

Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance

Ministère des Familles, de l'Enfance et du Droit des femmes

Audition du 8 novembre 2016

Docteur Daniel ROUSSEAU

1. Votre expertise dans la prise en charge répond à quels types de besoins ? Quelles finalités ? Quels savoirs ? Quels repères ?

D'où je parle ?

En tant que pédopsychiatre praticien qui reçoit depuis 30 ans des enfants en soins à son cabinet, en CMPP, dans le Service Universitaire de pédopsychiatrie, dont beaucoup d'enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance et d'enfants adoptés.

En tant que chercheur, j'ai coordonné trois vagues successives de recherches sur la santé des enfants placés, et d'autres projets attendent leur financement.

En tant que pédopsychiatre du foyer de l'enfance Saint-Exupéry à Angers, depuis plus de 25 ans, où j'ai croisé plus d'un millier d'enfants placés, petits et grands. La majorité de mon temps auprès des bébés de la pouponnière.

C'est de ce point de vue que je vais articuler mon propos. En effet la prise en charge des bébés séparés pose toutes les questions utiles à notre sujet. C'est un excellent modèle, pratique et théorique, pour comprendre les effets de la maltraitance et de la négligence mais aussi les difficultés d'élever un enfant quand ses parents sont dans l'incapacité de le faire. Il n'y a pas de challenge plus difficile que celui-là : accueillir des bébés maltraités ou gravement négligés et de les accompagner jusqu'à ce qu'ils deviennent des adultes bien insérés. Car ces enfants cumulent 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. Nous avons montré au terme d'une recherche longitudinale assez unique, la recherche Saint-Ex¹, que si un quart d'entre eux évolue vers l'inadaptation sociale à l'âge adulte, un autre quart évolue favorablement, ce qui

¹ Rousseau D, 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.

démontre que c'est un challenge possible et qui, plus est, ne relève d'aucun hasard. Les deux quarts intermédiaires, soit la moitié, présentent des difficultés psychiques et de l'adaptation à l'âge adulte mais sans désocialisation. En parallèle aux facteurs liés à la prise en charge par l'ASE, la qualité du devenir est statistiquement liée à la rapidité d'intervention et inversement proportionnelle à la gravité du risque auquel l'enfant a été exposé.

Le seul besoin de l'enfant c'est de vivre dans des conditions physiologiques et affectives suffisamment bonnes pour n'avoir à gérer que les stress ordinaires de la vie. Dans le cas contraire, face à l'agression (maltraitements par commission) ou au stress (maltraitements par omission), il développe des comportements de défense, voire de survie, qui mobilisent toutes ses forces et entravent son développement et ceci dans le secteur de développement qui est le plus mobilisé à l'époque du traumatisme. Par exemple, chez un jeune bébé ce sont les compétences de communication et de motricité qui seront les plus affectées, à l'âge de l'acquisition du langage, le langage lui-même et la socialisation, et plus tard les compétences scolaires. Malheureusement quand l'agression et/ou le stress durent sur plusieurs années ce sont tous les étages du développement qui sont impactés les uns après les autres d'où un cumul de handicaps et de troubles psychiatriques.

2. Dans le cadre de votre pratique, utilisez-vous des outils que vous jugez particulièrement adaptés et pour quelles raisons? Y en aurait-il d'autres que vous souhaiteriez mettre en place ?

A la pouponnière Saint-Exupéry nous cherchons d'abord à mettre en action trois lignes de forces qui se déclinent ensuite en protocoles et outils. Les outils sont secondaires et n'ont d'intérêt que motivés par ces trois lignes de force, que nous appellerons « Les trois C » : le « Care », porter attention, prendre soin, le « Cure », soigner, assurer les soins, et le « Cadre », c'est à dire le cadre institutionnel (moyens humains, organisation et socle référentiel) autorisant et garantissant l'exercice du « Care and Cure ».

« Cadre, Care and Cure » tentent de modéliser au plan professionnel ce qu'est le maternage, c'est-à-dire « *l'art de s'occuper d'un enfant comme le ferait une mère* » : le Care s'apparente aux soins de Holding décrits par Winnicott, le Cure aux soins de Handling, et le Cadre repose sur les références à l'Opération pouponnière et Löczy. Il y a toutefois une différence entre l'investissement des parents et l'investissement des professionnels auprès de l'enfant. Comme Judit Falk l'expliquait, cela tient à la place différente de leur narcissisme, les premiers le placent dans leur enfant qui est à leur image, les seconds le placent dans leur travail avec l'enfant, qui est leur fierté. L'amour de son enfant ou l'amour des enfants.

La fonction « Care ». L'enfant ne peut vivre seul et a besoin de s'appuyer sur des figures d'attachements stables et sécurisantes, qui ne sont pas forcément ses parents. C'est la fonction « Care » d'assurer les tout premiers besoins de l'enfant : sa sécurité physiologique et affective (qui ne peuvent exister l'une sans l'autre) et ensuite son éducation vers un développement harmonieux de sa personnalité. Un enfant séparé a besoin d'être entouré dans un bain affectif incarné. Cela tient parfois de la réanimation psychique et de soins affectifs intensifs en particulier pour les bébés issus de dénis de grossesse ou ayant été victimes de graves carences. Les autres besoins, bien décrits dans la pyramide de Maslow, en découlent naturellement, mais méritent une attention pro-active dans le cas des enfants placés. Nous utilisons de nombreux outils pour structurer la fonction « Care ». Le Care s'apparente aux soins du Holding (Winnicott) : c'est la façon de soutenir l'enfant par les soins, la fonction de réassurance. C'est donner à l'enfant des repères simples et stables, c'est la routine du quotidien. Dans le Care et dans le Holding, il y a la valeur affective du soin : l'enfant n'est pas seulement porté dans les bras des adultes qui s'occupent de lui quotidiennement, mais aussi dans leurs têtes et dans leurs cœurs avec cette différence exposée plus haut entre parents et professionnels : l'amour de son enfant ou l'amour des enfants.

La fonction « Care » répond au besoin d'une relation affective incarnée pour l'enfant. A la pouponnière le portage de l'enfant (au sens psychologique du terme) est assuré par ses maternantes (Care), qui sont elles-mêmes accompagnées par l'équipe médicale élargie (Cure), le rôle de l'institution (le Cadre : l'équipe pluridisciplinaire, organisation et référentiel) étant de réguler et de protéger ce dispositif. La stabilité du système est essentielle. Les maternantes référentes ont alors la disponibilité pour devenir les porte parole de l'infans, celui qui ne parle pas, et être habitées par ce que Winnicott nommait la « préoccupation maternelle primaire », l'amour de son enfant, une attention fine et personnalisée pour l'enfant, qui se décline en « préoccupation professionnelle primaire », l'amour des enfants, dans cette situation particulière. Dans notre pouponnière, certains bébés dont l'existence a été déniée pendant la grossesse sont portés en écharpe - c'est un de nos outils car ils ont besoin d'un temps supplémentaire de gestation -, sous le regard bienveillant de l'institution. Nous avons des mères kangourous à la pouponnière. C'est une forme de gestation psychique pour autrui.

Certaines institutions et certains professionnels refusent cette proximité avec l'enfant et s'en défendent encore.

Pourtant, bien avant les descriptions de l'hospitalisme un siècle plus tard, le docteur Monfalcon avait constaté les ravages de la mortalité infantile dans les Hôpitaux des Enfants Trouvés de Lyon. Plus de neuf enfant sur dix n'y

survivaient pas contre 3/10 pour les enfants élevés dans leur famille. Il avait compris le lien entre la qualité de la survie et la qualité du lien affectif, qui est vital pour l'enfant. En 1837, il écrivait² :

« C'est une tâche bien plus difficile qu'on ne pense, que le service des nouveaux-nés ; pour bien remplir, ce n'est point assez du sentiment du devoir, il faut encore comprendre les enfants et les aimer. [...]. Nous avons vu d'excellentes filles, à qui cependant cette tâche convenait peu ; elles manquaient à aucun de leurs devoirs auprès de ces petits êtres ; elles les veillaient avec intelligence, et cependant quelque chose leur manquait, l'amour des enfants : sans lui, l'exactitude devient routine, et la routine conduit à l'indifférence. [...] Confiez deux services d'enfants trouvés, l'un à une hospitalière, qui n'a pour eux que cette charité banale dont son habit lui fait une loi, et l'autre à une fille qui a naturellement une vive affection pour eux, et bientôt vous verrez l'une en conserver un nombre bien plus grand que l'autre. »

Un siècle plus tard le docteur Emmi Pikler écrivait à propos des bébés et jeunes enfants accueillis à l'Institut de la rue Löczy à Budapest :

« Pour obtenir un développement plus sain de la personnalité des enfants, il faut supprimer les formes même les plus attrayantes de la gentillesse impersonnelle, superficielle, schématique, supprimer le dressage, et les remplacer, même chez les nourrissons, par des relations humaines plus étroites, basées sur la coopération, semblables à celles qui existent chez l'enfant vivant dans la famille³. »

La fonction « Cure »

La fonction « Cure » consiste à assurer les soins physiques et psychiques de l'enfant, en considérant que, comme le définit l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne se résume pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Les enfants placés, en particulier les bébés, sont pour la plupart admis dans un état sanitaire alarmant tant sur le plan somatique que psychique. Ils cumulent les risques somatique (prématurité, retard staturo-pondéral, retard vaccinal, carences de soins multiples, etc...) et ce sont des polytraumatisés psychiques (retard de développement, syndromes post-traumatiques, troubles de l'attachement, troubles de la structuration de la personnalité, troubles interactifs précoces). Les soins somatiques et les soins psychiques doivent leur être dispensés rapidement. Cela suppose des moyens pluridisciplinaires en santé.

A la pouponnière Saint Exupéry, interviennent une pédiatre, un pédopsychiatre une psychologue, une puéricultrice et une infirmière. Ils garantissent : Bilan

² Histoire des enfants trouvés, Terme et Monfalcon, Paris, 1840, p279

³ Pikler E., Dans les pouponnières, Le Coq-Héron 1975, n°53

médical approfondi, avec reconstruction de l'histoire médicale (anamnèse) de chaque bébé, parfois même reconstitution du carnet de santé par le pédiatre. Evaluation de l'état psychique et soins psychiques précoces (psychologue, pédopsychiatre). Soins de liaison : les infirmières assurent le contact quotidien entre les maternantes, les bébés et les médecins : à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution, en assurant les consultations spécialisées hors les murs. Elles incarnent alors l'adulte soignant sécurisant auprès de l'enfant.

Les équipes pédopsychiatriques de secteur peuvent se déplacer à la pouponnière, au cœur même des unités de vie, rencontrer les enfants pour lesquels les soins sont urgents. Nous avons un tableau statistique en continu de l'état de santé des bébés accueillis et des soins dispensés.

La fonction « Cure » s'apparente aux soins du Handling (toujours Winnicott), c'est-à-dire les soins physiques prodigués aux enfants (ces soins physiques sont essentiels puisque la mémoire se construit sur la sensorialité chez le jeune enfant) mais est aussi plus large car elle intègre le souci de la santé de l'enfant dans sa globalité.

La fonction « Cadre »

Les fonctions « Care and Cure » doivent être garanties par le « Cadre » institutionnel qui les soutient. Elles ne doivent pas rester des instances formelles mais être des fonctions habitées. Le Cadre institutionnel repose sur des moyens humains adaptés, sur un référentiel théorique partagé et une organisation de l'institution qui structurent ces dispositifs. Elles sont articulées entre elles. Comme des poupées gigognes, le Cadre institutionnel autorise la fonction Care qui permet la fonction Cure. Cela passe par des solutions très concrètes. Deux maternantes référentes pour chaque enfant. Des soins psychiques initiés au cœur même des unités de vie. Des temps d'« observation du bébé » dans sa relation avec ses figures d'attachement ou avec ses parents, pratiqués par la psychologue. Une intégration de familles d'accueil dans le foyer de l'enfance pour offrir un mode d'accueil alternatif à la collectivité. Quand les enfants quittent le foyer, leur famille d'accueil peut les suivre, - c'est évalué au cas par cas -... en changeant d'employeur, possibilité qu'offre depuis dix ans l'harmonisation du statut d'assistant familial entre les employeurs dans le département.

Outils du Cadre : Le Cadre repose sur deux références principales, l'Opération pouponnières et l'expérience de Löczy : la stabilité de l'accueil sur un même lieu de vie de l'enfant durant son séjour à la pouponnière, la stabilité de professionnels qui prennent soin de lui au quotidien, des réunions pluridisciplinaires régulières (discours partagé sur l'état de l'enfant, son orientation),

- Une relation privilégiée et significative, une relation affective privilégiée avec l'adulte : les « maternantes référentes », avec deux auxiliaires de puériculture désignées dans des roulements opposés. Elles garantissent la continuité des soins personnalisés à l'enfant, son individualisation au sein du collectif, le besoin de portage psychique de l'enfant.
 - Les outils : la fiche du quotidien qui retrace les habitudes de vie de l'enfant, les observations fines et précises avec les fiches de recueil d'observations, l'album photos les DVD et boîtes à souvenirs qui sont la trace de l'accueil de l'enfant, le protocole de départ d'un enfant.
- Une régularité des événements dans le temps, des soins ritualisés et rythmés, une relation individualisée lors des soins.
 - Les outils : le déroulé de prise en charge des enfants accueillis sur chacune des unités de vie qui identifie les enfants individuellement, les fiches de rythme, le planning des soins qui identifie pour chacun des enfants le jour et le moment du bain, le planning des repas.
- Une stimulation dans son développement psychomoteur et intellectuel.
 - Les outils : l'activité libre et autonome, le jardin d'enfants, les « Zinzibules » (culture et sensorialité, contes, berceuses, sons, chansons, instruments de musique, sorties, animation autour du goût).

3. Quelles sont les cinq références clés que nous devrions connaître pour avoir une bonne représentation des principes qui guident votre intervention ?

- Trevarthen C., Aitken K., Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. Intersubjectivity in infant: research, theory and clinical application, Devenir, volume 15, numéro 4, 2003, pp. 309-428

Un bébé est capable dès sa naissance de faire des choix de connexions affectives différenciées en fonction de la qualité du support affectif qu'il rencontre.

« Nous avons observé que même les nouveau-nés perçoivent les autres personnes comme des partenaires conscients et affectueux. Les nouveau-nés avec leur cerveau complexe mais immature, avec des aptitudes cognitives limitées et un corps faible se montrent motivés pour communiquer avec les formes expressives et rythmiques d'intérêt et d'émotion de la part de l'autre, et le font par un comportement différent de celui, instinctuel, qui attire le soin parental pour répondre à des besoins biologiques immédiats. Même un nouveau né peut montrer du plaisir à jouer avec les mouvements expressifs d'un adulte bienveillant. Cette preuve d'intersubjectivité intentionnelle ou « état initial psychosocial » est fondamentale pour notre compréhension du développement

mental humain. »

- Rousseau D., Duverger P., l'Hospitalisme à domicile, *Enfances & Psy*, 2011/1 (n° 50)

Description d'une nouvelle forme clinique de l'hospitalisme, liée au maintien d'un nourrisson dans un milieu familial carencé malgré l'identification de risques graves pour son évolution.

_ Rousseau D., *Le pouvoir des bébés : Comment votre enfant se connecte à vous*, Maxmilo, 2013, 192p.

Description d'une nouvelle entité clinique observée à la pouponnière : la compétence ontologique des bébés à se déconnecter de parents peu compétents ou très intrusifs pour rechercher l'appui des professionnels, même si ce sont de nouvelles personnes inconnues pour lui.

- Winnicott, D.W.(1956). La préoccupation maternelle primaire. in: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, pp.168 à 174.

Winnicott décrit ainsi la préoccupation maternelle primaire :

« La mère qui a atteint cet état que j'ai nommé « préoccupation maternelle primaire » fournit à l'enfant des conditions dans lesquelles sa constitution pourra commencer à se manifester, ses tendances à l'évolution se développer et où il pourra ressentir le mouvement spontané et vivre en propre des sensations particulières à cette période primitive de sa vie. On ne parlera pas ici du besoin de vie instinctuelle, car ce que je décris là est antérieur à l'installation des schémas instinctuels. [...]. Seule une mère sensibilisée de la sorte peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins. Ce sont d'abord des besoins corporels qui se transforment progressivement en besoins du moi, au fur et à mesure qu'une psychologie naît de l'élaboration imaginaire de l'expérience physique. »

Elle doit s'incarner dans la « préoccupation professionnelle primaire » chez les professionnels.

- Houzel D., *Les Enjeux de la parentalité*, 1999.

Pour deux outils très utiles : Le premier, une théorisation des conflits intra institutionnels et inter institutionnels autour des situations d'enfant.

"Tout se passe, en effet, comme si les professionnels étaient la cible de projections qui les entraînent dans les mêmes dysfonctionnements que ceux de la famille d'origine. L'incapacité d'une équipe institutionnelle à bâtir un projet à long terme, la difficulté à coordonner les actions des différents responsables, peuvent être les reflets de cette imprévisibilité projetée"

Le deuxième outil étant la ventilation de la parentalité en trois entités

(l'exercice de la parentalité, l'expérience de la parentalité et la pratique de la parentalité), ce qui est très opératoire en pratique pour repérer les compétences et les incompétences des parents et réguler les liens familiaux.

4. Dans le cadre de votre prise en charge, quelle place occupent les parents et l'environnement de l'enfant (sous l'angle des facteurs de risque et des facteurs de protection) dans votre analyse de sa situation ? Quel type de travail est ou devrait être mené avec eux - par vous et/ou par votre réseau partenarial ?

Nous avons l'habitude de dire qu'à l'admission d'un enfant à la pouponnière nous devons savoir travailler toutes les hypothèses, du retour chez ses parents à l'adoption, de l'orientation en famille d'accueil à des montages plus complexes incluant des prises en charge en collectivité. Cela dépend évidemment de la capacité ou de l'incapacité des parents à se mobiliser pour leur enfant. Dans la cohorte Saint-Ex, peu d'enfants retournent chez eux, peu d'enfants sont adoptés. A leur majorité 80% d'entre eux sont encore placés, 25% n'ont plus aucun lien juridique avec leurs parents dont 15% d'orphelins. Ces chiffres sont congruents à d'autres études. Il y a beaucoup d'échecs de restitution. On doit faire des efforts pour accroître la part des deux extrêmes (adoption et restitution ou kinship) mais cela restera marginal. La croyance répandue des professionnels et des politiques dans les placements courts est assez sidérante.

Le travail avec les parents exige une expertise sans a priori et sans naïveté pour évaluer :

1 – les troubles de la parentalité : sont-ils aigus (accès psychiatrique aigu, événement de vie, etc...) ou chroniques (troubles de la personnalité, addictions toxiques ou sexuelles anciennes, déviances, personnalités abandonniques, etc...). La morbidité psychiatrique et addictive est lourde chez les parents et peu acceptent d'entrer dans des protocoles de soins (10% dans notre cohorte). Les antécédents sociaux de la fratrie.

2 – la gravité de la souffrance psychique de l'enfant dans la relation à ses parents ou la gravité de son aliénation à son parent. Sa position affiliative.

3 – comment le parent habite sa fonction parentale. C'est là que le travail de Didier Houzel s'avère très utile conjugué avec la rosace anglaise des besoins de l'enfant (voir en annexe).

Avec cette analyse et ces deux outils (la ventilation de Houzel et la rosace des besoins) vous voilà armé pour réguler dans chaque cas singulier les liens de l'enfant avec ses parents en discriminant ce que les parents sont en capacité d'apporter à l'enfant et ce dont l'enfant doit être absolument protégé dans ses relations avec eux. C'est cette analyse fine qui permet de concevoir une solution

adaptée à chaque enfant, dans un éventail des possibles qui va de l'adoption au placement éducatif à domicile pour préparer une restitution, des séparations à but thérapeutique aux dispositifs de visites médiatisées. Mais aussi de concevoir le périmètre des tâches où les parents sont associés et celles où il doit y avoir absolument substitution (santé, scolarité, vie quotidienne, loisirs, etc...). Il faut refuser le recours aux formules standardisées qui témoignent d'un défaut d'analyse.

5. Comment l'expertise que vous avez développée peut-elle être développée de manière à être accessible aux professionnels qui interviennent en protection de l'enfance ? Quels seraient les points de vigilance essentiels à observer ? Au moment de l'évaluation initiale ? En cours de prise en charge ?

Le modèle des trois fonctions C, développé dans une pouponnière, peut se transposer aux enfants accueillis à l'ASE, quel que soit leur âge, qu'ils soient placés en établissement ou en famille d'accueil. C'est un constat partagé d'admettre que beaucoup de familles d'accueil se retrouvent extrêmement seules, sans soutien pour elles et sans soins pour l'enfant, dans des situations de prise en charge parfois très compliquée. Cette solitude rend extrêmement difficile l'exercice d'un « Care » de qualité, malgré leur professionnalisme. Le « Cadre » (moyens humains, organisation et référentiel) sensé les soutenir dans leur fonction « Care » fait souvent cruellement défaut. Par ailleurs toutes les récentes études sur la santé des enfants placés démontrent aussi la carence du « Cure » et les difficultés de sa mise en place.

C'est comme si le système de protection de l'enfance était capable, en partie seulement, de protéger les enfants des maltraitances intra-familiales par la séparation mais ne s'était pas organisé pour assurer un suivi de qualité qui prendrait en compte la somme des négligences de soins (affectifs et de santé) dont ces enfants avaient été aussi victimes avant placement.

Au pire, quand la qualité des réponses à ces questions s'avère encore plus faible, on observe un ersatz dégradé de ce système, le « Cadre » se trouve réduit aux conditions administratives du placement, le « Care » à l'hébergement et le « Cure » a une demande d'hospitalisation ou de traitement pour les cas les plus difficiles ou pire à l'exclusion de l'enfant.

A un dépistage précoce, devrait succéder une évaluation fine de l'état de santé somatique et psychique de l'enfant lors de sa prise en charge (placé ou non), une évaluation tout aussi fine des compétences et incompétences parentales en mesurant les interactions lors de rencontres d'observation. Le modèle du dépistage, du diagnostic (avec une batterie de tests et d'exams) et de l'orientation des jeunes enfants autistes devrait être transposé aux enfants maltraités et/ou négligés. Cette évolution de la prise en charge précoce des petits

autistes et sa pluri-disciplinarité a changé le destin de beaucoup d'entre eux.

Un outil manquant aujourd'hui dans l'évaluation :

Concernant l'évaluation clinique de l'état psychique des bébés, s'il existe une échelle Apgar (cotée de 1 à 10) concernant les coordonnées vitales à la naissance, et une échelle de la douleur (de 1 à 10), manque cruellement une échelle de la souffrance psychique du bébé, simple à utiliser. Elle n'existe pour les enfants qu'à partir de 3 ans (EGF - Echelle Globale de Fonctionnement). L'échelle ADBB de Guedeney pourrait être une bonne base mais mériterait d'être complétée avec des items interactifs du fait des troubles précoces de l'attachement qui prédominent chez les bébés carencés.

6. Ces points essentiels peuvent-ils s'articuler avec d'autres approches disciplinaires pour donner lieu à un « cadre de références partagé » ? Quelles approches considèreriez-vous comme nécessaires et sur quels points précis ?

De mon point de vue de pédopsychiatre, j'ai constaté une grande ignorance des professionnels de l'ASE et des Juges des enfants concernant les troubles psychiatriques des enfants victimes de maltraitements et/ou de négligences, qu'ils aient été ou non placés. Ces troubles psychiatriques ne sont souvent abordés que sous l'angle éducatif ou normatif ou avec une demande de réparation rapide. La responsabilité en revient certainement aux pédopsychiatres, trop peu nombreux à s'investir dans le champ social, et sans doute pas assez pédagogues. Mais aussi aux professionnels qui s'éloignent rarement de leur champ de références.

Pour donner quelques exemples, mais il y en a beaucoup d'autres, les troubles post traumatiques (physiques ou psychiques) sont rarement repérés et faussement interprétés, et la compréhension des troubles de l'attachement est souvent erronée. Ces erreurs conceptuelles ont des conséquences délétères dans les prises en charge.

Quelques exemples :

- Troubles de l'attachement s'exprimant par une instabilité majeure

Emile, 7 ans, est arrivé dans sa famille d'accueil à l'âge de 9 mois, après un mois en service de néonatalogie pour prématurité et 8 mois en institution « où il n'avait pas créé de liens » d'après le dossier. Il était en situation d'abandon de fait par ses parents. A son arrivée dans sa famille d'accueil, il présentait des signes de retrait relationnel – refus persécutif du contact cutané, raideur dans les bras pour prendre son biberon, pas de réponse à l'appel de la voix, aucune réaction aux bruits -. Lorsque je le rencontre, à ses 7 ans, c'est un petit garçon bruyant et envahissant qui ne peut supporter un instant de vide. Sa première réflexion, seul avec moi, est d'exprimer son inquiétude de perdre sa famille

d'accueil : « *Si elle me perd, je peux plus y vivre, chez Tata... Parce que je l'aime, je veux pas la perdre. Ils vont me garder quand je serai grand et vieux. Parce que je l'aime et que je veux rester chez elle* ». Emile s'apaise peu à peu mais les événements qui interrogent sa place (un départ d'un autre enfant de la famille d'accueil, l'arrivée temporaire d'un bébé en attente d'adoption, deux décès de proches de la famille d'accueil) l'explorent et il redevient un zébulon difficile à gérer. Une réponse uniquement éducative est évidemment inopérante.

- Troubles post traumatiques à expression comportementale

Eric, 12 ans aujourd'hui, a été placé à l'âge de 3 semaines en pouponnière. Il est allé chez ses parents jusqu'à l'âge de 2 ans et y a été témoin de scènes de violence conjugale. Entre ses deux ans et ses 8 ans, il épuise trois familles d'accueil du fait de ses troubles du comportement avant d'être adopté. Il m'explique douloureusement qu'il est très angoissé que sa famille adoptive où il vit depuis plus de trois ans le rejette aussi. Car quand les images de ses « *parents de naissance qui se battent* » lui reviennent dans la tête, il a envie de taper et il déclenche alors des crises de violence chez lui et à l'école : « *Je menace avec un couteau en criant « je vais te tuer ». Je fuge. Je lance des cailloux sur les fenêtres et les voitures. J'y arriverai pas, j'ai envie de mourir* ». Même remarque.

Face à la peur d'être rejeté, l'enfant agresse sa figure d'attachement, projetant sa crainte d'être abandonné. C'est la malédiction de ces enfants, les troubles de l'attachement et les syndromes post-traumatiques provoquant chez eux des troubles du comportements qui risquent d'entraîner leur rejet, alors même que c'est ce qu'ils redoutent le plus.

Malheureusement les manifestations comportementales des troubles de l'attachement et les syndromes post-traumatiques – les deux principales pathologies qui touchent ces enfants - sont rarement rattachées à leur cause et sont bien souvent traitées uniquement du côté éducatif. Leur prévention par des placements rapides et des prises en charge affective et de soins très précoces sont rarement mises en place et les troubles explosent quelques années plus tard.

- La longue persistance des troubles post traumatiques

Par ailleurs, concernant les syndromes post-traumatiques, il semble très difficile d'admettre pour les assistants sociaux et les Juges qu'un enfant maltraité reste très angoissé de rencontrer son agresseur, fusse-t-il son parent, même à des années de distance. D'où une volonté de réunification qui peut terroriser les enfants. Les syndromes post-traumatiques ne peuvent se traiter comme les allergies, par une désensibilisation hebdomadaire à doses croissantes. Pour les enfants maltraités et/ou négligés, cela devient parfois des piqûres de rappel à dose toxique. Une de mes patientes, retraitée, m'expliquait récemment qu'elle redoutait les sépultures dans sa famille, une nombreuse famille avec beaucoup

de sépultures, car elle craignait toujours d'y croiser un oncle qui abusait d'elle chaque dimanche à l'heure de la messe quand elle avait 6 ans. Six décennies plus tard elle ne savait toujours pas comment lui refuser la bise familiale. Et les troubles anxieux et d'expression somatique de ce syndrome post-traumatiques sont toujours présents chez elle. On observe cette même insécurité après des négligences graves ou quand l'enfant a été témoin de violences domestiques graves. Dans ces conditions la continuité des liens imposés à certains enfants au nom du droit des parents paraît barbare.

- Les troubles de l'attachement se contractent avant placement

Concernant les troubles de l'attachement, si la volatilité des placements et leur rotation rapide restent des facteurs péjoratifs, la recherche Saint-Ex démontre que cette instabilité découle en grande partie de la gravité de l'état clinique à l'admission et donc des troubles acquis avant placement. Les enfants qui ont cumulé les risques avant placement cumulent les risques pendant le placement. La qualité des premières expériences d'attachement est donc déterminante pour que l'enfant acquière la capacité de créer des liens durables. C'est une des causes méconnues du turn-over rapide de certains enfants entre les lieux de placement, même chez de jeunes bébés. Les enfants qui ont eu la chance d'être détectés le plus tôt profitent aussi de cette chance dans leur placement et ont des parcours plus stables que les autres.

- Confusion autour du conflit de loyauté

On observe aussi de la confusion dans le recours systématique à la notion de conflit de loyauté. Les professionnels semblent incapables de repérer ce qu'est une position d'aliénation de l'enfant vis-à-vis d'une figure tutélaire maltraitante, de remarquer qu'un jeune enfant est capable de choisir des figures d'attachement sécurisantes autres que ses parents, ou encore que les conflits internes d'affiliation que l'on rencontre chez les enfants adoptés ou en famille d'accueil ne sont pas des conflits de loyauté. Ces trois concepts sont très antinomiques du conflit de loyauté qui n'existe que dans des situations familiales douloureuses mais saines, sans contraintes psychologiques. Les conclusions pratiques qui en découlent sont d'ailleurs diamétralement opposées.

- L'isolement affectif de l'enfant : sa première question... mais oubliée par les services.

Par ailleurs, il est frappant de constater que le fonctionnement administratif des services de protection de l'enfance n'est pas du tout centré sur la question fondamentale des enfants accueillis, c'est à dire leur isolement. Pour ces enfants la plus grande angoisse c'est l'expérience de la solitude, d'être seul dans la vie. La rotation des personnels, les réorganisation de services, les changements d'organisation, etc... dénie cette réalité et ne portent pas la préoccupation d'assurer un minimum de stabilité des professionnels autour de l'enfant et de

garantir un fil rouge tout au long de l'enfance.

Ces quelques points ne sont pas exhaustifs car le manque de référentiel partagé et l'indigence de la recherche font que les pratiques professionnelles en protection de l'enfance restent très empiriques. La protection de l'enfance peut-être très performante quand un enfant rencontre la bonne personne au bon endroit au bon moment... ou l'inverse.

7. Quelles seraient les conditions de transmission pour l'appropriation de ce cadre de références partagé par les professionnels (formation initiale, continue, « participative » ?) et selon quelles modalités ?

La protection de l'enfance, au regard de l'histoire, est une jeune discipline sans vrai consensus, et son corpus clinique est loin d'être clos. Les besoins de formation sur le terrain sont immenses pour compenser l'indigence de la formation initiale sur la maltraitance infantile toutes filières confondues. Il y a une ignorance globale de la problématique pour la majorité des acteurs, qui le reconnaissent, et une méconnaissance des acteurs entre eux. On ne peut pas dissocier les questions du dépistage, de la réponse aux besoins, de la prise en charge, ou de l'organisation des soins, que les enfants soient placés ou non, parce que tous les acteurs sont impliqués à tous ces niveaux.

Il existe un savoir faire et un savoir être propres à la prise en charge des enfants séparés qui ne peuvent se transmettre uniquement par l'enseignement d'un savoir constitué lors des formations initiales, très éloignées de la violence des affects mobilisés lors de la rencontre avec ces enfants malmenés.

En septembre dernier à Angers, le Conseil de l'Ordre des médecins et l'Agence Régionale de Santé ont organisé conjointement une journée de Formation sur la maltraitance infantile où ont participé des magistrats, siège et parquet, les forces de l'Ordre, l'éducation nationale – enseignants et médecins, les services de l'ASE, les services de PMI, l'Unité Médico Judiciaire Pédiatrique, les services de pédopsychiatrie universitaire et de secteur, et des médecins généralistes. C'est ce type de formation pluri disciplinaire et pluri institutionnelle rassemblant le maximum d'acteurs de terrain qu'il faut développer au titre de la formation continue.

Une autre voie utile serait de relancer les formations-recherches collaboratives entre les professionnels de plusieurs structures d'accueil déjà engagées dans une réflexion qualitative, à l'exemple de l'Opération pouponnières qui a en son temps profondément changé la prise en charge dans ces structures et dont les acquis perdurent. La confrontation de la variabilité des réponses à des questions casuistiques identiques rencontrées au quotidien fait émerger des invariants et permet de dégager le sens sous-jacent de la conduite à tenir, qui n'est pas une

recette de conduite à tenir mais son éthique. Une production de savoir par les acteurs eux-mêmes. Le travail de Houzel s'est d'ailleurs construit sur ce type de processus.

Remarques conclusives

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.

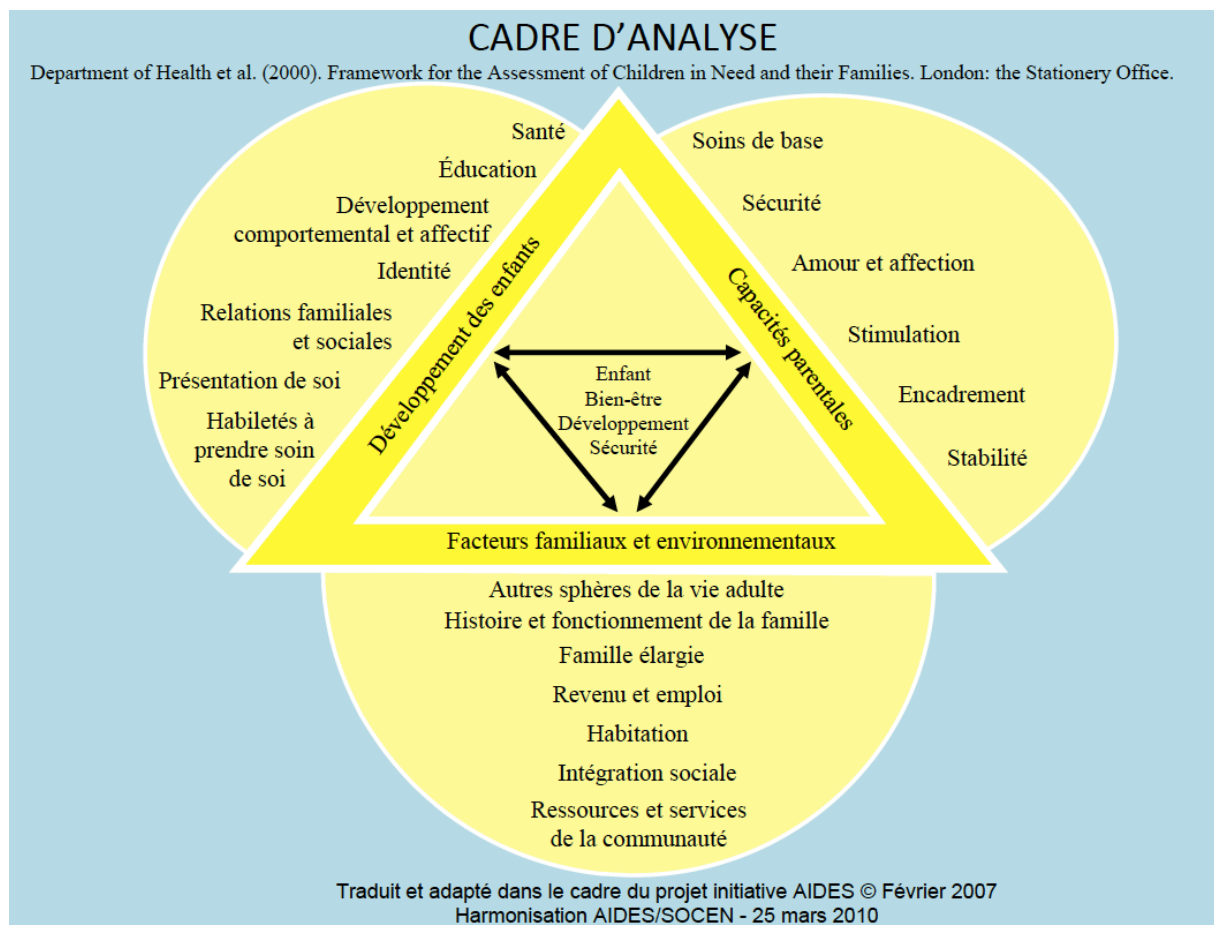
Le problème de la maltraitance et des négligences touchant les enfants doit être reconnue comme une question majeure de santé publique, humainement et économiquement très couteuse. Et si cette question était mieux prise en compte, cela profiterait par ricochet à tous les enfants de ce pays.

Au delà des besoins individuels de chaque enfant, voilà les vrais besoins de la protection de l'enfance.

ANNEXES :

1 - Rosace des besoins de l'enfant in Chamberland C., Lessard D., Bouchard V.,
L'intervention intersectorielle auprès des familles vulnérables : quelques réflexions issues de
la recherche Initiative AIDES

www.initiativeaides.ca/system/files/6octobre_version6octobre2011.pdf



2 – Trois exemples biographiques de prise en charge

Trois exemples biographiques de prise en charge, tirés du volet qualitatif de la recherche Saint-Ex⁴, 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 son 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.

⁴ déjà citée plus haut

Commentaire : Les choix administratifs et judiciaires ont été rapides et judicieux, dans un timing presque optimal. Très bonne évolution. Un Cadre de qualité garantit que le Care and Cure puissent l'être aussi.

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 a 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 le Cadre ne tient pas, il y a carence du Care et du Cure, avec des effets désastreux qui 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 éducatrice 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, - où Cadre, Care and Cure ont été bien articulés -, 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.

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 pas 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.