



**PARCOURS ET DEVENIRS
D'ENFANTS VULNERABLES
LA SANTE EN QUESTION**

N° SPECIAL - N° 289 - Février 2017

INFORMATIONS
ISSN 2114 3439



Les conséquences sanitaires des maltraitances et négligences infligées aux enfants : les enseignements de la Recherche Saint-Ex

Auteurs

Unité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. CHU, 49933 Angers Cedex 9. France

Docteur Daniel Rousseau, Pédopsychiatre attaché

Madame Mireille Rozé, Psychologue clinicienne chercheuse

Docteur Elise Riquin, Chef de Clinique des Universités-Assistant des Hôpitaux

Professeur Philippe Duverger, Professeur des Universités – Praticien des Hôpitaux.

Résumé

La recherche Saint-Ex 2011-2014, portée par l'unité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU d'Angers, décrit le devenir sur 20 ans de 129 enfants ayant bénéficié, avant l'âge de 4 ans, d'un placement dans un établissement de l'Aide Sociale à l'Enfance du Maine-et-Loire.

Les parcours de ces enfants ont été reconstitués depuis leur naissance jusqu'à leur majorité et cette étude longitudinale met en évidence l'évolution disparate de la qualité du devenir des enfants selon : la gravité et la durée de l'exposition au risque, la gravité de l'état à l'admission, les délais liés aux décisions de placement. Ainsi, cette évolution disparate de la qualité du devenir est statistiquement liée à la rapidité d'intervention et inversement proportionnelle à la gravité du danger auquel l'enfant a été exposé.

À l'âge adulte, un quart des enfants présente un handicap psychique et des formes d'inadaptation sociale. À l'opposé, un autre quart évolue favorablement dès lors qu'ils sont accompagnés suffisamment tôt, avec des troubles encore réversibles. La prise en charge précoce apparaît comme un facteur protecteur et ouvre des pistes pour réduire les évolutions péjoratives par un meilleur dépistage fondé sur une pertinence diagnostique.

Introduction

Dans les dernières décennies des progrès énormes ont été réalisés concernant les grands maux qui touchent l'enfance :

- Les maladies infectieuses sont bien contrôlées grâce aux vaccins et aux antibiotiques,
- La mortalité infantile a considérablement régressé,
- Le suicide des jeunes a diminué de moitié,
- La mortalité routière qui touche beaucoup les jeunes a fortement diminué.

Des politiques publiques ont été mises en place avec des résultats notables.

Par contre la maltraitance infantile qu'elle soit active (physique, sexuelle, psychologique) ou passive (par négligence ou carence de soins ou délaissement) n'est pas considérée comme une priorité de santé publique et ne régresse pas, avec des conséquences humaines, sanitaires et économiques considérables.

L'ampleur du problème

Dans un article du Lancet, Gilbert and col. (Gilbert, 2009) avaient chiffré à 10% la proportion d'enfants victimes de maltraitements ou de négligences dans les pays développés. Il faudrait prendre l'exemple des catastrophes naturelles pour se représenter l'effet de masse de la maltraitance infantile. Par comparaison, quand après un séisme on comptabilise 500 morts (soit la mortalité par an estimée en France du fait de la maltraitance infantile) il y a 100 fois plus de blessés et 1000 fois plus de sans-abri. La maltraitance infantile est considérée aujourd'hui, du fait du recul des autres causes, comme la première cause de mortalité dans l'enfance devant les accidents de la vie courante - 200 morts par an -). C'est dans ces proportions qu'il faut se représenter la maltraitance infantile avec 500 morts par an, 25 000 nouveaux placements par an et 300 000 enfants suivis dont 150 000 placés (chiffres Odas). On peut s'étonner qu'aucune politique publique d'envergure ne se dessine pour tenter d'enrayer ce fléau chronique, coûteux sur le plan humain et économique.

Tableau 1 : Nombre d'homicides d'enfants de moins de 15 ans selon diverses sources

(France – années 2002-2011) Année	Police et gendarmerie	Statistiques de mortalité (Inserm)	Estimation selon l'enquête Inserm U750
2002	90	54	810
2003	69	41	615
2004	67	38	570
2005	67	45	675
2006	81	53	795
2007	63	30	450
2008	46	37	555
2009	66	33	495
2010	47	24	360
2011	58	41	615

Source : RAPPORT DU COMITÉ DE SUIVI DU COLLOQUE NATIONAL SUR LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS (PARIS, SÉNAT, 14 JUIN 2013)

Une récente étude faite aux USA et reprise par l'OMS, a évalué le coût de la maltraitance infantile sur la vie entière à 1% du PIB (Xiangming, 2012), en cumulant coûts sociaux, sanitaires, de justice et coût de perte de productivité liée aux handicaps acquis, essentiellement psychiques. Les auteurs ont aussi calculé que le coût de la prise en charge des conséquences de la maltraitance infantile est trois fois plus élevé à l'âge adulte que dans l'enfance. Dans une recherche récente à Angers¹, la Recherche Saint-Ex, nous avons évalué, que le coût de la prise en charge des 150 000 enfants placés en France (25 000 nouveaux placements par an) était de plus de dix milliards d'euros par an (Rousseau, 2015). La projection des coûts à l'âge adulte avec les mêmes ratios qu'aux USA donne le vertige : bien plus que la dépendance des personnes âgées².

On sait aussi aujourd'hui combien la maltraitance a des conséquences redoutables sur le long terme en terme de santé physique et mentale à l'âge adulte (Tursz, 2013)(OMS, 2016) et d'insertion sociale. Pour exemples, 35% des 18-24 ans « sans abri » ont été impliqués dans le dispositif de protection de l'enfance (Enquête INED 1995 et 1998 et enquête INSEE 2001) ; une étude transversale du CREAMI-RA (Corbet, 2012) concernant les jeunes en situation sociale difficile montre que 21% des jeunes en famille d'accueil et 26 % des jeunes en établissement à caractère social ont un dossier MDPH et 17% ont bénéficié d'une prise en charge en établissement médico-social d'éducation spéciale. Du fait du recul des autres pathologies, la maltraitance infantile est certainement aujourd'hui l'une des premières causes des handicaps acquis pendant l'enfance.

La Recherche Saint-Ex (acronyme du Foyer de l'Enfance Saint-Exupéry à Angers):

Depuis 50 ans, moins de dix études avaient été conduites en Europe sur le devenir adulte des enfants placés, aucune récente, et aucune recherche longitudinale en France (Frechon, 2008). Cette insuffisance s'explique sans doute en partie par la difficulté à rassembler sur le long terme des données fines et de qualité concernant des enfants dont les trajectoires sont complexes et peuvent les conduire dans des lieux de placement successifs divers, géographiquement éparpillés. A la complexité des parcours,

¹ En collaboration avec l'équipe du Pr Karine Chevreul, URC ECO, AP-HP Hôpital Hôtel Dieu.

² En 2011, les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance s'élevaient à 21,1 milliards Source : Axel Renoux, Romain Roussel, Catherine Zaidm. Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 Dossiers Solidarité et Santé n° 50, février 2014

s'ajoutent les discontinuités des suivis et les difficultés habituelles de réalisation d'études longitudinales sur de longues périodes.

Certains membres de notre équipe interviennent à la maternité pendant que d'autres travaillent à la pouponnière, ce qui nous permet d'avoir une visibilité sur le parcours des enfants. Cette organisation est une chance qui offre un regard et une continuité qui souvent font défaut aux équipes de terrain, parfois clivées et dispersées entre différents services (sociaux, éducatifs, sanitaires...). Nous avons déjà piloté auparavant deux études descriptives de la santé des enfants placés à l'ASE en Maine-et-Loire, (Rousseau, 2006). Forts de cette expérience, nous avons ensuite lancé en 2010 la première enquête longitudinale française sur le devenir à long terme de très jeunes enfants placés, la Recherche Saint-Ex (Rousseau, 2016). Ce type d'étude portant sur le devenir de jeunes enfants suivis sur une si longue période (22 ans) est extrêmement rare au plan international. Cette recherche a été financée par 7 organismes privés ou publics dans le cadre d'appels d'offre : La Fondation pour la Recherche en Psychiatrie et en Santé Mentale, l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire, l'ONED, la Fondation de France, la CAF, l'OCIRP et le CG 49.

L'équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU d'Angers est donc l'une des rares en Europe à avoir, au cours de la dernière décennie, conduit une enquête longitudinale sur une population de très jeunes enfants suivis par les services sociaux et dont certains ont été placés. Parmi les quelques études longitudinales, on peut citer celle d'H. Ward³ au Royaume-Uni (2012), 37 bébés suivis jusqu'à leur huitième année (soit 296 années d'observation) ; celle de C. Ganne (Ganne 2013) en France, 33 enfants suivis jusqu'à leurs 7 ans (soit 231 années d'observation), la thèse de A. Duliège-Muet (1998), 45 enfants suivis jusqu'à 5 ans (soit 225 années d'observation) et celle de C. Chevillard-Doumert (1992, à Angers) 53 suivis cinq ans (265 années d'observation). D'autres études qui avaient un spectre d'âge plus large comprenaient aussi de jeunes enfants (E. Fernandez en Australie, 59 enfants de 2 à 18 ans suivis 5 ans (295 années d'observation). La Recherche Saint-Ex a permis de décrire le devenir, jusqu'à 21 ans révolus pour certains, sans aucun perdus de vue - la CNIL ayant accordé une dérogation à l'obligation d'information individuelle -, de 129 enfants

³ Cette recherche a servi d'épine dorsale au travail de consensus sur la protection de l'enfance établi à la demande du gouvernement anglais : Davies C, Ward H, Safeguarding Children Across Services, 2012 : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/183231/DFE-RR164.pdf

placés avant l'âge de 4 ans (entre 1994 et 2001) **soit 2226 années d'observation**, environ dix fois le volume moyen de chacune des autres études connues. L'étude – longitudinale et en partie catamnastique - de cette cohorte d'enfants, suivis de la naissance jusqu'après leur majorité (coordonnées de grossesse et de naissance, suivi avant placement, circonstances de placement et succession des placements, puis suivi social, éducatif, administratif, médical, judiciaire, scolaire, d'éducation spécialisée, économique et pénal parfois - plus de 280 variables par dossier - sur tout leur parcours) est très complète et couvre des champs non explorés dans les autres études (passage par l'éducation spéciale médico-sociale, devant la justice pénale, hospitalisations et soins en psychiatrie, évolution de la qualité des liens parents enfant au cours du temps, coûts médico-économiques). Elle a révélé que tous les enfants ont tiré un bénéfice immédiatement observable de leur placement, qui pour certains leur a tout simplement sauvé la vie, mais ont eu ensuite des parcours très contrastés dont la recherche a identifié quelques uns des déterminants.

Le résultat principal a été de montrer qu'un quart d'entre eux évolue vers un handicap social à l'âge adulte, avec dépendance des aides publiques. Notre recherche démontre qu'à l'opposé, un autre quart, placé avec des troubles somatiques et psychologiques encore réversibles, évolue favorablement, avec un coût médico-économique plus que de moitié inférieur. Les deux quarts intermédiaires, soit la moitié, présentent des difficultés psychiques et de l'adaptation à l'âge adulte mais sans désocialisation. Trois quarts des enfants devenus adultes présentent donc des troubles psychiques et/ou psychiatriques, dont un quart des pathologies invalidantes tandis que le dernier quart, bien pris en charge, est préservé.

Notre recherche montre que dans cette évolution disparate, en comparaison avec les autres sujets de la cohorte, les enfants du groupe dont le devenir est le plus défavorable (27 sujets) ont été placés plus tardivement (durée d'exposition au risque plus longue), ont eu des relations parents-enfant plus négatives (gravité d'exposition au risque plus forte) avant placement et qu'ensuite dans leur évolution ils ont connus plus de changements de placement, ont été plus souvent hospitalisés pour raisons psychiatriques et ont été plus souvent pris en charge en éducation spécialisée :

– la tendance observée est un délai moyen entre la première alerte sociale et le placement plus long chez ces enfants (16,7 mois contre 11,6 mois pour les autres enfants de la cohorte, $p = 0,109$) ;

– la tendance observée est une évaluation plus négative des relations de ces enfants avec leurs parents avant le placement (PIR-GAS moyen de 26 contre

30 pour les autres enfants de la cohorte, $p = 0,089$) ;

- durant leur parcours, les enfants sont significativement plus nombreux à avoir été hospitalisés pour des raisons psychiatriques (56 % contre 11 % pour les autres enfants de la cohorte, $p < 0,000$) ;

- ils sont également significativement plus nombreux à avoir connu plus de 6 changements de placement (48 % contre 23 % pour les autres enfants de la cohorte, $p < 0,000$).

Ceci démontre que, pour une part des enfants, la prise en charge n'a pas suffi à enrayer les processus déstructurant, mais que pour une autre part elle a répondu aux besoins nécessaires à leur épanouissement. On peut poser l'hypothèse que les évolutions péjoratives ne sont donc pas inéluctables et pourraient être considérablement réduites avec une meilleure organisation du dépistage et de la prise en charge précoce.

Sous cet angle, la bonne évolution d'un quart des enfants démontre que le challenge d'une évolution favorable n'est pas impossible dans une population d'enfants qui cumule pourtant au départ tous les risques : déni de grossesse, prématurité, troubles interactifs précoces, maltraitance et/ou négligence, handicaps précoces le plus souvent liés aux négligences et aux carences de soins de la part des parents, séparation d'avec leur famille, pathologies psychiatriques parentales, vie institutionnelle... Les résultats de la Recherche Saint-Ex sont donc d'autant plus pertinents qu'ils concernent le devenir de très jeunes enfants (donc plus sensibles à la maltraitance et à la séparation) et ayant eu ensuite un très long parcours de placement en Protection de l'enfance, dont les bienfaits espérés ou les méfaits supposés restent des questions controversées.

Nous avons aussi identifié que la pertinence diagnostique et un accompagnement précoce apparaissent comme des facteurs protecteurs.

Les enfants qui naissent dans une famille à risque (déjà connue) ne sont pas systématiquement identifiés par les services sociaux comme « bébé à risque » conduisant à les faire bénéficier d'un suivi particulier. La cohorte n'échappe pas à cette réalité et certains enfants exposés aux mêmes risques, bien avant leur placement, avaient été dépistés bébés à risque tandis que d'autres non.

La recherche montre que le fait d'avoir été dépisté avant le placement comme « bébé à risque psycho-social » est corrélé (en fin de parcours ASE, ce que l'on nomme ici T2) de manière significative à une meilleure efficacité personnelle, à une meilleure adaptation sociale et scolaire, ainsi qu'à un taux d'hospitalisation psychiatrique plus faible que pour le reste de la cohorte. C'est encore plus net pour les bébés prématurés. Pour ces deux sous-groupes (prématurés, bébés reconnus à risque psycho-social) le délai

entre la première alerte sociale et le placement est aussi plus court que pour les autres enfants de la cohorte.

	Prématurés	Bébés dépistés à risque psycho-social	Bébés ni prématurés, ni à risque psycho-social
Nombre de sujets (doublons exclus)	21	55	45
Délai moyen entre première alerte sociale et placement au foyer (en mois)	11,1 mois	12,6 mois	13,2 mois
Fréquence des hospitalisations psychiatriques à T2	14,3%	18,3%	24%

Le diagnostic médical d'une vulnérabilité néonatale (prématurés) ou l'évaluation psycho-sociale d'un risque (bébés reconnus à risque psycho-social) ont ainsi constitué des mesures de protection indirectes :

- D'une part le protocole de surveillance médicale ou sociale mis en place dans ce cas, a permis des interventions beaucoup plus rapides que dans les situations moins repérées.
- D'autre part, les placements ont été bien plus rapides du fait de la mise en place d'un protocole de suivi social ou médical (en PMI ou en milieu hospitalier) et des contacts réguliers entretenus par des professionnels avec l'enfant et la famille.

Cette présence régulière auprès de l'enfant, même épisodique et brève, peut déjà avoir constitué un soutien affectif salvateur pour l'enfant, comme nous l'avions décrit (Rousseau, 2012, 2013, 2014) pour d'autres enfants et bébés de la pouponnière Saint-Exupéry. Avoir été prématuré a donc déclenché pour certains enfants un suivi périnatal et post-natal, et a, paradoxalement, constitué pour eux une chance relative.

Ce constat d'une prise en charge plus serrée qui s'avère salvatrice peut s'observer à chaque étape de la prise en charge, du dépistage au diagnostic et au suivi dans le temps, qu'il soit social, judiciaire ou médical.

Trois exemples biographiques de prise en charge

Trois exemples biographiques de prise en charge, tirés du volet qualitatif de la Recherche Saint-Ex, nous permettront de comprendre comment la pertinence des actes professionnels (santé – justice - ASE) est protectrice

pour le devenir de l'enfant tandis que la lâcheté – dans le sens d'un nœud peu serré - de ces mêmes interventions peut être délétère pour l'avenir.

Exemple 1 : Lisa

Ou un timing administratif et judiciaire quasi parfait

Bébé de cinq mois déposé à la pouponnière par sa mère qui ne revient plus la voir. Une sœur née trois ans plus tôt, déposée à 18 mois et adoptée depuis.

La mère déclare que du fait de son histoire personnelle elle se considère dans l'impossibilité à apporter de l'affection à ses filles.

Hospitalisée 30 jours en néonatalogie pour prématurité (35 semaines), évolution satisfaisante jusqu'à sa sortie. N'a été vue qu'une fois par le médecin en quatre mois depuis sa sortie du service de néonatalogie. Aucun vaccin.

A cinq mois, bébé inquiétant, en souffrance psychique, en risque de troubles envahissants du développement, retrait relationnel, jeux de mains prolongés, aucune demande, passive. Gesticulation pauvre. Ne pleurait jamais sauf dans le bain (colère panique) et lors des soins mais n'apparaissait pas défensive ou terrorisée par ailleurs. Retard de développement relationnel et moteur. Toujours très passive, mais fait des sourires quand on s'adresse à elle, jasi très pauvre, début de rire aux éclats.

La petite fille est orientée rapidement en famille d'accueil.

Apathique à l'arrivée dans sa famille d'accueil, hypotonie axiale, n'a tenu sa tête et n'a acquis la station assise que tardivement. Le Juge accepte de prononcer un placement judiciaire du fait de la situation de délaissement (alors que c'est déjà un placement contractuel). Ce qui permet un travail avec la mère qui accepte de la confier à l'adoption. C'est sa famille d'accueil qui sera choisie par la suite comme famille adoptante, respectant en cela les attaches affectives de l'enfant. Elle est adoptée à 20 mois. Jusqu'à sept, huit ans la petite restait collée à ses parents de crainte de les perdre. Ensuite belle évolution. Proche de la majorité, c'est une jeune fille à l'aise avec son histoire, épanouie, sportive, qui fait du théâtre, bien insérée socialement et dans sa famille et qui réussit bien dans ses études. Ses parents sont très fiers d'elle.

Commentaire: Les choix administratifs et judiciaires ont été rapides et judicieux, dans un timing presque optimal. Très bonne évolution.

Exemple 2 : Esteban ou La spirale destructrice des troubles de l'attachement

Déni affectif de grossesse, tabagisme majeur. Sa mère n'a pas anticipé la nécessité ni d'un logement, ni d'une layette, ni d'un minimum de matériel de puériculture. Signalement un mois avant la naissance. Naissance à terme mais hospitalisation de 16 jours en néonatalogie pour sevrage tabagique et bilan d'une éventuelle syphilis congénitale, bonne évolution de l'enfant à l'Hôpital.

Accueil au Centre maternel ensuite pendant quatre mois. Esteban y a bénéficié de l'environnement institutionnel et de la sollicitude des autres mères, qui ont compensé les carences maternelles. Sa courbe de poids s'est située dans la moyenne jusqu'à ce que la mère parte en errance avec l'enfant, squattant à droite et à gauche, aux 4 mois et demi de l'enfant. Les professionnels de l'hôtel maternel n'ont pas signalé ce départ inapproprié malgré les risques évidents, croyant que la mesure de tutelle aux allocations familiale constituait en soi une protection suffisante et considérant que l'accueil n'était pas judiciaire mais contractuel.

Il ne sera placé que six mois plus tard, à dix mois.

Décrochage de la courbe de croissance lors de la période d'errance de la mère et reprise de poids lors du placement à la pouponnière mais sans toutefois rejoindre la courbe initiale. Affamé, il reprendra 800 gr le premier mois à la pouponnière ou encore 2kg sur les 17 premières semaines soit plus de 120 g par semaine contre 50 gr par semaine pendant les six mois passés avec sa mère. Les premiers mois, il apparaissait boulimique et pleurait dès que son assiette était vide.

La carence grave des soins maternels, le retard au repérage du danger et le retard à la mise en place de mesures de protection pour l'enfant ont entraîné une situation de stress physique majeur (rupture de la courbe de croissance) et psychique gravissime (insécurité affective majeure). Lorsqu'il est placé à 10 mois, bien trop tard, il présente déjà outre des stigmates somatiques qui s'avèreront irréversibles, ce dont témoigne la courbe staturo-pondérale, des troubles de l'attachement constitués et des troubles de la construction de la personnalité. Les soins pédopsychiatriques préconisés à la pouponnière ne sont pas mis en place lors de son orientation en famille d'accueil et les troubles de l'attachement vont se compliquer, suivant en cela « l'histoire naturelle de la maladie », par des troubles du comportement et de la socialisation, puis des apprentissages et de la scolarité (avec des années de prise en charge en établissement d'éducation spéciale chez cet enfant intelligent), qui vont entraîner des ruptures avec sa première famille d'accueil puis la deuxième et le

démarrage d'une vie institutionnelle – plusieurs foyers successifs - avec peu d'attaches affectives structurantes. A 20 ans, il est désocialisé, sans capacité d'autonomie, avec des troubles des conduites et de l'adaptation. Aucun soin psychique n'a jamais été mis en place avec ce jeune qui rompt toutes les attaches. Les services concernés ont justifié cette absence de soins par le souci de ne pas « stigmatiser le jeune ».

Commentaire

Quand les actes professionnels ne protègent pas l'enfant, les effets délétères se potentialisent les uns les autres. Cela montre aussi qu'en l'absence de maltraitance active et visible, les troubles graves de l'attachement ne sont souvent repérés que lorsqu'ils sont devenus bruyants, quand les troubles du comportement se sont manifestés, mais alors, il est déjà trop tard. Pourtant d'origine environnementale, les troubles graves de l'attachement constituent dès lors et à ce stade une pathologie propre à l'enfant et qui évoluera désormais pour elle-même.

Exemple 3 Thony et la préoccupation professionnelle primaire

Une mère présentant des troubles psychiatriques graves, un bébé à risque, repéré et bien suivi les quatre premiers mois avec des réponses plutôt adaptées et efficaces de la part de l'ASE ... enfant placé à quatre mois à la pouponnière et qui présente alors des signes de souffrances psychiques évidents. La mère et l'enfant quittent la pouponnière et partent en maison de convalescence 5 semaines plus tard (effet de la théorie du soin de la mère par l'enfant en vogue dans les années 1980) malgré des observations alarmantes. La mère en repart 12 jours plus tard en signant une sortie volontaire. La mère, qui menace de se suicider avec l'enfant, échappe ensuite à toute prise en charge et aux soins pendant un mois et demi. La justice interpellée ne réagit pas, ce qui est préjudiciable à l'enfant. Trois mois plus tard, la mère finit par remettre l'enfant à une puéricultrice qui a toujours cherché à garder le contact malgré l'opposition de la mère. Bébé en grande souffrance psychique lors de son placement en famille d'accueil à huit mois, confirmé judiciairement, a posteriori. Il passe par cinq placements courts successifs avant de parvenir enfin à l'organisation d'un placement stable. Devant ses signes de souffrance psychique il est très vite mis en place des soins pédopsychiatriques. L'équipe de pédopsychiatrie note : « A 13 mois, Thony manifeste des vomissements volontaires en se mettant les mains dans la bouche, le contact oculaire et tactile est fuyant, il présente un léger retard psychomoteur avec hypertonicité et agitation incessante, des colères violentes et immotivées et des phobies multiples ». Grace à la sécurité affective offerte par sa famille d'accueil et à la mise en

place des soins psychiques, il récupère son développement, ses capacités relationnelles et cognitives sur une année. Après un démarrage cafouilleux, enfin une réponse pertinente : famille d'accueil stable et soins pédopsychiatriques. Il verra sa mère ensuite à peu près une fois par mois lors de visites médiatisées courtes.

Quand il a 7 ans, sa mère déménage à l'autre bout de la France. L'enfant déclenche des troubles anxieux, des insomnies. Il ne travaille plus à l'école, il est agité et il agresse sa famille d'accueil. C'est la première fois que ses parents d'accueil observent ces troubles chez ce jeune garçon après six années passées chez eux. Je l'ai reçu en consultation à cette occasion et j'ai rapidement compris que ce garçon était angoissé, non pas de ne plus revoir sa mère, mais que ses parents d'accueil disparaissent eux aussi. Ceci mis en mots, il a pu être rassuré par son éducatrice référente de l'ASE et par ses parents d'accueil. Tout est rentré dans l'ordre. Deuxième réponse rapide et pertinente.

À ses 14 ans, un nouveau juge des enfants prend ses fonctions. Celui-ci remarque une incongruité légale : la résidence administrative de la mère est située dans le Sud de la France, tandis que celle de l'enfant se trouve au Nord de la Loire. Il écrit à son collègue du Sud de la France, qui reçoit la mère pour lui demander si elle serait d'accord pour que cet enfant soit rapproché dans son département, afin de régler cette question administrative. Elle consent et, ne sachant ni lire ni écrire, signe d'une croix l'ordonnance du juge. Cela signifie d'ailleurs qu'elle détient toujours l'autorité parentale bien qu'elle n'ait plus vu son fils depuis des années. Le juge des enfants du Nord décide donc du transfert administratif de l'enfant dans le Sud. Le garçon, informé de cette procédure, déclenche une nouvelle fois des troubles anxieux. Heureusement, le service gardien de l'ASE choisit de défendre la position salvatrice de privilégier la logique de l'affiliation affective contre la logique administrative de la filiation légale. Le service conteste alors la décision du juge des enfants et obtient en cours d'appel le maintien du garçon dans sa famille d'accueil. Soulagement de l'adolescent et bonne évolution ultérieure du fait de son affiliation à sa famille d'accueil et d'une juste distance vis à vis de sa mère. Il pourra la revoir d'ailleurs une fois, avant qu'elle décède de maladie, juste avant sa majorité, mais accompagné par son éducateur de l'ASE, sans crainte cette fois de risquer d'être arraché à sa famille d'accueil.

Troisième réponse rapide et pertinente. Toute son enfance, grâce à l'investissement pro-actif d'une équipe qui était douée de « préoccupation professionnelle primaire », qui l'a protégé, assuré sa sécurité affective et l'a fait soigner, il a pu grandir en sécurité malgré des débuts à risque. Il est aujourd'hui en formation de paysagiste, dans une identification à son père

d'accueil. Il a même été accepté en stage au Château de Versailles et a obtenu un baccalauréat professionnel.

Commentaire

Les enfants placés n'ont pas eu la chance de pouvoir compter sur des parents stables, ces adultes sur lesquels ils auraient dû s'appuyer. Les professionnels qui s'occupent d'eux et les suivent toute leur enfance doivent être dotés d'une « préoccupation professionnelle primaire », en référence à la « préoccupation maternelle primaire » de Donald W. Winnicott. C'est une attitude protectrice pro-active que ces professionnels exercent pour soutenir et accompagner ces enfants. Par cette notion, nous voulons dire que des professionnels sont habités par ces enfants, qu'ils en ont un vrai souci, qui occupe même parfois leurs nuits. Ils sont mobilisés pour eux, ne relâchent par leur attention et ne renoncent pas. C'est à ce prix que ces enfants peuvent trouver des adultes fiables sur lesquels s'appuyer. L'exemple précédent le démontre, quand la pertinence des actes et l'engagement des professionnels viennent protéger efficacement l'enfant dans la durée.

Conclusion

La maltraitance infantile est un phénomène anthropologique qui a toujours existé, qui a été décrit et dénoncé dès le XIXème siècle en France et en Angleterre, et dont la définition s'affine depuis la deuxième moitié du XXème siècle en parallèle à une meilleure prise de conscience du droit des enfants dans nos sociétés dites avancées. La protection de l'enfance est une discipline jeune, en devenir, encore mal définie, sans véritables protocoles ou consensus et qui n'est pas encore une priorité politique.

La recherche sur la « maltraitance infantile » n'est pas non plus une priorité et reste très peu soutenue. Pour faire une comparaison périlleuse, il y a dix fois moins d'enfants autistes que d'enfants maltraités, mais 10 à 20 fois plus de moyens pour la recherche sur l'autisme. Ce qui est une bonne chose en soi, qui a répondu à la forte demande des parents, et qui a permis des progrès certains dans le dépistage précoce puis la prise en charge. Mais rien de tel pour la maltraitance infantile.

Et comme les parents d'enfants maltraités ne se mobilisent généralement pas pour leur venir en aide et améliorer leur condition, c'est à la société toute entière, du citoyen au politique, en passant par les professionnels et les institutions, de s'atteler à cette tâche. Nous sommes tous concernés de près ou de loin par la maltraitance infantile, quel que soit notre fonction dans la société.

Le problème de la maltraitance et des négligences touchant les enfants doit être reconnue comme une question majeure de santé publique, humainement et économiquement très couteuse. Et si cette question était mieux prise en compte, cela profiterait par ricochet à tous les enfants de ce pays.

Les besoins d'information du public et des décideurs sont considérables tout comme la nécessité impérieuse d'élever le niveau général de formation des professionnels (santé, justice, social, éducation), toutes disciplines confondues (Tursz, 2015).

Bibliographie

CREAI RA, (avril 2012), « Etude départementale sur les ITEP et SESSAD ITEP, équipement, population, partenariats », [en ligne] <<http://www.creai-ra.com/Dialogues-Acteurs/Dossiers-publications/Rapports>> consulté le 27 novembre 2016, Rapport fait à la demande de l'ARS/DTD de la Loire, Lyon, p.86-87.

Frechon I, Dumaret A.C., (2008), « Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés », *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 56(3), p.135-147.

Gilbert R (2009), Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009 Jan;373(9657):68-81.

OMS (2016) La maltraitance des enfants Aide-mémoire N°150 Septembre 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/> vérifié le 25/11/2016

Rousseau D., Parot E., Fanello S. (2006), « Enquête auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents dans le Maine-et-Loire », Département du Maine-et-Loire, Angers, 44 p.
<http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/Publications/ase-epidemiologie.pdf>

Rousseau D., Duverger P. (2011), « L'Hospitalisme à domicile », *Enfances&Psy*, 50, p.127-137.

Rousseau D. (2012), *Les grandes personnes sont vraiment stupides*, Paris, Max Milo, 256 p.

Rousseau D. (2013), *Le pouvoir des bébés : Comment votre enfant se connecte à vous*, Paris, Max Milo, 189 p.

Rousseau D., Duverger P., Riquin E., Saulnier P., Roze M., Parot-Schinkel E. (2015) RAPPORT RECHERCHE SAINT-EX-2013-2014. Etude sur le devenir à long terme des jeunes enfants placés à la pouponnière sociale Saint Exupéry entre 1994 et 2001. Réalisé à la demande de l'ARS des Pays-de-la-Loire et disponible auprès de cette administration. Mars 2015.

Rousseau D. (2015), « A la recherche de la meilleure borne affective : les bébés Wi-Fi », *Sciences Psy* N°2, février 2015, p.32-37.

Rousseau D, (2016) Riquin E, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. « Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance ». *Revue française des affaires sociales* 2016/1 (n° 5), p. 343-374.

Tursz A. (2013) Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : une approche épidémiologique de santé publique. *RFAS*, 2013, n° 1-2, 32-50.

Tursz A. (2015) Rapport du comité de suivi du Colloque national sur la violence faites aux enfants (Paris, Sénat, 14 juin 2013) Documentation française, 2015.

Xiangming Fang. The Economic Burden of Child Maltreatment in the United States And Implications for Prevention 2012
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776454/>