raison du handicap de l'enfant, celui-ci ne peut restituer sa propre histoire qui repose alors sur les professionnels qui l'entourent. Malheureusement tout n'étant pas écrit, l'histoire devient au fil du temps fragmentaire, polarisée sur les évènements marquants, d'autant que « *très souvent,* [la personne handicapée] *porte un passé fait d'échecs, de rebuffades, de violences, de rejets* »[12] ; ce qui tend à vouloir la maintenir dans un cocon protecteur, dans une existence surprotégée, en tenant ce passé hors de sa portée. « *Sans passé, ou pire encore avec un passé brisé, sans projection vers l'avenir la temporalité de ces personnes se réduit souvent à n'être que la succession des moments présents* »[13].

Dans la situation de Cindy nous nous sommes retrouvés dans une situation d'impasse et coupés de son histoire, nous étions réduits à comprendre et à aider Cindy, à la lueur de ce qui se passe autour d'elle au présent et non en nous appuyant sur les événements qui l'ont conduit dans notre établissement. Les équipes se sont usées à infléchir certains comportements en vain. A travers ces derniers, elle suscitait le clivage entre ceux qui s'inquiétaient de sa mise en danger par ses comportements régressifs (anorexie sévère, prostration) et ceux qui y voyaient plutôt la mise en oeuvre de comportements hystérisés.

Ainsi qu'il s'agisse de son passé, des symptômes qu'elle pouvait présenter ou des contre-attitudes qu'elle pouvait générer, le morcellement apparaissait à tous niveaux. Il devenait donc urgent de se pencher sur son histoire afin d'y retrouver un fil directeur. D'autant que si Cindy était « protégée » de son histoire; pour nous à l'opposé, celle-ci nous encombrait car elle se cristallisait sur sa composante traumatique : Cindy avait été abusée par son père.

Cette notion d'inceste touche aux fantasmes et aux craintes dans ce domaine : viennent s'y

---

[12] CASPAR Ph., 2008, « Le retard mental à la croisée de l'éthique», in *Liberté politique*, p.10, p.1.<www.libertepolitique.com/les-extraits-de-la-revue-politique-/4587-le-retard-mental-a-croisde-lique>.consulté le 15 mars 2011.

[13] Id., p.10.

mélanger les *a priori*, la morale et même parfois les renvois à l'histoire de chacun d'entre nous. « *Nous sommes tour à tour inquiets, fascinés, sidérés, excités ; nos peurs infantiles peuvent ressurgir ainsi que notre culpabilité* »[14]. Si cette notion nous parasite au quotidien dans notre inconscient, elle est en revanche difficilement échangée et quand nous y arrivons le débat devient vite passionné. Faute d'être débattu et d'être « articulé » à son histoire, ce sujet connu de tous, n'était pas parlé, devenant tabou. La réaction de l'équipe à une demande de photographie du père illustre bien cet aspect : les projections fantasmatiques des professionnels sur les « raisons » de cette demande paternelle ont rapidement surgies. L'inquiétude et le doute sur le « bien-fondé » de cette demande ont pris un temps le dessus. Une partie d'entre nous pouvait trouver cette demande légitime, l'autre se posait ouvertement la question de l'utilisation par le père de cette photographie. De même les appels du père étaient souvent vécus comme une agression et une nouvelle tentative d'intrusion dans la vie de Cindy**.**

L'inconscient collectif nous portait vers un désir de protection**,** elle en venait donc à être « privée » de sa sexualité et se présentait ainsi dans une tenue asexuée (bas de survêtement), les cheveux coiffés mais pas mis en forme et la dentition amplement dégradée par de multiples chutes liées aux crises comitiales ; il se dégageait d'elle une image de « régression » renforcée par le fait qu'elle se tenait le plus souvent recroquevillée en position fœtale en s'agrippant à un poupon d'épouvante.

Reconstruire son parcours de vie, évoquer avec elle ce passé traumatique, lui restituer son histoire et renouer lentement des contacts avec sa famille, voudraient tendre à lui permettre de se désinscrire de la rupture, à venir réparer, combler un vide de sens. La médiatisation de la relation au père a permis d'engager un travail de remise en perspective de l'image du père et des difficultés familiales. Ce travail a permis tout d'abord de nous rassurer sur nos capacités à protéger Cindy malgré la déviance du père ; Cindy est aujourd'hui sous tutelle et sous notre responsabilité ce qui autorise une rencontre entre elle et son père en toute « sécurité » et pour l'un et pour l'autre. Comprendre (sans excuser) le parcours du père et le contexte ayant abouti à la situation de maltraitance permet d'atténuer les fantasmes liées à la peur d'une récidive.

Les échanges avec les travailleurs sociaux a permis de décaler un peu le regard porté sur cet homme, de moins le « diaboliser » et de reconnaître sa place de père (possible pour lui car jugé). C'est un homme fragile, abusé lui-même étant enfant et abandonné par sa mère. Il a par ailleurs entrepris un travail psychothérapique qui lui permet de prendre conscience de ses difficultés et de son comportement passé. Il se montre désireux de reprendre sa place de père auprès de ses filles et tente comme il le peut, de maintenir présente leur mère, à travers des photographies ou dans son

---

[14] LAMOUR M., 1992, « Les abus sexuels à l'égard des jeunes enfants, séduction, culpabilité, secret », in GABEL M., *Les enfants victimes d'abus sexuels*, Paris, PUF, p. 261-271.

discours.

Notre présence faisant tiers, il a ainsi été progressivement envisageable de concrétiser une rencontre médiatisée à proximité du domicile des parents et des sœurs. Dans un deuxième temps, mesurant l'importance d'une démarche de la famille vers Cindy, une visite sera organisée dans notre établissement permettant de poursuivre le long travail de restauration d'une relation de confiance. A travers cette venue, l'institution retrouve aussi sa dimension symbolique de protection. Ce travail a ainsi permis d'assouplir les positions de chacun, ce qui a eu un impact direct sur la prise en charge de Cindy. Il lui est restitué le droit d'avoir une histoire mais aussi une famille. *« L'institution s'inscrit d'emblée dans la problématique du lien et de la rupture ».*[15]

Aujourd'hui nous mesurons le travail parcouru :

Il est désormais « pensable » de projeter sur elle l'idée d'une féminité, longtemps empêchée par l'histoire incestueuse. C'est ainsi qu'elle peut enfin aujourd'hui apparaître comme une jeune fille soigneusement coiffée, parfois maquillée et vêtue de vêtements plus féminins. La restitution de son histoire à Cindy, ainsi que le soutien, la médiatisation et l'accompagnement des relations familiales semblent lui permettre de se présenter autrement au sein de l'institution. Les symptômes somatiques tendent à s'amenuiser et les projections des professionnels sont aujourd'hui davantage dans un processus « d'élan vital ». Sa présence à la vie quotidienne du groupe bien qu'elle reste minime, est bien plus significative et elle montre plus souvent des périodes de « verbalisation » et d'échanges succincts avec des professionnels.

La réflexion et l'analyse autour des différents mécanismes de défense que chaque professionnel a pu éprouver en référence à l'histoire incestueuse, a permis d'assouplir les pratiques au quotidien. Plus sécurisés par la fonction symbolique de protection que joue l'institution dans cette histoire, il est depuis possible de maintenir et de développer le lien entre Cindy et sa famille. L'environnement institutionnel est plus apaisé et peut donc s'impliquer plus sereinement dans cette longue démarche.

Des photographies de Cindy ont repris place dans la maison familiale et Cindy reçoit régulièrement par le père des photographies des membres de la famille qui sont affichées dans sa chambre. Nous envisageons à terme que Cindy puisse être accueillie dans un établissement plus proche du domicile des parents, afin qu'elle puisse progressivement retrouver un ancrage sur le plan familial, qui pourrait être facilité par le rapprochement géographique, toujours avec une médiatisation des professionnels sur place. Nous sommes donc parvenus à une représentation commune, libérés de nos craintes, ce qui nous a permis de déléguer la fonction de protection à

---

[15] LOONIS E., 1995, « La suppléance familiale : les difficultés du triangle Famille- enfant-institution », in *Le nouveau Mascaret*, revue interrégionale du CREAHI Aquitaine, n°35 p.30.

l'institution, mais surtout d'imaginer ce rapprochement géographique et donc de la confier à un autre établissement. Pour autant, à ce jour, il paraît indispensable de laisser du temps au temps afin de permettre à ce projet de se construire sur des bases relationnelles plus solides entre Cindy et sa famille.

CONCLUSION

Ainsi, une situation d'impasse nous a amenés à dépasser notre champ d'investigation habituel. En nous interrogeant sur un passé et sa composante dynamique, en nous questionnant sur notre positionnement institutionnel, nous avons pu relancer un cheminement clinique alors bloqué, et lutter contre les mécanismes « aliénants » qui s'instaurent dans un placement en institution. Cette réflexion nous a amenés à porter un nouveau regard.

Tout d'abord, la problématique de l'éthique appliquée au champ du retard mental profond doit nous interroger sur les limites de nos interventions professionnelles. En effet, ces personnes vulnérables sont livrées à l'autre, soumises à notre pouvoir, à notre bon vouloir.

Par ailleurs, nous ne devons pas sous-estimer toute la subjectivité que nous projetons sur un résident et son histoire. Cette subjectivité est d'autant plus forte si l'histoire comporte une composante traumatique, car elle réveille en chacun de nous des défenses archaïques. Dans ce cas, nous devons être vigilants à ce que la parole puisse à nouveau circuler pour réinstaurer une dynamique de groupe dont le résident sera le premier bénéficiaire.

Ce travail autour de l'histoire, qui contribue aussi à l'identité, se construit en deux temps : à partir des fragments d'histoires actualisés dans le transfert, nous devons essayer d'abord de tendre vers « *une histoire qui tienne lieu pour* [la personne] *d'objet de la fonction narrative dont* [elle n'a] *pu bénéficier soit en raison de circonstances de séparation diverses (hospitalisations itératives, abandons,…), soit en raison de difficultés dans l'exercice de la fonction parentale (dépression, pathologie psychiatrique…)*[16] ; ce qui constitue l'ossature. Il s'agira dans un deuxième temps, de nous appuyer sur ce que P. DELION nomme la *fonction métaphorique*. « *Elle consiste à mettre ensemble les fragments épars de chacun des membres de la constellation transférentielle, comme autant d'histoires particulières* »[17]. En effet, chaque professionnel vit une histoire singulière avec le résident. P. DELION postule que quelquefois la mise en récit progressive de ces histoires peut parfois révéler un sens là où on ne l'attendait pas[18]. Il nous semble donc important de nous efforcer d'inscrire les résidents dans une temporalité diachronique, de tendre vers une remise en perspective

---

[16] DELION P., 2002, *La narrativité, Histoire Institution et Soins*, Paris - Journée de la Waimh, France, p.7.
[17] Id, p. 7.

de l'histoire du résident ; ce qui nous amène « *par rapport au passé,* [...à] *une véritable suspension de jugement*»[19].

---

[18] Id, p. 8

[19] CASPAR. Ph., « Le retard mental à la croisée de l'éthique»,in *Liberté politique* p.11.<www.libertepolitique.com/les-extraits-de-la-revue-politique-/4587-le-retard-mental-a-croisde-lique>.consulté le 15 mars 2011.

Bibliographie

CASPAR Ph.., 2008, « Le retard mental à la croisée de l'éthique», in *Liberté politique*, pp.1-11,<www.libertepolitique.com/les-extraits-de-la-revue-politique-/4587-le-retard-mental-a-croisde-lique>.consulté le 15 mars 2011.

DELION P., 2002, *La narrativité, Histoire Institution et Soins*, Paris - Journée de la Waimh, France, pp.1-9.

LACAN J., 1958, « Les Psychoses », in *La psychanalyse*, n° 4, pp. 1-50.

LAMOUR M., 1992, « Les abus sexuels à l'égard des jeunes enfants, séduction, culpabilité, secret », in GABEL M., *Les enfants victimes d'abus sexuels*, Paris, PUF, p.p. 261-271.

LOONIS E., 1995, La suppléance familiale: les difficultés du triangle Famille-Enfant-Institution, in *Le nouveau Mascaret*, Revue Interrégionale des CREAHI Aquitaine, N°35, p.24-35.

MISES R. et al., Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent.

MOROY F. et al., 2000, « Abus sexuel : le temps de la révélation et ses ambiguïtés », in Neuropsychiatrie Enfance Adolescence n° 48, p.110.

PUSKAS D., « De l'importance de la constitution de l'ordre symbolique et de son maintien par la fonction paternelle », in *Filigrane*, Vol 11, n°1 pp.22-39.

SAVIN B., « Fonctionnement inconscient de la famille incestueuse: la thérapie socio-familiale comme mode possible de prise en charge thérapeutiques des familles incestueuses», Communication au 2ième Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle, BRUXELLES, du 7 au 9 mai 2003, p.1.

VILLARD M., 2009, « des différences entre autisme et psychose infantile », http:// maurice.villard.pagesperso-orange.fr/maurice.villard/