Protection de l'enfance
XIX–XXe siècles

Pour citer cet article :

Introduction de Pierre Straus à la Première journée du département de pédiatrie sociale, « Violences institutionnelles », Université Paris-Nord, 21.02.1981. Cote AS-208-XXXIV-7, fonds Pierre Straus, Archives nationales.

UNIVERSITE PARIS-NORD

INSTITUT UNIVERSITAIRE DES SCIENCES PSYCHO-SOCIALES
ET NEURO-BIOLOGIQUES

UER Médicale – 74, rue Marcel Cachin – 93012 BOBIGNY CEDEX

PREMIERE JOURNEE DU DEPARTEMENT DE PEDIATRIE SOCIALE

SAMEDI 21 FEVRIER 1981
Amphithéâtre de la Faculté

"VIOLENCES INSTITUTIONNELLES"

9 h 30 INTRODUCTION
– P. STRAUSS

10 h 00 L'HISTOIRE DE L'ENFANT ET DE SA SEGREGATION DEPUIS LE DEBUT DU XIXème SIECLE
– M. PERROT
Professeur d'Histoire Paris VII – Impossible Prisons
Spécialiste d'Histoire sociale du XIX siècle

11 h 00 LA VIOLENCE DANS LES INSTITUTIONS DE PROTECTION SOCIALE DE L'ENFANT
– P. MOUSNIER-LOMPRÉ
Inspecteur général des affaires sociales

Discussion.

12 h 00 LA VIOLENCE DE L'INSTITUTION SCOLAIRE
– C. CHILAND
Présidente de l'UER Psychologie Paris V

Discussion.

13 h 00 **Interruption pour le déjeuner**

14 h 00 L'ADOLESCENT DEVANT LA VIOLENCE INSTITUTIONNELLE
– S. TOMKIEWICZ
– M. XUEREB
Directeur de recherche à l'INSERM.
Président du Tribunal des Enfants de Paris

Discussion.

15 h 00 LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT
– R. DIATKINE
Professeur à la Faculté de Genève
Directeur adjoint du centre d'Hygiène Mentale infantile du XIII arrondissement.

Discussion.

16 h 00 PERSPECTIVES D'AVENIR
– S. LEBOVICI

Fin des travaux vers 16 heures 30

INTRODUCTION

— P. STRAUS —

J'ai pris conscience un peu tardivement des ambiguités sous-jacentes au titre de cette journée : "Violences institutionnelles", car la famille est une institution alors que dans mon esprit, la violence institutionnelle vis-à-vis des enfants se distingue, sinon s'oppose à la violence intrafamiliale.

A l'époque contemporaine et dans notre pays, des enfants de plus en plus jeunes et de plusen plus nombreux passent des périodes de plus en plus longues dans des institutions qui prennent le relais de la famille en ce qui concerne leur garde ou leur instruction.

En outre, des enfants et des jeunes en situation difficile ou présentant des handicaps ou des besoins particuliers, ont affaire à des institutions spécialisées à visée thérapeutique ou rééducative qui se voient conférer sur l'enfant des pouvoirs ou des responsabilités traditionnellement réservés à la famille.

Parfois, il s'agit de structures de recueil auxquelles certains enfants sont confiés par voie d'autorité en raison de l'incapacité ou des comportements dangereux supposés de leurs parents.

Enfin, des transferts de pouvoirs ou de responsabilités vis-à-vis de l'enfant peuvent être le fait de prises en charge sociales, médicales, psychiatriques ou judiciaires ausein de ce que l'on pourrait appeler d'un très mauvais terme le "milieu ouvert", ce que les anglo-saxons appellent "The community".

Il est clair que toute institution comporte des règles, une hiérarchie, des contraintes, c'est-à-dire une violence implicite nécessaire à son fonctionnement et à son existence même et, de ce fait, justifiée.

Il est non moins vrai que l'immense majorité des institutions pour enfants ont renoncé, de nos jours, dans leurs principes, à la correction ou à la répression en tant que méthode ou finalité et prétendent, suivant le cas, remplir uniquement un rôle de protection, d'éducation, de prévention ou de traitement.

En réalité, pour de multiples raisons, soit parce qu'il existe une inadéquation entre certaines structures et le but théorique qu'elles se proposent, souvent en raison de la pesanteur de leur passé, soit parce que la finalité affichée par une institution en recouvre une autre moins avouable, soit en raison de la personnalité de certains adultes qui détiennent un pouvoir sur les enfants. Ceux-ci peuvent être victimes, dans certaines institutions, de sévices physiques, de négligences, de carences affectives, de violences psychologiques ou de marginalisation plus ou moins sévère.

Ce sont ces problèmes qui seront soulevés au cours de cette journée.

Pour ma part et avant de passer la parole aux autres intervenants, chacun beaucoup plus compétent que moi dans ce domaine, je me bornerai dans cette introduction à évoquer la seule institution pour enfants que je connaisse plus particulièrement : l'Hôpital d'enfants que je fréquente depuis plus de 40 ans.

Au début de mes études médicales, comment se présentaient les services d'enfants par rapport à ce que nous appelons aujourd'hui pompeusement "l'humanisation des hôpitaux". ?

Dès son entrée, l'enfant était brusquement arraché des bras de sa mère, ligoté dans son lit avec impossibilité de se lever et de se redresser. Les visites des parents étaient strictement limitées : une fois par semaine dans certains hôpitaux, toujours à distance des repas ou des soins, avec interdiction de pénétrer dans les boxes de nourrissons et de s'approcher de ceux-ci. Le port du masque était obligatoire pour le personnel médical et infirmier, ce qui fait que les jeunes enfants ne voyaient jamais ni une figure humaine complète, ni un sourire. Toutes ces règles représentaient autant de violences exercées contrel'enfant et ses parents.

Or, il faut bien comprendre qu'à cette époque qui se situait entre les découvertes pasteuriennes et l'apparition des antibiotiques, la surinfection hospitalière représentait le danger majeur, mortel pour de nombreux enfants. La lutte contre ce fléau était la préoccupation première des pédiatres, les conduisant à imposer des mesures de plus en plus rigoureuses d'asepsie et d'isolement, mesures qui ont entraîné effectivement une certaine diminution d'amplitude et de gravité des contaminations intra-hospitalières.

On peut en conclure que certaines de ces violences étaient en quelque sorte justifiées.

La généralisation des vaccinations, l'utilisation des antibiotiques qui coïncidèrent avec les années 50, modifièrent considérablement cet état de chose, rendant les contaminations hospitalières beaucoup moins fréquentes et surtout moins sévères, et ce n'est pas, me semble-t-il, par le seul fait du hasard si l'efflorescence des travaux portant sur les réactions psycho-affectives secondaires aux hospitalisations d'enfants, entre autre ceux de Spitz, de Bowlby et, en France, de Madame Aubry et de Serge Lebovici avec son maître Lelong, a coïncidé avec cette révolution médicale qui permettait, sans risque, l'assouplissement des règlements intérieurs et l'ouverture vers les familles.

Est-ce à dire que les principes élémentaires d'hygiène mentale infantile aient rencontré un accueil favorable et aient réussi rapidement à modifier le fonctionnement des services hospitaliers d'enfants, rien n'est moins vrai et ceci pour des raisons à la fois sociologiques : la tradition ségrégative inhérente à toute institution fermée, et sociologique ; conscience d'être vis-à-vis de l'enfant la bonne mère réparatrice face à l'incapacité parentale, paternalisme ou plus simplement, une certaine commodité et un certain confort.

Si aujourd'hui, dans un certain nombre de services, on permet aux enfants de se lever, s'il existe des psychologues, des éducateurs, des salles de jeux, si l'accueil des familles est plus satisfaisant qu'il y a 30 ans, ces améliorations sont loin d'être généralisées. La participation des parents aux repas et aux soins reste l'exception ; l'entrée des services reste interdite aux frères et sœurs du petit hospitalisé bien qu'aucune raison médicale ne justifie plus cet ostracisme. Enfin, le pouvoir conféré au personnel médical et soignant sur les enfants et sur les familles permet à certains adultes d'exercer leur agressivité, voire leur sadisme sans crainte et sous le couvert de l'institution. Là, sont les violences injustifiables.

La même évolution peut se constater en ce qui concerne les placements médicaux secondaires aux hospitalisations.

En 1920, le Professeur Marfan, éminente personnalité pédiatrique, déclarait : "Lorsque réunit dans un même établissement des enfants de moins de un an, nourris au biberon et séparés de leur mère, la mortalité de ceux qui y font un séjour un peu prolongé est rarement inférieure à 50 % et dépasse souvent ce chiffre". Or, grâce aux mêmes mesures d'asepsie et d'isolement, puis secondairement aux vaccinations et aux antibiotiques, la situation fut complètement retournée dans les années 50, la mortalité disparut dans les pouponnières et le développement staturo-pondéral des nourrissons y fut satisfaisant.

Les pédiatres et les travailleurs sociaux furent alors convaincus du bien-fondé et de l'utilité de ces placements.

Moi-même, en 1959, dans une étude sur les jeunes enfants hospitalisés, j'écrivais : "Les maladies bénignes et de courte durée, connaissent un taux modéré de placements, puis ce taux s'élève avec la gravité de la maladie, mais les enfants les plus fréquemment placés à la sortie de l'hôpital sont les prématurés, les rachitiques, les hypotrophiques et les primo-infectés pour lesquels la nécessité du placement s'impose moins en raison de la gravité de leur état que du fait de la nécessité de les soustraire à un milieu familial insuffisant ou dangereux".

C'est dire que je partageais, avec mes confrères, la conviction que ces placements représentaient à la fois une conquête de la science et une forme de prévention sociale.

Quelques années plus tard, sous l'influence des travaux portant sur la carence des soins maternels et sur les facteurs de carence affective dans les pouponnières, mais surtout en raison de ma propre expérience de médecin d'une pouponnière dite "médicale", confronté à la pauvreté des échanges entre un personnel cependant très dévoué et les enfants, à la multiplicité des intervenants empêchant l'enfant d'établir une relation privilégiée avec un adulte, à la rupture avec les familles en raison de la distance entre la pouponnière et le domicile des parents et en raison de la limitation souvent draconienne des jours et heures de visite ; conscient des prolongations de séjour sans aucune justification médicale dans le but pratiquement avoué de rentabiliser l'établissement par un taux suffisant d'occupation des lits, j'étais devenu beaucoup plus réservé et plus critique à l'égard de ce type de solution.

Cette réserve s'est trouvée renforcée par l'analyse des antécédents médicaux de jeunes enfants hospitalisés à la suite de sévices corporels et de négligences graves, dont j'avais entrepris l'étude. En effet, sur une première cohorte de 100 enfants âgés de moins de 6 ans, 80 d'entre eux avaient été plus ou moins logntemps séparés de leurs parents dans les premiers mois ou les premières années, et 20 d'entre eux avaient été l'objet d'un placement médical consécutif à une hospitalisation.

Certes, dans nos observations, il n'était pas toujours facile d'apprécier les motivations exactes de ces placements parfois sollicités par les parents, où derrière des causes apparemment sociales se masquaient des situations plus complexes ; rejet primaire de l'enfant ou tout au moins une attitude ambivalente à son égard, mais un pourcentage de ces importants, ce placement avait été réellement imposé par un travailleur social ou un médecin sous un prétexte médico-social et avait joué par son seul poids un rôle destructurant dans les relations parents-enfants, même lorsque ceux-ci ne semblaient pas de prime abord rejetants à l'égard de leurs enfants.

En voici un exemple remarquable par lequel je terminerai cette intervention :

Alim est le dernier enfant d'une fratrie de 4. Il est hospitalisé à l'âge de 2 mois pour diarrhée, une seconde fois à l'âge de 4 mois pour une bronchite asthmatiforme. Il est alors envoyé en pouponnière médicale où il reste 9 mois. Il rentre au foyer à 13 mois, fait une otite, est réhospitalisé. L'hôpital le confie à la même pouponnière à nouveau pour 9 mois. Ces placements n'ont pas été demandés par la mère, mais celle-ci, une femme Nord-Africaine, épuisée par ses grossesses successives et ses conditions de logement, une pièce insalubre pour 6 personnes, a accepté passivement la suggestion de l'hôpital.

A son retour, Alim présente un comportement régressif, alors qu'il marchait à la pouponnière, il refuse de marcher. Il reste toute la journée accroupi dans un coin avec des tics de balancement et manifeste une crainte évidente envers sa mère lorsqu'elle lui parle arabe.

Les trois aînés qui n'ont jamais quitté le foyer, sont très agressifs envers lui. Un jour, profitant de l'absence de leur mère, ils l'ont mis dans une poubelle.

Alim a été réhospitalisé quelques semaines après son retour pour brûlure par ébouillantement, fractures de côtes et du bras, et la mère reconnaissait qu'elle n'était pas attachée à cet enfant qu'elle n'avait pas élevé comme les autres.

N'est-ce pas un bon exemple de violence institutionnelle même si dans cette observation, la violence physique a été le fait de la famille ?