Protection de l'enfance
XIX–XXe siècles

Pour citer cet article :

Straus (Pierre), « Au-delà du fait divers. Des recherches », dans « L'enfant maltraité », *Informations sociales* n°11, 1978, pp. 2-13
Source : Gallica

AU-DELA DU FAIT DIVERS

Des recherches

Les lignes qui suivent ne prétendent pas présenter une analyse exhaustive des études françaises sur les enfants maltraités, mais, en prenant pour base la recherche pluridisciplinaire menée conjointement à Paris et à Nancy entre 1972 et 1975 (1), dégager un certain nombre d'éléments qui apparaissent encore d'actualité.

Dr Pierre STRAUS

secrétaire général de l'Institut de pédiatrie sociale

Nous nous étions tenus, au départ de notre recherche, à l'étude des jeunes enfants victimes, de la part de leurs parents ou des personnes en ayant la charge, soit de brutalités volontaires plus ou moins graves, soit d'une absence volontaire de soins ayant entraîné des lésions physiques ou des troubles de l'état général.

Mais, au fur et à mesure du déroulement de notre enquête, il nous a paru impossible de dissocier les sévices corporels de toute une série de comportements parentaux souvent plus difficiles à mettre en évidence ou à prouver car ne laissant aucune trace physique, à savoir certaines brutalités mieux contrôlées, certains comportements sadiques, des exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, des manifestations de rejet ou d'« abandonnisme » (mauvais traitements « psychologiques » ou « moraux ») dont le retentissement à long terme sur le développement psycho-affectif de l'enfant est souvent aussi sévère que certains sévices corporels.

Cette extension progressive de la définition, qui nous paraît inévitable, ne contribue pas à faciliter une approche épidémiologique du problème.

UN NOMBRE DE VICTIMES TRÈS MAL CONNU

Le seul élément statistique actuel utilisable concerne les cas relevant d'une procédure judiciaire : juge des enfants ou procédure pénale. Il ne fait pas de doute que ces cas ne représentent qu'une minorité parmi les jeunes enfants victimes de mauvais traitements. Toute étude épidémiologique, au sens strict, paraît non seulement difficile, mais dénuée de signification, la majorité des cas restant clandestins. L'augmentation de fréquence apparente nous paraît déterminée avant tout par une plus grande sensibilisation à ce problème, conduisant à un dépistage plus attentif, du moins dans certains secteurs.

A partir de nos études, très ponctuelles, et des déductions qu'on peut en avancer avec beaucoup de prudence, les données suivantes paraissent vraisemblables :

(1) Parue sous le titre *Les jeunes enfants victimes* de mauvais traitements. Éditions du CTNREHI, Série Recherches, 27, quai de la Tournelle, 75005 Paris. 1978. 400 p., 35 F.

Source gallica.bnf.fr / CEDIAS-Musée social

● **Plusieurs dizaines de nourrissons et de jeunes enfants meurent chaque année des suites de sévices qui leur ont été infligés ou restent atteints de séquelles graves et irréversibles.** Curieusement, la majorité de ces cas ne donne lieu à aucune enquête et à aucune poursuite, comme s'il existait une « loi du silence » touchant aussi bien le monde médical que les autorités judiciaires;

● **on peut estimer qu'un enfant sur 200 est hospitalisé à la suite de mauvais traitements;**

● l'extrapolation, sur le plan national, de deux enquêtes effectuées dans des communes de la banlieue parisienne permet de penser que **plusieurs milliers de jeunes enfants sont chaque année victimes de mauvais traitements plus ou moins sévères.**

ASPECT MÉDICAL DU PROBLÈME

Sous l'angle médical, le problème est aujourd'hui bien codifié, à tel point qu'on a pu parler d'un « syndrome de l'enfant maltraité ». Il associe, de façon variable selon les enfants, des lésions consécutives à des manifestations de brutalité, des troubles de l'état général et des troubles du comportement.

● **Les lésions.** Les plus communes et les plus banales concernent la peau. Ce sont des « ecchymoses » ou des « hématomes », c'est-à-dire des « bleus » dont le caractère particulier réside dans la multiplicité ou dans certaines localisations particulières : tête, face, tronc ou région fessière. Peuvent s'y ajouter des griffures, des plaies de toutes sortes, des brûlures, etc. Les fractures sont fréquentes, souvent multiples, négligées et d'âge différent.

● Parmi les autres lésions graves – et parfois mortelles – on peut noter certaines brûlures par ébouillantement, certaines lésions viscérales (rupture de la rate ou du foie) consécutives à des coups portés sur le thorax ou sur l'abdomen et, surtout, l'« hématome sous-dural », suffusion sanguine développée enre la boîte cranienne et le cerveau qui est le plus souvent consécutif à un coup porté sur la tête. Il représente environ 15 % des cas détectés à l'hôpital et sa mortalité est de 20 %.

● **Les troubles de l'état général.** Ils sont fréquents : hypotrophie staturo-pondérale, retard de croissance ou dénutrition plus ou moins importante. En dehors d'une maladie précise, ils peuvent être assez facilement rattachés à des négligences graves ou à un manque de nourriture, c'est-à-dire à ce qu'on pourrait appeller des « sévices par omissions ».

● **Les troubles du comportement de l'enfant.** Ceux-là peuvent retenir l'attention, mais ils doivent êtres interprétés avec prudence :

– dans certains cas, l'enfant paraît triste, apathique, ou bien apeuré, terrorisé, fuyant tout contact et esquissant des gestes de défense à chaque tentative d'approche;

– parfois, au contraire, il manifeste sa carence affective par un attachement excessif et indistinct pour toute personne en contact avec lui;

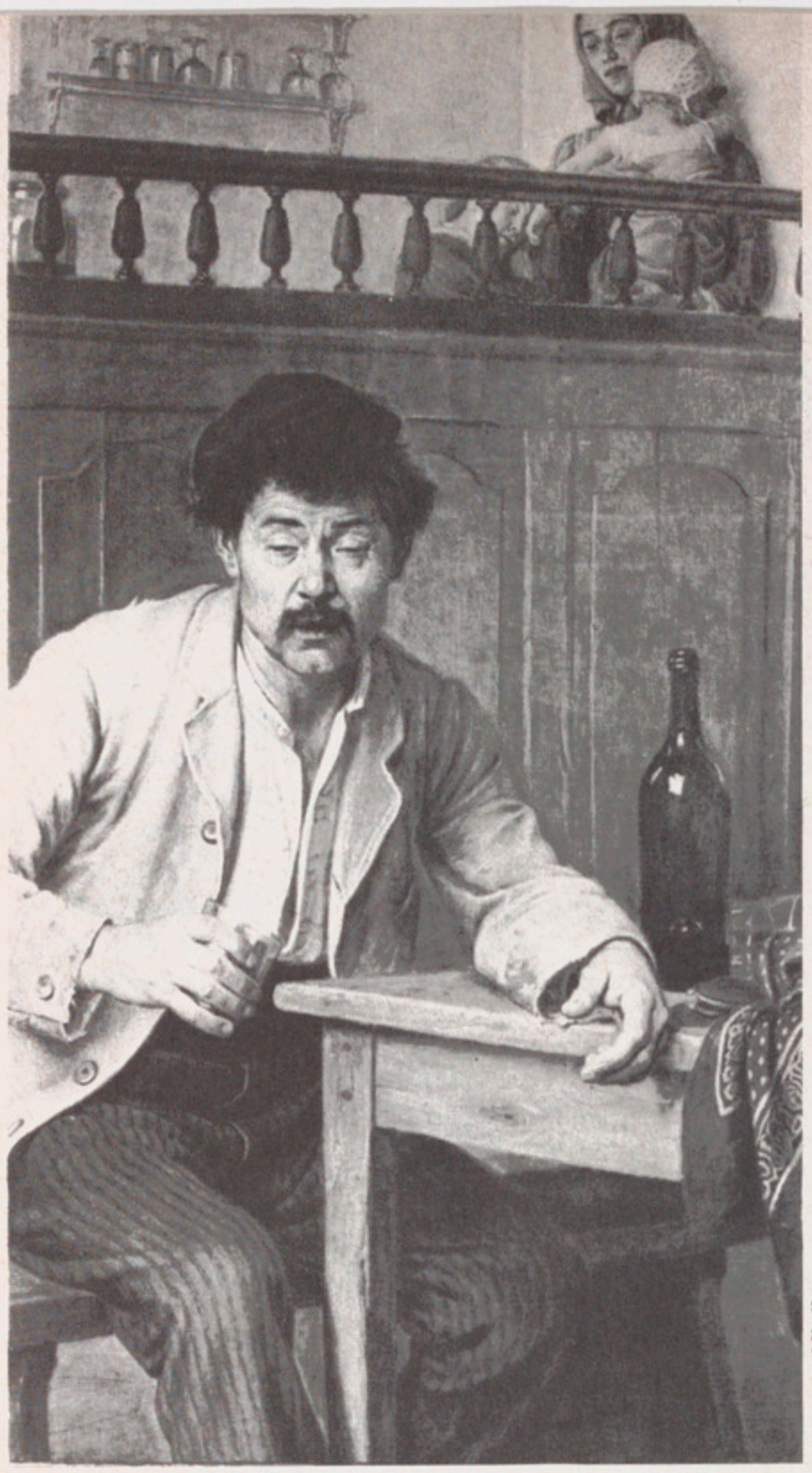
– il peut enfin se présenter comme atteint d'une véritable arriération mentale : indifférent, hébété, avec un gros retard des acquisitions psychomotrices. Mais il faut être prudent dans l'interprétation de ce tableau et il est souvent difficile de faire la part entre une débilité mentale organique, des troubles induits par les attitudes de rejet ou d'agressivité dont l'enfant a été victime ou un état consécutif aux situations antérieures qu'il a vécues (hospitalisations répétées, placements prolongés en institution).

Le pronostic des jeunes enfants hospitalisés pour mauvais traitements est sévère : la mortalité est estimée, selon les études, entre 3 et 15 % mais, surtout, les récidives des mauvais traitements sont extrêmement fréquentes lorsque l'enfant retourne au foyer sans qu'aucune mesure de protection ait été prise.

LE DIAGNOSTIC DE MAUVAIS TRAITEMENTS

Le diagnostic de mauvais traitements n'est pas toujours facile. Lorsqu'il n'y a pas de flagrant délit et que les parents nient avoir maltraité leur enfant, la suspicion se fonde sur l'association des lésions, sur la discordance entre les constatations cliniques et les données de l'interrogatoire et sur la guérison sans rechute des manifestations cliniques présentées par l'enfant dès sa séparation du milieu familial.

En fait, les circonstances exactes des mauvais traitements sont rarement connues, d'autant plus qu'un interrogatoire direct et précis des familles, ressenti comme accusateur, n'aboutit en général à aucun résultat. Il rend habituellement impossible toute action thérapeutique ultérieure au sein de la famille. En l'absence d'information précise, on hésitera donc souvent entre le diagnostic d'accident et de brutalité volontaire, de négligence grave ou d'incapacité parentale. Enfin, quelle que soit l'importance du diagnostic médical, il n'existe pas forcément de parallélisme entre l'importance des lésions et le danger encouru par l'enfant dans son milieu familial – qui seul conditionne les mesures à prendre.



H. Roger Viollet

(L. Baader, 1911) – L'alcoolisme, cause des sévices.

Cette évaluation difficile nécessite un abord pluridisciplinaire de chaque cas et devrait associer tous ceux, médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, psychologues ou psychiatres ayant une connaissance de l'enfant, ou de sa famille.

L'*évaluation du danger* repose, schématiquement, sur trois éléments : la personnalité des parents, l'environnement socio-culturel, des caractéristiques propres à l'enfant.

LA PERSONNALITÉ DES PARENTS

Les parents maltraitants sont parfois des malades mentaux caractérisés (schizophrènes, structures paranoïaques, déséquilibrés agressifs, pervers constitutionnels). L'alcoolisme notoire tient une place importante parmi les causes de sévices aux jeunes enfants, ceux-ci survenant au cours d'un accès de violence incontrôlée. L'éthylisme chronique entraîne, d'autre part, souvent la négligence ou l'abandon des enfants.

La débilité mentale, très fréquemment évoquée, est trop facilement mise en avant. Ce qualificatif ne repose souvent que sur des éléments subjectifs et superficiels. Certaines décompensations névrotiques de la mère, consécutives à l'accouchement, peuvent conduire à des graves anomalies des sentiments de celle-ci à l'égard de son enfant, pouvant aller jusqu'au désintérêt ou à l'hostilité franche.

Enfin, l'observation attentive du comportement des parents à l'égard de leur enfant peut révéler une série de traits caractéristiques : leur indifférence au sujet de son état de santé; leur intolérance devant sa « nervosité », ses troubles du sommeil, son anorexie, son énurésie; l'affirmation de principes éducatifs rigides, sans aucune considération de son âge ni de ses capacités de compréhension.

Ce type de personnalité – fréquemment retrouvé chez les « parents maltraitants » – est caractérisé par l'anaffectivité et l'intolérance à la frustration. Ces individus sont incapables de supporter les servitudes occasionnées par la présence de leur enfant et réagissent par des manifestations de rejet ou d'agressivité violente, paradoxales et disproportionnées.

Or, on retrouve presque toujours chez ces parents des conditions d'enfance gravement perturbantes, du type de carence massive, d'abandon, de placement institutionnel, de dissociation familiale. Ils ont été eux-mêmes l'objet de frustration affective précoce, voire de sévices physiques. Ils ont gardé de leur enfance le souvenir d'avoir été mal aimés et en ont conservé un sentiment permanent d'insécurité, d'échec et de mésestime d'eux-mêmes qui leur rend à leur tour insupportable la moindre frustration. Cette enfance perturbée paraît conditionner leur comportement à l'égard de leurs propres enfants.

L'ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL

On trouve des parents maltraitants dans toutes les catégories sociales. Les cas les plus difficiles à dépister et parfois les plus graves sont ceux qui se masquent derrière une façade où tout paraît normal : conditions socio-économiques, structure familiale, niveau culturel. Cependant, en ce qui concerne en particulier les études françaises, la majorité des enfants victimes de mauvais traitements appartiennent à des familles écrasées par les mauvaises conditions de vie, où se



Pierre Michaud

Déracinement, isolement, surpeuplement, favorisent la violence.

rencontrent à des degrés divers l'insuffisance des ressources, le chômage, les logements surpeuplés, le sous-développement culturel, la transplantation, le déracinement, l'isolement au sein du groupe social.

Certaines familles sont caractérisées également par la fréquence de situations familiales anormales :

– mères célibataires dont la première grossesse s'est déroulée lorsqu'elles étaient très jeunes et dans un isolement total;

– instabilité des relations conjugales, concubinages successifs avec enfants de plusieurs lits;

– multiplicité des hospitalisations et des placements d'enfants; nourrices clandestines de mauvaise qualité.

La prépondérance apparente de ces familles s'explique peut-être par le fait qu'elles sont beaucoup plus exposées à la surveillance des services sociaux et de la police que les milieux plus favorisés.

Certains facteurs individuels, comme l'alcoolisme, la débilité mentale, les troubles du caractère, sont parfois à l'origine de cette dégradation sociale et familiale, mais, d'autre part, la misère, le surpeuplement, la pauvreté culturelle sont autant de contraintes qui favorisent les manifestations de violence. Enfin, dans certains groupes ethniques ou sociaux la sévérité des châtiments corporels est encore de tradition dans l'éducation des jeunes enfants, sans que cela implique nécessairement un rejet affectif.

Les conditions de vie des enfants de ces milieux défavorisés posent d'ailleurs un autre problème aux médecins et aux travailleurs sociaux. Les frustrations d'ordre social, économique et culturel, les formes variées de ségrégation et de « marginalisation » dont ces enfants sont victimes retentissent de façon directe et massive sur leur

développement psycho-affectif et inhibent leurs possibilités d'épanouissement. Il est tentant d'en rendre responsables leurs parents, de les considérer en danger dans leur environnement familial et de suggérer un placement sous un prétexte médical et social. Or, l'expérience montre à l'évidence que ces séparations temporaires sont inopérantes, voire aggravantes à terme, car elles ne touchent pas au fond du problème qui est avant tout d'ordre social et culturel.

CARACTÉRISTIQUES PROPRES À L'ENFANT

Dans le cas où un enfant paraît électivement victime de sévices, alors que ses frères et sœurs sont normalement traités, on peut parfois saisir le motif de cette agression élective :

– enfant adultérin ou né d'un premier lit;

– enfant présentant un état malformatif ou un handicap sensoriel ou intellectuel.

– enfant prématuré : les perturbations des relations qui peuvent surgir entre une mère et son enfant prématuré ont des causes multiples : la mère peut éprouver un sentiment d'échec ou de culpabilité pour ne pas avoir mené à terme sa grossesse; le séjour prolongé de l'enfant au centre de prématuré l'empêche d'établir avec lui des relations affectives normales; le retard des acquisitions motrices ou les troubles du comportement de l'enfant peuvent rendre son élevage objectivement difficile;

– enfant séparé pendant longtemps de son milieu familial, par suite de placements nourriciers ou en collectivité. Le retour de l'enfant dans sa famille déclenche souvent des troubles graves de son comportement : encoprésie, anorexie, troubles du sommeil, hostilité à l'égard d'une famille naturelle oubliée, manifestations auxquelles les parents répondent souvent par une incompréhension qui peut prendre le masque d'un rejet ou d'une agressivité brutale.

DÉPISTAGE ET SIGNALEMENT : CEUX QUI CONTRIBUENT

Les recherches entreprises tant en province que dans la région parisienne ont conduit à faire une analyse très critique du fonctionnement des structures de protection de l'enfance face au problème de l'enfance victime.

La prématurité peut entraîner le développement de relations affectives anormales.



H. Roger-Viollet

● **Le médecin praticien est exceptionnellement à l'origine du signalement d'un enfant maltraité.** Les motivations de ce mutisme médical sont complexes : indifférence, méconnaissance du syndrome, défaut d'évaluation, répugnance à envisager l'hypothèse de sévices, ignorance et méfiance à l'égard des structures sociales, administratives ou judiciaires auxquelles il peut s'adresser.

● **Le personnel médical hospitalier est encore très peu informé et sensibilisé à ce problème.** La majorité des chirurgiens accepte sans réticence la première explication fournie concernant l'origine des lésions traumatiques présentées par un jeune enfant. Devant un enfant maltraité, les médecins se contentent en général de signaler le cas à l'assistante sociale hospitalière, lorsqu'ils ne négligent pas de le faire.

Lorsqu'un état d'hypotrophie ou de dénutrition n'a pas fait la preuve de son origine organique et que le milieu familial est considéré comme défavorable, souvent sur des impressions superficielles, l'enfant est classé par les médecins dans la catégorie des « cas sociaux ». Les problèmes relationnels « parents-enfants » ne sont pas abordés et les mesures envisagées, essentiellement d'ordre médico-social, conduisent, soit à un retour de l'enfant dans sa famille sans signalement ni surveillance, soit à un placement dans un établissement à caractère sanitaire ou social, sans aucune évaluation de la situation de la famille ni de l'enfant dans sa famille.

● **Les assistantes sociales de secteur sont à l'origine du signalement de la majorité des cas d'enfants maltraités.** Mais elles sont submergées par leurs autres tâches. Elles considèrent que les visites systématiques au titre de la PMI absorbent un temps sans commune mesure avec les résultats obtenus, en raison du manque d'équipement et de la difficulté d'aider les familles sur ce terrain. Elles pensent que leur rôle consiste surtout à répondre à une « demande d'aide » et se refusent à ce qu'elles considèrent comme une politique d'intervention systématique de caractère inquisitoire.

Devant la crainte qu'elles éprouvent pour un enfant dans une famille, elles n'envisagent souvent d'autre solution que de suivre cette famille, de l'aider, de tenter d'atténuer les difficultés relationnelles et ne voient pas ce qu'une quelconque intervention extérieure pourrait apporter de positif. De plus, leur nombre est insuffisant, ce personnel est très mouvant et nombre de secteurs sont vacants.

Les mêmes constatations s'appliquent aux travailleuses familiales et aux puéricultrices visiteuses.

● **L'école maternelle représente un lieu privilégié pour l'observation de l'enfant;** la notion de danger s'y fonde moins sur la qualité du milieu familial que sur l'enfant lui-même : son état physique, mais surtout ses troubles du comportement : son agressivité, son instabilité, sa quête affective. Il apparaît toutefois que les coordinations entre l'école et les autres structures de protection de l'enfance sont insuffisantes, voire parfois inexistantes.

Le signalement à la **police** est en relation étroite, non seulement avec la gravité des sévices, mais peut-être plus encore avec la marginalité du milieu, qui le rend « suspect » ou « mauvais » : le caractère ségrégatif de ce signalement, sur le plan social, paraît un fait d'évidence.

L'enquête de la **brigade des mineurs,** telle qu'elle fonctionne dans la Région parisienne, permet, grâce aux contacts avec l'école, le voisinage, les autres structures locales, et grâce à un interrogatoire minutieux des parents, de mieux cerner le problème familial et de se faire une opinion plus fondée sur la gravité d'un cas. Il est loin d'en être de même pour certaines enquêtes de gendarmerie.

Lorsque le **juge des enfants** est saisi, soit directement, soit par l'intermédiaire du parquet, les enquêtes de ses services sociaux sont en général de bonne qualité, mais elles sont souvent lentes à se déclencher, se prolongent des semaines, voire des mois. Pendant ce temps, l'enfant reste souvent sans surveillance dans son foyer, ou se trouve « consigné » et entre dans une situation de retrait temporaire qui s'éternise et qu'une évaluation retardée remet ensuite en question.

ADMINISTRATION : PAS DE COORDINATION

Il existe au sein des professions impliquées dans la protection de l'enfance une absence de coordination, des rivalités, des incompréhensions, des attitudes d'agressivité réciproque qui tiennent non seulement à leur différence de formation, mais à des finalités différentes (médicales, sociales, judiciaires ou éducatives) et à des problèmes de préséance et de hiérarchie. Pourtant, seule la concertation de toutes ces structures permettrait d'envisager l'intérêt de l'enfant dans une perspective à long terme, d'aménager un projet thérapeutique et de réévaluer la situation périodiquement avec tous ceux qui sont concernés, sans se contenter d'actions dispersées et ponctuelles.

Tous ces facteurs conduisent, dans nombre d'observations, à un retard dans le dépistage de

cas suspects ou dans le diagnostic de cas certains, à une mauvaise évaluation de la situation par une personne trop isolée, à un manque de suivi dans les signalements.

La prise en charge par la PMI

Le signalement à la Protection maternelle et infantile peut conduire, dans les cas peu graves, à une action efficace des équipes locales, mais à la condition que l'assistante sociale soit solidement implantée dans son secteur et connaisse bien la famille, qu'elle puisse être aidée par une travailleuse familiale, une puéricultrice visiteuse ou une psychologue et qu'il existe une concertation sans rivalité entre les différentes structures susceptibles de connaître ou d'aider l'enfant (médecin praticien, hôpital, école maternelle, CMPP, etc.).

L'efficacité de cette prise en charge est cependant souvent compromise par l'excessive mobilité des services sociaux de secteurs et le nombre de secteurs brusquement « découverts » sans que personne ne soit susceptible de prendre le relais des actions en cours. Le plus souvent, tout le poids d'une « prise en charge » retombe finalement sur une seule personne : assistante sociale, puéricultrice ou auxiliaire familiale, qui travaille isolément sans possibilité de concertation réelle, ce qui peut la conduire à une attitude de démission totale en cas d'échec ou à des erreurs tragiques d'évaluation.

Une difficulté supplémentaire réside dans la fréquence des placements nourriciers « libres », souvent très défectueux mais pratiquement clandestins et impossibles à contrôler. Lorsque s'impose pour un enfant une mesure de placement (hospitalisation, placement en pouponnière médicale ou placement social par l'intermédiaire de l'Aide sociale à l'enfance), ce placement aboutit le plus souvent à une rupture dans la surveillance de la famille, à un dégagement de la responsabilité des structures locales : les cas sont nombreux où le retour d'un enfant au foyer, après une séparation prolongée, entraîne une situation dramatique sans que les services de PMI en aient même été avertis.

La prise en charge judiciaire

Ces prises en charge, qui se fondent essentiellement sur les lois instaurant l'« assistance éducative », ne seront pas étudiées ici, bien qu'elles aient fait l'objet d'une étude approfondie par l'équipe de recherche parisienne (2). Cependant, quelques points parmi d'autres méritent d'être ici soulignés.

● Lorsque le juge décide du placement provisoire d'un enfant dans une structure dépendant de l'Aide sociale à l'enfance, il n'y a pratiquement jamais de réévaluation de la situation de l'enfant, sauf sous la pression des revendications de la famille, dans ce cas, les structures s'occupant de l'enfant et celles s'occupant de la famille sont tout à fait insuffisantes.

● Lorsqu'un enfant est confié à un placement nourricier de l'Aide sociale à l'enfance, rien n'est fait pour maintenir les liens entre l'enfant et sa famille naturelle, bien qu'il y ait quelques améliorations ponctuelles. La distance de certains placements, les réglementations draconniennes du « droit de visite » conférant à celle-ci un caractère tout à fait artificiel, les phénomènes de rivalité entre la famille nourricière et la famille naturelle conduisent à un désintérêt progressif des parents à l'égard de leur enfant.

Cela est d'autant plus grave que les parents, s'estimant persécutés par l'administration ou les instances judiciaires, adoptent une attitude de revendication et continuent de réclamer le retour d'un enfant qu'ils ont cessé de voir depuis longtemps et dont ils sont manifestement incapables d'assumer la charge. Lorsque le juge et les travailleurs sociaux, uniquement confrontés avec eux et désireux d'aboutir à une restructuration du milieu familial prennent une décision de « remise » au foyer, sans préparation suffisante et surtout sans évaluation en profondeur de l'intérêt de l'enfant et des motivations réelles des parents, on aboutit souvent à des situations dramatiques.

● Lorsqu'une action éducative en milieu ouvert (Aemo) s'exerce pour un enfant maintenu dans sa famille, son efficacité est souvent réelle et l'intérêt comme les difficultés de cette forme d'assistance éducative mériteraient de longs développements. Il nous a paru, cependant, que les actions d'éducation en milieu ouvert de courte durée donnaient souvent une fallacieuse impression de bonne efficacité, fondée essentiellement sur l'amélioration et la stabilisation de la situation sociale de la famille, et que ses résultats à moyen terme paraissaient souvent très superficiels, alors que les actions éducatives en milieu ouvert portant sur plusieurs années mettaient beaucoup mieux en évidence la difficulté d'un réaménagement en profondeur des problèmes relationnels graves entre les parents et l'enfant. Enfin, il existe presque constamment une absence de concertation et de coordination entre les services spécialisés chargés

(2) Deux articles du présent numéro y sont consacrés.







Institut de pédiatrie sociale

Coups, brûlures, fractures... La mortalité des victimes hospitalisées est de 3 à 5 %.

de l'action éducative en milieu ouvert et les services médico-sociaux de secteur – qui seront pourtant amenés à prendre la relève et à poursuivre ultérieurement l'aide et la surveillance de la famille.

LE DEVENIR DES ENFANTS MALTRAITÉS

Selon, les résultats d'une étude longitudinale portant sur une population de 54 enfants hospitalisés à Paris à la suite de mauvais traitements et dont la situation a été réévaluée en 1974 avec un recul moyen de cinq ans et demi et des valeurs extrêmes de deux à quatorze ans après l'hospitalisation. 12, parmi ces enfants, avaient 11 ans ou plus au moment du bilan; plusieurs atteignaient l'adolescence; c'est la longueur de cette étude longitudinale qui en fait l'originalité.

Notre objectif était de recenser les interventions déclenchées à partir d'un dépistage initial, leur nature, leur coordination et d'apprécier l'avenir de l'enfant au travers de ces différentes interventions. Voici, parmi beaucoup d'autres, certains résultats de cette étude : c'est moins l'absence que l'incoordination des structures de protection de l'enfance qui caractérise nos observations. Dans plus du quart de nos cas, plus de dix structures chargées à un titre quelconque (médical, social, psychologique ou judiciaire) de la protection de l'enfance sont intervenues depuis le dépistage jusqu'au bilan.

Parfois l'hospitalisation de l'enfant et le signalement des sévices a provoqué un stress général et mobilisé pendant une période variable, de quelques semaines à quelques mois, toutes ces différentes structures, d'où la multiplicité des enquêtes, des investigations psychologiques, des interventions multiples sur la famille, puis tout a cessé soudain parce que l'enfant a été placé et considéré comme hors de danger.

Parfois cette multiplicité est due à l'instabilité du personnel médico-social ou judiciaire, chaque nouvelle personne ayant tendance à repartir de zéro en ignorant l'action de son prédécesseur. Parfois, c'est le déménagement de la famille qui a conduit à de nouvelles interventions quand ce n'est pas au contraire une rupture totale des actions d'aide ou de surveillance.

Le quart de nos enfants a subi plus de 5 changements de milieu de vie entre leur hospitalisation et le bilan actuel. Nous entendons par là, les placements médicaux consécutifs à l'hospitalisation, les retraits temporaires de l'enfant, les changements de familles nourricières, les retours au foyer suivis de nouveaux placements décidés soit par les autorités administratives ou judiciaires, soit par la famille elle-même.

Si l'on ajoute à ces chiffres le nombre de séparations et de changements d'environnement subis par ces enfants entre la naissance et l'hospitalisation, on constate dans certaines observations que l'enfant, entre la naissance et sa douzième année, a subi plus de 15 changements de situation.



Institut de pédiatrie sociale

Le malheur d'être né pour celui-ci



Pierre Michaud

...Et tout l'amour du monde pour celui-là.

Près de la moitié de ces enfants vivent, en 1974, hors de leur foyer, près d'un quart sont tout à fait abandonnés par leur famille, les parents ayant cessé depuis plusieurs années de leur témoigner une marque d'intérêt. Parmi ces derniers, un seul est adopté, pour les autres leur statut reste précaire et ils peuvent être théoriquement toujours remis à leur famille si cette dernière les réclame soudain (ce qui s'est d'ailleurs produit dans deux cas après des séparations de six et de huit ans et avec un résultat psychologique désastreux).

Quant au bilan psychologique de ces enfants il ne sera qu'évoqué ici. Il fait d'ailleurs l'objet d'autres articles dans ce numéro. Disons seulement que sur 45 enfants dont l'état psychologique a pu être précisé de façon suffisamment fiable, seuls 10 d'entre eux, en général parmi les plus jeunes, ont pu être considérés comme présentant un état satisfaisant, les autres présentant des troubles variables allant de la débilité mentale aux troubles graves du comportement de type névrotique ou prépsychotique.

Outre la gravité de ce bilan psychologique à moyen terme, on peut déduire de cette étude :

– l'imbrication des problèmes psychologiques et sociaux dans ces familles;

– l'incoordination et la discontinuité des mesures successives prises à l'égard de ces enfants et la difficulté voire l'impossibilité d'envisager leur intérêt à long terme;

– le caractère plus ou moins coercitif ou répressif des mesures, qui dépend moins de la gravité ou de l'intentionnalité des mauvais traitements que de la marginalité et de l'inadaptation sociale de la famille;

– enfin les difficultés à apporter une aide psychologique et sociale aux familles et la modestie des résultats obtenus lorsqu'on les envisage avec plusieurs années de recul.

Ces conclusions peuvent apparaître comme une critique acerbe du système français de protection de l'enfance; en réalité, nous pensons que les autres pays connaissent dans la prise en charge de ces familles des difficultés sinon similaires, du moins aussi importantes.

Notre seule ambition serait de convaincre tous ceux qui sont aujourd'hui impliqués dans la protection de la petite enfance, de la nécessité d'entreprendre parallèlement à leur action des études longitudinales, si possible assumées par des observateurs non directement impliqués dans l'action thérapeutique.