

accompagnement

## Impact de la pathologie mentale d'un parent sur l'enfant

Hélène ROMANO

Docteur  
en psychopathologie-  
HDR, docteur en droit privé  
et sciences criminelles,  
psychothérapeute

c/o Métiers de la petite  
enfance, 65, rue Camille-  
Desmoulins, 92442 Issy-les-  
Moulineaux, France

**L'enfant a besoin, pour grandir et se projeter vers l'avenir, de comprendre le monde qui l'entoure. Tant qu'il vit en huis clos avec son parent, par exemple lorsqu'il est gardé à la maison, il ne perçoit pas de différence puisqu'il n'a pas d'autres modèles. Mais il peut être marqué par l'incidence des troubles parentaux de l'un de ses parents.**

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – protection de l'enfance ; risque ; santé mentale ; souffrance ; trouble psychique ; violence

**P**our bien grandir un enfant a besoin de parents sécurisants, c'est-à-dire en capacité de lui apporter de la protection, de la sécurité, de le valoriser et de s'adapter à ses besoins [1-4]. Les épreuves de la vie font qu'il peut arriver, à un moment donné, qu'un parent ne puisse plus assurer cet ajustement relationnel avec son tout-petit et qu'apparaisse une discontinuité de la fonction parentale. Mais dans ces cas-là, l'autre parent ou l'entourage prend généralement le relais. Quand la situation est ponctuelle et que l'adulte en souffrance est pris en charge, l'enfant peut être perturbé, mais il n'est pas déstructuré dans son développement psychique, car la situation n'a pas duré.

### Répercussions de la maladie mentale parentale chez le jeune enfant

Cela est tout autre chose quand l'enfant grandit et vit pendant des mois, voire des années, avec un parent présentant des troubles qui ne lui permettent pas de répondre à ses besoins et qui dans certains cas peuvent le mettre en danger.

♦ **Les soins sont discontinus, le tout-petit peut être négligé, rejeté ou totalement phagocyté** par un parent qui ne parvient pas à mettre de limites et d'espace entre eux. Pour exemple, cette mère psychotique convaincue

que son nourrisson âgé de 3 mois était l'enfant du diable. Ces situations conduisent souvent à des tentatives de suppression du bébé ; s'ensuivent généralement un placement en pouponnière en urgence et l'hospitalisation de la mère non seulement pour protéger l'enfant du risque d'être tué, mais aussi pour empêcher la mère de commettre un néonaticide<sup>1</sup>. Un parent présentant des troubles psychiatriques peut ne pas pouvoir s'occuper de son tout-petit comme il en a besoin. La pathologie entraîne une indisponibilité psychique, une imprévisibilité, une discontinuité dans les soins et dans l'attention à lui porter.

♦ **Les enfants sont les premiers témoins des troubles et en sont certaines fois les victimes directes** (carences de soins et privation de repères temporels, accident par suite de négligences graves, coups, décès). Certains ont été hospitalisés avec leur parent (unité mère-bébé) et, depuis leur plus jeune âge, constatent son état (crises, étrangeté, confusion, propos incohérents, comportement inadapté, etc.) et ses conséquences (violence, rejet, disqualification, abandon, etc.). L'incidence des troubles psychiatriques d'un parent sur l'enfant est différente selon l'âge de celui-ci : par exemple, le bébé d'une mère alcoolique est totalement dépendant et n'a aucun moyen de se protéger alors

qu'un adolescent pourra le faire. Le type de troubles, leur intensité, leur durée, la présence de tiers bienveillants sont également des facteurs à prendre en compte [5,6]. La situation d'une mère schizophrène vivant seule avec son bébé dans un lieu totalement isolé est plus inquiétante pour le devenir de l'enfant que si elle est entourée de soutiens familiaux et sociaux qui créent des conditions de vie plus structurantes pour lui.

♦ **Les circonstances sont donc extrêmement variables et les conséquences également** en fonction du niveau d'atteinte des interactions parents-enfants ; des effets de la pathologie parentale sur les soins (négligences, rejets, carences, maltraitements, violences, meurtres) ; des ressources dont dispose le tout-petit pour s'en protéger. Pour Donald W. Winnicott, la maladie mentale du parent, et en particulier la psychose parentale, ne conduit pas inéluctablement à une psychose chez l'enfant : « *La maladie de l'enfant appartient à l'enfant.* » [7] Il constatait déjà dans les années 1960 ce que d'autres ont confirmé depuis, à savoir que l'enfant a une capacité à se dégager de la pathologie psychotique si l'environnement est soutenant, d'où l'importance des tiers pour lui apporter des repères substitutifs plus structurants. Autrement cette suradaptation est susceptible de conduire à

Adresse e-mail :  
romano.helene@orange.fr  
(H. Romano).



© Drobot Dean/stock.adobe.com

La pathologie entraîne une indisponibilité psychique, une imprévisibilité, une discontinuité dans les soins et dans l'attention à porter à l'enfant.

des réactions d'hypervigilance et de contrôle constant qui peuvent hypothéquer son développement. L'enfant peut apparaître dans un premier temps très adapté (il travaille très bien à l'école, n'a aucun problème de comportement), mais il peut décompenser bien plus tard, en particulier à l'adolescence, quand il devient à son tour parent ou au décès du parent atteint de troubles mentaux.

♦ **Les enfants subissent, voient, constatent, essaient de s'adapter, mais bien souvent rien ne leur est dit**, voire des intervenants les rassurent (« *Ce n'est pas grave* » ; « *Ne t'inquiète pas, tout va bien aller* » ; « *C'est fini* » ; etc.). La seule continuité que ces tout-petits connaissent dans leur relation avec leur parent est ce que Winnicott appelait la « *continuité de la discontinuité* » [8]. Ils se construisent entre tentatives de maintien du processus d'idéalisation et deuil du parent idéal avec le processus de désillusion [2].

Ces enfants souffrent de façon plus ou moins visible, plus ou moins directe des effets des troubles psychiatriques de leur parent. Ils sont la plupart du temps projetés dans un monde adulte qui les fait grandir trop vite, avec une parentification également constatée pour d'autres maladies ou situations (deuils, handicap, traumatismes). Il n'est pas rare d'observer une inversion des rôles avec des enfants qui tentent de protéger leur parent malade.

♦ **Les troubles qui peuvent être repérés par les professionnels de la petite enfance sont variables :**

- **retrait et perte des apprentissages** : l'enfant régresse par rapport à ce qu'il savait faire ;
- **cassure staturo-pondérale** : il stagne au niveau de sa croissance et de son développement ;
- **difficulté dans le tonus corporel** : il est très difficile de prendre le tout-petit dans les bras, car le parent malade ne sait pas être dans un portage rassurant.

L'enfant est soit très hypotonique (très "mou"), soit hypertonique (raide) et les intervenants ont peur de le faire tomber ;

- **interactions pauvres** : le tout-petit n'étant pas stimulé de façon adaptée par son parent, il n'est pas dans des échanges habituels avec les autres adultes. Son regard peut être très vigilant, comme s'il essayait de s'accrocher à l'autre par ce moyen ; il peut être très collé à l'adulte extérieur ou incapable de rentrer en relation avec lui (comportement, vocalises, échanges verbaux) ;
- **jeux traumatiques** : l'enfant joue à des jeux "bizarres" où il remet en scène des actes et attitudes inadaptées du parent [9]. Il peut aussi adopter des comportements inappropriés face aux jeux proposés (les rejeter ou rester fixé dessus), car le parent atteint de troubles mentaux a beaucoup de difficultés à jouer avec lui. C'est donc une activité qu'il ne connaît pas ;

### Note

<sup>1</sup> Nous précisons ici que le terme "infanticide", très souvent utilisé pour les meurtres d'enfants par leur parent, est inapproprié. Il ne devrait être employé que pour les nouveau-nés qui ne sont pas encore déclarés à l'état civil (72 heures de vie). Au-delà jusqu'à l'âge de 1 an, c'est le mot "néonaticide" qui est à utiliser, et passé 1 an, on passe au terme "filicide".

- **troubles du sommeil** : il dort tout le temps ou refuse de s'endormir, car il est dans un état d'hypervigilance (anticipe sur d'éventuels comportements inadaptés) ;
- **troubles alimentaires** : l'enfant passe son temps à boire et à manger ou refuse de s'alimenter ;
- **troubles du comportement** : il ne parvient pas à entrer en relation avec les autres, il s'isole ou agresse ;
- **compliance excessive à la douleur et aux soins** : il ne pleure pas quand il se blesse ou doit être soigné ;
- **manifestation de gestes de protection** : l'enfant surréagit dès qu'un bruit brusque intervient (par exemple, il se protège la tête ou se cache sous une table) ;
- **mouvements d'autoréassurance** : il bascule sur lui-même ;
- **troubles anxio-dépressifs** : il est triste en permanence et réagit avec anxiété à chaque changement de son quotidien ;

- **gestes d'automutilation** : il se griffe, s'arrache les cheveux, se mord, etc.

### Questions d'enfant

En grandissant et avec l'accès à la parole, le tout-petit peut poser des questions plus ou moins directes à des personnes extérieures pour tenter de comprendre le comportement dont il a été témoin. Par exemple, ce parent qui se met brutalement à changer d'attitude ; ce père délirant qui se prend pour un personnage mythologique ; cette mère atteinte de graves troubles du comportement alimentaire et ne parvient pas à nourrir son bébé ; ce père déprimé qui reste le visage figé et triste face à son enfant qui tente d'établir par ses gazouillis un contact ; cette mère qui passe son temps à dormir ou à pleurer ; celle qui multiplie les tentatives de suicide en prenant à partie ses enfants ; ce père qui a des accès de violence incontrôlables ou des éclats de rire "bizarres"

à n'importe quel moment avec le regard et la voix qui changent.

♦ **Sans réponse à ses questions, le tout-petit risque d'élaborer des théories qui sont certaines fois bien plus problématiques** pour son développement que la vérité. Il peut ainsi penser que les troubles sont liés à la naissance de sa petite sœur ou que si son parent est différent, c'est de sa faute à lui. Ces théories, qui tentent de mettre du sens là où la réalité n'en a pas pour lui, peuvent durablement le culpabiliser et conduisent généralement à des attitudes de compliance excessive et d'hypervigilance : l'enfant anticipe en permanence sur les troubles de son parent, il ne se plaint pas, l'excuse souvent, prend régulièrement soin de la fratrie, voire de l'adulte malade, et se construit comme l'unique responsable de ce malheur.

♦ **Il ne s'agit pas de forcer l'intelligibilité de l'enfant**, autrement dit de lui asséner la pathologie de son parent s'il ne pose pas de questions,



Un professionnel de la petite enfance peut accompagner l'enfant dans ses questionnements en lui laissant la possibilité d'exprimer ses peurs, ses inquiétudes, ses questionnements.

### Encadré 1. L'exemple de Nadia

Âgée de 6 ans et placée à la suite d'un épisode de trouble psychotique bref de sa mère, Nadia<sup>1</sup> n'a rien su des raisons de son arrivée en famille d'accueil et de sa séparation avec sa fratrie (tous les enfants n'ayant pu être pris en charge dans le même lieu). Elle ne mange plus, dort mal, développe des troubles oppositionnels et son comportement inquiet de plus en plus les intervenants jusqu'à ce qu'une éducatrice indique en réunion de service que rien ne lui a été dit sur le motif de son placement (avec des conditions très rudes puisque ce sont les forces de l'ordre qui ont dû intervenir et qui ont pris les enfants). Au sein de l'équipe, les tensions sont nombreuses entre les partisans de "il faut lui dire" et ceux qui refusent de lui raconter. Mais concrètement, cette petite fille parle de sa souffrance avec ses maux. Face à la dégradation de son état, il est décidé de lui expliquer ce qu'a eu sa mère en nommant le trouble psychotique bref (TPB), le fait qu'elle est actuellement à l'hôpital, que dans ces cas-là c'est une personne qui s'appelle un juge qui s'occupe de désigner les personnes qui vont prendre en charge les enfants, que son père étant parti depuis très longtemps le juge ne peut pas lui confier les enfants, et qu'il a décidé que, pour l'instant, ils vivraient avec d'autres personnes qui s'occuperont d'eux. Les raisons de la séparation d'avec sa fratrie lui sont aussi précisées et des temps de rencontre entre frères et sœurs (six enfants) sont réfléchis. Par suite de ces éclaircissements, Nadia change totalement. Elle paraît apaisée et dit à son éducatrice : « *Maintenant j'ai compris ; c'est la TPB qui a rendu maman malade et c'est pour ça qu'elle a voulu tout brûler dans la maison.* »

<sup>1</sup> Le prénom a été modifié pour des raisons de confidentialité.

ne manifeste aucun trouble ou si ceux-ci n'envahissent pas encore sa sphère personnelle. Le parent est fréquemment idéalisé et nommer la maladie représente toujours un risque de le stigmatiser. Il n'est pas toujours facile de savoir si l'enfant veut savoir ni ce qu'il veut et peut connaître de la maladie de son parent. Cela peut lui être demandé simplement (encadré 1).

Citer la maladie peut être important afin d'éviter que le mot "malade", qui est souvent prononcé, ne soit associé à toute pathologie. Un enfant tout petit peut savoir que la maladie de sa mère est la schizophrénie ou que son père est bipolaire ; ce sont des maladies différentes d'un rhume ou de la Covid-19. Au-delà du nom donné, c'est surtout la compréhension des troubles qui est importante pour permettre au tout-petit de saisir cette pathologie, mais surtout pourquoi son parent a ce comportement. Un père ou une mère peut refuser d'évoquer sa maladie auprès de son enfant, généralement par honte, par peur d'être considéré comme "fou" par lui et de se trouver disqualifié ; il peut également être dans le déni (très fréquent

chez les personnes alcooliques) ou inaccessible à cette nécessité d'expliquer à son tout-petit ses troubles (parent délirant). Il s'avère nécessaire de prendre le temps de comprendre ses réticences et de l'aider à repérer les effets de sa pathologie sur son enfant pour lui donner la possibilité de mesurer l'importance de nommer ce qu'il a (accompagnement valable aussi pour d'autres annonces de pathologies). Cela permet par ailleurs de signifier à l'enfant que son parent n'est pas seul, que des professionnels s'occupent de lui et qu'il peut tout autant avoir des interlocuteurs.

♦ **Les enfants subissent la maladie de leur parent et il apparaît évident qu'ils soient informés de celle-ci**, mais cela n'est pas si simple, car le trouble psychiatrique reste tabou et couramment tu. Si le parent refuse de parler de sa pathologie, le professionnel de la petite enfance peut accompagner l'enfant dans ses questionnements en lui laissant la possibilité d'exprimer ses peurs, ses inquiétudes, ses questionnements. Il peut lui dire que tout cela est important, qu'il comprend qu'il se pose toutes ces questions et qu'il va essayer d'expliquer au

parent que ce serait bien de prendre le temps de lui parler. Il peut également faire le relais avec les autres intervenants et, dans certains cas, la pathologie psychiatrique sera citée par les médecins devant le tout-petit (cas de parents suicidés, enfants placés pour ce motif, parents hospitalisés).

### Conclusion

Les professionnels de la petite enfance peuvent se retrouver dans des cas où un parent a des troubles ou se met à en présenter, sans que cela n'apparaisse (en tout cas au début) comme problématique dans le développement de l'enfant. Quelles que soient les situations, il est essentiel de ne pas rester seul et d'en parler à d'autres professionnels, en particulier ceux exerçant en protection maternelle et infantile, ou d'appeler le 119 si l'on craint les représailles ou souhaite un avis sous couvert d'anonymat. Pour l'enfant, le professionnel de la petite enfance est un adulte très précieux pour lui permettre de comprendre qu'il n'est pas responsable des troubles de son (ou de ses) parent(s) et savoir qu'il n'est pas seul face à cette situation. ▶

### Références

- [1] Romano H. Quand la vie fait mal aux enfants. Séparations, deuils, attentats. Paris: Odile Jacob; 2018.
- [2] Romano H. Quand la mère est absente. Souffrance des liens mères-enfant. Paris: Odile Jacob; 2021.
- [3] Lamour M. Les nourrissons de parents psychotiques. In: Lebovici S, Weil-Halpern F (dir.). Psychopathologie du bébé. Paris: PUF; 1989.
- [4] Stern DN. Micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson. Comportements assurant le contact relationnel entre une mère et ses jumeaux âgés de trois mois et demi. *Psychiatr Infant* 1983;26(1):217-35.
- [5] Preisig M, Merlo MCG. Enfants à risque : devenir des enfants de parents malades mentaux. In: Ferrari P, Speranza M, Raynaud JP (dir.). Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Flammarion; 2001.
- [6] Sutter-Dallay AL. Les enfants de mères déprimées. In: Bailly D (dir.). Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Doi; 2020.
- [7] Winnicott DW. Psychose et soins maternels. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969. p. 98-108.
- [8] Winnicott DW. L'angoisse associée à l'insécurité. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969. p. 198-202.
- [9] Romano H. L'enfant et les jeux dangereux. Paris: Dunod; 2012.

### Pour en savoir plus

- Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: PUF; 2013.
- Lebovici S, Rabain-Lebovici M. Psychopathologie des enfants provenant de familles psychotiques ou dépressives. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M (dir.). Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: PUF; 2004. p. 2777-91.

Déclaration de liens d'intérêts  
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.