

63ème rencontre internationale de la Médecine de la Personne
17 au 20 août 2011, Wilderswil, Suisse

Coups durs dans la vie d'un enfant et de sa famille

Dr Simone Krähenbühl-Blanchard,

médecin-chef du service de psychiatrie de liaison et de psychosomatique, Kinderspital, Lucerne

Fred von Orelli m'a demandé l'hiver dernier si je pourrais parler à ce congrès de mes expériences avec des enfants et des jeunes gens qui sont touchés par de lourds coups du destin. Je me réjouis beaucoup de l'honneur et du privilège d'être invitée ici. Je parle à partir de mon expérience professionnelle et de mon expérience de vie. Je ne suis pas une scientifique, mais une praticienne du quotidien d'un hôpital. Après mes études et deux années d'expérience clinique en médecine interne et chirurgie pédiatrique, j'ai été durant 12 ans mère à plein temps de 4 enfants et femme au foyer. Pour moi ce temps a été une « deuxième formation » et une expérience sur moi-même qui m'est très utile dans mon travail actuel. J'ai vécu de nombreux hauts et bas et j'ai appris à connaître mes limites. Les difficultés et les crises appartiennent aussi à la vie de tous les jours et doivent être résolues.

Quand notre cadet a commencé l'école, j'ai recommencé à travailler et fait une formation en psychiatrie de l'enfant et en psychothérapie à temps partiel. Quand je n'étais pas à la maison, ma belle-mère ou mon mari s'occupaient des enfants. Durant 6 ans, nous avons été durant la moitié de chaque semaine une famille à 3 générations.

Depuis plus de 12 ans, je dirige le service de psychiatrie de liaison et de psychosomatique à l'hôpital de l'enfance à Lucerne, depuis 7 ans comme médecin-chef. « Liaison » signifie une collaboration interdisciplinaire journalière étroite avec des pédiatres, des chirurgiens pédiatriques et des psychiatres d'enfants. Cela signifie que nous collaborons aussi étroitement avec des psychologues, des assistantes sociales, des soignantes, des diététiciennes, des ergo- et physiothérapeutes. Chez nous, à l'hôpital de l'enfance, cette mise en réseau est naturellement soignée à tous les niveaux. La psychosomatique signifie que nous devons penser globalement les aspects somatiques, psychiques et sociaux. Ils forment une unité. Le tout est donc plus que la somme des parties.

Au Kinderspital, on est confronté tous les jours à des coups durs. Les enfants ou les adolescents et leurs familles qui viennent à nous rencontrent des questions et des problèmes inattendus et angoissants. Souvent il s'agit de questions existentielles concernant la vie, la mort ou le handicap. On doit traiter des questions comme par exemple de savoir quand on a encore affaire

à des processus d'une vie normale et quand une thérapie (par exemple psychothérapie) ou d'autres mesures (par exemple un placement) sont nécessaires. Heureusement nous ne décidons pas tout seuls, mais toujours dans un réseau constitué de pédiatres, de chirurgiens pédiatriques, de pédopsychiatres de pédopsychologues, de soignants et de parents. Le combat pour le « meilleur chemin » doit être recommencée dans chaque histoire particulière. Il y a pas de règles et de réponses valables pour toujours.

J'aimerais vous parler un peu de mon expérience avec des cas limites et des coups durs, vous donner des informations, poser des questions et parler des choses belles, mais aussi des difficiles.

Je vais d'abord raconter l'histoire de la famille qu'on va appeler Stoll :

Les parents Stoll vivaient avec leurs 5 enfants dans une ferme isolée de Suisse centrale. Il fallait se battre pour gagner son pain. Les enfants devaient souvent aider à la ferme. La famille était pauvre. Il y avait beaucoup de tensions entre les parents. On en arriva à de la violence de la part du père contre la mère et les enfants. La mère décida de s'enfuir au village avec les enfants pour les protéger. Le père resta seul dans l'exploitation qu'il ne peut bientôt plus assumer et devint de plus en plus désespéré. Tout cela alla si loin que le père tua sa femme, plusieurs autres personnes adultes et finalement lui-même. Les enfants orphelins durent être hospitalisés de toute urgence au Kinderspital. Il s'agissait de 2 filles et d'un garçon âgés de 11-15 ans, d'une fillette de 3 ans et d'un bébé de 9 mois.

Dans cette situation extrême, c'était impressionnant de voir comment les enfants s'entraidaient face à l'inéluctable. Les grands s'occupaient des petits et les surveillaient, les petits semblaient heureux de voir des visages connus, ils ne rendaient encore pas compte de grand-chose. Les grands avaient trouvé dans le fait de s'occuper des petits quelque chose qui leur donnait une structure, un soutien et du réconfort. On voyait qu'ils avaient l'habitude de s'occuper des petits qu'ils le faisaient naturellement.

Le père et la mère venaient tous les deux de familles nombreuses. Nous avons rapidement cherché à prendre contact avec les familles du père et de la mère. Les oncles et les tantes vinrent avec leurs conjoints et leurs enfants et emmenaient les orphelins en excursions. Les enfants étaient souvent déprimés après ces rencontres et ils ne désiraient pas intensifier ces contacts. Deux oncles et tantes étudiaient sérieusement la possibilité de prendre les enfants chez eux. Les enfants refusèrent. Les familles étaient déchirées entre elles et jusque-là connaissaient peu les enfants. Dans la famille du père il y avait de nombreux conflits transgénérationnel. Bientôt il devint évident qu'un placement à l'intérieur de la famille n'était pas possible.

L'autorité de tutelle voulait placer les enfants d'après leur âge, c'est-à-dire les plus âgés ensemble et les plus jeunes ensemble. Le garçon serait allé seul dans une institution pédagogique parce que déjà auparavant il avait des problèmes de comportement et des graves problèmes scolaires. Plusieurs personnes se sont annoncées qui se déclaraient prêtes à prendre un ou plusieurs enfants chez eux. Pour nous il devint rapidement évident que tous les enfants devaient rester ensemble Car ils dépendaient les uns des autres et se soutenaient bien mutuellement. Et d'autre part des pertes

supplémentaires et des ruptures relationnelles devaient être absolument évitées. Finalement nous avons trouvé un couple sans enfant qui se disait prêt à prendre les cinq enfants chez eux. Plusieurs années ont passé depuis. Les enfants habitent toujours dans la même famille d'accueil. Les deux aînés ont terminé leur formation, ils ont occasionnellement des contacts avec des camarades de leur ancien lieu de vie mais ont peu de rapport avec leurs familles d'origine.

Durant ces années tous les enfants ont reçu un soutien psychothérapeutique pendant un temps plus ou moins long. Un point important a été aussi l'accompagnement professionnel de la famille d'accueil. Grosso modo on peut dire que l'évolution a été très réjouissante et que jusqu'à maintenant tous les enfants se sont développés correctement.

La prise en charge de ces enfants à l'hôpital n'était naturellement pensable que d'une manière interdisciplinaire. Une équipe importante de professionnels des soins, de la psychiatrie de liaison, du service social, de la pédiatrie et de la protection de l'enfance prenaient soin d'eux. Il y a eu des contacts avec la parenté. Les enfants ont été accompagnés à l'enterrement. Nous sommes allés avec les plus grands dans l'appartement pour qu'ils puissent emporter certains objets. Nous les avons accompagnés dans leurs anciennes classes où ils ont pu prendre congé.

Les contacts avec la parenté et les autorités étaient prises en charge par l'assistante sociale et par moi. Les enfants ont été protégés des médias qui étaient très intéressés par cette histoire. À une exception près cela a été respecté.

Il était impératif pour l'équipe que nous nous soutenions mutuellement et que nous soyons là les uns pour les autres quand quelqu'un en avait par-dessus la tête de cette histoire. Nous parlions beaucoup ensemble, nous réconfortant mutuellement et veillant à ce que nous ayons suffisamment de temps de récupération.

Cette histoire extraordinaire, aussi pour nous à l'hôpital l'enfance, soulève plusieurs questions. Que se passe-t-il lorsque les enfants vivent des événements comme le massacre de leur propre père, auquel ont assisté les deux aînés ? De quoi ont-ils alors besoin pour ne pas devenir des patients psychiatriques mais pour pouvoir surmonter ce traumatisme ? Ou y-a-t-il des ressources ? Qui est-ce qui peut représenter pour le fils aîné une image masculine positive ? Que représente la violence vécue dans le quotidien de la famille pour leur développement ultérieur ?

Déjà dans les années 50 une équipe de recherche américaine s'est posée la question de savoir comment les personnes pouvaient faire face après des coups du sort dramatiques. Sur l'île de Kauai, qui appartient à l'État américain d'Hawaï dans le Pacifique, ils ont observé 700 enfants pendant 40 ans, les interrogeant régulièrement et les accompagnant. On a particulièrement observé quels enfants restaient sains psychologiquement, lesquels devenaient psychologiquement malades et comment ces deux groupes se développaient à l'âge adulte. À côté des facteurs individuels, une relation soutenante avec au moins une personne de confiance était décisive pour un développement favorable à long terme. Les jeunes adultes dépressifs se sentaient le mieux

subjectivement lorsqu'ils étaient soutenus par l'environnement social et d'une manière étonnante par des médicaments, mais moins avec des entretiens par des professionnels. La sympathie, le soutien et les conseils de la part des conjoints, des amis, des membres de la famille élargie, des enseignants, des professeurs, des collègues et des membres de groupes religieux ont été perçues comme utiles.

J'en viens à quelques considérations théoriques

Un **traumatisme** est un événement extraordinaire qui menace massivement l'intégrité physique et psychique. Il s'agit de l'irruption soudaine et inéluctable la plus forte possible de la confrontation avec la finitude de l'être. Plus fort et plus durable est le sentiment d'impuissance, de désespoir total, d'incertitude et de solitude après le traumatisme, plus grave est le traumatisme. Un traumatisme grave peut aussi entraîner des troubles psychiques durables chez une personne auparavant en bonne santé. Nous distinguons entre des traumatismes aigus imprévisibles, comme un accident, un tremblement de terre, une inondation, une maladie aiguë ou un viol, et des traumatismes chroniques ou alors se répétant sur une longue période comme la guerre, la torture, la famine, une maladie chronique ou l'exploitation sexuelle. Même après des traumatismes graves, à peu près la moitié des victimes, après une crise temporaire, retrouvent la santé. Les autres ont durant un temps plus long, des semaines ou quelques mois, des symptômes très invalidants, sont incapables de travailler et ont besoin d'un traitement psychologique ou psychiatrique. Mais seulement un tout petit nombre reste durablement atteint. Ceux qui avaient déjà antérieurement des problèmes psychiatriques, ou alors qui ont été traumatisé de manière répétée sont particulièrement menacés. Ce qui est important ici c'est le stress subjectif, l'absence de contrôle et de possibilité de changements, le degré d'incertitude et d'ambiguïté ainsi que le risque de récurrence.

Mieux une situation critique est surmontée, plus forte est la conviction de pouvoir faire face à une menace la prochaine fois. Plus la personne se sent à la merci, ne pouvant rien influencer, plus grand est le sentiment d'impuissance et de surmenage et par là le traumatisme.

À ce moment-là surviennent des signes de stress comme des palpitations, une respiration rapide, des nausées, des crampes musculaires, des tremblements, des sueurs froides etc. d'autre part des signes de surmenage psychique comme l'anxiété, l'agitation, la confusion, l'activisme, la colère, l'agressivité, la fuite et la panique ou au contraire la paralysie, l'engourdissement, l'apathie et l'amnésie c'est-à-dire des trous de mémoire. Tous cela sont des réactions normales qui peuvent arriver à tous ceux qui se trouvent dans une situation extrême. En général ces symptômes disparaissent au bout de quelques jours ou semaines.

Il peut aussi arriver que, avec une latence de quelques jours ou semaines, on voie ce que l'on appelle une « réaction catastrophique » avec de l'excitation, un manque de concentration, un travail négligé, une diminution des capacités professionnelles, de la peur, des troubles du sommeil et un état dépressif. Une telle réaction catastrophique peut encore être décrit comme normale. Elle

doit disparaître avec des mesures simples comme un temps de récupération suffisant, de la détente et des contacts de qualité et dans le cercle des proches.

Si les symptômes se manifestent immédiatement après le traumatisme, on parle d'une **réaction de stress aigu** qui peut plus tard se transformer en un trouble de stress post-traumatique. Ces réactions de stress aigu incluent des symptômes dissociatifs comme l'engourdissement émotionnel, une altération de la conscience, une déréalisation, une amnésie dissociative ainsi que des flash-backs et l'évitement des stimuli qui rappellent le traumatisme. Il y a aussi des signes d'anxiété et d'excitation comme les troubles du sommeil, l'irritabilité et l'hyper-vigilance, la peur, l'agitation et la difficulté de réaliser les tâches de la vie quotidienne.

Parmi les facteurs de risques pour une réaction de stress aigu, on trouve entre autres, immédiatement après le traumatisme, la non satisfaction des besoins primaires comme manger, boire, dormir se reposer et bouger. Cela signifie que la satisfaction des besoins de base après un traumatisme est quelque chose d'extrêmement important pour éviter une détérioration ultérieure. Le premier point et le plus important pour le patient et ses proches c'est la sécurité. Est-ce que le patient et ses proches ont quelque chose à boire et à manger ? Où est-ce qu'ils peuvent se reposer et dormir ? Est-ce qu'ils peuvent aller se promener ? Est-ce que ils sont tous informés de manière adéquate ? Ce dernier point est particulièrement important. La persistance de l'incertitude, par exemple savoir si on a trouvé quelque chose à la radiographie ou si une opération s'est bien passée, est très difficile à supporter. La vie semble s'arrêter et les minutes durent une éternité. Toutes les informations disponibles doivent donc être données sans retard à toutes les personnes concernées.

J'aimerais vous illustrer cela à l'aide d'un autre exemple.

Il y a quelque temps, il y a eu à Lucerne un grave accident de circulation. Un père et son enfant de neuf mois furent tués. La mère, que nous appellerons Mme Meier, a dû être admise aux soins intensifs. Salomé, une fillette de deux ans a été admise au Kinderspital avec une fracture de la jambe. Bien qu'une soignante soit toujours avec elle, la petite fille pleurait et appelait son papa et sa maman. Je me suis arrangée pour que la tante et la grand-mère qui se trouvaient près de la mère blessée viennent vers la petite fille. Je me suis entretenue avec la mère et je me suis arrangée pour que le médecin-chef de chirurgie pédiatrique aille la voir. Je lui ai apporté une photo de sa fille assise dans son lit d'hôpital. Le jour suivant la mère a pu venir dans la chambre de sa fille au Kinderspital. Pour les deux ce fut très réconfortant et un grand soutien. La famille avait un bon réseau de soutien qui les accompagnait. En plus de s'occuper de la famille, la tâche de notre service de liaison a été de soutenir les amis et les proches pour que de leur côté ils aient la force d'être là pour Mme Meier et Salomé.

Nous avons été très touchés quand, sept mois et demi plus tard nous avons reçu le faire-part de naissance du troisième enfant. Au moment de l'accident, la mère était enceinte de six semaines. Elle l'avait annoncé quelque jour auparavant à son mari.

Au Kinderspital nous faisons très attention à ce que les proches des enfants et des adolescents participent aux soins et les accompagnent. Notre devoir en tant que professionnel consiste aussi à les protéger et à leur permettre d'aider les enfants. Si les mamans sont calmes et sereines les enfants vont mieux et souvent ils ont besoin de moins d'antalgiques que quand ils sont seuls. Au contraire si les mamans sont tendues et épuisées cela se reporte aussi sur les enfants qui de leur côté pleurent plus, sont agitées et dorment mal. Dans ce cas il est de notre devoir d'aider et d'encourager les mamans à prendre soin d'elles-mêmes. Nous parlons avec elles, et nous leur enseignons des exercices de relaxation. Nous les encourageons à faire des promenades avec des visites et d'aller dormir à la maison.

En relation avec les coups durs comme ceux qui sont arrivés aux deux familles que nous avons évoquées, nous parlons en pédopsychiatrie de résilience.

La **résilience** est la capacité qu'à une personne de maîtriser les crises en traversant des événements difficiles et stressant et d'utiliser cela pour son développement personnel. Les personnes mobilisent des ressources internes et externes qui leur permettent de rester en bonne santé. Les enfants et les adolescents résiliants ont, à l'intérieur de la famille des relations de confiance avec au moins une personne de référence. Quand les deux parents, à cause de leurs propres problèmes, ne peuvent assumer suffisamment cette tâche, celle-ci peut-être totalement ou partiellement reportée sur un autre membre de la parenté, voisin, enseignant, professeur de musique ou maître de sport. Les enfants résiliant ont de bons contacts sociaux en dehors de la famille, ils sont actifs à l'école et au travail et ont des activités de loisirs qui les satisfont. Ils peuvent évaluer précisément et adéquatement des facteurs de stress et y répondre. Ils ont une évaluation réaliste de leurs propres possibilités et compétences. Ils ont confiance en eux et confiance dans leurs capacités, et ils se comportent de manière adaptée à la situation. Ils obtiennent au besoin l'aide nécessaire.

C'est ainsi que des personnes saines, fortes, c'est-à-dire résiliants peuvent surmonter des expériences traumatiques de l'enfance.

Même les enfants de la famille Stoll, malgré les petites querelles, avaient, déjà avant, une relation de support les uns pour les autres. Avant le massacre du père ils ont vécu du soutien riche de personnes de référence extra-familiales comme les enseignants et des voisins.

L'attachement sécure est un facteur majeur de protection pour une croissance saine. Cette tâche peut être assumée dès la naissance par le père et la mère. L'attachement est un système de motivation d'origine génétique qui, après la naissance, est activé entre les parents et le nourrisson. La proximité signifie la sécurité. Dès le début dans la relation mère-enfant ou père-mère-enfant, l'enfant est un partenaire actif qui déclenche en face de lui des réactions qui assurent sa survie. Très peu de temps après la naissance l'enfant reconnaît l'odeur du lait de sa mère. Peu de temps plus tard il réalise si il se trouve en présence de ses parents ou de personnes inconnues. Plus tard seulement, il apprend à reconnaître la voix et le visage de ses parents.

Pour qu'un nourrisson développe un attachement sûr, il a besoin d'une communication émotionnelle ouverte avec ses parents. Cela signifie que les parents doivent prendre en compte la palette entière des sentiments du nouveau-né et y répondre de manière adéquate. Cela conduit à un bon sentiment d'estime de soi, à la capacité d'interagir avec autrui, à la capacité d'adaptation et de conflits. De tels enfants peuvent intégrer des groupes et ont la capacité de faire preuve d'ouverture émotionnelle et d'intimité.

Les enfants qui se sentent émotionnellement sûrs commencent, quand ils sont plus grands, à explorer leur environnement. En cas d'insécurité ils cherchent à nouveau la proximité de la mère ou du père pour se rassurer que tout est encore en ordre.

J'ai observé cela très concrètement avec notre plus jeune fils. Alors que celui-ci avait deux ans nous avons déménagé du Valais vers la Suisse centrale. Nous habitons un quartier avec cinq immeubles et 60 enfants en dessous de 12 ans. Il était fréquent que les mamans s'asseyent à la place de jeux, pour discuter, lire le journal ou tricoter tout en surveillant les enfants. Dans les premiers temps je ne pouvais pas m'éloigner de la place de jeux sans que notre plus jeune fils Martin commence à pleurer, même si je lui expliquais que je ne faisais qu'aller à l'appartement et que je revenais tout de suite vers lui. Je pouvais m'en aller pour quelques minutes seulement quand un de ses frères et soeurs prenait explicitement ma place. Mais si j'étais assise en bas et tricotais il disparaissait souvent tout d'un coup parce qu'il avait grand besoin d'explorer les alentours. Une fois je l'ai retrouvé dans le carré de fraise des voisins une fois dans l'ascenseur d'une autre maison qu'il ne pouvait pas faire marcher et donc qu'il ne pouvait pas quitter. Quand je lui ai ouvert la porte de l'ascenseur il est sorti sans m'accorder le moindre regard et est retourné à la place de jeux.

La mère et le père doivent donc fournir une base émotionnelle sûre à partir de laquelle l'enfant explore l'environnement. Ils doivent toujours être à disposition pour la réassurance sociale. On nomme cela le **social referencing**. Si les parents dégagent la sécurité et la paix cela se reporte sur l'enfant. Si les personnes de référence sont angoissées quand elles doivent laisser l'enfant un moment seul, d'une part cela influence le développement des schémas d'attachement de l'enfant et d'autre part l'enfant aura moins d'initiative pour explorer son environnement.

Nous voyons cela constamment chez les enfants qui sont hospitalisés et qui doivent être séparés de leur mère. Si la mère est angoissée et ne s'éloigne pas du lit de l'enfant parce qu'elle craint que chaque séparation fasse du mal à l'enfant et qu'il ne soit pas capable d'être un moment seul alors l'enfant reprend ce schéma et réagit pour sa part avec de l'angoisse quand la mère ne fait qu'aller aux WC ou chercher un café. Si au contraire l'enfant a une identité stable il se sait suffisamment fort pour être un moment seul. La mère peut s'éloigner sans que l'enfant tombe dans un excès et un débordement de stress. Bien entendu il faut pour cela que la mère informe l'enfant brièvement avec des mots clairs et lui dise quand elle va revenir.

La petite Salomé Meier, à deux ans, avait compris cela. La maman devait s'absenter fréquemment pour des rendez-vous à l'extérieur. Salomé répétait toujours « Mami revient ce soir » et se consolait avec ça. À la deuxième

séparation elle ne pleurait déjà plus qu'un tout petit peu au début et resta à l'hôpital rassurée sous la garde de sa grand-mère.

Après l'attachement aux parents, **l'attachement aux frères et soeurs** est le plus important

Les relations avec les frères et soeurs sont dans une vie les relations de parenté les plus longues. Elle se modifie constamment. Dans l'enfance les frères et soeurs sont très proches, à la puberté ils commencent à se développer plus individuellement, se délimitent les uns des autres et vont chacun leur propre chemin. Quand la relation est bonne ils peuvent se toujours retrouver et se soutenir les uns les autres. Si une famille a plusieurs enfants, le nombre de relations dyadiques s'élargit de trois lorsqu'il n'y a qu'un enfant et ses parents à, par exemple, 15 lorsqu'il y a quatre enfants et les parents. On montre dans la littérature que les frères et soeurs favorisent la résilience également quand les frères et soeurs diffèrent les uns des autres par le tempérament, l'intelligence, les intérêts et le comportement. Auparavant la littérature s'était principalement focalisée sur les relations entre frères et soeurs sous l'optique de la jalousie, de la rivalité et des retards de développement à cause du manque de stimulation des parents. Aujourd'hui l'attention se porte plutôt sur les chances et les enrichissements qu'apporte une famille nombreuse.

Pour faire face aux coups durs, un enfant a besoin d'un bon **sentiment de cohérence**. Celui-ci est la capacité d'avoir un sentiment de confiance dans la vie qui soit généralisé, durable et suffisamment fort. Il comporte aussi la conviction que le destin et la vie peuvent être influencés positivement, que tout peut avoir un sens et que les problèmes qui surgissent peuvent être résolus. Les convictions suivantes appartiennent aussi au sentiment de cohérence : il y a des ressources à disposition pour répondre aux exigences de la vie quotidienne. Elles valent qu'on s'engage et se dévoue. Les événements de vie sont structurés, prévisibles et explicables. L'imprévu et le difficile peuvent aussi être maîtrisés avec un effort particulier et de l'aide, ils peuvent trouver un sens dans le cours de la vie et être intégrés dans l'histoire de vie.

Ce sentiment de cohérence se développe chez l'enfant aux environs de 10 ans.

Des coups durs comme ce qu'ont vécu les familles Stoll et Meier ébranlent le sentiment de cohérence en son cœur. Il faut beaucoup de temps pour qu'il soit reconstruit. Toutes les parties impliquées doivent tôt ou tard affronter cet événement. Le plus probable est que cela se produise dans une psychothérapie, mais peut-être aussi dans un accompagnement spirituel ou dans des entretiens accompagnés avec la fratrie. On ne peut pas prévoir à l'avance quel moment sera le bon.

Heureusement nous n'avons pas trop souvent à l'hôpital des enfants des situations à vivre qui nous ébranlent, moi et l'équipe, et qui nous font nous poser la question de savoir pourquoi une famille subit autant de coups du sort.

Un exemple :

Récemment une jeune fille de 14 ans - appelons la Melissa - a été hospitalisée pour une surconsommation d'alcool. Son père avait été dans un

camp de concentration durant la guerre et en était resté très traumatisé. Il travaille maintenant à 100 % dans la construction, il est vieilli prématurément et a de nombreux troubles. Une soeur plus âgée de notre patiente est gravement handicapé physiquement et psychiquement et vit dans une institution. Melissa a aussi un frère de 9 ans qui a de graves difficultés scolaires. Deux ans auparavant la mère des enfants était morte d'une leucémie aiguë. Peu avant sa mort, elle a confié comme tâche à Melissa de s'occuper de son petit frère. Malgré un grand investissement du système d'aide - repas de midi, soutien pédagogique, aide ménagère, soutien scolaire etc. - les enfants ont trop peu de structures et de soutien. Le père, qui à côté de ces 100 %, doit s'occuper encore de l'éducation, et du ménage, est complètement dépassé. Auparavant c'était la mère qui s'occupait de cela. Maintenant Melissa en fait la plus grande partie. Le père raconte que le soir il regarde toujours à nouveau les photos de sa femme décédée et qu'il pleure. Il dit qu'il n'y a pas d'autre problème et il refuse de l'aide supplémentaire. Le réseau de prise en charge se pose régulièrement la question de savoir si les enfants devraient être placés dans un internat ou dans une famille d'accueil, ce qui entraînerait probablement une séparation des enfants. Le père et les enfants ont été très étroitement liés par la situation tragique. Ils s'aident les uns les autres -- malgré les problèmes et les tensions. À l'hôpital Melissa s'ennuyait souvent de son père et de son frère. Dans le groupe de protection de l'enfance à l'hôpital nous sommes arrivés à la conclusion que, malgré les problèmes, un placement n'était pas la bonne solution pour soutenir la famille mais que, au contraire, ce serait un traumatisme supplémentaire.

Je suis content d'avoir dans le groupe de protection de l'enfance des collègues auquel je peux toujours poser la question du « meilleur chemin » et qui cherchent sérieusement des réponses et des solutions optimales. En faisant cela nous nous confrontons constamment à nos propres limites. En outre, nous nous demandons constamment quand nous cherchons à imposer aux autres de manière non nécessaire nos propres idées concernant la vie et les valeurs et quand une intervention est vraiment nécessaire.

Quand dans l'équipe de protection de l'enfance nous évaluons une situation de manières complètement différentes je me rappelle toujours **l'image du Cervin** : depuis Zermatt, nous voyons l'image caractéristique de cette montagne qui est connue dans le monde entier. Mais par contre si nous allons du côté italien, à Cervinia, on ne le reconnaît plus. Il est large, passe inaperçu et semble anodin. C'est seulement quand nous survolons la montagne que nous voyons qu'il s'agit de la même. Dit d'une manière générale, c'est seulement à partir d'une méta-position que nous pouvons reconstituer un tout à partir de points de vue différents. J'utilise la même métaphore dans les entretiens de famille où chacun raconte la même expérience de manière complètement différente.

À ce propos j'aimerais dire quelque chose sur **les attitudes et les valeurs**

À l'hôpital quand nous parlons avec des familles d'autres cultures nous voyons toujours encore que ces gens s'efforcent de correspondre à nos attentes. Ils acceptent d'être prêts à tout, ne nous contredisent pas et acceptent tout. Mais quand il s'agit de l'application de ce qui a été dit « ils ne font rien ». Ils disent un jour ceci et le lendemain autre chose. Nous voyons

cela souvent comme des mensonges. S'ils sont confrontés à cela, ils admettent ce qui peut être « prouvé ». Mais beaucoup de choses sont niées ou poussées sous le tapis, bagatellisées. Beaucoup de mes collègues s'énervent et ont l'impression que ces gens ne sont pas fiables et qu'ils s'arrangent avec la vérité. Un ami, le docteur Hannes Wiher qui lui-même a passé de nombreuses années comme médecin et théologien dans une mission en Guinée et qui a écrit une thèse de théologie sur le thème « honte et culpabilité », m'a rendue attentive au fait que les attitudes et les valeurs des personnes qui ont une conscience construite autour de la honte sont différentes des nôtres. En Europe de l'Ouest et aux États-Unis nous avons développé durant les derniers siècles une manière de vivre très individualiste et souvent aussi égoïste. Notre opinion personnelle compte et nous nous efforçons d'être autonomes et indépendants. Nous disons ce que nous avons sur le cœur et cherchons à réaliser nos propres projets. Si quelque chose ne sert plus à notre propre intérêt, nous la laissons tomber parfois sans penser aux conséquences que cela pourrait avoir pour les autres.

Ces derniers temps je vois de plus en plus souvent les conséquences d'une telle attitude envers la vie chez des adolescents qui n'ont jamais appris à s'engager pour quelque chose. Ils sont difficiles à contenter. Ils ont été gâtés par des parents qui « font tout pour leur enfant » ils ne connaissent aucune obligation et n'apprennent pas à faire des efforts pour quelque chose. Ils ne réalisent pas qu'ils ne peuvent pas survivre tout seul et qu'ils ont besoin des autres pour une vie bonne et que pour cela ils doivent aussi faire quelque chose.

Dans de nombreuses autres cultures cependant la survie dans la communauté est capitale. La communauté protège l'individu. Pour cela l'individu lui doit loyauté et l'obéissance. Les enfants apprennent à penser en « nous ». L'important est l'harmonie, et les conflits sont évités. Le but de l'éducation est l'adaptation aux cadres culturels et religieux. Il n'y a guère de vie privée. Les intérêts collectifs dominent sur les intérêts individuels. Si quelque chose est nécessaire le "oui" est dit, même si l'intéressé ne peut ou ne veut le faire. Les problèmes sont niés en particulier face à des étrangers. Pour prendre des décisions importantes avec des personnes de ces cultures il faut le consentement du chef de la communauté.

Dernièrement j'ai remarqué qu'il fallait être extrêmement attentif à ce passage vers d'autres systèmes de valeurs. Si les gens d'autres cultures se sentent respectés dans leur altérité, il est possible de parler, même de choses difficiles. Rétrospectivement j'ai eu ces dernières années des contacts avec des gens de tous les continents. Quand je leur pose des questions je remarque qu'ils vivent dans un autre monde, qu'ils pensent différemment et agissent différemment. Je vis cela comme un grand enrichissement et comme un défi.

Les deux systèmes de valeurs, à savoir les relations guidées par une conscience de la honte et les relations guidées par une conscience de la faute, ne peuvent pas être mises en confrontation. L'idéal se trouve dans un mélange sain des valeurs qui respectent et valorisent à la fois l'individu et la collectivité

Dernièrement on nous a adressé un garçon prématuré parce que ses parents venaient très peu lui rendre visite et que la mère osait à peine le toucher. Le fait qu'il est très important pour ces enfants d'être porté en écharpe leur était complètement étranger. Même quand ils vont bien, les enfants prématurés ont souvent besoin de beaucoup d'attention pendant toute la phase de la petite enfance. Dans les entretiens la jeune maman nous a raconté qu'elle avait fréquenté une école spécialisée et qu'il avait ensuite travaillé dans un atelier protégé. Elle s'était mariée avec un homme du Kosovo et ils ont déjà une fille de deux ans. La grand-mère maternelle n'a que 49 ans et travaille depuis plusieurs années sur appel. Ils habitent la même maison. Dans les entretiens la grand-mère s'est déclarée prête à abandonner son travail et à rester à la maison pour s'occuper de l'éducation des petits-enfants. Heureusement les services sociaux de la commune se sont sans autre déclarés prêts à compenser la perte de salaire de la grand-mère. De cette manière s'est créé une situation "win-win" qui amenait des avantages pour tous les participants, pour les deux petits-enfants, pour leur mère et leur père, pour la grand-mère et les autres membres de la famille et finalement pour la communauté locale.

Les valeurs partagées dans une collectivité, que cela soit une famille ou une grande communauté, sont une aussi une ressource en temps de crise. Les membres se soutiennent mutuellement et personne n'est laissé seul.

J'en viens à la dernière partie de mon exposé concernant les **facteurs de protection** qui aident à développer la résilience et à être à la hauteur pour affronter les aléas et coups durs de la vie.

Chez l'enfant lui-même, les facteurs protecteurs sont constitués par ses traits de personnalité propre. Celui qui est ouvert, affectif, soutenant et reconnaissant a déjà plus de facilité, à partir de ces dispositions en partie prédéterminées. La santé physique et psychique ainsi qu'une intelligence normale en font aussi partie. Il est important d'avoir une école qui permette l'expérience de la réussite. Cela est plus important que le fait d'atteindre un haut degré scolaire parce que l'expérience de la réussite favorise la confiance en soi et renforce l'auto-efficacité. Les compétences communicatives font aussi parti des facteurs protecteurs comme un bon contact avec ses pairs. Et enfin nous avons besoin de stratégies de coping fonctionnelles, c'est-à-dire de capacités de faire face avec succès aux problèmes et aux crises.

Des facteurs de protection importants pour l'enfant sont aussi ceux qui sont offerts par les parents. Il s'agit notamment d'une relation stable, ouverte, respectueuse entre les parents et de leur capacité de gérer les conflits qu'ils ont entre eux de manière respectueuse et de retrouver leur amitié après une dispute. Les parents ont besoin d'un réseau de proches parents et d'amis qui les soutiennent et qui les complètent dans l'éducation des enfants. Les relations entre parents et enfants doivent être stables et sûres. Les parents doivent assumer la responsabilité de leurs enfants aussi à l'adolescence, être ouverts à la discussion et au compromis. Il doivent trouver une mesure dans l'éducation, poser des limites et en même temps, petit à petit, lâcher prise. Les décisions leur incombent mais ils doivent aussi s'y tenir. Ils ne doivent pas résoudre eux-mêmes les problèmes des enfants mais rendre ces derniers capables de les résoudre par eux-mêmes. Les parents devraient permettre et soutenir le fait que l'enfant entretienne plusieurs relations stables et

complémentaires en dehors de la famille et au besoin lui fournir de l'aide à ce sujet. De tels parents fournissent un soutien et une structure. Ils sont fiables, prévisible et réconfortant en des temps incertains ou agités. On obtient par là le respect mutuel et la confiance de toutes les personnes impliquées.

On a encore besoin de facteur de protection dans l'environnement et dans la société

Les enfants qui grandissent dans un immeuble où les relations de voisinage fonctionnent, développent un bon sentiment de sécurité. Ce microclimat est détruit à chaque déménagement, même dans la même ville et il lui faut du temps pour réapparaître. Même de petits enfants peuvent être désécurisés par un déménagement.

La migration vers d'autres cultures est souvent un facteur de risque sauf si l'ancien lieu de vie était marqué par la pauvreté, la guerre et les privations. Le fait de vivre dans une situation de paix, dans une sécurité économique et financière, avec de bons enseignants, des professeurs de musique ou de sport sont des facteurs protecteurs qui aident l'enfant à s'épanouir.

Le fait d'appartenir à une communauté religieuse fait aussi office de facteur protecteur. La foi donne l'assurance que la vie a du sens et de la signification. Elle aide à trouver la force de la confiance dans les moments de difficultés. Elle aide à supporter les douleurs et la souffrance dans la certitude que ce sont des choses qui peuvent à nouveau être transformées en bien.

Pour moi personnellement, la foi chrétienne est un fondement et un système de valeurs auxquelles j'adhère et qui m'aide constamment à affronter les situations et à trouver du réconfort et de la force. D'après mon expérience, les personnes d'autres religions y trouvent aussi ce réconfort. J'encourage les gens en difficulté à trouver de l'aide dans leur propre foi.

J'en viens à la conclusion de mon exposé :

Quand je regarde ces 12 années où j'ai travaillé au Kinderspital, ce qui m'apparaît en premier lieu ce sont les nombreuses rencontres enrichissantes avec des personnes. J'ai vécu des histoires encourageantes, mais aussi de nombreuses autres tristes dans lesquels les personnes touchées par des coups durs ont dû supporter beaucoup de souffrance et de douleur. J'ai vu avec combien de force de vivre et de dignité ces personnes ont supporté ces situations et les ont finalement acceptées. La plupart ont surmonté les crises et vivent aujourd'hui à nouveau dans des situations stables et bonnes. Certains ont dû apprendre à accepter l'inéluctable et malgré cela trouver un oui à leur vie.

Dans mon travail j'ai toujours pu compter sur le soutien d'une équipe sans laquelle je n'aurais pas été capable de faire face à mes tâches.

Je vous remercie de votre attention j'espère que vous aurez d'enrichissante discussion dans les groupes

Lucerne, le 25 mai 2011 / Simone Krähenbühl-Blanchard

Traduction : Thierry Collaud

Question pour le travail de groupe sur le thème : « Coups durs dans la vie d'un enfant et de sa famille »

- Quels coups durs avez-vous vous-même subi ? Comment les avez-vous ressentis ? Quelles ressources avez-vous eu ? Que manquait-il ? Est-ce que les crises étaient finalement des opportunités ou ont-elles laissé derrière elle des cicatrices douloureuses ?
- Quelles histoires dans votre vie professionnelle a été pour vous particulièrement formatrice et mémorable ? Comment ces histoires ont-elles évolué ? Qu'est-ce qui d'après vous a influencé le plus durablement leur développement ?
- Où obtenez-vous du soutien pour vous-même quand vous arrivez à vos limites ?
- Quel est votre système de valeurs ? Qu'est-ce qui est important pour vous ? Quel système de valeurs alternatives pouvez-vous accepter et quels sont ceux qui sont pour vous inacceptables ?
- Quelle expérience avez-vous avec des personnes d'autres cultures ? Comment arrivez-vous à trouver ensemble une base pour résoudre les problèmes ?