

## Mensonges ?

# Les fausses allégations d'abus sexuels sur mineurs d'âge : entre Munchausen par procuration et aliénation parentale ☆

## False allegations of sexual abuse on under aged persons: between Munchausen by proxy and parental alienation

Emmanuel De Becker<sup>a,\*</sup>, Nawshad Ali-Hamed<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Psychiatre infantojuvénile du Programme SOS Enfants-Famille des Cliniques Universitaires Saint-Luc,  
Place Carnoy 16, 1200 Bruxelles, Belgique*

<sup>b</sup> *Psychologue clinicien du Programme SOS Enfants-Famille des Cliniques Universitaires Saint-Luc,  
Place Carnoy 16, 1200 Bruxelles, Belgique*

Disponible sur internet le 14 septembre 2006

---

### Résumé

Il n'est pas simple aujourd'hui, pour le professionnel de l'enfance, de se situer dans les formes complexes où le mineur d'âge est maltraité ou suspecté de l'être, qui plus est quand le mode de présentation repose sur l'allégation d'abus sexuel. Ces tableaux se complexifient, non seulement par le fait que l'enfant allègue une maltraitance, mais aussi parce que l'adulte qui le garde, nourrit une certitude quant à l'agression sexuelle subie. Comment réagir ? Comment « faire la part des choses » ? L'article propose d'interroger deux syndromes dont les appellations sont de plus en plus usitées, sur le versant de l'allégation d'abus sexuel, abus que l'évaluation réalisée par des cliniciens spécialisés infirmera. Syndrome de Munchausen par procuration et syndrome d'aliénation parentale, ces entités rares ou récentes sont ardues à comprendre et à aborder sur les plans diagnostique et thérapeutique. Il est intéressant de les distinguer en parcourant, ce qui en est commun et ce qui les différencie, en s'attachant particulièrement au parent qui allègue la maltraitance.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

---

☆ Toute référence à cet article doit porter mention : De Becker E, Ali Hamed N. Les fausses allégations d'abus sexuels sur mineurs d'âge : entre Munchausen par procuration et aliénation parentale. *Evol. psychiatr.* 2006;71.

\* Auteur Correspondant : Emmanuel De Becker.

Adresse e-mail : [debecker@pscl.ucl.ac.be](mailto:debecker@pscl.ucl.ac.be) (E. De Becker).

## Abstract

It is not simple today, for the professional of childhood, to identify himself in the complex forms where the under-aged person is mistreated or suspected to be, moreover when the mode of presentation bases on the allegation of sexual abuse. These tables become more and more complex, not only by the fact that the child pleads a mistreatment, but also because the adult who keeps it, is sure of the suffered sexual aggression. How to react? How “to make allowances”? The article proposes to question two syndromes whose names are increasingly used, on the side of the allegation of sexual abuse, abuse that the evaluation carried out by specialized clinicians will cancel. Syndrome of Munchausen by proxy and syndrome of parental alienation, these rare or recent entities are difficult to understand and to approach on the diagnostic and therapeutic plans. It is interesting to distinguish them while going through what is common and what differentiates them, while sticking to the relative who pleads the mistreatment.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Munchausen par procuration ; Aliénation parentale ; Allégation d’abus sexuel ; Séparation parentale ; Maltraitance ; Enfant

*Keywords* : Munchausen by proxy; Parental alienation; Allegation of sexual abuse; Parental separation; Mistreatment; Child

## 1. Considérations générales introductives

Si aucune situation de maltraitance à l’égard des mineurs d’âge ne doit laisser indifférent, « l’action à poser » par le professionnel demeure délicate et définie selon sa position référentielle, le champ de ses missions et les affects qui l’habitent<sup>1</sup>.

Aujourd’hui, la plupart des auteurs qui ont étudié ces phénomènes humains ont dépassé la compréhension fondée sur une causalité linéaire ; de circulaires, les processus ont gagné en complexité à tel point qu’il est peu pensable d’envisager l’ensemble des aspects humains en jeu et d’en faire une lecture globale.

Ainsi, aucune situation de maltraitance d’enfants n’est simple à comprendre et à traiter [1]. Toutefois, un gradient se remarque selon que la présentation, la « porte d’entrée » est complexe et/ou que les personnalités des protagonistes concernés s’écartent gravement d’un fonctionnement psychique sain, équilibré.

Ainsi donc, les situations de maltraitance à l’égard des mineurs d’âge font l’objet de tentatives multiples et diverses d’analyse, de lecture et de compréhension [2]. Un des risques est de voir le professionnel, confronté à ces situations, impuissant, incapable de dégager des pistes cohérentes en termes d’accompagnement. Il est exact que le « domaine de la maltraitance d’enfants » appartient et ressort aussi bien des champs de la sociologie que celui de la psychologie clinique, de la médecine organique, de la psychiatrie, ou encore du (des) droit(s). Dans la foulée, il demeure ardu de définir de façon consensuelle les limites de ce qu’est et n’est pas la maltraitance.

De là découlent, certes un enrichissement théoricoclinique par le brassage des références et des réflexions portées sur ce thème, mais également de la confusion quand on tente de privilégier un axe de repères (modèles) dans une perspective de prise en charge. Ainsi, par exemple,

<sup>1</sup> ... au moment de la confrontation à la situation certes, mais en lien avec ses représentations et vécus antérieurs !

l'aspect psychopathologique doit-il précéder ou non l'acte social et/ou juridique visant à la protection effective du mineur d'âge ? [3]. Ou l'analyse phénoménologique des éléments d'observation dicte-t-elle la « marche à suivre » davantage qu'une logique fondée sur le droit ? Ou encore, une référence thérapeutique systémique héritée du travail sur les liens ne conduit-elle pas, du moins parfois, au contre-pied de ce que met en évidence une démarche psychiatrique classique ?...

Dans la suite de ces premières réflexions, l'article propose de discuter deux concepts liés à la maltraitance d'enfants ; concepts régulièrement évoqués dans le langage scientifique mais aussi commun. Cette discussion vise à éclaircir ce qui appartient (et ce qui n'appartient pas) à chacune de ces entités, en précisant les limites de définition et les éventuelles zones de rapprochement.

Ces deux « tableaux » de maltraitance d'enfants sont aussi intéressants par le fait que l'« agent maltraitant » n'est pas celui que l'on croit au premier abord<sup>2</sup> ou, autrement dit et perçu, l'enfant est pris dans une tourmente plus large, un système sociofamilial perturbé et inadéquat ; on est ici bien loin d'une « simple » relation duelle « dysfonctionnelle » [4].

Nous nous appuyons d'une part sur la bibliographie relative à ces concepts, d'autre part, sur notre expérience thérapeutique dans une équipe spécialisée dans la prise en charge des situations de maltraitance et ce, en privilégiant le prisme de lecture de la psychopathologie [5].

Mais quelles sont ces deux entités ? La première est le syndrome de Munchausen par procuration (SMPP) et la seconde, le syndrome d'aliénation parentale (SAP)<sup>3</sup> [5–7].

Mais peut-on parler de syndrome ? Si on se réfère à la terminologie médicale, un syndrome est une entité clinique constituée de différents éléments, les symptômes nécessairement présents. Dans le domaine qui nous occupe, il serait plus opportun de parler d'association de manifestations pathologiques, tant au niveau comportemental qu'à celui des idéations qui les sous-tendent. De plus, il y a absence de réel consensus au sein du monde scientifique sur les structures de personnalité qui composent ces tableaux ; nos hypothèses tenteront de les préciser.

Par ailleurs, en 1990, un auteur comme Rand [8,9] a étudié les fausses allégations d'abus sexuels, essentiellement dans les contextes de séparation ou de divorce, et les a décrits sous l'appellation « SMPP – contemporain ». Schreier [10,11] a poursuivi en évoquant le nom de forme « sociale » ou « judiciaire » de SMPP.

Enfin, d'aucuns critiquent l'existence même de ces « syndromes », estimant qu'il s'agit « simplement » de formes particulières de maltraitance d'enfant.

Quoi qu'il en soit, et au-delà de considérations multiples et variées, investiguons l'essentiel qui émerge des deux syndromes.

## 2. Vignette clinique

Illustrons notre propos par deux situations qui, sans être paradigmatiques, rendent compte de la clinique de ces tableaux.

Une fillette de huit ans, accompagnée de sa mère, affirme avoir été abusée par son père lorsqu'elle se rend en visite chez ce dernier. Si, dans le premier temps de l'évaluation, le clini-

<sup>2</sup> ou qui est présenté comme tel par la personne qui signale ses inquiétudes...

<sup>3</sup> Au risque d'alimenter la mode des abréviations dans le langage médical et psychologique, nous utiliserons dans la suite du texte, pour les deux syndromes, les appellations SAP et SMPP.

icien est impressionné par son discours cohérent et structuré, certains aspects laissent perplexes dans la suite de la prise en charge.

Ainsi, elle ajoute, à chaque nouvelle rencontre, une multitude de détails et de précisions dont la surenchère signifie un besoin d'attirer l'attention et la nécessité d'être crue. Toutefois, les contradictions apparaissent, l'in vraisemblance se fait jour... et après cinq entretiens, l'enfant, en larmes, confie vouloir se venger d'un père vécu comme responsable d'une séparation dont les conséquences sur le plan socioéconomique semblent énormes...

Une mère amène son garçon âgé de cinq ans à la consultation de psychiatrie infantojuvénile, envoyée par le pédiatre de l'enfant. Le garçon, depuis deux ans, souffre d'irritations anales et d'épisodes de diarrhée chronique. Devant l'absence de lésions et de troubles organiques, le pédiatre a orienté mère et enfant vers le psychologue, d'autant que les plaintes maternelles laissent entendre que le père de l'enfant, dont elle est séparée depuis près de trois ans, « toucherait sexuellement » le garçon. Madame est convaincue que le père « instrumentalise » son corps, et plus précisément la zone anale.

Voilà de nombreux mois qu'elle « court » de médecin en médecin, pour tenter d'objectiver ses certitudes.

En entretien, l'enfant timoré, demeure sur les genoux de sa mère, en position fœtale, ne répondant aux sollicitations du clinicien que par un timide acquiescement de la tête. La mère envahit l'espace de ses propos emportés et menaçants à l'égard du père... L'évaluation ne confirmera pas les allégations d'abus sexuel sur l'enfant.

### 3. Définitions

Au niveau de la fréquence, le SMPP est un tableau complexe heureusement rare dans sa définition stricte. Quant au SAP, il est actuellement impossible d'en donner une estimation, vu les débats à propos de son existence même [12,13].

#### 3.1. Le SMPP

Il y a 50 ans, Asher [14] décrit le syndrome de Munchausen reposant sur les éléments suivants : des troubles factices conduisant à de multiples investigations et à des traitements inutiles et/ou préjudiciables (souvent à caractère urgent, aigu), une errance et des pérégrinations d'hôpital en hôpital ainsi que des fabulations pénétrant l'ensemble de la biographie du sujet...

Vingt-cinq ans plus tard, Meadow [15,16] en définit une présentation particulière à savoir le syndrome de Munchausen par procuration (SMPP) ; la violence n'est plus retournée sur soi-même, elle est maintenant adressée à un tiers, le plus souvent un mineur d'âge. D'après l'auteur, le parent qui allègue ou produit la maladie chez l'enfant semble être à la recherche d'une reconnaissance à partir de l'interaction avec le monde soignant, centrée sur le jeune enfant.

En 1987, Rosenberg [17,18] propose de rassembler les critères du syndrome de Munchausen par procuration :

- une maladie simulée et/ou produite délibérément par un parent sur son enfant ;
- une investigation médicale répétée dans l'intention d'une reconnaissance pour le bien-être de l'enfant ;
- un déni du parent quant à l'origine des symptômes de l'enfant ;

- un amendement de la symptomatologie présentée par l'enfant lorsqu'il est séparé du parent en question.

Les présentations de ce tableau peuvent être très variées, allant de la « simple » altération de l'histoire médicale à l'agression directe de l'enfant, pouvant conduire à sa mort. Par ailleurs, Godding et Bonnier [19] précisent que le diagnostic est pédiatrique, ajoutant qu'« aucun test psychiatrique réalisé chez le parent maltraitant ne peut conduire au diagnostic ni permettre d'exclure ce diagnostic. En effet, bien qu'il faille un état d'esprit particulier au parent pour perpétrer le SMPP, il ne s'agit pas, ici, uniquement d'un état d'esprit ou d'intentions mais bien d'une action concrète que nous avons le devoir d'objectiver » [19]. Elles proposent des grilles de critères d'inclusion et d'exclusion du SMPP.

À la suite d'un auteur comme Schreier [10], nous nous sommes interrogés devant les allégations d'abus sexuels sur mineurs d'âge, allégations tenues par l'intéressé et/ou son entourage, agressions non confirmées par le diagnostic. Le discours de l'adulte (le plus souvent l'un des parents) se veut convaincant, répété, insistant pour la réalisation d'examens physique et psychologique. Les propos mettent en cause l'autre parent ou toute autre personne, familière ou non de l'enfant.

Dans ces cas de figure, l'adulte se met en quête d'éléments prouvant sa « bonne foi », nourrissant sa certitude en multipliant les démarches tous azimuts, dans la sphère médicale certainement, mais également sociale au sens large, psychologique et, enfin, judiciaire [20]. Comme dans la forme classique du SMPP, le parent est certain des affirmations qu'il avance, confiant les paroles de l'enfant à quiconque accepte de « rentrer dans sa vérité » ; le mineur d'âge est ainsi rencontré par nombre de professionnels, allant jusqu'à devoir subir des examens médicaux multiples, quitte à ce qu'ils soient invasifs (examens sous narcose, par exemple). L'investigation médicale répétée existe ici aussi, mais est renforcée par l'exploration (sous forme d'auditions, d'entretiens cliniques) de la véracité de ses propos, l'observation de son comportement, l'analyse de son fonctionnement psychique.

### 3.2. *Le SAP*

Devant l'augmentation des séparations parentales dites « gravement conflictuelles », des auteurs comme Gardner [21–23] ont étudié des formes particulières de maltraitance d'enfants, comme, par exemple, le syndrome d'« aliénation parentale » (SAP). Ainsi, Gardner, il y a déjà 20 ans, a observé des enfants plongés dans des situations de séparation parentale compliquées. Il a étudié l'impact de celle-ci sur l'enfant, enfant « otage » qui adopte un comportement de total dénigrement du parent qui ne l'héberge pas au titre principal. Cet enfant semble, en fait, l'objet d'un conditionnement plus ou moins subtil qui le conduit à perdre une position proche de la neutralité et un vécu personnel. Il s'agit d'un processus où l'enfant est amené par un parent à partager un ensemble d'idées et de perceptions, fausses, déformées ou exagérées sur l'autre parent (ou un proche de ce dernier). Dans ce cas, l'enfant devient graduellement captif du mode de pensée du parent aliénant, y adhérant pleinement ; dans la foulée, il « véhicule » à propos de l'autre parent des propos insensés, des allégations de tout genre, qui, souvent, induisent doute, perplexité et/ou attitudes arbitraires chez le professionnel. Différents degrés de gravité sont décrits en fonction de la fixation des positions des protagonistes concernés (importance du rejet, de la fermeture... à l'égard du parent « refusé »).

À la suite des auteurs comme Hayez et Kinoo [12], il y a lieu de souligner que le terme « aliénation » comprend deux axes :

- le premier dans le sens où le comportement, le discours du parent qui garde l'enfant aliène, c'est-à-dire rend étranger l'autre parent suspecté d'abus ;
- le second dans la perspective où l'enfant s'« aliène » lui-même sous l'influence et l'emprise du parent avec lequel il vit.

Les mêmes auteurs appartiennent à la catégorie des professionnels qui nourrissent à l'égard des travers de Gardner et ce qui en est fait de vives critiques ; en effet, pour eux, le refus d'un enfant de rencontrer « l'autre parent » trouve son explication dans des causalités multifactorielles [7,24].

Il n'est pas rare, aujourd'hui, d'entendre parler de SAP, essentiellement dans les contextes sociojuridiques, dès qu'un mineur d'âge dénigre un de ses parents de manière disproportionnée par rapport à la réalité, et refuse dès lors de se rendre chez lui. Quoiqu'il en soit, si les critères de Gardner concernant l'aliénation parentale et partant l'existence même d'un syndrome laissent plus d'un perplexe, interrogeons ces situations complexes où l'enfant apparaît prisonnier de sa position et, in fine, aliéné, principalement suite aux attitudes du parent qui le garde.

#### 4. Discussion

Il n'est pas rare d'entendre : « Parlez-lui encore... je vous assure, mon enfant a été abusé par lui... il me l'a dit, j'en suis convaincu(e) !!! »

Et pourtant... l'évaluation ne confirmera point la certitude du parent qui signale... Que du contraire ! Il n'y a pas eu, matériellement, agression ! Alors ?

##### 4.1. *Objet et cadre*

Notre discussion porte sur le diagnostic différentiel entre SMPP et SAP dans les tableaux d'allégations d'abus sexuels infirmées par le diagnostic.

Une première remarque s'impose ; d'une part, ce diagnostic doit, à nos yeux, être réalisé par plusieurs professionnels de disciplines proches mais différentes, travaillant si possible en équipe (assistant social, pédiatre, psychologue, pédopsychiatre...). Par équipe, nous entendons des unités pluridisciplinaires d'aide et de soins, dont les équipes SOS Enfants, en Belgique, représentent depuis plus de 20 ans, un paradigme intéressant. D'autre part, quand nous disons qu'il n'y a pas abus, c'est en considérant le Réel dans sa matérialité objective ; en revanche, il va sans dire qu'agression de l'intégrité psychique et non-respect de l'En-Soi de l'enfant sont de mise mais peu ou pas perçus par son entourage. De plus, comme dans la forme classique du SMPP, bien souvent des examens médicaux sont réalisés, ce qui touche à la dimension du corps propre du mineur d'âge.

Précisons que notre propos se centre sur les allégations dans les situations de séparation parentale conflictuelle où un des parents est mis en cause par l'autre ; nous pouvons toutefois élargir ce tableau aux partenaires et/ou conjoints des parents qui sont dans une proximité directe de l'enfant concerné.

## 4.2. Les éléments pertinents

Évoquons, de façon quelque peu schématique, ce qu'on observe et entend dans les deux tableaux (SMPP et SAP).

### 4.2.1. Éléments communs

Commençons par les éléments communs, montrant une analogie, qui pourrait conduire à une confusion si le professionnel s'arrête à la première impression. Il s'agit de l'intensité et de la fermeté de la position du parent qui allègue ; force de conviction, sur le mode de la certitude, qui ébranle nombre de professionnels tant médicopsychosociaux qu'issus de la sphère du judiciaire [25]. À entendre le parent, le doute n'est pas permis : « l'autre » a maltraité l'enfant ! En corollaire de ces propos et comportements, on constate d'une part la rupture de contact-lien thérapeutique sitôt la teneur de l'allégation mise en question et, d'autre part, le « nomadisme » dans le chef du parent qui allègue, en quête de réassurance.

Par ailleurs, dans les deux cas, le dysfonctionnement conjugal est très régulièrement présent avec hypervalorisation de l'image de la mère aux dépens de celle du père [4,26,27]. « La séparation conjugale permet d'activer des mécanismes projectifs et l'enfant est utilisé comme objet pour assouvir le besoin du parent » (Dauver s'inspirant de Rand 2003 [26]).

Si le but poursuivi est de faire reconnaître la maltraitance sur son enfant, de faire connaître la « vérité » sur le corps de celui-ci, l'élément psychopathologique partagé dans les deux tableaux, dans le chef du parent qui allègue, consiste dans le déni. Ce déni, la plupart du temps massif, en lien avec des mécanismes de clivage évoque un fonctionnement, voire une structure, de type psychotique. Dans les formes sévères, la mère considère son enfant comme un objet qui lui est nécessaire mais qu'elle ne perçoit pas dans sa réalité autonome. Ainsi la position de non-reconnaissance de l'altérité aboutit à une distorsion de la réalité. Le parent est en fusion avec l'enfant imaginaire et celui-ci devient petit à petit l'objet d'une préoccupation pathologique [28,29]. Mais, si nombre d'éléments dans ce qu'exprime et montre le sujet sont évocateurs d'une telle structure, nous n'avons pas retrouvé de consensus parmi les auteurs et professionnels à ce propos.

D'autres hypothèses sont ainsi retenues ; pour des auteurs comme Schreier, l'attitude de rejet, la non-prise en compte de la souffrance de l'enfant, l'absence d'empathie, le déni de la subjectivité, l'intrusion et le non-respect de son corps, voire la considération fétichique de l'enfant dans la relation avec le soignant... sont des modes d'expression liés à une position perverse dans la relation à l'autre.

Probablement que la multitude des situations types, le flou autour de l'existence même de ces syndromes, de leur définition, la compréhension des phénomènes en jeu, conduisent inéluctablement soit à se « lancer » dans des hypothèses, certes audacieuses mais sujettes à de rapides et vives critiques, soit à demeurer dans d'interminables interrogations prudentes.

À nos yeux, donc, la plupart des situations qui sous-tendent ces deux syndromes renvoient à des mécanismes archaïques de personnalité, compatibles avec la psychose, au sens large du terme, dans ce qu'elle montre dans ses aspects dynamique, économique et défensif.

### 4.2.2. Différentiation des symptômes

Les éléments suivants permettent de différencier les deux syndromes.

4.2.2.1. *Étiopathogénie.* Sur le plan étiopathogénique général, on retrouve des liens de causalité distincts qui expliquent l'existence même de ces entités. Dans le cas du SAP, l'adulte aliénant « utilise » l'enfant pour accuser, éliminer l'autre parent (aliéné). Les propos sont dirigés vers une « cible » précise sans implication rétroactive de l'entourage professionnel ; ce dernier doit simplement acter. Le lien de causalité est ici linéaire. Dans les situations SMPP, parent, enfant, professionnels participent à un processus en spirale, où tour à tour, ils alimentent de leur place le syndrome [30–32]. La « cible » du parent est plurielle, incluant essentiellement une composante narcissique. De par ces éléments, on peut donc considérer le phénomène comme circulaire.

4.2.2.2. *Du côté du parent qui allègue.* Du côté du parent qui allègue : « l'angle d'attaque » en terme de buts personnels, d'enjeux psychoaffectifs apparaît bien différents selon qu'on examine le « parent SMPP » ou le « parent SAP ». Dans le premier cas, quoique le thème central consiste dans l'allégation d'abus, le parent<sup>4</sup> parle de sa souffrance ; il se présente comme blessé, victime et cherche, à travers « l'abus » à toucher le professionnel, à le rallier, non pas tant à sa cause qu'à sa quête de renarcissisation. Le discours centré sur les faits (l'abus) tente une réactualisation d'un vécu infantile émaillé d'un trauma d'enfant resté « blessé » et qui rejoue dans « l'ici et maintenant » la dynamique des liens de son histoire passée.

Observation au demeurant essentiellement pédiatrique, l'abord psychopathologique du SMPP est tout, excepté simple. Nombre d'auteurs écartent l'hypothèse de la psychose [26,33] ou se rapprochent de l'idée de la personnalité narcissique ou encore de la perversion. La façon de s'adresser à l'enfant, de parler de lui évoque, chez le « parent SMPP », une réelle difficulté à établir une relation objectale avec l'autre. L'objet, perçu comme une partie constitutive de son En-Soi, est source d'une préoccupation pathologique, préoccupation maternelle primaire trop investie d'angoisses ou de sollicitudes exagérées.

Dans le cadre des allégations d'abus sexuels, on est confronté à des éléments mythomaniaques s'imbriquant dans une perception et une certitude angoissante du parent, parfois délirante, projetée sur le corps de l'enfant. Le « délire » comporte des éléments de destruction, signant l'impossibilité pour la mère que son enfant soit « autre ». L'enfant appartient au parent, devenant pour lui un support à ses fantasmes [20]. Aussi, « dans le fantasme maternel, les choses semblent se jouer sur le plan du sacrifice : il n'y a pas d'autres alternatives que "la mère ou l'enfant", la "fusion ou la mort" » ([20], p. 53).

Dans le second tableau, le professionnel a affaire à un parent décidé, au discours d'habitude bien structuré dans une « campagne » de dénigrement de l'autre... du père. D'ailleurs, les propos sont davantage centrés sur sa personne que sur la matérialité des faits eux-mêmes. Si un auteur comme Grunter [34] distingue le SMPP des fausses allégations d'abus sexuels en se fondant sur les systèmes d'intervenants sollicités (essentiellement médical dans le premier, judiciaire dans le second), on doit faire le constat que justice et médecine, au sens large, sont dorénavant intriquées de façon quasi systématique et ce, aussi bien dans le SMPP que dans le SAP.

Dans ce dernier, au-delà de l'image de « bonne mère » qui est mise à l'avant-plan, le « parent aliénant » confie, avec force et précision, ses sentiments négatifs et les mauvaises expériences vécues avec le parent absent. Les accusations répétées portent sur tous les domaines, de l'éducation au lien d'attachement ; n'omettant aucun détail, ne laissant à l'enfant

<sup>4</sup> Les études indiquent qu'il s'agit, dans près de neuf cas sur dix, de la mère biologique.



aucune « zone libre » d'investissement positif à l'autre parent. Le discours de l'adulte « aliénant » se construit sans nuance, ne reconnaissant que des défaillances au parent aliéné, relégué au statut de « connaissance ennuyeuse chez qui c'est une corvée d'aller, pour l'enfant ».

Pour Schreier [10,11], « l'inductrice (« parent aliénant ») semble exister en construisant une relation hautement manipulatrice avec une personne transférentiellement puissante, c'est-à-dire que son but inconscient est de rejouer de façon victorieuse les humiliations du passé avec un représentant parental de pouvoir » [10].

Sur le plan de la psychopathologie, on retrouve aussi certaines différences entre les syndromes. Des mécanismes de défense archaïques semblent plus fréquemment rencontrés dans le SMPP, faisant penser à un noyau psychotique chez le parent en question.

Quoique la littérature ne conduise pas à dégager un consensus quant à la personnalité du parent, on retrouve souvent l'existence d'une pathologie mentale ; on parle de perversité, de personnalité borderline...

Dans le syndrome d'aliénation parentale, aucune étude ne peut, à ce jour, confirmer l'impression clinique donnée par H. Van Gyseghem [35] d'absence de trouble mental. Comme nous l'avons évoqué plus haut, il est essentiel d'isoler les situations d'aliénation « vraie » dans tout ce contexte d'enjeux conflictuels liés aux séparations parentales. À ce propos, Hayez et Kinoo [12] reprennent avec pertinence les éléments qui sous-tendent ce concept d'aliénation parentale.

Pour nous, et à ce stade, un trouble grave du fonctionnement psychique est à l'œuvre chez le parent, avec des composantes interprétatives, projectives et persécutrices. Contrairement donc à la plupart des professionnels, nous n'utilisons pas l'appellation « aliénation parentale » pour des situations de « règlement de compte » d'ordre narcissique entre adultes en mal de se séparer et où l'enfant est « simplement » otage des loyautés.

#### 4.2.2.3. Du côté de l'enfant, que constate-t-on ?

- Tout d'abord, l'enfant est le « grand oublié » dans l'étude de cas de ces présentations pathologiques. On évoque très peu l'impact des comportements parentaux et professionnels sur son développement psychoaffectif. Il est vraisemblable que sa destructivité est ici très grande, vu la réification dont il est l'objet. Il est toutefois possible, mais à vérifier, que les professionnels interviennent plus rapidement dans le SAP de par une relative simplicité de mode de présentation comparativement au SMPP. Mais, l'aide est-elle pour autant plus efficace ?
- L'âge des enfants concernés semble être plus bas dans les situations SMPP que dans les situations SAP.
- Le discours tenu par l'enfant plongé dans le syndrome d'aliénation parentale est construit à l'emporte-pièce, sans nuance ; les propos sont véhéments à l'encontre du parent aliéné, l'enfant y adhérant pleinement, dans une attitude excessive, au-delà (presque) des attentes du parent aliénant. L'enfant s'identifie totalement à la description qui est faite de lui et de l'autre parent, s'y (r)accroche pour, légitimement, tenter de rester cohérent avec lui-même. Souvent en vain...
- Dans le SMPP, l'enfant n'a pas toujours accès au langage, vu son âge, ou alors, il garde le silence, baissant les yeux par crainte ou par honte. Il peut aussi adopter le discours qui est tenu à son égard, reproduisant les faits et gestes reprochés à l'autre parent. Ne parvenant

pas à se détacher de ce qui le définit par ailleurs, l'enfant court le risque de plonger dans un processus de « folie à deux » (trouble délirant partagé [36]).

Quoi qu'il en soit, au-delà de ces éléments, l'ensemble de ces enfants souffrants sont blessés et abîmés dans leurs repères, par la destruction (réciproque) systématique de leur(s) modèle(s) identificatoire(s), le « désancrage » de leur racine identitaire [37].

*4.2.2.4. Et du côté du parent accusé, suspecté, refusé... du père ?* La relation d'emprise, que nous constatons dans le SMPP, empêche toute place pour un tiers. Ainsi, le père ne peut tenir son rôle de « séparateur » dans la dyade mère–enfant (symbiose pathologique).

Binet [29] résume avec pertinence ce qu'il en est du père : « Dans cette situation d'intrication mère–enfant, le père n'est d'aucune utilité à la mère puisqu'elle ne cherche pas un partenaire imaginaire mais un tissu qui soit compatible par sa familiarité, qui ne puisse pas opérer de rejet. Elle sait que son enfant, fait de sa substance... ne peut la rejeter sans intervention extérieure... » ([29], p. 67).

Si le père, réel et symbolique, est nié par la mère, concrètement il fait souvent preuve d'absence. Absence à comprendre comme évitement, processus de survie... voire comme démission.

Dans le syndrome d'aliénation parentale, les pères se présentent habituellement sur un mode actif, belligérant et/ou revendicateur. Ils « contre-attaquent », interpellant professionnels de tous bords. C'est ainsi que, sans le vouloir consciemment (« je ne veux pas la guerre... je veux qu'on respecte mes droits » ...), ils participent à la spirale enclenchée par ailleurs, s'épuisant à démontrer point par point qu'ils sont réduits à une « surface de projection ».

Parfois, face au découragement, devant la haine de l'autre parent (et de l'enfant) ou à l'impuissance des autorités judiciaires, ils se retirent, amers et blessés...

## **5. Quel accompagnement thérapeutique : un modèle médicopsychosociojudiciaire ?**

Autant les situations SAP sont généralement « judiciairisées » quand interviennent les professionnels de l'aide et des soins, autant ce n'est que tardivement qu'un cadre judiciaire se voit établir pour les situations SMPP. Il est souvent souligné que les logiques de travail de la Justice et de la sphère non judiciaire sont différentes, voire clivées, même si d'aucuns estiment qu'il faut privilégier les articulations. Si cette finalité rencontre un souhait théorique de beaucoup, on doit bien reconnaître que, « sur le terrain », ces situations complexes alimentent les renvois réciproques de responsabilité entre structures, quand ce n'est pas dilution, retrait des investissements professionnels. En effet, les tableaux SAP et SMPP ne laissent que rarement indifférent, amenant l'intervenant, quelle que soit sa sphère d'appartenance, au risque de prise de position et/ou décision arbitraire ou dictée par l'émotionnel. Si l'intérêt de l'enfant l'anime, à un moment l'irritation, le sentiment d'être dupé, utilisé, l'emporte et conduit le professionnel à vouloir « passer la main ».

Cela étant dit, nous privilégeons le travail en réseau, fidèles à la « règle d'or » de « ne pas travailler seul dans les maltraitances d'enfants ». Ainsi, concertations, passages d'informations qui pourraient, à nos yeux, constituer une exception à la règle de confidentialité des données d'ordre privé sont de mise, à différents temps de la prise en charge [2,6].

À la suite de la plupart des auteurs qui ont étudié les deux syndromes, la référence au tiers, sur le plan légal, l'interpellation de la loi, réelle et symbolique est incontournable. Si c'est le

cas dans les situations SAP, du moins au niveau de la législation civile (adultes), il y a lieu d'introduire, dans toute situation de ce type, la dimension protectionnelle de l'enfant en sollicitant la présence active d'un Juge de la Jeunesse. En effet, la problématique rencontrée se centre sur la relation duelle, que ce soit sur le versant fusionnel ou du déni ; l'appel au tiers ouvre (ou impose d'ouvrir) ce qui a tendance à se renforcer de par les personnalités en présence et les enjeux liés à la situation.

En général donc, nous préconisons un accompagnement thérapeutique encadré, ou plutôt protégé par l'instance judiciaire (Juge de la Jeunesse) ; il peut reposer sur deux temps successifs constitués d'abord par l'évaluation globale de l'enfant et de son milieu<sup>5</sup> puis par le suivi proprement dit.

L'articulation entre le « judiciaire » et les « soins » n'entraîne pas ipso facto un échange total, direct des informations concernant la famille en question. Il s'agit de données essentielles telles, par exemple, que la dangerosité–risque pour l'enfant, la « mise au travail » du parent, des protagonistes, (en terme de processus)... [38,39]<sup>6</sup>.

Dans un nombre de cas, certainement dans les situations SMPP, l'éloignement de l'enfant en milieu protégé sera de mise tant pour confirmer le diagnostic que pour assurer les soins sur les plans physique et psychique. L'éventuel retour à domicile fera l'objet d'un bilan prudent et si possible répété. Un auteur comme Maurice Berger [40] a proposé à cet effet, des grilles d'évaluation.

Quant au contenu thérapeutique à proprement parler, il s'agit plus souvent d'un travail proche de la guidance que de réelle mais rare constitution d'un lien psychothérapeutique. Lorsque celui-ci s'établit, il autorisera alors, à partir de la déconstruction du lien fusionnel, l'élaboration très progressive d'une relation objectale avec respect de l'enfant dans sa place de sujet autonome, libre de projections ou d'identifications.

## 6. En guise de conclusion : de l'utilité du diagnostic en pareille situation

Très légitimement, on peut se poser la question du bien-fondé de « pousser » le diagnostic. Divers éléments alimentent, pour nous, une réponse affirmative.

Il est toujours intéressant « d'éviter les clichés » et, en corollaire, de s'arrêter à des « idées toutes faites » répandues dans le grand public... dont nous faisons aussi partie.

Ensuite, certainement dans ces situations complexes, un piège consiste à tomber (et à rester) dans le registre de l'émotionnel, de l'affectif dont les professionnels se doivent de prendre distance ; ils ont à adopter des positions scientifiques en analysant sévèrement et prudemment ce qui leur est demandé et donné d'observer.

Dans les cas présents, il y a lieu d'envisager, de comprendre les mécanismes qui sous-tendent des comportements, de rencontrer les personnalités en jeu, leur souffrance, leurs blessures. Dans certaines figures, la psychose est réellement présente, dans d'autres, la perversion et à l'avant-plan, dans d'autres encore, l'absence de troubles mentaux laisse perplexe...

Quoi qu'il en soit, seule une analyse fine garantit (pas toujours, loin de là) l'adoption de « bonnes » attitudes thérapeutiques à l'égard des principaux protagonistes concernés ; s'identifier massivement au vécu d'un parent, d'un enfant conduit à perdre la neutralité nécessaire à

<sup>5</sup> En Belgique, la dénomination officielle est « l'examen médicopsychologique »

<sup>6</sup> Serrano J, Wetzburger C, Evrard P. Méthodes thérapeutiques pour le syndrome de Munchausen par procuration. article inédit;1985.

l'établissement d'une place thérapeutique. L'intervention « à plusieurs », en cothérapie constitue un garant contre cet écueil.

Ensuite, il est, pour nous, utile et vivifiant de chercher, de s'interroger, de lancer le plus loin possible nos tentatives de compréhension, d'élaboration des phénomènes humains en jeu. Au-delà d'un intérêt intellectuel, cette recherche « proactive » possède des retombées sur nos méthodes d'agir et de concevoir notre manière d'accompagner les mineurs d'âge en souffrance de maltraitance et leur entourage.

Car, si, comme nous l'avons précisé plus haut, ces enfants n'ont pas été maltraités sur le plan matériel, il n'en demeure pas moins qu'ils sont malmenés et agressés par un « savoir » à leur encontre. Une attention toute particulière de leurs souffrances est toujours à considérer.

Reste la question même du diagnostic, d'un diagnostic.

Certains, à la suite de Dauver, Dayan, Houzel, estiment qu'il est légitime de « s'interroger sur la tendance générale à étendre les entités cliniques au-delà de leurs frontières traditionnelles... » [6]. Pour notre part, dans la cohérence de ce que nous avons abordé jusqu'à présent, nous optons pour une « remise en question », alliant observations et élaborations.

Dans le cas du SMPP, d'abord pédiatrique, le syndrome a été ouvert sur le plan psychopathologique [41]. Toutefois, de nombreuses interrogations demeurent au-delà des aspects phénoménologiques ; à ce jour, aucun consensus n'existe sur les personnalités en présence et le risque d'élargir la définition ne simplifie guère l'étude approfondie sur le plan pédopsychiatrique, par exemple. Notre expérience nous incite à retenir l'existence d'un trouble grave du fonctionnement psychique du parent dont les conséquences sur l'enfant sont bien réelles [37].

Quant au SAP, sa situation est plus complexe. Certains doutent et douteront encore de son existence en tant qu'unité. « Tableau sociojudiciaire », il mérite certes une attention particulière dans les situations à risque de maltraitance. Peut-être s'agit-il essentiellement de dynamiques spécifiques liées à des séparations gravement conflictuelles ? Quoi qu'il en soit, on demeure très éloigné d'en avoir isolé des contours précis en terme de définition. Aucune réponse ferme ne semble pouvoir aujourd'hui être apportée. Il s'agit là d'une invitation à la prudence devant toute situation de ce type, une invitation à la vigilance intellectuelle, somme toute.

In fine, soulignons, que la confusion, dans le chef des familles et des professionnels, augmente le risque pour l'enfant.

## Références

- [1] Hayez JY, de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. Paris: PUF; 1997.
- [2] Haesevoets YH. Regard pluriel sur la maltraitance des enfants. Bruxelles: Kluwer édition; 2003.
- [3] Lutte I. À quelles lois sommes-nous soumis dans le diagnostic et la prise en charge d'un SMPP ? Exposé dans le cadre d'un cours post-universitaire. Saint-Luc: UCL Bruxelles; 2003.
- [4] Penfold S. Questionnaire beliefs about child sexual abuse allegations during custody disputes. *Can J Fam Law* 1997;14:11–30.
- [5] Fenelon G. Le syndrome de Munchausen. Paris: PUF; 1998.
- [6] de Becker E, de Laveleye A. L'allégation d'abus sexuel : une forme atypique du syndrome de Munchausen par procuration. *Acta Psychiatr Belg* 2001;101(1):5–23.
- [7] Kelly J, Johnston J. A reformulation of parent alienation syndrome. *Fam courts rev* 2001;39:249–66.
- [8] Rand DC. Munchausen syndrom by proxy: integration of classic and contemporary types. *Issues Child Abuse Accusations* 1990;2:83–9.
- [9] Rand DC. Munchausen syndrom by proxy: a complex type of emotional abuse responsible for some false allegation of child abuse. *Issues Child Abuse Accusations* 1993;5:135–55.

- [10] Schreier HA. Repeated false allegations of sexual abuse presenting to sheriffs : when is it Munchausen by proxy? *Child Abuse Negl* 1996;20(10):985–91.
- [11] Schreier HA. Munchausen by proxy defined. *Pediatrics* 2002;110:985–8.
- [12] Hayez JY, Kinoo P. Aliénation parentale : un concept à haut risque. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2005;4:157–65.
- [13] Kinoo P. Allégation d'abus sexuels et séparations parentales. Genève : *Thérapie familiale* 1999;20/3:253–62.
- [14] Asher R. Munchausen's syndrom. *Lancet* 1951;1:339–47.
- [15] Meadow SR. Munchausen syndrom by proxy. *Arch Dis Child* 1982;57:92–8.
- [16] Meadow SR. False allegations of abuse and Munchausen by proxy. *Arch Dis Child* 1993;68(4):444–7.
- [17] Rosenberg D. Web of deceit; a litterature of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987;11:547–63.
- [18] Rosenberg D. Munchausen syndrom by proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl* 2003;42:1–30.
- [19] Godding V, Bonnier C. SMPP : Le diagnostic, les signes d'alerte, les questions-clé de l'anamnèse. Document inédit. Cliniques universitaires Saint-Luc: Formation continue; 2003.
- [20] de Laveleye A. À la rencontre d'une forme de maltraitance particulière : le syndrome de Munchausen par procuration abordé dans une perspective systémique. Mémoire de licence en psychologie clinique. UCL Louvain-La-Neuve; 2001.
- [21] Gardner R. Psychotherapeutic and legal approaches to the three types of parental alienation syndrome families. *Court Review* 2001;28(1):14–21.
- [22] Gardner R. The parental alienation syndrom: a guide of mental health and legal professionnals. Cresskil NJ: Creative therapeutics INC; 1992.
- [23] Gardner R. Recommendations for dealing with parents who induce a parental alienation syndrome in their children. *J divorce remarriage* 1998;28(3/4):1–23.
- [24] Viaux JL. Étude des contentieux avec allégation d'abus sexuels dans les séparations parentales. Laboratoire Pris, Université de Rouen; 2001.
- [25] Thibaud D. Le syndrome de Munchausen par procuration. *Ann Pediatr* 1996;43(6):456–63.
- [26] Dauver S, Dayan J, Houzel D. Syndrome de Munchausen par procuration et fausses allégations d'abus sexuels dans un contexte de séparation parentale conflictuelle : vers un nouveau concept ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2003;51(8):433–8.
- [27] Dandois N, Kinoo P, Vandermeersch D, et al. Allégations d'abus sexuels et séparations parentales. Bruxelles: De Boeck; 2003.
- [28] Randell A, Wilbur S, Stevenson R. Serial Munchausen syndrom by proxy. *Pediatrics* 1990;86(4):581–5.
- [29] Binet E, Weigel B, Danon G, Lenestour A. Le syndrome de Munchausen par procuration. Essai de compréhension psychopathologique. *Psychiatr Enfant* 2000;XLIII(1):55–108.
- [30] Bocquet N, Boileau M, et al. Le syndrome de Munchausen par procuration. *Archives pédiatriques* 1997;4:770–8.
- [31] Bools C. Factitious illness by proxy. Munchausen Syndrome by proxy. *Br J Psychiatry* 1996;169(3):268–75.
- [32] Libow J, Schreier H. Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? *Am J Orthopsychiatry* 1986;56:602–11.
- [33] Zenoni A. Du syndrome de Munchausen par procuration. In: Miller JA, editor. *Qui sont vos psychanalystes ?* Paris: Seuil, coll. "Champ Freudien"; 2002. p. 284–92.
- [34] Gunter M. Induction, identification ou « folie à deux » ? Pstchodynamics and genesis of Munchausen syndrom by proxy and false allegations of sexual abuse in adolescents. *Med Louv* 1998;17:359–79.
- [35] Van Gyseghem H. Les fausses allégations d'abus sexuels dans les causes de divorce, de garde d'enfants, de droits de visite. *Rev canadienne de psychoéducation* 1991;20(1):75–91.
- [36] American Psychiatric Association DSM IV. Critères diagnostiques (1994). Paris: Masson; 1996.
- [37] Bergeret J. *Psychologie pathologique – théorique et clinique* (8è éd.). Paris: Masson; 2000.
- [38] Quemener M, et al. Rapport du groupe de travail : « allégations d'abus sexuels sur mineurs dans un contexte de séparation parentale conflictuelle. Paris: Direction des affaires criminelles et des grâces (Ministère de la Justice – France); 2001.
- [39] Waller DA. Obstacles to the treatment of Munchausen by proxy syndrom. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983;22:80–5.
- [40] Berger M. Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale. *Dialogue* 2001;152:1–32.
- [41] Meadow SR. Different interpretations of Munchausen Syndrom by proxy. *Child Abuse Negl* 2002;26:501–8.