



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES
AIDE À LA JEUNESSE

La négligence chez l'enfant de 0 à 3 ans et ses conséquences



Editeur responsable :
Saj de Charleroi
rue de la rivelaine, N° 7
6061 Montignies-s-sambre

La négligence chez l'enfant
de 0 à 3 ans et ses conséquences

- 2014 -

Rédaction

■ BERNARD DE VOS

Délégué général aux droits de l'enfant

■ DAPHNÉ DE BACKER

Conseillère adjointe de l'aide à la jeunesse

Service d'aide à la jeunesse de Charleroi

■ DOCTEUR THÉRÈSE DELATTRE

Pédiatre au service « Aide et Prévention

Enfant-Parents » et à la Clinique Notre

Dame de Grâce

■ VÉRONIQUE DELVENNE

Chef du service de pédopsychiatrie -

Hôpital Universitaire des Enfants Reine

Fabiola – Université Libre de Bruxelles

■ REINE VANDER LINDEN

Psychologue périnatale, aux maternités de

Cavell et St Pierre à Ottignies, formatrice

Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité, et

dans le secteur de la petite enfance

■ L'ÉQUIPE DE L'ASBL ECHOLINE

■ G. HAQUENNE

L'Accueil CPE, SASPE, Service d'Accueil

Spécialisé de la Petite Enfance

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	6
Introduction	8
1. Impact de la négligence sur la croissance et le développement des enfants de 0 à 3 ans	10
2. Traumatisme infantile et devenir psychopathologique Bibliographie	24
3. Tisser des liens sécurisants pour prévenir la grande vulnérabilité	38
4. Accompagnement de familles précarisées depuis la grossesse : la question du lien et de la sensibilisation aux besoins de l'enfant	51
5. La négligence chez l'enfant de 0 à 3 ans	65
6. La Commission de Coordination de l'Aide aux Enfants Victimes de M altérité de l'Arrondissement Judiciaire de Charleroi	77
Bibliographie	84

Les temps changent, nos sociétés évoluent et malheureusement pas toujours dans le sens du progrès. C'est particulièrement vrai lorsqu'il est question du meilleur intérêt des enfants. L'institution du Délégué général aux droits de l'enfant est, par nature, une institution généraliste. Au travers de ses différentes missions, notamment de récolte de plaintes ou de recommandation auprès du Parlement et du Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, le Délégué général est un observateur privilégié des injustices, des violences, de la maltraitance, qu'elles soient physique, psychologique, institutionnelle ou autre, infligées aux mineurs d'âge dans notre communauté. De cette place particulière, il lui est donné de voir clairement combien les jeunes sur lesquels certains médias, certains (ir)responsables succombant au populisme ou adultes, en général, s'acharnent à l'adolescence, pour leur comportement qualifiés de déviants et parfois inacceptables, il faut le reconnaître, ont d'abord eux-mêmes été dans leur plus tendre enfance, victimes de violences en tous genres.

Désormais, et notamment grâce au travail remarquable de la Commission Maltraitance de Charleroi, on ne peut plus dire qu'on ne savait pas quelles sont les conséquences terribles de la négligence sur un petit enfant, parfois un nouveau né, lorsqu'il sera devenu un jeune et puis un adulte. Bien sûr il ne faudrait pas que ces preuves médicales, psychologiques, psychiatriques, scientifiques, au sens le plus noble du terme, nous conduisent à un déterminisme dangereux qui ferait de tout petit enfant négligé ou maltraité un potentiel danger, une menace éventuelle pour la société. La crise économique et financière que nous vivons a elle aussi des conséquences effroyables sur certaines familles qu'il serait important de quantifier, définir clairement pour mieux préserver, protéger les enfants qui en sont victimes.

En revanche, sous cet éclairage, il est impossible de nier l'importance de travailler la prévention dès le plus jeune âge, l'accompagnement des parents dès avant même la naissance, une vision transversale de la politique de l'enfance qui tienne compte de tous les aspects sociaux, économiques, culturels, ... dans l'éducation de l'enfant. On voit combien le sujet est délicat quand il s'agit de travailler le vivant, de travailler l'humain

alors qu'il vient à peine de naître. On voit très bien ce que cette réflexion amène en termes d'éthique, d'égalité des chances, d'émancipation et d'humanisme. Le Délégué général salue le travail qui a été réalisé par la Commission Maltraitance de Charleroi d'autant qu'il inscrit son action dans le sens d'un renforcement de la prévention générale dans le meilleur intérêt des enfants. La publication en décembre 2012, avec l'ONE et la Direction générale de l'aide à la jeunesse, d'un Référentiel de soutien à la parentalité pour un accompagnement réfléchi des familles n'en est qu'un exemple parmi d'autres, qui promeut un travail en réseau qui respecte les parents, quel que soit leur environnement quotidien.

L'expérience de la Finlande, souvent prise en exemple par certains élus pour souligner la qualité de l'enseignement qui y est prodigué, nous invite à nous rappeler, par ailleurs, qu'avant de travailler sur l'école primaire et secondaire, les Finlandais ont investi massivement dans la petite enfance pour obtenir le succès que l'on voit aujourd'hui. Car c'est dès la semence que l'on prépare le fruit.

Bernard De Vos

Délégué général aux droits de l'enfant

INTRODUCTION

La Commission de Coordination de l'Aide aux enfants victimes de maltraitance de l'arrondissement judiciaire de Charleroi a vu le jour en septembre 2006.

Tout nouveau groupe de travail apprend à se connaître et à se reconnaître. Cela a demandé une période de maturation afin de permettre une meilleure connaissance des différents services représentés au sein de cette Commission et ainsi éviter

une représentation phantasmatique du travail de l'autre.

Ce long processus a permis à la Commission de **se pencher plus précisément sur le travail du réseau actif dans le traitement des situations de maltraitance**. Ce travail a abouti à l'organisation d'une journée d'information destinée aux différents professionnels de l'enfance et de la jeunesse.

Lors de cette journée avec les acteurs de terrain, le travail de réseau a été présenté dans toute sa complexité. L'intérêt suscité auprès du public a renforcé la mobilisation déjà importante des membres de la Commission. Celle-ci s'est axée sur l'aspect préventif de la maltraitance.

Est apparu dès lors la nécessité d'investiguer les notions de bientraitance et de négligence, de comprendre les processus évolutifs qui prédisposent à la négligence, d'identifier les indices de risque environnementaux avant et après la naissance pour apporter l'aide la plus adéquate possible au plus près des familles.

Par conséquent, la Commission s'est intéressée aux approches médicale, psychologique et psychiatrique de la négligence sur le petit enfant. Ces regards croisés sous-tendent la prise en charge de ces enfants dans un travail psycho-médico-social et éducatif particulièrement intense. Riches de cette réflexion, les membres de la Commission ont organisé une journée de sensibilisation du réseau quant aux conséquences de la

négligence précoce sur le développement futur de l'enfant.

Cet échange de connaissances théoriques et pratiques a soulevé un grand enthousiasme auprès du public.

Pour garder des traces de ces nouveaux savoirs, l'idée d'une brochure a été réalisée afin de répondre aux attentes des professionnels investis dans l'aide aux enfants victimes de négligence et à leurs familles.

Nous espérons que la lecture de cette brochure répondra à vos attentes.

Vous y trouverez notamment le compte rendu des exposés présentés lors de la journée organisée par la commission de coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance, la présentation de la commission, ainsi qu'une bibliographie étoffée concernant les sujets traités. Nous remercions Monsieur B. De Vos, délégué général aux droits de l'enfant, pour son aimable participation ainsi que monsieur David Lallemand.

Je vous en souhaite bonne lecture.

Daphné De Backer

Conseillère adjointe de l'aide à la jeunesse

Service d'aide à la jeunesse de Charleroi

Docteur Thérèse Delattre, pédiatre au service « Aide et Prévention Enfant-Parents - Charleroi » et à la Clinique Notre Dame de Grâce de Gosselies.

L'examen médical est un outil précieux dans le suivi des populations d'enfants issus de familles vulnérables, Il représente un indice d'alerte pour le psycho-relacionnel et devrait être systématique dans tout bilan d'enfant à risque.

A partir d'une consultation médicale "banale" (type consultation des nourrissons) une évaluation quantitative peut se réaliser et apporter des indicateurs de la santé et du développement psycho-affectif de l'enfant. Avec les moyens classiques d'une consultation: tels qu'une balance, un mètre ruban, un stéthoscope, un dossier bien tenu (courbes de poids, de taille et de périmètre crânien), une attention engagée et continue dans le temps, tant au petit patient qu'à ses parents, un bilan de l'état de bien-être de l'enfant peut se faire. Il concerne non seulement l'ici et maintenant mais s'inscrit aussi dans une temporalité plus longue qui donne des informations précieuses sur la qualité de ce qui lui est offert dans son milieu de vie.

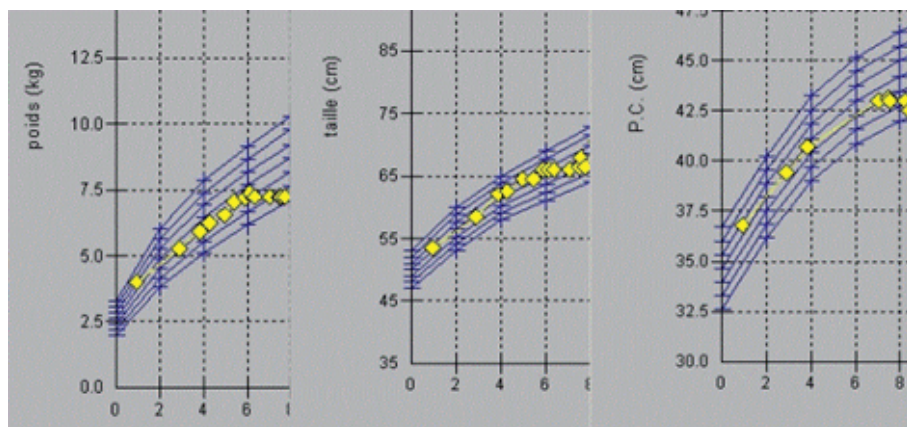
Le médecin qui repère des points d'appel dans son examen, signes de fragilité ou déficits déjà marqués, aura peut-être besoin de s'associer à d'autres professionnels pour approfondir son bilan (en organisant une hospitalisation par exemple), pour mobiliser et sensibiliser les parents aux besoins de leur enfant; parfois aussi pour intervenir de façon protectionnelle.

La question du secret professionnel se conjugue ici en terme de secret partagé. Cela implique de tenir à la fois le fil du respect des familles et celui de la nécessité de mobiliser un dispositif d'aide, dispositif qui associe les parents aux soins et à la recherche de solutions. Leur parler clairement et ouvertement de ce que l'on découvre, veiller à ce qu'ils

comprennent, les concerner en leur partageant la préoccupation que l'on a, est la seule voie pour mobiliser ou remobiliser l'attention qu'ils n'ont pu avoir. Ainsi des nouvelles façons de faire pourront peut être se dégager, ce dans une préoccupation ajustée pour les besoins de l'enfant. Diverses situations sont ici décrites, elles permettent d'illustrer ces propos.

Charlotte 7 mois : une famille en souffrance

Charlotte est née à terme avec un poids de naissance de 3 kg. Elle m'est envoyée à la consultation pédiatrique privée par le médecin généraliste de l'ONE. Un petit mot l'accompagne et signale "une cassure de courbe". Un post scriptum en bas de page, souligne l'inquiétude face à un "contexte familial tendu".



Son développement moteur au moment de la consultation est normal mais elle présente des troubles de l'alimentation, se fait vomir. Le suivi régulier à l'ONE permet d'observer des courbes correctes jusqu'à 6 mois de vie. Dès cet âge, l'enfant présente une cassure de courbe de poids, suivie d'une cassure de courbe de taille et 15 jours plus tard, de périmètre crânien.

La mère, démunie face aux comportements alimentaires de sa fille et inquiète de voir que la prise de poids ne suit plus, se met à forcer son

enfant à manger, tant son inquiétude est importante. Seul importe le souci de la faire grossir au détriment d'un questionnement ou d'un ajustement aux signes d'appel de sa petite. Elle est terriblement soulagée d'entendre la pédiatre lui proposer un bilan en hospitalisation. Les examens médicaux complémentaires sont normaux. Ils sont complétés par un bilan de développement qui lui, est déficitaire. De plus, on peut observer entre l'enfant et sa mère une difficulté d'établir le contact. Le regard de Charlotte évite celui de sa maman. Le bras de fer qui se joue autour des repas se passe non seulement avec la maman mais se "contamine" aux infirmières avec un risque vital préoccupant. La mère « fait ce qu'il faut » pour l'enfant mais sur un mode strictement opératoire. Il n'y a pas de plaisir qui passe entre elles lors des soins ; la tension est perceptible dans les échanges.

L'hospitalisation donne la possibilité de redéployer l'histoire de Charlotte et de ses parents : histoire empreinte de traumatismes et de peur de mort.

Les parents racontent que l'enfant est arrivée par surprise. Elle est née à terme dans un contexte d'urgence et par césarienne au milieu de la nuit. Les parents ont cru perdre leur bébé et n'ont pu reparler de ce vécu difficile dans l'après-coup immédiat. Ils sont soulagés, surtout le papa, d'enfin pouvoir exprimer toutes les émotions difficiles qui les avaient alors secoués et dont ils ne s'étaient jamais parlé entre eux. Les tensions et la peur non dites ont laissé des traces douloureuses dans ce couple qui faute de paroles, se dispute fréquemment et parfois entretient des relations violentes (tensions chroniques). Les repas ne pouvaient se passer sereinement dans un tel climat. Charlotte, dès lors, mettait sa mère en échec (trouble de la relation précoce). Pouvoir parler en confiance au médecin qui se préoccupe de leur fille, leur permet de prendre conscience de leurs difficultés et des besoins actuels de Charlotte. Ainsi se mettent en place, à partir du lien sécurisant tissé avec le pédiatre, la TMS et le médecin ONE, un accompagnement psychologique (introduit sur base de la préoccupation positive du médecin), une crèche et un « espace rencontre» qui offrent à la petite d'autres expériences relationnelles avec

des professionnels, et à sa maman, un peu de temps pour elle.

Les parents acceptent également un suivi médical tous les 15 jours. Au sein de ce dispositif bienveillant, Charlotte reprend lentement du poil de la bête (poids), ses troubles alimentaires s'estompent, elle se montre plus vivante et ses courbes reprennent un chemin ascendant. A 18 mois les courbes de l'enfant interpellent à nouveau. Leur chute correspond à une nouvelle période de crise familiale, le papa a fait une tentative de suicide. Charlotte n'en n'est pas seulement affectée psychiquement, l'effet se marque dans son corps.

En résumé :

- > contexte de naissance traumatique
- > stress post-traumatique sur un tableau de famille déjà vulnérable
- > climat de tension conjugale (+ violence)
- > enfant soumis à du stress chronique. (un enfant de moins de deux ans ne fait pas la différence entre des coups portés sur sa mère ou sur lui)
- > échec de la mère de la fonction maternelle
- > trouble de la relation précoce
- retard du développement (impact sur les courbes – poids, taille et périmètre crânien entre 6 et 9 mois et sur le développement psychomoteur)
- > tableau de nanisme psycho-social avec développement de conduites alimentaires pathologiques, (forme la plus grave)

Ressources :

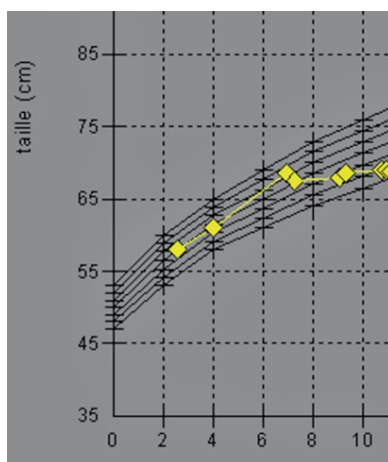
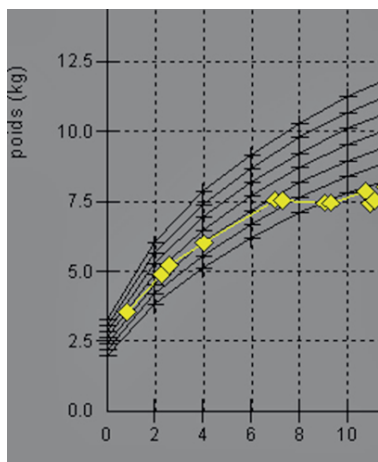
- lien positif avec le médecin
- collaboration des parents et prise de conscience de la nécessité de soins pour l'enfant
- compliance aux aides thérapeutiques

Attention, il faut garder le souci d'une réévaluation régulière de l'évolution de la situation et de la pertinence du dispositif de soins.

Arthur 11 mois: attention, environnement défaillant ?

Arthur est suivi par un pédiatre libéral depuis sa naissance. Né à terme, son développement est sans particularité. Il rentre en crèche à 5 mois et demi et attrape les maladies habituelles d'un enfant qui fréquente une collectivité.

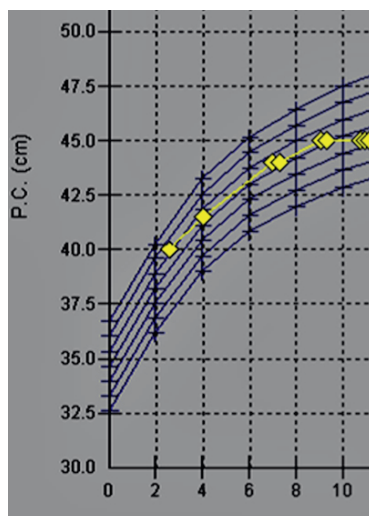
Vers 6 mois et demi, il amorce une cassure de sa courbe de poids puis de courbe de taille.



Les infections à répétition pouvaient expliquer sa cassure de courbe de poids. C'est lors d'une consultation aux urgences de l'hôpital pour l'obtention d'un certificat médical à 10 mois de vie de l'enfant, qu'un assistant pédiatre attire l'attention sur la cassure de courbe du périmètre crânien et réoriente Arthur vers son pédiatre référent.

En concertation avec le pédiatre, les parents acceptent une éviction de la crèche et un bilan médical pour le problème des infections à répétition et des cassures de courbes.

On suspecte et découvre un déficit



probable en hormones de croissance (IGf1bas) à l'occasion d'un examen qui nécessite plusieurs prises de sang sur une matinée.

En raison de l'intrusivité de cet examen, la maman refusera la poursuite d'un bilan un mois plus tard (tests plus poussés). Elle signale que depuis le premier examen, Arthur qui reste à présent à la maison n'est plus le même, il rayonne. Que s'est-il passé pour Arthur à la crèche s'interroge la mère. Elle était frappée par l'aspect inerte d'Arthur quand elle le reprenait dans la section où il était accueilli et après chaque retour à la maison.

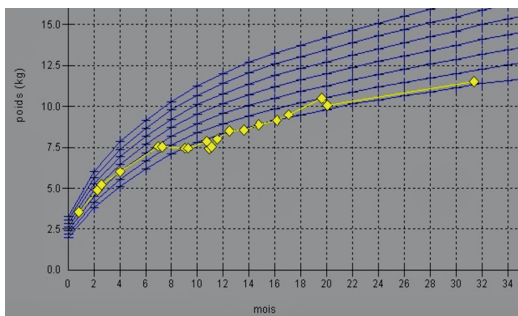
De commun accord avec les parents, Arthur change de lieu d'accueil et est pris en charge par une gardienne.

Après ce changement, il est convenu avec les parents de poursuivre l'observation régulière des courbes poids – taille – périmètre crânien de l'enfant. Très vite elles reprennent une ascension régulière.

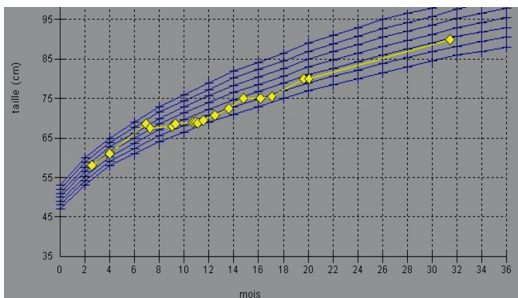
Les paramètres concernant les hormones de croissance se sont régularisés spontanément.

On peut faire l'hypothèse au vu de ce tableau que l'enfant était soumis à de la négligence institutionnelle dans la crèche où il se trouvait initialement.

Les parents ont pu être assez attentifs pour tirer la sonnette d'alarme et modifier les conditions de garde d'Arthur.



On observe une réversibilité des déficits simplement en modifiant les conditions de vie de l'enfant.



Dylan 20 mois: négligences chroniques et sévères

Dylan naît à terme avec un poids de 3,390 gr. Dès la maternité, les soignants sont inquiets face à l'impulsivité et aux capacités limitées de la maman. Le papa est présent mais souffre d'alcoolisme. Le couple est "explosif" et les bagarres sont fréquentes. La grand-mère maternelle est présente mais alcoolique également. Seule vraie ressource dans le tableau: l'arrière grand-mère du bébé. Elle a 84 ans et vient fréquemment en aide pour les transports et des petits coups de pouce financiers. Elle est consciente des difficultés du jeune couple. Dès le début de vie de Dylan, un réseau a été nécessaire autour de cette famille (aides familiales, suivi psycho-social spécifique à la périnatalité – ONE).

À la consultation, la balance, le mètre ruban et les questions concernant le quotidien (comment dort-il, mange-t-il, joue-t-il ? est en interaction (sourire) ?) vont être de précieux repères dans le suivi de ce petit.

La vigilance du réseau va permettre d'organiser à plusieurs reprises des hospitalisations.

Dès le 11^{ème} jour de naissance, le bébé présente déjà un tableau de déshydratation. Deux jours d'hospitalisation seront nécessaires.

À 15 jours de naissance, l'enfant est repris en charge 15 jours cette fois en pédiatrie pour une nouvelle perte de poids.

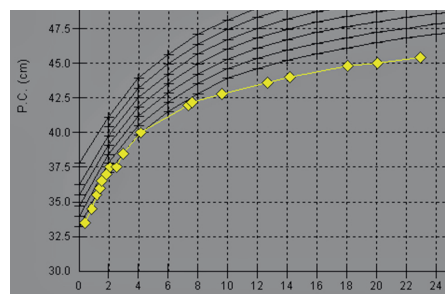
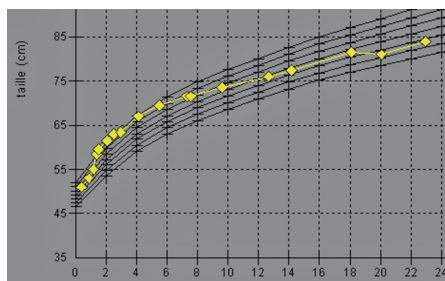
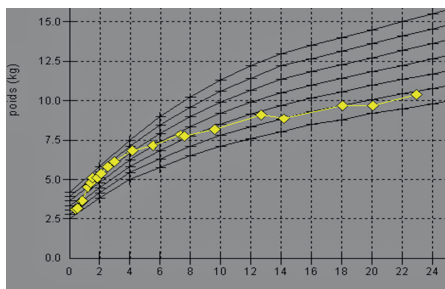
C'est lors d'une hospitalisation en urgence à huit mois, pour une laryngite, qu'un retard psycho-moteur est objectivé (Quotient de développement demandé vu le contexte). Appel est fait au SAJ pour soutenir une mise en crèche et des soins psycho-moteurs qui malheureusement n'ont pu être mis en place (maman signe un accord mais ne fait pas les démarches).

À 14 mois un bilan est réorganisé en hospitalisation autour d'une cassure de courbe de poids (du percentile 25 au percentile 10) détectée à la consultation ONE et ce malgré le fait que l'enfant présente un excellent appétit.

L'aggravation du retard de développement est confirmée et Dylan est orienté vers une crèche neurologique.

À 20 mois, l'enfant est hospitalisé pour une gastro-entérite. Le couple vient de se séparer dans un climat de bagarres. L'hospitalisation devient la scène de ce que l'enfant vit depuis un moment à la maison. La négligence maternelle est exposée au grand jour. La maman laisse l'enfant au lit sans barreaux protecteurs, ne le regarde pas, elle lui coupe les ongles en le blessant et en le grondant parce qu'il pleure...

Selon quelques repères concernant le fonctionnement des « parents suffisamment bons » (Winnicott), la situation de Dylan pose la question du danger qu'il encoure.



Critères de parentalité suffisante (Dr Barudy)

- Lien d'attachement
- Empathie
- Intelligence émotionnelle
- Croyances concernant l'enfant
- Modèles de soins adéquats
- Modes de participation au tissu social
- Capacité de demander de l'aide, de se confier
- Minimum de capacité d'introspection

Les limites intellectuelles des parents et l'alcoolisme paternel aggravés par la violence conjugale créent un climat de stress et de négligence très délétère pour l'enfant.

Hypothèse est faite que Dylan présente également un « fœtal alcool syndrome » (imprégnation alcoolique intra-utérine).

Les ressources parentales sont clairement insuffisantes et entravent l'adhésion aux aides proposées.

Le réseau s'épuise et le risque de négligence guette celui-ci aussi !

Une question doit rester omniprésente sous peine d'abaisser sa vigilance.

Quel est le seuil minimum de soins et d'attention aux besoins de l'enfant qui, s'ils ne sont pas respectés, donne à la société une légitimité à intervenir ?

- Besoins physiques
- Besoins affectifs
- Besoins cognitifs
- Besoins sociaux

Jenny 16 mois

4^e enfant de sa famille, Jenny est née à 36 semaines de gestation et présente un petit poids et une petite taille à la naissance.

On fait l'hypothèse d'une dysmaturité qui maintiendra l'enfant dans des courbes de petit percentile.

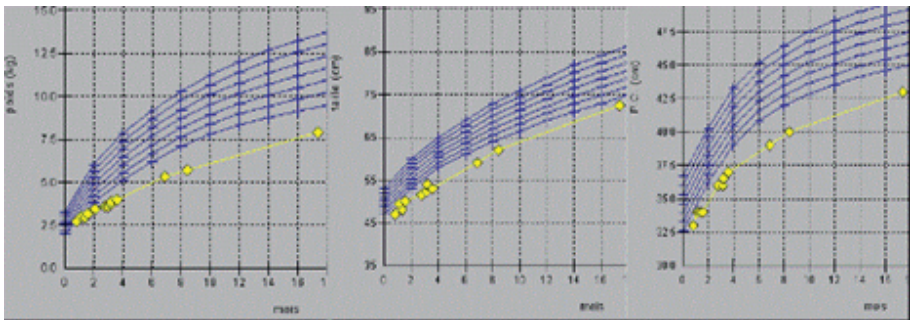
Un service d'aide à domicile est organisé dès la sortie du service néonatal en raison des antécédents de sa soeur aînée.

Le suivi de la fillette est irrégulier malgré les rappels de la consultation.

Dès deux mois de vie, elle est adressée à un pédiatre par la consultation ONE pour une cassure de courbe poids/taille.

Le passage des professionnels à domicile met en évidence des conditions d'hygiène insuffisantes et de désorganisation importante.

À 16 mois, un intervenant au domicile demande un examen médical en raison des mauvaises conditions d'alimentation de Jenny.



Jenny est une petite fille qui semble en bonne santé mais le pédiatre est plus attentif en raison des inquiétudes de l'envoyeuse et de la description de son environnement.

Bilan médical en cas de suspicion de négligence dont les points suivants sont systématiquement envisagés :

- > Bonne anamnèse: suivi grossesse, régularité du suivi bébé, évaluation environnementale, ressources familiales et sociales..., relais médicaux, troubles sphinctériens (fréquents)
- > Vaccinations (pas dans les temps)
- > Examen clinique complet
- > Courbes de poids taille et PC
- > Bilan psychomoteur (Brunet Lézine) retard de développement principalement dans les items de langage et de socialisation
- > Bilan nutritionnel: hémato et bilan fer
 - ca, P, phosphatases alcalines
 - protéines électrophorèse, albumine, préalbumine,...
- > Bilan retard staturopondéral:
 - Igf1 (test au glucagon ?)
 - T4, tsh, ac antigliadine et endomysium
 - urée créat, tests hépatiques
- > Hyperinsulinisme (obésité!)
- > Age osseux
- > Bilan ophtalmo
- > Bilan orl
- > Imagerie, photos (??), etc

À la fin de l'examen médical, et devant la difficulté d'amener ces parents à l'hôpital, une prise de sang est demandée en urgence pour Jenny.

Le bilan sanguin met en évidence une anémie majeure (l'alimentation exclusive au lait de vache ou très déséquilibrée est à l'origine de ces graves perturbations sanguines).

HEMATOLOGIE		
Hémoglobine	7,0 ■ g/dl	11,0 à 13,0
résultat contrôlé par un second dosage		
Hématocrite	27,6 ■ %	33,0 à 40,0
Globules rouges	4,90 ■ millions/ μ l	3,60 à 5,20
Vol. globulaire	56 ■ μ^3	70 à 89
Teneur corp. moy. en Hb	14,2 ■ picog./cell.	26,0 à 32,0
Conc. corp. moyenne Hb	25,2 ■ g/dl	32,0 à 36,0

Le tableau impose une hospitalisation de Jenny pour poursuivre le bilan et garantir le traitement. La courbe de poids remonte sensiblement même après la sortie de l'enfant grâce à la mobilisation du réseau qui motive les parents à accrocher à une solution de crèche et à un programme de soutien parental (accueil multi-familial de jour).

L'expérience montre qu'un suivi médical rapproché après une cassure, peut accélérer la reprise du poids et du développement en intensifiant l'attention des deux parents autour de l'enfant.

Noémie ne s'est pas présentée au rendez-vous

Noémie naît petite mais à terme. Ses courbes sont situées au percentile 3 pour le poids, la taille et le périmètre crânien.

Elle est référée au pédiatre hospitalier à 14 mois de naissance pour un bilan médical en raison d'une cassure de courbe de poids repérée par l'ONE.

Pour des raisons pratiques, Noémie est brièvement hospitalisée. Rien de spécifique n'apparaît et un suivi classique est organisé.

Mais Noémie n'est pas présentée par ses parents aux rendez-vous fixés. A l'occasion d'un passage fortuit de la maman qui demande un certificat, la pédiatre s'informe sur l'évolution de Noémie.

Devant les difficultés persistantes évoquées par la maman, proposition est faite de ré-hospitaliser l'enfant.

Le but est d'évaluer l'état de l'enfant mais également l'environnement dans lequel évolue Noémie.

Cette deuxième hospitalisation, plus longue cette fois, permet de voir une évolution favorable des courbes et du comportement de l'enfant au terme de 15 jours.

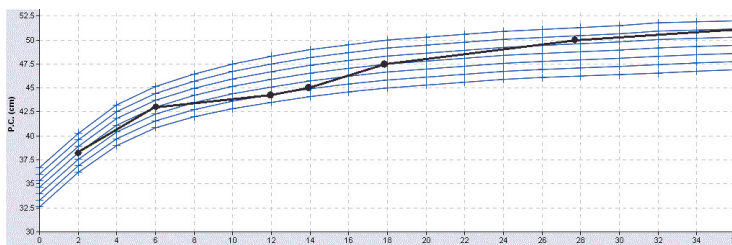
La fillette s'ouvre et montre un intérêt croissant à ce qui l'entoure et aux relations avec les autres enfants contrairement à la fermeture sur elle-même présentée en début de séjour.

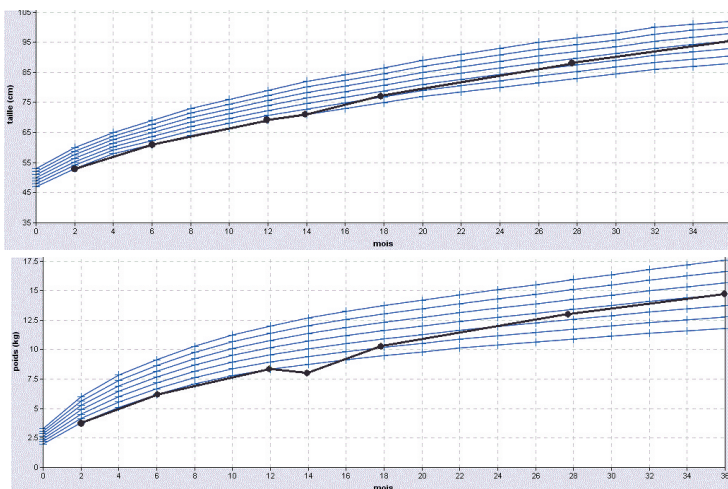
La petite a été orientée vers une pouponnière avec l'accord de ses parents et a poursuivi une bonne évolution.

-> une trop courte hospitalisation ne donne pas le temps nécessaire à une adaptation de l'enfant à son nouvel environnement ni aux effets positifs que celui-ci apporte (reprise de poids, ouverture relationnelle...).

10 à 15 jours minimum peuvent être nécessaires pour voir les améliorations se manifester (sinon on risque de passer à côté du diagnostic).

On aurait pu croire que Noémie était un bébé "small for date" si l'observation n'avait pas été suffisamment longue. Son placement en pouponnière a confirmé sa reprise de poids, de taille et de périmètre crânien bien au delà de ce qu'on aurait pu espérer.





CONCLUSIONS

La négligence est un concept élastique et confus ; un phénomène fréquent, hélas trop souvent sous estimé parce que agissant à bas bruit.

Il doit être suspecté devant tout trouble du comportement avec retard de développement et hypotrophie

Lorsqu'il y a négligence **tous les enfants sont touchés dans tous les aspects de leur vie**, parfois de façon différente.

La négligence a un impact sur l'évolution du poids, ensuite de la taille et plus tard sur la croissance cérébrale.

Une attention particulière doit être portée aux courbes entre 6 et 9 mois, période où les bébés sont le moins suivis (pas de vaccin) et au moment des changements d'environnement (entrée en crèche, école, séparation parentale..)

Le stress chronique généré par les conditions de négligence engendre ce qu'on appelle le **"nanisme psycho-social"** par blocage entre autre de la sécrétion de l'hormone de croissance.

Ces enfants présentent des perturbations du sommeil avec déficit de « sommeil lent profond » – phase pendant laquelle est sécrétée l'hormone de croissance. (Bien dormir pour bien grandir, pourrait-on dire)

Le stress intense et chronique chez l'enfant produit un dysfonctionnement cérébral qui empêche un développement harmonieux et freine l'épanouissement des capacités cognitives et de socialisation avec de graves conséquences sur la personnalité. **Le futur adulte est déjà abîmé.**

C'est un domaine où la notion de **prévention** est la plus pertinente.

L'hospitalisation peut être un outil pour permettre d'évaluer l'impact des conditions de vie sur le corps de l'enfant et sur son développement, elle doit être **suffisamment longue** pour voir remonter les courbes (15 jours)

L'expérience montre qu'un **suivi médical rapproché** après une cassure peut accélérer la courbe de croissance. La vigilance du médecin peut avoir pour effet d'intensifier chez les parents, l'attention qu'ils portent à l'enfant.

Les perturbations des courbes sont indicatrices de souffrances qui doivent faire l'objet de **soins particuliers**. Elles sont corrélées avec le quotient de développement qui lui peut aussi stagner lorsqu'il y a défaillance de soins.

Cette reprise des courbes est un des éléments qui permet d'évaluer l'adéquation de la prise en charge, **elle ne suffit pas !**

Dans les tableaux de négligence, les soins doivent être **donnés au long cours et nécessitent donc un garant du suivi. Le risque de rechutes est hélas fréquent** si des relais ne sont pas assurés et une vigilance maintenue.

Les **milieux de substitution**, sont parfois nécessaires pour suppléer à cette "dysparentalité" (crèche, pouponnière, gardienne, famille d'accueil...). Semblable à un lieu de paix où l'enfant est protégé du stress produit par sa famille, le milieu d'accueil est un lieu de soin médical et psychique, un lieu où un regard sur son évolution et une attention continue lui sont octroyés. Ses parents doivent rester informés de son évolution même si leur intérêt est discontinu ou limité.

Véronique Delvenne

Chef du service de pédopsychiatrie - Hôpital Universitaire des Enfants
Reine Fabiola – Université Libre de Bruxelles

La violence physique ou sexuelle présente des stigmates visibles, objectivables et immédiats. **Il existe une maltraitance plus insidieuse, plus difficile à repérer mais éventuellement plus grave au niveau de ses conséquences à long terme qui est le manque d'investissement, le manque d'amour, la négligence grave.**

Un enfant privé de l'investissement affectif et émotionnel dans les premiers moments de la vie ne va pas se développer normalement.

L'expérience des homes roumains nous a appris que ces enfants gravement carencés présentaient des retards de développement globaux, tant au niveau physique que du développement langagier ou des relations sociales aboutissant à des tableaux de retard intellectuel et de carence.

La nature des toutes premières relations à l'objet d'investissement primaire influence de manière importante notre rapport au monde ultérieurement et donc **la manière dont un enfant va apprendre à se comporter avec un être humain, va se comporter socialement et la manière dont il va appréhender le monde.**

Le développement d'un trouble psychopathologique va dépendre d'une part de facteurs de risques biologiques, psychologiques, familiaux, sociétaux et culturels agissant en synergie et d'autre part de la période du développement pendant laquelle ils agissent. Les mêmes facteurs peuvent avoir des effets différents selon le moment et la durée de leur action. Ainsi, les relations sociales de l'enfant influencent le

fonctionnement de son système nerveux et vice versa. La question génétique ne peut pas être clivée de l'aspect environnemental. L'épigénétique nous montre comment l'expression génétique est largement dépendante de facteurs environnementaux.

Le développement cérébral débute avec la neurogenèse, qui correspond à l'augmentation du nombre de neurones entre la 10ème et la 20ème semaine in utero, puis vient la migration des neurones entre la 12ème et la 24ème semaine puis le développement des synapses, la synaptogenèse qui augmente à partir de la 20ème semaine jusqu'à la puberté. Cette surproduction de synapses subit un remodelage constant dans l'enfance et l'adolescence en fonction des expériences et de ce qui est utilisé comme compétences.

Les moments d'extrême sensibilité du développement cérébral chez l'enfant concernent la période anténatale avec la possibilité d'une trace neurobiologique pendant la grossesse et la période post-natale de la première année.

Un état de stress important et prolongé chez la mère pendant la grossesse entraîne une modification de la réactivité au stress chez l'enfant ultérieurement dans sa vie.

Les travaux sur la qualité de l'attachement ont montré l'importance de la première rencontre œil à œil, peau à peau entre le nouveau-né et sa mère au moment de la naissance pour la création d'une bonne relation d'attachement (Bowlby, Ainsworth, Fonagy). Ainsi, **l'établissement de relations précoces de qualité est connu comme un facteur important de résilience.** Les études de suivis longitudinaux sur l'attachement montrent une corrélation entre la sécurité d'attachement et la capacité pour l'enfant de coopérer avec l'adulte, de se concentrer au jeu, de persister dans la résolution de problèmes ou à être en bons termes avec ses pairs. **L'expérience de sécurité précoce permet ensuite à l'enfant de s'ouvrir au monde,** soutenant ainsi l'autonomie ultérieure de l'individu.

Le système du stress

Ethologiquement, le stress permet le maintien de l'espèce.

On distingue 3 types de stress :

le stress léger avec un retour rapide à la normale,

le stress modéré (ex. décès) qui présente un effet négatif qui n'est pas prolongé en raison du soutien par un adulte bienveillant et,

le stress grave et toxique qui entraîne une activation prolongée du système du stress sans soutien par un adulte.

1er temps d'activation du système du stress : la phase d'alarme.

Celle-ci permet une augmentation de la vigilance et prépare le corps à la réaction à l'agresseur.

Le cerveau soumis à un événement perturbateur stressant stimule l'hypothalamus responsable d'une double activation des hormones et des neuromédiateurs de l'axe du stress, les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) avec une réponse périphérique via le système nerveux autonome (SNA) sympathique, les médullosurrénales synthétisent l'adrénaline et la noradrénaline, messagers hormonaux responsables des effets stimulants cardiovasculaires.

Il existe aussi une réponse centrale avec une activation directe du locus coeruleus par l'hypothalamus puis une stimulation des régions limbiques et préfrontales riches en récepteurs alpha et bêta-adrénergiques. L'amygdale est plus particulièrement chargée de quantifier la connotation émotionnelle d'une information, c'est à dire de signifier son importance.

L'hippocampe consolide la mémorisation des informations modulées par l'amygdale. Les processus de mémorisation déclarative (scène vécue) sont ainsi recrutés pour analyser la situation nouvelle au regard des expériences passées.

2ème temps d'activation du système du stress : la phase de résistance.

Si l'agent stressant perdure, la mobilisation des énergies de l'ensemble du corps est nécessaire, le système endocrinien prend la relève via l'hypothalamus et l'hypophyse. Le cerveau stimule l'hypothalamus qui sécrète le CRH (corticotropin releasing hormone) qui lui-même stimule l'hypophyse qui sécrète l'ACTH (hormone corticotrope) qui active la sécrétion de cortisol. En périphérie, le cortisol va recruter par la formation de glycogène, les sources d'énergies nécessaires aux efforts musculaires à fournir pour fuir. Il va aussi franchir la barrière hémato encéphalique et agir au niveau du cerveau sur les régions préfrontales et limbiques dont l'hippocampe avec des effets négatifs sur les capacités mnésiques des individus (taux élevés chroniques des patients dépressifs sévères). Il supprime également les réponses immunitaires et à long terme il modifie l'expression génétique dans les circuits impliqués dans la réponse au stress, aux émotions et à la mémoire.

3ème temps d'activation du système du stress : le rétrocontrôle négatif

L'organisme a ses limites et ses énergies ne sont pas inépuisables. Pour renouveler les stocks énergétiques, les effets physiologiques neuroendocriniens du stress doivent s'interrompre sinon le corps entrera en phase d'épuisement. Les conditions de retour à un niveau basal de cortisol sont rendues possibles par trois niveaux de boucles de rétrocontrôle de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, au niveau de l'hypothalamus, de l'amygdale et du cortex.

Le système limbique est un groupe de structures cérébrales représentant, en quelques sortes, le centre de l'affectivité. Il joue un rôle très important dans diverses émotions comme l'agressivité, la peur, le plaisir ainsi que la formation de la mémoire. Il est connecté au cortex préfrontal. L'amygdale est impliquée dans l'agressivité et la peur ainsi que dans la mémoire

implicite et émotionnelle. L'hippocampe est impliqué dans la mémoire explicite, déclarative à long terme.

Le stress anténatal et ses conséquences

Les études chez l'animal ont montré que le stress chez la mère enceinte entraîne une augmentation du cortisol chez le fœtus à partir de 20 semaines in utero avec des conséquences sur le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (axe HPA) à long terme. On décrit une réactivité ultérieure de l'individu au stress augmentée avec des petits plus peureux.

Chez l'homme, on sait que le stress et l'anxiété anténatal augmentent le risque de prématurité mais aussi la vulnérabilité ultérieure aux événements stressants (mémoire implicite liée au système amygdalien). Dans des études sur de grands prématurés, c'est fonction principalement de l'anxiété maternelle (Pierrehumbert et Ansermet).

Le stress chez le jeune enfant

Les circuits neuronaux du stress sont particulièrement malléables pendant la période fœtale et la petite enfance. **Si le stress dure ou est activé trop fréquemment chez l'enfant, on observe un stress toxique qui a pour conséquence une élévation prolongée du cortisol. Ceci induit des altérations du fonctionnement de plusieurs systèmes neuronaux impliquant des modifications de l'architecture du cerveau** (Lupien, 1998, Mc Ewen, 1995).

L'augmentation constante du taux sanguin de cortisol a un impact toxique sur le développement du cerveau du nourrisson (et de l'adulte) et entraîne un dysfonctionnement limbique au niveau de l'hippocampe

avec une diminution du volume de l'hippocampe entraînant une diminution de la mémoire à long terme ainsi qu'une diminution du nombre de neurones au niveau du cortex préfrontal médian et du noyau amygdalien responsable des réactions de peur et d'agressivité. **Toutes ces zones sont très importantes pour la mémoire affective, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement et la mémoire des apprentissages.**

Le stress toxique précoce entraîne une diminution de la taille du cerveau et une perturbation durable du système de stress avec une hyperréactivité ultérieure pour des stress mineurs. **Il entraîne aussi des conséquences mentales et physiques** qui persistent jusqu'à l'âge adulte avec **un risque psychopathologique accru de dépression, d'anxiété, d'état de stress post-traumatique, de syndrome métabolique et de maladies cardio-vasculaires** (Mc Ewen, 2008). Le stress précoce et continu atteint le cerveau en développement d'une manière définitive. **Il entrave l'instauration de certaines fonctions comme la difficulté d'éprouver de l'empathie, de nouer un attachement sain avec autrui ainsi que la capacité à réguler ses affects.** Les conséquences peuvent être une impossibilité de tolérer la frustration et de contenir la violence.

Les traumatismes dans l'enfance

Ils interrompent le développement physique, biologique et psychologique entraînant un délai dans le développement et une modification de l'anatomie et de la physiologie du cerveau avec une diminution du volume cérébral total et une diminution de la substance grise et blanche (De Bellis, 1999). **Le traumatisme n'est pas défini par sa cause mais par ses effets.** Les traumatismes relationnels précoces « actifs » et « passifs » tels que la maltraitance ou la négligence entraînent un stress chronique et une augmentation de la sécrétion du cortisol qui

est fonction de la durée du traumatisme et de la précocité du traumatisme. Ces traumatismes ont un rôle péjoratif sur le développement des fonctions intellectuelles.

Le stress toxique précoce (STP) - Expérimentations chez l'animal (De Kloet 1996, Grunnar 2006, Weaver 2004)

Le stress toxique précoce sévère et continu entraîne une augmentation du cortisol cérébral qui a une action on/off sur les gènes à certains moments spécifiques (notion d'épigénétique) et dans certaines localisations génère une réponse à long terme du cerveau exacerbée au stress et une modification de l'architecture cérébrale essentielle pour l'apprentissage et pour la mémoire. Il entraîne également une inhibition de la neurogenèse, une perturbation de la plasticité neuronale, une neurotoxicité et une connectivité synaptique anormale

Ainsi, les études sur de jeunes animaux avec un défaut de soins maternels ont montré des animaux plus peureux et plus réactifs au stress avec un déficit dans la production de facteurs de croissance cérébraux (développement cérébral et facteurs de réparation), des déficits de mémoire et d'apprentissage ainsi qu'une augmentation des problèmes de mémoire liée à l'âge entraînant une augmentation des déficits cognitifs à l'âge adulte (Roceri 2002, Weinstock 2001).

Il existe des facteurs correctifs potentiels à ces situations. Lorsque l'on place ultérieurement ces jeunes animaux carencés précocement dans une situation environnementale positive riche d'exploration et de jeu social, ces jeunes rats compensent en partie les conséquences comportementales négatives du stress prénatal et de la négligence postnatale. Par contre, la diminution des récepteurs aux glucocorticoïdes de l'hippocampe est plus résistante aux changements (Francis 2002). L'ocytocine joue un rôle essentiel dans la protection aux facteurs de

stress. Elle favorise le lien social et amoureux, elle aide à la résistance au stress. Elle est augmentée dans les situations d'intimité, lors de l'allaitement, en situation de stress mais aussi lors de massages.

La trace des expériences traumatiques précoces.

Il existe un paradigme expérimental, le Trier Social Stress Test (TSST, Kirschbaum, 1993) qui permet d'évaluer la trace d'une activation antérieure du système de stress. Il s'agit d'une situation expérimentale de stress psychosocial. Dans le cadre d'un jeu de rôle, la personne étudiée doit se présenter pour un travail face à des experts en communication qui se montrent peu expressifs, peu réceptifs, à la limite de l'hostilité. Dans ce cadre, on retrouve une augmentation nette du taux de cortisol salivaire chez les sujets avec des antécédents de traumatismes, signant la trace neurobiologique d'un excès d'activation de l'axe HPA par le passé.

Les études cliniques

On retrouve **une augmentation du taux de cortisol de base** ou une réactivité au stress plus importante chez les enfants avec une relation d'attachement insécure ou désorganisée, chez les enfants élevés dans des familles socialement défavorisées, chez les enfants de mères dépressives ainsi que chez les enfants négligés ou maltraités surtout s'ils souffrent d'un syndrome de stress post-traumatique et ce même après placement en famille d'accueil.

Le niveau de cortisol salivaire est augmenté chez les femmes avec des antécédents d'abus sexuels (fréquent dans les pathologies borderlines).

Les études en neuroimagerie dans le cadre de **troubles de la personnalité borderline** ont montrés une **diminution du volume de l'hippocampe et de l'amygdale** chez les patients borderlines qui est parallèle aux expériences traumatiques. On observe également un

hypométabolisme du cortex préfrontal correspondant à une incapacité à réguler leur système limbique.

Une relation parent enfant sécurisante

Les enfants ayant une relation parent-enfant sécurisante apprennent que lorsqu'ils sont confrontés à un stress, ils peuvent ressentir de la détresse, communiquer leurs émotions négatives, obtenir de l'aide de la part des donneurs de soins. **Les études ont montré que la présence d'un donneur de soins sensible et réactif peut prévenir l'augmentation du cortisol chez l'enfant même s'il a un tempérament anxieux** (Loman & Gunnar, in press). **On décrit ainsi un rôle tampon du parent** sur l'activité du système hypophysaire **c'est-à-dire un rôle de protection du cerveau vis-à-vis du stress**.

Cette fonction sécurisante des parents, joue un rôle tampon sur l'activité du système HPA et un rôle de protection du cerveau par rapport aux événements stressants. On décrit dès lors une véritable neurobiologie du développement émotionnel (Allan Schore, 1994). Ainsi le comportement de maternage induit des changements endocriniens qui influencent directement la croissance du cerveau de l'enfant. La perception par l'enfant de l'expression émotionnelle faciale positive de la mère provoque une élévation des peptides opioïdes et ces mêmes endorphines activent physiologiquement les neurones de la dopamine et régulent le développement orbito-frontal de l'enfant.

A l'inverse, une mère non disponible, rejetante ou insensible ne va pas répondre aux besoins émotionnels de l'enfant. On observera alors des difficultés de contrôle de soi chez l'enfant ainsi qu'une vulnérabilité aux situations interpersonnelles qui impliquent la capacité de mentalisation. La maltraitance est un facteur de risque majeur d'attachement désorganisé (George & Main, 1979 ; Carlsson et al. 1989).

Du rôle de l'environnement sur l'expression génétique : l'épigénétique

On sait depuis le prix nobel d'Erice Kandel (1980) que **l'environnement affecte quand et comment les gènes s'expriment**. Ainsi, les expériences précoces peuvent activer ou non l'expression génétique (Meaney, 2010, Szyf, 2009). Ce sont des données bien connues maintenant concernant le status nutritionnel, l'exposition aux toxiques mais aussi les interactions avec l'environnement. Ces signatures peuvent être temporaires ou permanentes ou entraîner une expression génétique différente. Certains changements épigénétiques qui se produisent pendant la vie foetale peuvent passer de génération (Champagne, 2010).

Des stress importants et répétés peuvent provoquer des modifications épigénétiques qui modifient la réponse à l'adversité (Szyf, 2009). Inversement, un environnement soutenant et riche d'enseignements induit des modifications épigénétiques qui activent le potentiel d'apprentissage (Bagot, 2009, Curley, 2009). Certains gènes peuvent être modifiés uniquement durant certaines périodes critiques du développement alors que d'autres gènes peuvent être altérés tout au long de la vie. Les modifications épigénétiques causés par le stress foetal ou infantile affectent la manière dont nous réagissons au stress ultérieurement.

Toutefois, même quand l'épigénome a été modifié, il peut être à nouveau altéré et renverser les effets négatifs pour restaurer la fonction (Champagne, 2009). Le mécanisme de cette mémoire environnementale se présente comme la méthylation de l'ADN. Si l'on prend l'exemple du raton négligé, on observe une augmentation de la méthylation du gène codant pour le récepteur aux glucocorticoïdes de l'hippocampe.

Un article récent a montré l'extrapolation de ces données chez l'homme. Ainsi, des chercheurs ont démontré une diminution du mRNA (expression génétique) des récepteurs aux glucocorticoïdes de l'hippocampe chez

des femmes ayant des antécédents de maltraitance infantile et qui se sont suicidées (Mc Gowan, 2009). De même, on observe une corrélation entre dépression maternelle et méthylation du gène du récepteur glucocorticoïde (NR3C1) chez le bébé et sa réponse au stress (Oberlander, 2008).

EN CONCLUSION

La réponse individuelle aux expériences stressantes précoces peut varier énormément. Elle est fonction de la différence, parmi les animaux, de vulnérabilité génétique mais aussi des conditions environnementales.

La signature chimique imprimée dans nos gènes durant le développement foetal et infantile peut avoir une influence significative sur le développement de l'architecture cérébrale avec un retentissement sur la vie entière, tant pour les expériences positives que négatives.

Les effets du stress toxique précoce ne sont pas toujours irréversibles. Si l'on met en place des interventions positives au niveau économique et affectif chez ces enfants, on note une amélioration du comportement et de l'affectivité ainsi qu'une régulation de l'axe HPA.

Ces études sur l'impact du stress précoce sur le développement cérébral doivent amener des mesures préventives dans le champ de l'aide à la petite enfance comme un soutien familial accru pour les familles en grandes difficultés, une aide professionnelle pour les parents et les professionnels de soins de la petite enfance pour les aider à faire face à des enfants qui présentent des symptômes de réponses anormales au stress ainsi qu'une augmentation de l'expertise dans la reconnaissance et de l'évaluation et du traitement de jeunes enfants avec des problèmes de santé mentale liée au stress.

L'investigation des enfants suspectés d'abus ou de négligence doit inclure

une évaluation sophistiquée de leur état développemental y compris en ce qui concerne leur développement cognitif, langagier, émotionnel et de leurs compétences sociales, en ce compris l'évaluation d'un éventuel état de stress post-traumatique.

Enfin, la plasticité cérébrale nous permet d'espérer, et les études neurobiologiques le montrent, que l'investissement relationnel, affectif, et bien entendu psychothérapeutique, peut de manière manifeste modifier l'organisation structurelle du cerveau et dès lors aussi, l'organisation psychique et cérébrale de nos patients.

Bibliographie

Bowlby. *Attachement et perte. vol 1, L'attachement*; PUF 2002

Bowlby. *Attachement et perte. vol 2, La séparation, angoisse et colère*; PUF 2007

Bowlby. *Attachement et perte. vol 3, La perte*; PUF 2002

Lupien S.J. et al. *Stress hormones and human memory function across the lifespan. Psychoneuroendocrinology* 2005, 30, 225-242.

Mc Ewen B.S. and Sapolsky R.M. *Stress and cognitive function. Current opinion in neurobiology*, 1995, 5, 205-216.

Mc Ewen B.S. *Central effects of stress hormones in health and disease : Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. European Journal of pharmacology*, 2008, 583: 174-185.

De Bellis M.D. et al. *Developmental traumatology part I : biological stress systems. Biological psychiatry*, 1999, 45, 1259-1270.

De Bellis M.D. et al. *Developmental traumatology part II : brain development. Biological psychiatry*, 1999, 45, 1271-1284.

De Kloet E.R et al.. *Stress and cognition : are corticosteroids good or bad guys? Trends in neurosciences*, 1999, 22, 422-426.

Weaver ICG et al. *Epigenetic programming by maternal behavior. Nature Neuroscience*, 2004, 7, 847 – 854.

Roceri M et al. *Early maternal deprivation reduces the expression of BDNF and NMDA receptor subunits in rat hippocampus, Molecular Psychiatry*, 2002, 7(6):609-616.

Kirchbaum C. The Trier Social Test – a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 1993, 28. 76-81.

George C. and Main M Social interactions of young abused children : approach, avoidance and aggression. *Child Development*, 1979, 50, 306-318.

Meaney MJ. Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child Development*, 2012, 81. 71-79.

Szyf M. Epigenetics, DNA Methylation, and chromatin modifying drugs. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 2009, 49:243–63

Bagot RC et al. Maternal care determines rapid effects of stress mediators on synaptic plasticity in adult rat hippocampal dentate gyrus, *Neurobiology of learning*, 2009, 92, 292-300.

Champagne FA et al. Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2009, 33, 593-600.

McGowan PO et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature*, 2009.

Oberlander TF et al. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics* 2008, 3:2, 97-106

Reine Vander Linden (psychologue périnatale, aux maternités de Cavell et St Pierre à Ottignies, formatrice Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité, et dans le secteur de la petite enfance)

Face aux tableaux de grande négligence, les professionnels sont perdus. Les plus volontaires accompagnent ces situations en manquant parfois d'établir un diagnostic suffisamment précis des freins et des ressources pour un changement, et donc s'épuisent rapidement devant l'immobilisme des familles. D'autres sont très vite contaminés par la dynamique « d'indifférence à soi même » dans laquelle s'enlisent ces familles. Familles dont les membres ont chacun été « objet de désintérêt » à un moment ou l'autre de leur histoire (Jean Paul Mugnier). D'autres encore secoueront désespérément les parents en usant de propos de plus en plus menaçants faute de pouvoir les toucher et donc les mobiliser.

Seul, aucun professionnel aussi bien formé soit-il, ne peut tenir tous les fils auxquels ces familles nous obligent à être attentifs : la question du social, de l'éducatif, du médical, et celle des émotions si érodées chez ces personnes malmenées par la vie. On ne dira assez combien ces familles appellent autour d'elles des disciplines multiples qui ont tout intérêt à s'écouter mutuellement, à étayer leurs actions les unes sur les autres, et ainsi à tisser analogiquement un « filet sécurisant » fait de préoccupations positives, pour ces familles qui en ont tant manqué.

Mes propos ici vont tenter de reprendre un de ces fils, celui des affects et des émotions, et du devenir de ceux-ci, lorsqu'ils n'ont pas été pris en compte dans la genèse de l'histoire de ces enfants négligés, et avant cela de leurs parents. On ne dira jamais assez combien l'émotion est centrale dans la communication humaine ; à la charnière entre l'inscription biologique de l'expérience, et de sa représentation mentale. (Fr. Molénat)

Comprendre comment s'originent les troubles de la parentalité et leurs

effets sur la génération qui suit, nous donnent des indications sur la pertinence de nos modes d'interventions, dans ces tableaux qu'on ne sait pas trop comment aborder avec les outils classiques de l'aide sociale. En éclairant, à l'aide des « théories de l'attachement » ce qui se passe chez un enfant inscrit dans un type d'attachement « insécure », on peut mieux comprendre ce qui va connoter sa façon « d'être au monde » une fois devenu adulte : méfiance à priori à l'égard des autres, refus de support, réserve ou silence sur ce qui fait difficulté, isolement, ambivalence devant les mains tendues, fuite parfois.

Les professionnels qui n'ont pas la compréhension de ces attitudes et/ou qui les interprètent mal risquent de mener des interventions contre productives dans ces contextes déjà éminemment résistants à l'aide proposée.

D'où l'intérêt de jeter un regard sur « l'insécurité originelle » qui handicape ces parents négligés dans l'enfance et qui négligent aujourd'hui, à leur tour, leur propre progéniture.

REPRENONS LES CHOSSES DÈS LEUR DÉBUT :

La vulnérabilité et la dépendance du nouveau né

Le bébé arrive dans un monde qui lui apparaît totalement aléatoire. Il n'a aucune prise sur ce qui lui arrive. Ses perceptions sont très différentes de ce qu'il a pu sentir in utero : soumis à la pesanteur et aux bruits différemment que lorsqu'il évoluait en milieu liquide, percevant des variations de température, de posture, et des sensations de faim, n'étant plus contenu comme lorsqu'il était « encoconné » dans l'utérus maternel.

Une fois sorti du ventre, il est soumis à des ressentis qu'il ne peut réguler seul. Les sensations peuvent venir de l'intérieur de son corps (crampes, faim...) ou de l'extérieur (bruit, secousses, froid...), elles sont de type agréable ou désagréable. Pour y faire face, le bébé dispose de peu de moyens et a donc indissimulablement besoin de quelqu'un qui décode, traduise et réponde aux besoins qui y sont liés. Aux sensations s'ajoutent souvent des affects positifs ou négatifs (bien être, joie, peur, tristesse, colère). Là encore, le petit d'homme a besoin que quelqu'un décode,

valide et prenne en compte ses états émotionnels (« fonction alpha » de W.Bion).

Le petit humain est donc en début de vie, éminemment dépendant de ceux qui s'occupent de lui. Il ne peut agir sur le futur pour aménager la situation à son avantage. Le seul moyen dont il dispose est celui de tenter d'attirer auprès de lui ceux dont il dépend ; ce par des comportements d'attachement : pleurs, babillages, sourires, étreintes, poursuites oculaires puis locomotrices... . On dira alors qu'il active son système d'attachement.

Les sensations désagréables et émotions difficiles qui l'assaillent sont source de stress (il reste en état d'alerte). Stress avec lequel il ne peut se débrouiller seul sous peine de voir celui-ci augmenter et embraser tout son système. Même le plus compétent des bébés ne peut gérer par lui-même, les émotions telles que la peur, le chagrin ou la colère, si elles dépassent une certaine intensité.

Face à cette vulnérabilité et aux faibles moyens d'action du petit d'homme, en quoi consiste la tâche des parents ?

Le travail des parents

L'état de préoccupation maternelle primaire décrit par Winnicott représente bien ce que les parents ont à faire avec leur bébé : « rentrer dans sa peau » pour deviner ce qu'il éprouve (faire passer les sensations du bébé aux pensées des parents), chercher comment répondre au plus près à ses besoins, servir de « par-excitant » pour limiter le débordement de stimulations que le bébé n'est pas en mesure d'assimiler (en raison de l'immaturité de son système nerveux), et aider l'enfant à réguler ses états lorsqu'il se désorganise.

La continuité, la régularité et la fiabilité de présence du père et/ou de la mère, assoient la qualité de cette fonction parentale qui, ainsi, va apporter de la sécurité dans les expériences du bébé.

Le « maternage suffisamment bon » (qui peut être bien sûr assumé par le père ou toute autre personne régulièrement et durablement présente

auprès de l'enfant) a un effet de régulation du stress chez le petit. De plus, l'adulte qui prodigue des soins ajustés, offre une base de sécurité sur laquelle l'enfant va construire ses représentations du monde, de lui-même et des relations avec les autres.

Un enfant qui reçoit dans un temps adéquat et de façon adéquate, les réponses à ses besoins va sentir qu'il vaut la peine pour ceux qui le prennent en charge. La qualité des contacts, le réconfort reçu en situation de difficulté, lui apporte la sensation qu'il est « aimable », que l'investissement de sa personne est gratifiant. A contrario, un enfant dont les besoins ne sont pas repérés et satisfaits, qui ne sait jamais dans quel délais on va s'occuper de lui, qui est malmené dans les soins ou encore, auquel on répond toujours à « coté de la plaque », va avoir de lui et des liens qu'il peut avoir avec autrui, des représentations teintées de méfiance, et de dévalorisation parfois jusqu'à entretenir une antipathie pour les autres et pour soi même.

Le travail des enfants : découvrir, explorer, apprendre

Le bébé a quatre grands chantiers à mener de front dès la naissance : s'auto-conserver, s'attacher, rentrer dans l'inter subjectivité, et réguler le plaisir et le déplaisir. Tous ces chantiers s'étaient sur les interactions avec ceux qui font son entourage. A la mesure de son autonomie, le petit enfant est amené à découvrir, explorer et par là, apprendre, (inter agir avec l'autre, faire des liens, appréhender les causalités et les effets, trouver des solutions à des situations problèmes, comprendre de quoi est fait son environnement, comment fonctionnent les relations entre humains...). Pour cela, il lui faut être en sécurité. En effet, explorer risque de générer du stress : d'une part en lien avec le fait de faire face à des choses inconnues, d'autre part avec le fait de se trouver en situation de vulnérabilité, voire de détresse. Ces menaces possibles à sa sécurité, nécessiteront pour l'enfant, les réconforts ad hoc et donc la certitude que quelqu'un sera là pour lui.

Le petit qui sent que cette sécurité ne lui est pas octroyée par ses figures

d'attachement, ne se lancera pas dans l'aventure de la découverte. Il mettra au contraire toute son énergie à activer son système d'attachement pour s'assurer de recevoir le minimum de la part de ceux dont il dépend. On verra ainsi des enfants « pot de colle » qui ne lâche leurs parents alors que par ailleurs ceux-ci ne leur offrent qu'un intérêt limité ou les éloignent sans ménagement, absorbés eux mêmes par leurs problèmes. A l'instar du voyageur frileux qui n'ose pas quitter sa chambre d'hôtel où il se sent en sécurité, l'enfant inquiet ne se mettra pas en situation de recherche et de découverte. Il sera donc limité dans ses apprentissages et mettra toute son énergie à réguler sans y parvenir, les tensions amenées par le stress produit par son insécurité. Ses comportements seront désorganisés, agités, non productifs, peut-être aussi inhibés.

Le problème de ces enfants, c'est que le monde autour d'eux reste aléatoire (comme lorsqu'ils sont arrivés au monde et qu'ils n'avaient aucun code pour comprendre le fonctionnement de celui-ci). Les questions suivantes restent sans réponse : va-t-on s'occuper de moi, qui va s'occuper de moi, dans quels délais, les réponses seront-elles adéquates, vais-je trouver le réconfort dont j'ai tant besoin, est-ce que je ne vais pas être mis en situation encore plus difficile si je fais appel à mes figures d'attachement ?

Quand la réponse parentale ne suit pas

Quand un enfant ne peut faire l'expérience de sentir un adulte attentif à lui, adulte qui répond dans des délais raisonnables à ses besoins, qui ne distord pas ses perceptions (les « mais non tu n'as pas mal », « c'est ridicule d'avoir peur... » qui trouble ce que peut ressentir un enfant qui a mal ou qui a peur...), ou s'il est soumis à de la violence, cet enfant va rester sur ses réserves, s'empêcher de demander ou solliciter l'appui d'autrui, ou carrément se détourner des aides, qui ne lui sont offertes que de manière aléatoire et/ou inadéquate.

Ces comportements d'évitement structurent ces individus dans un style du genre : « je me débrouille tout seul, je ne demande d'aide à personne, de toute façon rien n'est fiable autour de moi ».

Les figures d'attachement et l'impossibilité de ne pas s'attacher

Les travaux de Bowlby ont attiré l'attention sur la nécessité pour le petit humain de s'attacher. Contrairement à Freud, Bowlby considère l'attachement comme un besoin primaire (indépendant d'une gratification alimentaire), inné, et biologiquement déterminé. La proximité avec l'adulte est indispensable au petit enfant. « Un bébé seul ça n'existe pas » soulignait Winnicott. Et le malheur est que quelle que soit la quantité et la qualité de sollicitude qu'offrent les parents à leur enfant, ce dernier va s'adapter et « composer » avec ce qu'il lui est offert. Il n'est donc pas possible de ne pas s'attacher, mais selon les expériences précoces (de relation et d'échanges inter subjectifs) avec les parents, l'attachement sera de style « sécure » ou « insécure » et subsistera dans cette tonalité, la vie durant. Le style d'attachement du petit à ses géniteurs, influence son développement et façonne ses représentations sur lui-même, sur les autres et sur lui- en- relation- avec- les- autres.

Les représentations organisent le système de relation et de sollicitation des autres

Les représentations que l'enfant va construire avec sa pensée et ses affects sur ce que l'entourage lui donne ou pas, et lui fait vivre (dans la sécurité ou l'insécurité) vont s'organiser en « modèles internes opérants » ; sortes de modèles expérimentaux du monde et de la place qu'il y occupe. Ces modèles internes sont particulièrement sollicités en situation de détresse et entraîneront ou non, le sujet à chercher de l'aide et du réconfort, à se laisser aider, à fuir, ou à agresser.

Ainsi dans un schéma d'attachement sécure, le modèle de soi et des autres est positif (« j'en vaudrais la peine et les autres aussi »).

Dans un attachement sur le mode de l'évitement, justement pour se protéger de la déception de ne jamais recevoir ce que l'on est en droit de recevoir, le modèle de soi est positif mais défensif, et celui des autres est négatif.

Dans l'attachement de type anxieux-ambivalent, l'image de soi est négative, avec un doute permanent de pouvoir être aimé, et l'image des autres est idéalisée. Dans ce dernier cas de figure, il s'agit de ces enfants qui sont confrontés à des parents éminemment fluctuants et aléatoires. Ces derniers peuvent parfois se montrer attentifs et présents, mais peuvent tout aussi bien, et sans « crier gare », être indifférents, absents ou très inadéquats dans leurs réponses. Les enfants de ces parents là, s'attacheront anxieusement à eux en guettant sans cesse à quelle sauce ils vont être mangés, car ils seront à tout bout de champs susceptibles d'être déçus et lâchés. Ces enfants, toujours aux aguets, doivent l'être pour eux-mêmes, mais aussi le sont dans une fonction de soignants de leurs parents, prêts à intervenir pour les soutenir dans les moments de détresse. Ils modulent alors leurs besoins, comportements et attentes en fonction de ce qui est supportable pour les parents selon leur état du moment. (Un tout petit bébé sent déjà qu'à certains moments il a avantage à se « tenir à carreau » lorsque sa mère est dans un état de forte tension. Lorsque cette situation se répète souvent et avec intensité il réduira ses sollicitations et donc ses besoins, à ses dépens bien sûr, et en y mettant une énergie préjudiciable à sa bonne évolution.)

Enfin dans les situations où les enfants sont soumis à des pathologies parentales lourdes, où règne la violence, la grande négligence, et la terreur, l'attachement sera de type « désorganisé », entraînant une image négative de soi vécu comme solitaire et non désiré, et une image négative des autres.

Ces modèles internes agissent un peu comme les « moules » qui formatent les perceptions de soi et la relation aux autres. Ils définiront aussi la manière dont le petit enfant puis l'individu fera appel aux autres pour réguler les états difficiles qui l'affectent. Ces modèles influencent

directement :

*Les prédispositions d'autonomie de l'individu ; car l'autonomie c'est la capacité de faire appel à autrui en cas de problème, et ce au bon moment, ni trop tard lorsque tout va mal ; ni trop tôt, avant d'avoir mobilisé ses propres ressources intérieures.

*Le sentiment de valeur personnelle au regard de l'autre, même et surtout en situation de détresse.

*Le sentiment qu'on a une action possible sur l'autre.

*La régulation interpersonnelle des émotions négatives (colère, peur, tristesse). Celles-ci peuvent, ou non, rester une source de communication, et sont ou non, intégrées. Chez les personnes présentant un style d'attachement insécure, évoquer et parler de ses émotions est rare et peut vite devenir menaçant. Parler de ses émotions équivaut pour eux à se vulnérabiliser, à s'exposer aux jugements, critiques ou railleries d'autrui. Jamais leurs affects n'ont été valablement pris en compte, jamais leurs émotions difficiles n'ont été validées dans une écoute ajustée. Ils les gardent alors pour eux et se débrouillent pour les occulter au plus vite. Cela n'empêche pas hélas qu'elles restent actives entraînant tensions, tristesse, stress, jusqu'à l'angoisse.

Françoise Molénat souligne qu'être reconnu et validé dans ses émotions positives comme négatives permet de se sentir pleinement exister. Les parents « suffisamment bons », à l'écoute des émotions de leur enfants, offrent à ceux-ci, la possibilité de se déployer dans toutes les facettes qui les composent (santé, cognition, intelligence, affectivité, relations...).

Quand les parents sont défaillants, quand les enfants sont soumis à une grande insécurité :

Violence, négligence, disparition imprévisible des figures d'attachement, non attention aux besoins et non réponse lorsqu'ils sont exprimés, réconfort introuvable auprès des adultes référents, sensation de ne pas être compris ou entendu dans les émotions ressenties... L'insécurité éprouvée va pousser l'enfant à activer son système d'attachement aux

dépens de son activité d'exploration. Il va chercher des stratégies comportementales pour pallier aux manques ou aux réponses inadéquates de ses figures d'attachement. Ce fonctionnement entrave son évolution et devient un facteur de risques rajoutés si l'enfant est exposé à d'autres risques, augmentant sa vulnérabilité aux épreuves de l'existence. Ses capacités de mentalisation sont limitées, les émotions mal régulées risquant à tout moment de se manifester sous forme d'acting préjudiciables pour lui-même et pour autrui, sa socialisation est encore davantage rendue difficile... La spirale a peu de chance d'être désamorcée si un appui solide n'est pas mis en place.

Dans les situations les plus graves en intensité et en durée, la construction de la personnalité se fera selon des modalités pathologiques. Mais surtout, ces situations mettent l'enfant en état de stress permanent, stress qui active sa production d'hormones (cortisol), qui elles-mêmes en circulation constante dans l'organisme, vont avoir des effets délétères sur ce dernier et sur les structures cérébrales en formation chez le jeune enfant.

On peut dès lors mieux saisir sur quelle base s'organisent les défaillances parentales, une fois l'enfant devenu adulte.

Comprendre pour agir

Dans les familles négligentes, une mauvaise lecture des comportements des parents peut freiner l'intervention sociale. Ces derniers seront perçus comme non coopérants, rebelles ou résistants alors que si l'on comprend la manière dont s'est façonné leur rapport au monde et aux autres, la manière de les aborder sera plus adaptée. Quand longtemps des enfants devenus parents ont manqué de l'attention minimum, ils ne peuvent faire foi dans les intentions positives des professionnels qui les approchent. Faire alors l'impasse sur l'attention aux peurs qui les habitent, sur la mise en mots de ce qu'ils ont éprouvé face à la négligence dont depuis tous petits ils sont l'objet verrouille immédiatement les velléités de contact avec eux. Le problème pour les professionnels est que précisément, ils ne semblent plus sensibles à ce qu'ils ont eux-mêmes enduré (ce compris

dans des interventions sociales antérieures), ni conscients de ce que leurs enfants ont à supporter. Une attitude proactive, sous tendue par une préoccupation positive des professionnels pour eux est indispensable. Et cela prend du temps, beaucoup de temps, de mériter leur confiance tout en agissant sans attendre, auprès de leurs enfants afin de ne pas laisser ceux-ci se dégrader sous leur cécité.

Les interventions auprès de ces familles devront indispensablement tenir en même temps le « fil des parents » et celui de l'enfant, même dans les situations d'éloignement de ce dernier dans un but protecteur. Car quelle que soit la qualité de ses parents, les modèles internes opérants qui se sont construits sur base de ce qu'il a eu comme expériences avec eux, restent agissants, et l'attachement ineffaçable. Aucun enfant, aucun sujet ne peut évacuer ses parents de la tête. Ces derniers, même absents occuperont toujours l'espace psychique et le système d'attachement restera actif. C'est ce qui fait sans doute la spécificité de l'humain.

Un enfant accueilli dans une structure protectrice va ressentir un apaisement, mais son angoisse restera active dès que ses représentations ou souvenirs de ses parents seront mobilisés. Le travail avec et autour de lui ne prendra sens que si ses parents et son environnement relationnel sont pris en compte. Même absents, il est utile d'évoquer réalistement ses parents car ceux-ci (et les schémas d'attachement qui se sont façonnés avec eux), continuent à influencer les attitudes, l'organisation des défenses, l'émergence de l'angoisse, la façon dont l'enfant investit le lien aux professionnels qui le prennent en charge...

Et surtout quand l'enfant s'est mis dans une position parentale ou une position de soignant à l'égard de ses parents, son souci pour eux reste entier et peut l'empêcher de profiter de ce qui lui est offert dans son nouveau cadre de vie.

Même si les parents restent désengagés dans l'accompagnement de l'enfant, ou qu'il est inadéquat de maintenir les liens tant ceux-ci sont délétères, le contact doit indispensablement être maintenu entre les professionnels et les parents. Les informer de ce que vit l'enfant en institution, de son évolution, des ses attentes, reste non seulement un droit des parents mais participe directement à l'apaisement de l'enfant.

Au lieu de « flotter » seuls avec leur marasme et leurs échecs, ils sentent qu'ils sont toujours reconnus et considérés comme « parents » même si l'exercice de cette parentalité ne pourra plus s'accomplir.

Le travail anté natal avec les parents négligents :
moyen de prévention qui a fait ses preuves.
Ou encore, le réseau comme contenant
de la grande négligence

On sait que les traces que laisse la négligence sont profondément et durablement inscrites dans l'individu qui en a souffert, sans qu'il n'en prenne toujours lui-même la mesure : sensations pénibles anesthésiées pour pouvoir survivre, estime de soi écorchée ou inexistante, stratégie d'indifférence à soi-même et aux autres qui empêchent d'éprouver et de penser...

Un « re- maternage » semble nécessaire dans de tels tableaux mais les sujets sont adultes et peu accessibles, même souvent résistants à l'aide.

On peut comprendre que l'arrivée d'une grossesse inquiète et génère du pessimisme. Pourtant, la grossesse est l'évènement sans doute le plus mobilisateur de la vie humaine : projet positif, valorisant, qui remodule les places à l'intérieur des familles, occasion d'une nouvelle circulation d'émotions, d'une possible expérience de protection et de sécurité dans le contact et à travers les soins. L'attente et la mise au monde d'un nouvel enfant offre une opportunité rare pour de telles familles d'être entourées par des professionnels du côté du « normal » et pas du « pathologique ».

S'occuper de ces futurs parents dans un souci positif pour l'avenir, en cherchant à organiser et anticiper dès la grossesse des points d'appui pour l'après naissance, est ressenti bien différemment que si l'intervention se déclenche quand apparaissent des difficultés structurées déjà dans le champ pathologique. En anté natal, les professionnels sont ressentis comme des alliés des parents dans une recherche commune de ressources pour bien accueillir l'enfant (projet positif). En post natal toute intervention est susceptible de devenir menaçante ; la préoccupation des

professionnels pour l'enfant, activant dans la tête des parents des sensations de pouvoir être jugés incompetents ou dangereux. D'emblée des résistances se font sentir. Ces mères déjà très isolées et peu demandeuses d'aides, se retrouvent seules à leur retour à domicile et se renferment sur leur mal être. La fragilisation des liens dans le couple à l'occasion de la naissance, entraîne des tensions allant parfois jusqu'à la violence et un risque d'isolement surajouté.

Avec les professionnels « habituels » de la grossesse et la naissance, un accompagnement positif peut s'organiser sans que les parents se sentent d'emblée stigmatisés. Il y a là dans le milieu de la maternité une capacité collective des professionnels, à offrir un « nid porteur » aux familles en construction. Toujours à partir du positif et d'une attention singulière aux besoins de la femme vulnérabilisée - comme toutes les femmes- par la gestation. Dans cet espace de soins, la future mère, les parents peuvent faire de nouvelles expériences, souvent les premières de leur vie : celles d'être sujet d'attention, celles de pouvoir compter sur des soignants présents et fiables, celles d'éprouver dans leur corps , à travers les soins physiques, le respect de leur intimité et de leurs sensations, celles enfin de sentir une équipe coordonnée et collectivement organisée (qui se transmet les informations et veille à la continuité des soins) pour et autour d'eux.

Parfois une hospitalisation de quelques jours en maternité (pour bilan ou menace d'accouchement prématuré) permet de sceller une alliance avec ces parents. Alliance à partir de laquelle pourront se greffer toutes les aides plus spécifiques si nécessaire. Si une femme, un couple , dans le lien avec le gynécologue peut se sentir en confiance , elle, il, pourra accepter , dans la foulée de la préoccupation positive de ce dernier, l'envoi vers un psy, un service spécialisé en extra hospitalier... Aides qui sinon seraient difficiles à aménager, car toujours refusées quand il y a une inquiétude qui concerne le bébé né.

Ces pratiques pas encore suffisamment répandues sont un moyen peu coûteux et efficient pour juguler les problèmes de grande négligence et leur impact délétère sur les enfants à venir.

La négligence est une forme de violence insidieuse car à bas bruit et

continue, dont les effets s'inscrivent de façon durable et souvent irrémédiable. Les modalités de prise en charge et de soins doivent s'inscrire dans une préoccupation continue sur de très longues durées. Or souvent le découragement des professionnels est une raison de l'interruption des prises en charge de même que l'organisation de nos dispositifs de soins. La confiance est si lente et si difficile à construire avec ces familles, or souvent quand enfin elle s'amorce avec un professionnel singulier, une nouvelle structure prend le relais parce que le saucissonnage des services l'exige en fonction de l'âge de l'enfant, de la durée du mandat (ex : SIIF), de la sectorisation géographique ou l'organisation des services eux-mêmes (ex : le découpage prénatal/maternité/ et post natal à l'ONE). Ces dispositifs hélas renforcent un peu plus encore les représentations de ces personnes si délaissées. Confirment que dès qu'un lien significatif se tisse il est susceptible d'être interrompu ; qu'il vaut dès lors mieux rester à distance et désengagé sous peine d'être déçu et de se sentir à nouveau abandonné. (On a vu des familles rechuter à quelques semaines de la fin du mandat d'un professionnel significatif pour elles parce que la sensation d'abandon refaisait surface. Bien sûr ces familles ne peuvent rien en dire car elles ne sont même pas toujours conscientes de ce qu'elles éprouvent).

Les ruptures et transfert de services en services sont non seulement contreproductifs mais alimentent les spirales de la négligence dans lesquelles sont entraînées les familles depuis souvent plusieurs générations.

A nous tous à présent de penser l'intervention avec des modalités nouvelles et une attention soutenue autour de ces familles qui ont tant besoin de contenance.

4.

ACCOMPAGNEMENT DE FAMILLES PRÉCARISÉES DEPUIS LA GROSSESSE : LA QUESTION DU LIEN, ET DE LA SENSIBILISATION AUX BESOINS DE L'ENFANT

L'équipe de l'Asbl Echoline

Introduction

L'Asbl Echoline est un projet unique en Belgique qui a pour objectif général l'accompagnement de la parentalité par des sages-femmes et des psychologues au sein des familles précarisées de la région de Charleroi. Il s'agit donc d'un service gratuit qui propose un accompagnement personnalisé obstétrical et/ou psychologique.



Origine du projet

Historiquement, Echoline a été créée en 1998, l'équipe périnatale du Centre Hospitalier Notre-dame et Reine Fabiola de Charleroi ayant constaté un manque de suivi obstétrical auprès des familles précarisées et des difficultés périnatales qui en découlaient comme la prématurité, des difficultés d'amorçage du lien,....

L'idée de départ était d'envoyer une équipe de sages-femmes épaulée par une psychologue à la rencontre de ces femmes qui ne se faisaient pas suivre afin de les ramener vers les structures existantes.

Dans un premier temps, l'association a été soutenue financièrement par la Fondation Marguerite-Marie Delacroix et ce pendant les quatre premières années.

Echoline est devenue une Association sans but lucratif le 28 mars 2001 et depuis, est soutenue financièrement majoritairement par la Fondation Charles-Albert Frère.

A ce subside principal s'ajoutent actuellement une aide de la Région

Wallonne (via l'attribution de points APE) ainsi que divers dons (le foyer des amies, la feuille d'étain,...) qui nous permettent d'offrir des petits cadeaux de naissances, des produits de soins,... pour les familles que nous accompagnons.

L'équipe d'Echoline

Le projet d'Echoline n'a cessé de grandir. Au départ, deux sages-femmes et une psychologue composaient l'équipe. Actuellement, l'équipe se compose de 3 sages-femmes, de 3 psychologues, d'une secrétaire et d'une technicienne de surface. Le binôme sage-femme et psychologue nous permet un accompagnement global des futurs et jeunes parents tout en restant centré sur la parentalité.

Les objectifs

L'objectif principal est le soutien du lien parent(s)-enfant(s) et l'accompagnement de la parentalité dans un souci de :

- Prévention de la prématurité
- Prévention de la négligence et de la maltraitance
- Prévention du handicap physique et mental et du retard mental chez l'enfant
- Accessibilité aux soins de santé
- Mieux-être des familles éprouvant une difficulté

Ces objectifs sont les mêmes depuis le lancement du projet en 1998 et sont ceux repris dans les statuts de l'asbl.

La population suivie

Notre service s'adresse à toute personne éprouvant une difficulté

médicale et/ou psychologique et sociale et en « demande d'aide » pendant la période périnatale dans la région de Charleroi.

Concrètement nous accompagnons beaucoup de mères adolescentes, de personnes ayant une déficience mentale (associée ou pas à une pathologie psychiatrique),...

Il s'agit, pour la plupart, de familles dites à problématiques multiples : les familles que nous rencontrons sont très souvent dans une grande précarité sociale, financière et matérielle mais au-delà de cela, elles sont aussi dans une situation de précarité familiale et affective... (histoire personnelle lourde, antécédents de placements,...)

Notre travail et nos outils

Nous accompagnons donc des personnes en difficulté sociale, médicale et/ou psychologique. Notre prise en charge peut débuter dès le prénatal (jusqu'au 1 an de l'enfant) et peut se prolonger jusqu'aux 3 ans de l'enfant; il s'agit d'un service gratuit.

Il s'agit, à chaque rencontre avec une nouvelle famille, de lui offrir un suivi PERSONNALISÉ : le cadre, le lieu, le rythme et les outils sont adaptés et réfléchis avec chaque famille, dans le binôme sage-femme /psy puis en équipe.

Outre les outils propres à nos professions de sages-femmes et de psychologues, nous considérons le **travail à domicile**, la **co-intervention**, le **groupe** et le **travail en réseau** comme des outils à part entière. Cela peut s'apparenter à une philosophie de travail, : toute action est réfléchie et adaptée à chaque famille de sorte qu'elle devient un véritable outil d'intervention pour atteindre nos objectifs.

1. Outils spécifiques aux professions de sage-femme et de psychologue :

Les sages-femmes peuvent pallier à une absence ou à une irrégularité du suivi médical, surveiller à domicile les grossesses à risque, préparer à la naissance, soutenir l'allaitement, accompagner dans les soins donnés aux

bébés, proposer du massage, du portage, de la rééducation périnéale, ... Les psychologues, également formées en thérapie familiale et en psychomotricité relationnelle, offrent une écoute et un soutien thérapeutique au niveau de l'établissement des premiers liens et de l'accompagnement de leur parentalité.

La complémentarité de la fonction des sages-femmes et des psychologues dans une prise en charge périnatale est une des spécificités de notre travail.

2. Le travail à domicile / dans nos locaux

Le fait de rencontrer les familles dans leur quotidien (l'endroit où elles vivent) est une des spécificités de notre travail.

Pour notre équipe, le fait de travailler à domicile est un outil pour notre accompagnement de la parentalité, il est utilisé comme un complément du travail fait dans nos locaux. Il nous permet d'observer des choses différentes et de nous rendre compte de leur réalité quotidienne, ce qui nous permet, entre autres, d'ajuster nos discours voire nos conseils à LEUR réalité ! Cela nous permet également de travailler très concrètement (par exemple, dans notre travail qui peut consister à « faire une place » à l'enfant, on peut avec les parents créer un espace de jeux pour l'enfant,...). Nous trouvons donc intéressant de pouvoir alterner les rencontres à domicile et dans nos bureaux car le contenu des entretiens est parfois très différent et complémentaire : Lorsque nous allons à domicile nous pouvons observer les familles, leurs gestes quotidiens, leurs comportements souvent plus spontanés et naturels. Lorsque nous les rencontrons dans nos locaux, par exemple pour une séance de psychomotricité, nous trouvons intéressant de mettre les familles en situation de jeux et de pouvoir alors centrer nos observations sur les comportements interactionnels entre les enfants et les parents,...

Le travail à domicile demande cependant une réflexion car il implique aussi pour nous professionnels un cadre de travail parfois inconfortable physiquement (saleté, odeur désagréable...) et également psychiquement (tensions, violence verbale, logement et quartier

insécurisant...).

3. Les activités de groupe

Les familles précarisées souffrent souvent d'isolement et l'encadrement par différents intervenants n'y pallie généralement pas. Pourquoi ne pas donner l'occasion à ces familles de se rencontrer et d'échanger autour de leur parentalité ?

Depuis quelques années, en complémentarité de nos suivis individuels, nous avons instauré des groupes et ateliers parents-enfants à Echoline.

Il y a actuellement trois groupes en fonction de l'âge des enfants :

- le premier nommé « groupe cocon », pour les jeunes parents avec leur bébé de 0 à environ 6 mois(en fonction du développement de l'enfant),
- le second « groupe chenille » pour les parents et les enfants ayant entre environ 6 mois et 12 mois et,
- le dernier groupe, « groupe papillon » à partir de la marche des enfants.

Nous avons souhaité garder une continuité tout en instaurant une évolution à travers les trois groupes. Le premier groupe est principalement un lieu d'échange autour de la parentalité et des besoins de l'enfant à partir d'animations, d'outils didactiques (jeux, vidéos,...). Le second groupe propose toujours ces différentes activités tout en intégrant des séances de psychomotricité relationnelle et le dernier groupe est composé uniquement de séances de psychomotricité relationnelle.

Lors de ces groupes, notre rôle est de faire respecter le cadre de la séance et l'animation de celle-ci (jeux, lecture, chant, ...) mais aussi et surtout de veiller à une ambiance bienveillante et respectueuse de chacun. Nous essayons aussi de stimuler les échanges entre les parents autour de leurs enfants (échange d'expériences, de « trucs et astuces »,...) Les groupes se veulent être un lieu où chaque participant est là en tant que « maman »

ou « papa » et pas « madame-qui-a-déjà-3-enfants-placés » ou « monsieur-qui-a-des-problèmes-d'alcool »,...

Les groupes sont pour nous un outil qui nous aide à mobiliser les parents, à les solliciter, à faire émerger leurs propres ressources et qui évite de nous placer dans une position de « professionnel savant ». Ils sont également très riches car nous pouvons observer les parents et leurs enfants dans un contexte différent de nos rencontres individuelles et retravailler ce qui se passe en séance avec eux.

Pour les enfants, il s'agit d'une expérience importante de socialisation et de stimulation. Ils peuvent rencontrer parfois pour la première fois d'autres enfants et d'autres adultes. Nous observons des progrès au niveau du développement psychomoteur de ces enfants présentant parfois des retards de développement importants. Nous remarquons aussi une meilleure adéquation des interactions parents-enfant: une meilleure adéquation des réponses des parents aux besoins manifestés par leur enfant, plus d'interactions par le jeu et donc une stimulation de la part du parent plus adaptée.

Il n'est pas toujours facile d'amener nos familles souffrant d'isolement aux groupes; la mise en place de ceux-ci et le maintien dans le temps nous demandent parfois beaucoup d'énergie. Plusieurs mamans nous ont renvoyé à quel point ces moments de rencontre et d'échange pouvaient leur faire du bien à elles mais aussi à leur enfant.

Nous organisons également des ateliers exceptionnels tels que des séances de scrapbooking où nous invitons les parents à réaliser un cadre à partir des photos de leur famille, la visite de Saint-Nicolas qui distribue des petits cadeaux aux enfants. Ces moments offerts aux familles sont importants et nous permettent de travailler la relation parent /enfant(s) autrement. Combien de maman ne se sont pas montrées impatientes de recevoir la photo de la première Saint-Nicolas de leur enfant?

Ces rencontres permettent aussi la création d'un lien de confiance avec les professionnels, mais sont aussi l'occasion d'un échange entre parents et de découverte. Ces événements collaborent à la richesse de notre suivi, nous les appelons « **activités de bientraitance** »

4. La co-intervention

Pour l'équipe, le travail en binôme est un outil à part entière : « comment s'utiliser et utiliser ses propres ressources de façon cohérente au sein de la famille. ».

La co-intervention est pensée pour et à partir de chaque situation ; elle se travaille, se réfléchit et peut prendre plusieurs formes :

- Rencontrer ensemble la famille (sage-femme / psychologue ou sage-femme/sage-femme ou psychologue/psychologue)
- Rencontrer les familles en alternance
- Travail d'abord avec une profession puis « basculement »
- Co-intervention entre intervenants d'institutions différentes

Pour Echoline, la co-intervention permet plusieurs choses qui semblent importantes lorsque l'on travaille autour de la naissance :

- Permettre de penser la différenciation et de la faire vivre aux familles
- Pouvoir tenir des positions différentes dans la famille (par exemple, un côté plus « maternant » et un plus « paternant »,...)
- Permettre plus facilement de rester en tension entre les pôles « parents-enfants », ne pas se laisser aspirer par l'un des deux pôles...
- ...

Cela suppose entre autres, une confiance entre collègues, des moments pour penser les objectifs de nos interventions, des temps pour « revenir » sur nos actions, des moments de décalage,... d'où l'importance, pour l'équipe d'Echoline, des temps de réunions et de supervision.

5. Le travail en réseau

Notion très à la mode...

Echoline, dès sa création, a été d'emblée placée dans une dynamique de travail en réseau car l'asbl travaille autour de la naissance, moment où forcément les familles sont en contact avec différents professionnels.

On ne travaille pas en réseau juste pour le principe ; là aussi cela se pense, se réfléchit, s'adapte A PARTIR de chaque famille (de ses besoins). Les familles que nous suivons sont souvent déjà accompagnées par différents services, nous travaillons donc avec le réseau déjà en place. Par réseau, nous entendons avec toutes les personnes importantes pour la famille, qu'elles soient professionnelles ou non.

Pour nous, travailler en réseau, c'est avant tout offrir un cadre contenant et sécurisant pour les familles, un lien cohérent et durable avec les différents intervenants et les familles.

Le réseau se construit au départ de chaque famille, selon ses ressources, ses besoins. **La notion de cadre contenant et sécurisant est importante car nous travaillons avec des tout petits enfants pour qui cette notion de sécurité est un des premiers besoins ; l'idée à laquelle Echoline croit est que : «si les parents peuvent vivre une expérience sécurisante et se sentir contenus (malgré toute leur propre histoire bien souvent très compliquée), ils pourront peut-être en transposer quelque chose à leur enfant... »**

Concrètement, nous collaborons beaucoup avec les différents hôpitaux de la région (les maternités, les services de néonatalogie et de pédiatrie, les services de psychiatrie,...), l'One (prénatal, postnatal, nourrisson), les services sociaux, le CPAS, le SAJ, les AMO, les pouponnières, les crèches,... Les demandes de prise en charge émanent souvent d'autres professionnels. Le travail en réseau se traduit par des rencontres, des contacts téléphoniques, des courriers tout en veillant à ce que cela ait du sens POUR la famille.

Notre collaboration avec les autres intervenants ne se limite pas aux rencontres autour des suivis de familles. Nous participons également à différents groupes de réflexion et d'élaboration de projets sur l'accompagnement de la parentalité.

Nous sommes également interpellés par d'autres professionnels pour réaliser des animations destinées aux parents autour de thèmes tels que: l'importance des limites dès le plus jeune âge, la place du père lors d'une séparation, l'impact des violences conjugales sur les enfants, ... Il s'agit

pour nous d'un moyen de prévention plus général.

L'intervention précoce... idéalement pendant la grossesse

Pour L'ASBL "Echoline", au fil du temps, il est devenu primordial et nécessaire pour atteindre ses objectifs de commencer le travail d'accompagnement le plus précocement possible, idéalement pendant la grossesse.

Voici quelques-unes de nos réflexions à propos de l'importance selon nous de l'intervention dès la grossesse :

LE TEMPS DE LA DEMANDE/AFFILIATION

On ne peut pas faire l'économie de travailler la demande avec le type de famille suivie à Echoline...et cela prend du temps ! En effet, la majorité des familles arrive par le biais d'un autre professionnel qui a ses propres idées sur « comment Echoline pourrait aider cette famille » et souvent, c'est très pertinent MAIS parfois à mille lieux des préoccupations de celle-ci. Il est donc important de prendre le temps de voir ce que la famille peut s'approprier comme demande pour elle-même, importance de trouver une « base » commune pour entamer le travail d'accompagnement, co-construire ensemble un projet d'intervention dans lequel la famille s'y retrouve et dans lequel elle peut prendre une part active (... être actrice)... prendre le temps de penser un projet réaliste...

Travailler autour du lien présuppose aussi de pouvoir s'affilier avec la famille ; cela se construit et de nouveau prend du temps ! Mais pas en vain pour Echoline, il s'agit d'une première part de travail importante et qui a du sens : **l'idée d'arriver à construire, à tisser un lien, à l'apprivoiser, est une expérience à vivre pour la famille...peut-être que quelque chose pourra se transposer à la création du lien entre les parents et leur enfant.** Le temps de la grossesse peut permettre cette construction.

LE TEMPS PARTICULIER DE LA GROSSESSE

1. Commencer l'accompagnement pendant la grossesse permet de travailler en dehors de l'urgence, en dehors des inquiétudes (bébé n'est pas encore né) et permet un point de départ non pas centré sur une difficulté mais sur un événement « normal » de la vie : un enfant à naître. Le temps de la grossesse est un moment particulier de mise au travail. La période autour de la naissance est un moment favorable pour penser la prévention ; la construction des liens d'attachement, la dynamique émotionnelle, la volonté de changements qui sont en jeu à cette période constituent à la fois des moments de vulnérabilité mais aussi des moments « porteurs » de nouveaux possibles ! C'est un temps où on va pouvoir prendre soin de la maman, lui porter attention... pour certaines futures mamans, c'est une expérience nouvelle... On peut prendre soin d'elle physiquement (en passant par le corps) et psychologiquement (notion de contenance). Lui faire vivre cette expérience pourrait peut-être être transposable lorsque son bébé naîtra et qu'elle devra, à son tour, prendre soin de lui...

2. Préparer la maman dès la grossesse permet de donner une place au bébé qui est déjà là mais pas encore palpable. Le temps de la grossesse donne à la maman un statut, une place qui leur fait parfois cruellement défaut... Pouvoir prendre du temps pour elle peut l'aider à se préparer à perdre ce statut, se préparer à ce que l'attention se tourne vers le bébé et non vers elle après la naissance sans le vivre comme un rejet.

3. Accompagner dès la grossesse permet de travailler « l'anticipation » : un bébé existe déjà et on peut le penser... tout en respectant le temps du parent. Quand bébé est là on est souvent confronté à cette différence de temporalité : ce qui se passe en 1 mois pour un bébé n'est pas la même chose que pour un adulte...

EN GUISE DE CONCLUSION,

Echoline, aujourd'hui encore, reste un projet unique (dans sa configuration actuelle) qui continue à se développer : à développer ses actions et sa réflexion à partir de son objectif principal qui est le soutien à la parentalité.

Etre un projet « sans modèle » présente des avantages et des inconvénients...

Inconvénients d'une part car Echoline ne peut se reposer sur aucune autre pratique similaire même si de plus en plus d'initiatives préconisant l'action précoce voient le jour ces dernières années. Il est donc important pour Echoline de prendre le temps de la réflexion et du recul pour penser sa pratique.

Avantages d'autre part car cela permet notamment une grande créativité dans le travail et dans les outils utilisés...Nous avons donc voulu vous faire partager là où nous en sommes aujourd'hui dans notre pratique... Mettre en avant les outils utilisés tels que la co-intervention, le travail en réseau, le travail à domicile, le travail en groupe,...autant de petites pierres qui nous permettent de travailler notre objectif de soutien à la parentalité avec les familles et cela en débutant le travail le plus tôt possible, idéalement pendant la grossesse !

Situation pratique :

Pour vous donner une idée plus concrète de notre travail nous avons envie de vous raconter un petit bout de l'histoire de **Vanessa, Francis, Mélody, Aurélie et Caroline**.

Nous avons fait la connaissance de Vanessa il y a 2 ans ½, elle était enceinte de quelques mois...

Vanessa est une jeune femme d'une petite trentaine d'années qui a un

passé difficile. Ses parents sont alcooliques, elle a passé toute son enfance dans les cafés. Vanessa sait à peine lire et écrire et a des troubles du comportement. Elle est sous administration de biens, c'est son avocat qui remplit ses papiers, paye ses factures, ...

Ses deux premières filles, Aurélie et Caroline, sont placées (elles ont 4 et 5 ans) en institution à cause de son ex-mari nous dit-elle (son ex-mari qui est violent et alcoolique).

Vanessa a rencontré Francis il y a un an, c'est un homme d'une cinquantaine d'années au passé difficile aussi, alcoolique lui aussi ne sachant pas beaucoup lire et écrire comme Vanessa.

Quand on les rencontre pour la première fois, d'autres intervenants sont déjà dans la situation (le service d'aide à la jeunesse, le service autonomie) Vanessa a du mal à investir cette 3e grossesse : comment va-t-elle pouvoir être maman une nouvelle fois alors que ses 2 premières filles sont placées et ne vivent pas avec elles ?

Echoline entame donc un travail avec ce couple : d'une part une des sages-femmes prépare avec elle la naissance, donne des explications par rapport à ce qui se passe et ce qui va se passer dans son corps... elle rectifie aussi certaines croyances... un jour Vanessa lui dit : « quand je mange de la viande, je mâche beaucoup pour qu'il n'y ait plus de morceaux quand ça arrive au bébé ». La sage-femme revoit donc avec elle et Francis des gestes comme le bain, le biberon, ... en s'adaptant à Madame bien sûr... Rappelons-nous, elle ne sait pas bien lire mais on crée, on invente, on fait avec les compétences de ce couple mais aussi avec ses limites ! Par ailleurs, dans le même temps une des psychologues travaille avec Vanessa et Francis le fait qu'ils vont devenir parents ensemble et cela, pour la première fois !

On prend du temps pour les aider à se raconter...une naissance est un événement qui vient s'inscrire dans une histoire, leur histoire... parfois ils faut les aider, ils n'ont pas l'habitude... Vanessa et Francis vivent au jour le jour.

La psychologue prend du temps aussi pour envisager avec eux comment être parents... On peut être parents de façons différentes, on peut aussi faire autrement qu'avec Aurélie et Caroline...

On reprend aussi avec Vanessa, les raisons du placement de ses filles. On va avec elle questionner le SAJ afin qu'elle puisse mieux comprendre...

La grossesse arrive à son terme, beaucoup d'inquiétudes subsistent... va-t-on, nous les intervenants, prendre le risque de leur faire confiance, a-t-on suffisamment de garanties pour la sécurité de cette petite fille, Mélody, qui arrive ?

Mais on se lance, avec la collaboration de Vanessa et de Francis bien sûr... On met des choses en place : l'one, des aides familiales, la crèche, un service d'aide aux personnes handicapées et Echoline, le tout encadré par le service d'aide à la jeunesse.

Echoline poursuit son travail entamé pendant la grossesse : le suivi des soins, des conseils par rapport à l'éducation, des conseils en alimentation, la sage-femme propose du massage bébé, des ateliers de chant... Le travail se poursuit à la fois dans les locaux d'Echoline mais aussi au domicile ce qui permet de réajuster parfois les choses, d'aider à l'organisation pratique, de créer un espace de jeu... On avance avec eux, à leur rythme !

Ces deux ans n'ont pas été un long fleuve tranquille... Il a fallu régulièrement se réajuster, changer de cap...

Francis est rentré plusieurs fois à l'hôpital pour faire un cure de sevrage d'alcool... Cela va faire un an qu'il ne boit plus... On y croit !

Mélody a aujourd'hui 2 ans, elle va bien, elle fréquente 4 jours par semaine la crèche, a l'occasion de rencontrer ses sœurs 1 fois par semaine (une fois à l'institut, une fois à la maison). Elle vient toutes les semaines au groupe de psychomotricité relationnelle avec ses parents et ils y prennent du plaisir.

Cette semaine, ma collègue m'a dit : « ce qui est chouette avec Mélody c'est qu'elle profite à fond du groupe pour prendre du plaisir avec ses parents, elle sait comment aller les chercher. Elle va sur la balancelle, ça c'est le jeu de papa... Elle va chercher le ballon, ça c'est pour maman »

On aurait pu vous raconter l'histoire de Virginie et Mathias, de Farah et Stéphanie, de Younes et sa maman, de Ryan, de Mathis et sa maman brésilienne, de Loïc et bien d'autres encore...

Autant d'histoires, autant de rencontres uniques et différentes, pas une ne se ressemble, chacune nous pousse à établir des projets d'interventions différentes... rien n'est donné d'avance.

Ce qui pourrait sembler d'un premier abord être une difficulté - aucun protocole n'existe pour nous, aucune recette - s'avère être plutôt une richesse nous forçant à être à chaque fois inventives et créatives...

À chaque rencontre, une nouvelle aventure commence !

G. Haquenne : L'Accueil CPE, SASPE, Service d'Accueil Spécialisé de la Petite Enfance (agréé par l'O.N.E)

Confier un enfant à une institution, c'est prendre une grande responsabilité mais en assumer les soins, son devenir en est une autre, fondamentale et lourde de conséquences.

Aujourd'hui, le tableau clinique qui défile devant nos yeux, présente une gravité plus intense qu'auparavant. Je ne pense pas être la seule à faire ce constat. L'ampleur des souffrances physiques et affectives des enfants qui nous sont confiés est d'autant plus inquiétante par la précocité, l'intensivité et la répétition des vécus traumatiques. Aussi, plus que jamais, **on ne peut qu'insister sur l'importance des pratiques éducatives qui doivent être pensées, élaborées et appliquées par toute la collectivité professionnelle pour qu'au-delà du cadre protectionnel et de la réponse aux besoins primaires de l'enfant, son séjour en institution prenne un sens dans sa vie.** Pour ce faire, **l'équipe doit lui assurer un support réparateur, lui apporter une aide substantielle dans l'élaboration de liens significatifs et la construction de relations chaleureuses.** Lors de la demande d'accueil, généralement on nous parle de l'histoire de la famille et du profil des parents, très peu de l'état de l'enfant, cet aspect-là nous le découvrons au cours de son séjour.

Les enfants qui ont été gravement négligés sont des enfants qui n'ont pas été respectés, qui n'ont pas reçu de réponse à leurs besoins primaires (repas, repos, soins élémentaires), qui ont été privés de stimulations suffisamment saines que pour établir de bonnes relations et parvenir à se construire affectivement. Pour la plupart dans pareille situation, ils ont été confiés de façon imprévisible, à n'importe quel

moment, à n'importe qui, pour on ne sait combien de temps ou investis maladroitement en regard des attentes ou des possibilités des parents mais pas en conscience de ce qui est nécessaire pour l'enfant.

Les difficultés que présentent les enfants, telles que troubles de l'attachement, retard de développement, troubles du comportement, angoisses de séparation, d'abandon, phobies, envahissent leur corps et touchent leurs affects en permanence.

Ces souffrances se manifestent par divers comportements qui nous déconcertent encore souvent par leur imprévisibilité et leur gravité et qui ne se découvrent pas toujours dans les premiers moments du placement. Il faut un temps d'adaptation au milieu pour que l'enfant exprime le malaise qui l'envahit.

Ainsi on peut observer parmi les tout-petits, des enfants qui n'acceptent pas le contact proche des puéricultrices, qui sont mal à l'aise au toucher, dans la proximité physique, qui fuient le regard de l'adulte, qui glissent des mains au moment du bain, qui détournent la tête quand on essaie de capter leur attention ou à l'approche du biberon, qui écartent les bras en arrière et raidissent le corps quand on tente un geste câlin. Certains sont couverts d'eczéma qui s'estompe au cours du séjour réapparaissant à chaque visite des parents ou qui le développe suite au placement, conséquence d'une séparation brutale à un âge inapproprié, avec des personnes significatives pour lui comme par exemple une famille d'accueil qui l'a bien investi.

Il y a aussi les enfants qui se font oublier, ne réclament rien à l'heure du repas, restent dans le vide donnant l'impression d'une imperméabilité aux émotions, qui pleurent très souvent ou sont pris de terreur le jour comme la nuit sans raison apparente... et bien d'autres manifestations encore, le collage corporel, les signes d'angoisse et de détresse qui persistent malgré l'attention et les soins minutieux de leurs référentes.

D'autres comportements sont assez interpellants comme l'enfant qui à l'âge de trois ans ne parle pas, communique avec ses pairs et l'adulte par des coups et de la violence gratuite, l'enfant qui s'automutile, s'arrache les cils, les cheveux et les mange, l'enfant qui mis au lit badigeonne le lit de ses excréments et tapisse les murs de sa chambre, s'en barbouille le visage

et les mange, parfois aussi celles des autres enfants.

Toutes ces démonstrations de mal-être nous renvoient à des questionnements plus profonds sur leur origine et nous engagent à la recherche de pratiques d'aide plus spécialisée.

Devant la description du comportement de certains enfants, un superviseur me disait «par moment, ici l'unité de vie est proche de l'hôpital psychiatrique pour tout-petits».

Notre équipe s'est constituée garante pour tenter tout ce qui nous est possible pour parvenir à un mieux-être pour l'enfant et assume cet engagement par le biais de thérapies quotidiennes mises en place au sein du centre dès son arrivée et d'un travail relationnel avec ses parents.

Mon propos d'aujourd'hui ne sera pas de développer cet aspect déjà quelques fois abordé en public par mes collègues, le Dr. MATHY, psychiatre infanto-juvénile et Mme GYSELINCK, thérapeute du développement, mais je vous propose d'exposer ce qui, à côté des bienfaits de la thérapie individuelle, s'impose dans notre pratique éducative pour soulager ces enfants de leurs blessures physiques et leurs troubles affectifs.

Ce qui s'organise pour restaurer leur confiance envers l'adulte et pour leur redonner l'envie de vivre n'est autre que ce que j'appelle « **la thérapie du quotidien** » exercée par les professionnels qu'on ne voit pas souvent, dont on ne parle pas assez, qui, avec passion, courage mais aussi beaucoup d'humilité, à l'image de la sage-femme donnant la vie, font renaître des enfants: les puéricultrices, les éducatrices et éducateurs qui les encadrent.

Je voudrais ici leur rendre hommage.

Les signes de mal-être que nous percevons chez ces enfants réclament la mise en place d'une structure de vie bien spécifique. C'est dans les détails de l'organisation institutionnelle et la pertinence des concepts éducatifs que vont s'installer les pratiques de maternage, l'apaisement des angoisses des enfants et l'amélioration de leur développement.

La thérapie du quotidien, telle que nous la concevons, c'est notamment de s'organiser pour satisfaire pleinement les besoins essentiels de l'enfant,

sa santé physique, sa sécurité affective, son développement intellectuel et social en respectant son rythme et en veillant à ce que toutes les interventions à son égard si banales peuvent-elles paraître, s'imprègnent d'une dimension thérapeutique, particulièrement des gestes anodins qui accompagnés d'un discours rassurant, prévenant, prennent un sens différent qui s'approche de la notion de soin pour ces enfants.

Nous insisterons beaucoup sur l'importance du LIEN, lien de l'enfant avec son histoire bien souvent constituée de ruptures successives, de rencontres improvisées, de paternité et de lieux de vie multiples et diversifiés, lien aussi avec les professionnels qui vont être amenés à décortiquer cette histoire pour en construire une autre avec lui. Il est reconnu maintenant que ce lien s'établit déjà bien avant la naissance de l'enfant. On peut s'en rendre compte par tout ce qui est mis en place par des parents bienpensants et bientraitants pour préparer l'arrivée d'un enfant, par un investissement déjà bien présent par la pensée.

Quand les intervenants nous réfèrent d'une situation qui nécessite le placement, ils nous font part de leurs inquiétudes, de grossesse non désirée, non suivie, de sevrage à la naissance, de l'absence de préparation matérielle pour l'arrivée du bébé, des conditions précaires ou brutales pour l'entrée de cet enfant dans la vie. Ils nous parlent aussi des conséquences dramatiques du maintien d'un enfant en famille mal investi depuis sa petite enfance et des antécédents familiaux qui justifient la mesure d'éloignement.

Bref, globalement au-delà des signes visibles de négligence, on peut percevoir qu'ils nous parlent d'inexistence de lien sécurisant et constructif dans la vie de l'enfant.

Mais qu'en est-il si on fait le parallèle avec l'arrivée d'un enfant en institution ? On ne se pose pas la question de savoir si toutes les conditions matérielles et humaines sont réunies pour l'accueillir, pour l'investir, si le groupe de petits résidents déjà constitué va pouvoir supporter d'être bousculé, voire même perturbé par une nouvelle présence. C'est souvent l'urgence qui prime sans souci des conséquences d'un accueil mal préparé. **Or le devenir personnel de l'enfant dépend fortement de la qualité de l'accueil et des soins qu'on**

va lui réserver, de l'évaluation de ses besoins et des objectifs prioritaires qu'on va fixer pour y parvenir.

Il ne faut pas négliger la place du lien. Le lien par définition c'est quelque chose qui relie, qui unit, qui attache, qui donne sens à l'existence. Or le placement représente la rupture, parfois bien nécessaire par mesure protectionnelle mais il est dès lors primordial de tout faire pour en atténuer les effets négatifs pour l'enfant.

Accueillir un enfant dans le respect de sa personne et de son individualité, c'est l'investir bien avant son arrivée dans l'institution, c'est faire lien avec son passé pour préparer son avenir. A la demande d'accueil, c'est adresser une réponse collégiale positive, prévoir la personne de référence parentale et celle qui investira l'enfant, garante de son bien-être parmi tous les professionnels qu'il va être amené à rencontrer.

Depuis l'annonce de son séjour, en réunion d'équipe c'est parcourir son histoire, tenter de la comprendre pour la poursuivre autrement, plus sereinement, plus respectueusement de sa personne.

Dans l'ordre du possible, selon l'autorisation du mandant et/ou des parents, l'assistante sociale qui va suivre la situation et la future référente de l'enfant iront le voir dans son lieu de vie, à l'hôpital, en famille d'accueil d'urgence, en centre d'accueil provisoire.

Puis, plusieurs fois, l'éducatrice ira passer du temps pour faire connaissance avec l'enfant, elle questionnera le personnel soignant ou encadrant, sur sa vie, ses goûts, ses petites manies, ses difficultés, les soins à lui apporter. Elle lui laissera un objet, un doudou, objet transitionnel qui fera lien avec son futur proche.

Les renseignements reçus lui permettront dès le début du séjour de gagner du temps, d'éviter des erreurs de comportements. Les contacts préalables avec l'enfant faciliteront l'approvisionnement mutuel et feront en sorte qu'il rencontre une figure connue, rassurante quand il franchira la porte du centre.

Les personnes qui s'occupent de l'enfant seront invitées à prendre contact avec l'institution, parents, professionnels sans distinction, pour visiter avec lui, les lieux de vie qui constitueront son nouvel

environnement autant de fois que nécessaire pour qu'il s'en imprègne progressivement.

L'éducatrice aura choisi la chambre qui correspond le mieux à son épanouissement en tenant compte de perturber le moins possible les enfants déjà présents. Elle l'aura garnie de jouets de son choix, de photos des parents, de sa fratrie, reçues lors des visites et dans le meilleur des cas, des objets personnels de l'enfant qui maintiendront un lien avec ce qui lui était familier. Ces petites attentions ont pour but d'amoindrir les effets douloureux de la séparation et d'éviter que l'enfant ne se sente complètement coupé de ses attaches originelles.

Elle aura équipé la garde-robe de vêtements lui appartenant ou neufs regrettant dans ce cas qu'il ne puisse pas en avoir personnellement car cela renforce son dépouillement et accentue la difficulté à construire son identité. Tous ses effets seront personnalisés tout comme l'endroit où ils seront rangés, (coin et boîte à jeux, cadres avec photos de sa famille, etc.).

Accueillir un enfant dans le respect, c'est à son arrivée, lui réserver un accueil chaleureux où il sera attendu par ses éducatrices et les autres enfants du groupe qui auront été préparés à partager leur vie avec un nouveau copain car tout comme lui, ils sont inquiets, en grande souffrance et perturbés aux moindres changements dans leurs habitudes. C'est lui expliquer les raisons de son entrée en institution qui lui seront rappelées chaque fois que son état le nécessitera avec des mots simples mais vrais, peut-être pas ceux qu'il aurait voulu entendre mais ceux qui lui permettront de comprendre pourquoi il ne vit plus momentanément auprès de sa famille, pour que seul dans la nuit, il ne reste pas perdu dans ses cauchemars, qu'une fois le jour venu, il n'attende pas ses parents dans le désespoir de les voir.

C'est aussi exprimer à ses parents en sa présence notre souhait de les rencontrer régulièrement et de prévoir avec leur consentement le rythme de visites auquel il peut s'attendre. C'est essayer de gagner rapidement leur confiance pour que l'enfant puisse profiter de nouvelles relations sans être pris dans un conflit de loyauté envers ses parents, toxique pour ses apprentissages et son développement.

Pour que le séjour de l'enfant lui soit profitable, quelques points nous

paraissent essentiels à prendre en compte par l'entourage éducatif: le maintien d'une stabilité qui s'associe à la permanence du contact et des soins; l'attention et l'empathie qui procurent à l'enfant la sécurité affective, le sentiment de confiance envers l'adulte et celui de continuer d'exister.

En théorie ces principes paraissent aller de soi mais dans la pratique, en milieu institutionnel où défilent une multiplicité de personnes assumant des fonctions et tâches bien différentes, cela demande une organisation respectant scrupuleusement le rôle, les limites du travail et les responsabilités de chacun, une restriction du nombre de personnes qui occuperont une place significative dans le quotidien de l'enfant.

Ces conditions indispensables pour favoriser le développement harmonieux de l'enfant réclament du personnel une vigilance constante sur le maintien du cadre professionnel.

L'enfant qui doit quitter son milieu familial si inadéquat soit-il jugé, est déraciné de tout un univers connu, les lieux de vie, les objets, les odeurs, la voix et les visages familiers. Il n'a plus de repères, il se voit précipité dans un monde étrange et à ses yeux, à ce moment-là, rien ni personne ne peut lui garantir qu'il ne sera pas abandonné par ses parents et que des professionnels vont bien s'occuper de lui.

L'angoisse issue de cette séparation peut être soulagée par des attitudes de contenance, de structuration du temps et de l'espace, des investissements dans une suppléance parentale, par les soins physiques, l'alimentation, les fêtes et cadeaux d'anniversaire, les visites médicales, la scolarité, les achats vestimentaires, etc.. ce qui ne signifie pas pour autant l'adoption d'une fonction de substitution parentale.

Notre expérience avec ces enfants gravement perturbés nous a permis de mettre en place des pratiques que nous pensons être bientraitantes pour les aider à se repérer dans le temps, à anticiper les événements, à être en relation de confiance avec l'adulte et à ressentir de la sécurité physique et affective.

Ainsi, les enfants vivent en petits groupes, 6 enfants en permanence au sein de leur section respective dans laquelle est maintenu une stabilité du personnel et la présence d'un nombre restreint d'éducatrices (4

personnes maximum). Exception faite en cas de maladie prolongée ou de congés payés, ce sont toujours les mêmes personnes qui s'occupent des mêmes enfants, semaine comme W-E, jour et nuit.

Les stagiaires sont de passage dans notre maison mais n'assument pas de tâches qui initient une relation intime avec l'enfant (soins, toilettes, mises au lit, visites parentales) et n'interviennent jamais dans le groupe des tout-petits, des bébés.

La vie institutionnelle s'organise autour de rituels associés à chacune des activités de la journée afin de rendre les événements du quotidien le plus souvent prévisibles pour les enfants.

Un tour de rôle est établi déterminant l'ordre dans lequel les enfants vont être investis par l'éducatrice pour que dès le matin, chaque enfant intègre celui qui sera pris du lit le premier puis le second, etc. et il en est de même pour les toilettes, les repas et les soins. Cette pratique permet à l'enfant d'être rassuré sur le fait qu'il sera propre, qu'il aura à manger, qu'on ne va pas l'oublier et qu'il aura lui aussi ses moments privilégiés, qu'il peut compter sur des personnes fiables qui seront là pour lui dans la continuité.

Les bains et les repas sont répartis dans le temps et dans l'organisation de la journée et de la semaine, de la même manière pour chaque enfant et avec chaque éducatrice de façon à ce que chacun reçoive une attention équitable. (Que ce ne soit pas le plus remuant ou le plus mignon sur lequel on focalise la relation).

Le temps accordé au bain et aux soins est important car c'est le moment le plus intime dans l'espace thérapeutique enfant-éducatrice, c'est un moment privilégié qui doit être suffisamment long et organisé que pour permettre à l'enfant d'inscrire en lui une relation de qualité avec sa référente, ce qui l'aidera dans sa reconstruction personnelle interne. (Je suis un enfant qui mérite de l'attention, digne d'intérêt, je compte donc aux yeux de quelqu'un, j'ai la certitude de ne plus être oublié, de ne plus être humilié...)

La bienveillance et la douceur des gestes de l'éducatrice, la précaution qu'elle prend pour prévenir l'enfant des soins qu'elle va lui prodiguer, l'observation qu'elle effectue à ce moment, vont l'aider à comprendre les

signes de malaise ou de bien-être de l'enfant. La qualité de ces échanges va contribuer à construire une connaissance mutuelle et à créer un investissement réciproque mais aussi à redonner confiance à l'enfant envers le monde des adultes.

Une communication signifiante et rassurante pour l'enfant, quel que soit son âge, passe par le regard, la parole et le geste.

Ce qui implique que l'éducatrice lui assure une permanence de l'attention, qu'elle reconnaisse l'origine de ses rires et de ses pleurs, qu'elle perçoive ses gazouillis, qu'elle décode ses mimiques, ses mouvements et son comportement, qu'elle lui explique inlassablement le déroulement de la journée, l'agenda des activités, qu'elle fasse des liens entre ses intentions et ce qu'elle attend de l'enfant, qu'elle lui adresse un discours gratifiant, qu'elle soit réceptive aux expressions de détresse mais aussi qu'elle partage les moments de joie et de tendresse, qu'elle soit créative et lui propose des activités stimulantes, qu'elle soit cadrante sans animosité et structurante pour le bien de la collectivité, qu'elle porte un intérêt constant sur le groupe d'enfants, qu'à chacun elle réserve un moment particulier dans la journée, par exemple des retrouvailles chaleureuses au lever, le câlin du soir ou la lecture d'une histoire au moment du coucher. Bref, qu'elle soit maternante à tout moment.

Les symptômes évoquant une pathologie du lien, présents chez de nombreux enfants, nous renvoient à la notion de soin psychique.

Le soin du lien affectif avec l'enfant se construit de présence permanente de l'éducateur, de l'éducatrice, de l'expérience quotidienne d'émotions partagées, de moments individuels de complicité, de souvenirs évoqués, de contacts différenciés.

L'enfant ne peut démontrer sa capacité à créer des liens que s'il a eu l'occasion de les expérimenter avec un adulte sincèrement bienveillant à son égard. Qui d'autre que le référent éducatif, majoritairement chez nous une éducatrice, peut lui offrir cet espace de soin, d'empathie au quotidien, elle, qui a pris conscience qu'**au-delà de la nourriture, le bébé, l'enfant se nourrit de la qualité de soins, de portage, de la relation privilégiée avec la personne chargée de son**

éducation.

L'éducatrice prend du temps pour bien connaître l'enfant ; elle réalise à quel point ses angoisses sont profondément ancrées, comment il contrôle la relation affective par l'alternance de rejet ou demande de câlins, le temps dont il a besoin pour créer un lien de confiance et ses difficultés pour y parvenir, comment il peut se priver de spontanéité une fois soumis aux sautes d'humeur de ses parents.

Ainsi l'enfant en institution, bien investi dans une relation stable et empathique par son référent en suppléance parentale pourra développer ses compétences, son autonomie, une meilleure estime de lui et ses relations à autrui, base de sa socialisation.

Il est important aussi de souligner que le lien s'inscrit dans l'histoire de l'enfant par le rappel de ses antécédents, par ce qu'il vit au présent et par l'information du projet de vie qu'on construit avec lui.

Si notre souci est de lui donner le sentiment d'exister, notre devoir est de lui restituer selon son souhait le contenu de son histoire et qu'il puisse à tout moment s'en imprégner à volonté.

Aussi, à l'arrivée d'un enfant, le référent réalise un carnet de vie où sera consigné tout ce qui constitue son vécu institutionnel, des photos souvenirs d'événements importants, des anecdotes dans son parcours seront l'empreinte d'une portion de sa vie, tout ce qui nous semble signifiant pour construire son identité, laissant une trace de ce que sa mémoire n'aura pas pu garder. Carnet de vie qu'il emportera au départ de l'institution.

Pour maintenir une continuité dans le soin du lien, l'enfant sera préparé à la visite de ses parents, prévenu dès le matin, aussi informé en cas d'absence et soutenu pour faire face à ce désistement par l'évocation de la raison.

Tout sera mis en œuvre pour que la visite se passe bien, un membre de l'équipe, plus particulièrement une éducatrice investie dans cet espace familial ou en son absence une assistante sociale, encadrera la rencontre pour y mettre un contenu stimulant, soutenir une relation positive entre l'enfant et ses parents, assurer une présence sécurisante ou veiller à la sérénité dans les relations.

L'éducatrice aura pris le soin de présenter l'enfant habillé avec des vêtements transmis par sa famille ou dans une tenue harmonieuse pour qu'il plaise au regard des parents et qu'ils lui renvoient ainsi une image positive, présage d'un moment plaisant.

Garant de la bonne évolution de l'enfant et du maintien des liens avec sa famille, le référent sera présent dans le travail de collaboration entre les parents et l'équipe psycho-sociale du centre. Il partagera ses impressions du vécu de l'enfant, soutiendra le projet de vie qui semblera le plus adéquat pour lui et participera à sa concrétisation.

Quelle que soit la destination que l'enfant prendra, retour en famille, départ vers une autre institution, entrée en famille d'accueil, son référent, comme au jour où il a fait sa connaissance, lui permettra d'approprier cette nouvelle aventure avec intérêt et contenance. Il l'accompagnera progressivement dans le respect de son rythme pour réduire les difficultés liées à la séparation du milieu protecteur et ne pas mettre en péril les efforts entrepris pour rendre à cet enfant l'envie de continuer d'exister...

À travers ces propos très incomplets en regard de notre histoire, j'espère vous avoir imprégné un peu de notre expérience et vous avoir fait comprendre pourquoi dans notre institution, il nous est difficile d'accueillir un enfant en urgence.

Le temps de l'enfant est un temps à ne pas négliger.

QUELQUES MOTS POUR CONCLURE

Négligence. Un « concept élastique et confus » que le dictionnaire définit comme l'attitude de celui ou celle qui manque de soin, d'attention et de vigilance. Qui se manifeste de manière plurielle et parfois perverse, invisible, quand il est question des enfants en très bas âge. Un mot qui en amène d'autres dans son sillage, qui font craindre le pire : violence, brutalité, (auto)mutilation, abandon, rupture, phobie, angoisse, stress, séparation, troubles, vulnérabilité, méfiance, dévalorisation...

En réponse à ceux-ci, on trouve, fort heureusement, dans les exposés qui composent ce recueil, d'autres substantifs rassurants : accueil, bienveillance, douceur, précaution, prévention, bien-être, lien, réseau, ... qui jouent comme autant de « facteurs correctifs » des situations difficiles, douloureuses voire extrêmement dangereuses dans lesquelles sont plongés de très petits enfants, parfois avant même leur naissance.

Et malgré la difficulté que rencontrent dans leur travail quotidien les professionnels, médecins, puériculteurs –trices, éducateurs –trices, ... face à cette maltraitance que vivent les enfants gravement négligés, la tentation est grande de seulement retenir que les « effets du stress toxique précoce ne sont pas toujours irréversibles ». Nous ne pouvons pas oublier alors que ce n'est possible que si sont mises en place les interventions judicieuses, utiles, positives au niveau économique et affectif chez ces enfants.

En peu de mots, c'est dire que l'espoir existe. L'espoir de voir des enfants négligés très jeunes se rétablir et pouvoir mener une vie « normale » pour utiliser un autre concept « élastique et confus ». Une vie où les conséquences de la négligence dont ils auront été les victimes ne détermineront pas leur quotidien d'adulte ou dans une mesure tellement infime qu'elle n'aura plus d'importance. Cela n'est possible que si des mesures appropriées de prévention dans le champ de l'aide à la petite enfance, l'accompagnement des familles sont prises mais aussi en terme de soutien de tous les professionnels de la petite enfance pour qu'ils soient mieux outillés dans ce domaine.

Les preuves scientifiques, médicales, psychiatriques, ... existent aujourd'hui. Il n'est plus possible de nier les conséquences de la négligence vécue par les enfants en très bas âge sur leur avenir. L'heure n'est donc plus à la tergiversation mais à l'action déterminée, raisonnée, dans le meilleur intérêt de tous ces enfants. Pour qu'il leur soit donné l'occasion de « naître » et de s'émanciper.

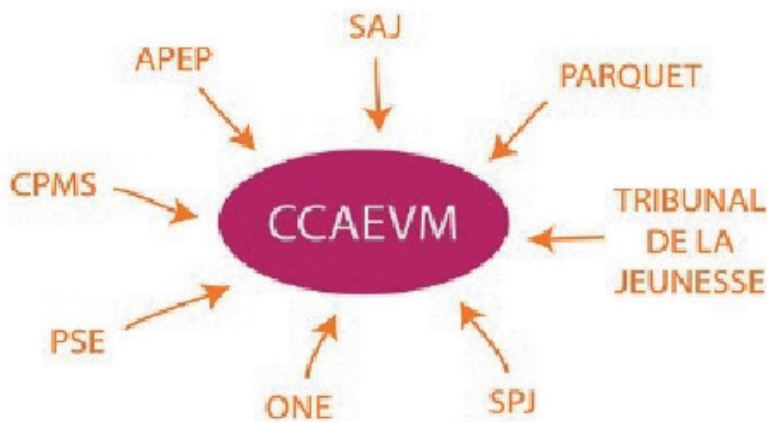
L'actuel dispositif de la lutte de la maltraitance est la 4ème étape d'un processus qui a débuté en 1985 avec la mise en place du décret relatif à la protection des enfants maltraités ou gravement négligés. Ce décret qui a institué les équipes SOS enfants a été créé suite à une recherche action qui s'est déroulée de 1979 à 1983 et qui a été menée à bien par les équipes universitaires de Bruxelles, Anvers et Liège.

En 1994, un 1er projet de réforme est envisagé mais c'est en 1998 suite à « l'affaire Dutroux » que sera voté le 16 mars le décret relatif aux enfants victimes de maltraitements.

Bien que « boudé » par le ministre de tutelle ce décret selon la volonté du gouvernement de la CF donnera naissance à « LA CELLULE DE COORDINATION D'AIDE AUX VICTIMES DE MALTRAITANCE » appelée YAPAKA.

12 mai 2004, le décret relatif aux enfants victimes de maltraitance institue une commission de coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance au sein de chaque arrondissement judiciaire francophone.

La commission maltraitance a pour mission de veiller à l'amélioration des procédures de prise en charge des situations de maltraitance à l'égard d'enfants. Elle ne traite pas de situation individuelle.



ONE - OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE (SERVICE PUBLIC DE LA FÉDÉRATION WALLONIE BRUXELLES)

- Service non obligatoire et accessible à tous.
Bientraitance, démarche axée sur le développement de partenariats et la participation des acteurs.
- Missions :
 - Protection maternelle et infantile
 - Accompagnement des enfants de 0 à 6 ans dans son milieu familial et de 0 à 12 ans pour les milieux d'accueil y compris l'extrascolaire
 - Consultations prénatales
 - Consultation pour enfants

- Soutien à la parentalité (information des parents et futurs parents)
- Promotion à la santé et récolte de données
- Education à la santé

L'ONE est présente dans 95% des maternités en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Tout enfant né en Fédération Wallonie-Bruxelles reçoit au moins un contact avec la TMS de l'ONE avec présentation et offre de service.

PSE, SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE (DÉCRET DU 20/12/2001 ET DU 16/05/2002)

LE RÔLE DES PSE EST DE CONTRIBUER À LA SANTÉ, AU BIEN-ÊTRE DU JEUNE À TRAVERS DIFFÉRENTES MISSIONS :

- Le suivi médical qui comprend le bilan de santé individuel, la politique de vaccination et les suivis spécifiques (suivis médicaux, sociaux, ...).
- La mise en place de programmes de promotion à la santé et d'un environnement scolaire favorable à la santé par un accompagnement méthodologique de projets de promotion de la santé, par les visites d'établissements, ...
- La prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles.
- L'établissement d'un recueil de données sanitaires.
- L'organisation d'un point santé pour l'enseignement supérieur : lieu d'écoute, d'informations, de conseils psychologiques, médicaux et d'orientation (confidentiel, gratuit et sur rendez-vous).

MAIS ÉGALEMENT :

- Recevoir toute interpellation d'intervenant confronté à une situation de maltraitance (accompagnement et soutien).
- Etablir un constat médical par les médecins scolaires à la demande

des équipes éducatives.

- Et orienter les situations exposées au PSE vers différents organismes.

CPMS CENTRE PSYCHO - MÉDICO -SOCIAL

- Equipe tri-disciplinaire
- Accueil, écoute et accompagnement psycho-médico-social des élèves dès l'entrée à l'école maternelle et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire de plein exercice ou en alternance.
- Soutien à la parentalité
- Information et orientation scolaire
- Education à la santé
- Interventions soumises au secret professionnel.
- Gratuité

EQUIPE « SOS ENFANT », AIDE ET PRÉVENTION ENFANTS-PARENTS

Equipe pluridisciplinaire agréée par la Fédération Wallonie Bruxelles pour les enfants victimes de maltraitance (0 à 18 ans) ; service gratuit.

Contact : toute personne concernée par l'enfant (professionnelle ou non).

Missions :

- Porter attention à toute situation d'enfant victime.
- Etablir un bilan pluridisciplinaire de la situation de l'enfant.
- Aider l'enfant et sa famille.
- Travailler avec le réseau.

SAJ, SERVICE D'AIDE À LA JEUNESSE (DÉCRET DU 04/03/1991)

- Service public d'aide spécialisée.
- Aide aux jeunes en difficultés, aux enfants en danger et personnes qui éprouvent de graves difficultés dans l'exécution de leurs

obligations parentales.

- Aide supplétive et complémentaire aux autres formes d'aide.
- Le Conseiller ne peut apporter une aide d'autorité : l'aide est consentie ;

PARQUET DE LA JEUNESSE

- > Reçoit les plaintes de la police, mais aussi des particuliers, services sociaux, écoles, hôpitaux, ...
- > Mène l'information en vue de rassembler les éléments d'appréciation.
- > Deux types de dossiers : mineurs en danger (article 38 ou 39, décret 04/03/91) Mineur délinquant (article 36/4, loi 08/04/65)
- > Donne une orientation aux dossiers, soit :
 - Classement sans suite.
 - Renvoi vers le SAJ.
 - Réquisitoire de placement en urgence (39 ou 36/4) au TJ.
 - Approche graduelle (médiation) pour mineur délinquant.
 - Citation au fond (38 ou 36/4) devant le Juge de la Jeunesse pour des mesures appropriées.
 - Les criminologues du Parquet apportent un appui aux substituts dans les situations d'absentéisme scolaire, de maltraitance et de délinquance.
- > Peut mettre à exécution des Jugements, Ordonnances ou Directives sur demande du Juge ou du SPJ en cas de nécessité via les services de police.

TRIBUNAL DE LA JEUNESSE

- > Saisi par le Procureur du Roi.
- > Respect des droits fondamentaux (convention Européenne des Droits de l'homme – convention des droits de l'enfant).
- > En urgence
 - Placement de courte durée.

- Pas de procès, peu de formalités.

- > Au fond

- Avec procès (droits de la défense).
- Toutes les mesures.

SPJ, SERVICE DE PROTECTION JUDICIAIRE

- > Service public d'aide spécialisée.
- > Aide contrainte.
- > Mise en oeuvre des jugements rendus par le tribunal de la jeunesse.
- > Exécution des missions données par le tribunal de la jeunesse pour mineur délinquant.

Bibliographie

Archer Caroline, coll. « *Enfant qui a mal, enfant qui fait mal* », Ed. De Boeck 2007

Archer Caroline, coll. « *Traumatisme, attachement et permanence familiale* », Ed. De Boeck 2008

Barudy Jorge, Dantangnan Marjorie « *De la bientraitance infantile* », Ed. Fabert 2007

Cyrulnik Boris, « *Sous le signe du lien* », Ed. Pluriel, Paris 2010

Golse Bernard, « *Le développement de l'enfant* »,

Guedeney Nicole et Antoine, « *L'attachement : approche clinique* », Ed.Elsevier Masson, 2010

Guedeney Nicole et Antoine, « *L'attachement : approche théorique* », Ed.Elsevier Masson, 2010

Lamour Martine, « *Souffrance autour du berceau* », Ed. G.Morin 1998

Lemay Michel, « *J'ai mal à ma mère* », Ed. Fleurus 1979

« *Prévention et petite enfance* », ONE 2011

Rapport Danièle et Roubergue-Schlumberger Anne, « *Blanche-neige et les 7 nains et ... autres maltraitances. La croissance empêchée* », Ed. Belin 2003

Roegiers Luc et Molenat Françoise, « *Stress et grossesse, quelle prévention pour quel risque ?* », Ed. Eres 2011

Rygaard Niels, « L'enfant abandonné, guide de traitement des troubles de l'attachement », Ed. De Boeck 2007

Schore Allan N, « La régulation affective et la réparation de soi », Ed. Cig 2008

Temps d'arrêt :

- « Points de repères pour prévenir la maltraitance », collectif
- « L'aide aux enfants victimes de maltraitance. Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et des adolescents ».
- « Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance », Martine Lamour
- « Infanticides et néonaticides », Sophie Marinopoulos
- « Malaise dans la protection de l'enfance : la violence des intervenants », Catherine Marneffe
- « L'attachement, un lien vital », Nicole Guédeney
- « Les premiers liens », Marie Couvert
- « Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique », Edwige Barthélémi, Claire Meersseman, Jean-François Servais et collaboration du Dr Thérèse Delattre
- « Le déni de grossesse », Sophie Marinopoulos
- « Parents défaillants, professionnels en souffrance », Martine Lamour
- « L'observation du bébé », Annette Watillon

Bowlby. Attachement et perte. vol 1, L'attachement; PUF 2002

Bowlby. Attachement et perte. vol 2, La séparation, angoisse et colère; PUF 2007

Bowlby. Attachement et perte. vol 3, La perte; PUF 2002

Lupien S.J. et al. Stress hormones and human memory function across the lifespan. *Psychoneuroendocrinology* 2005, 30, 225-242.

Mc Ewen B.S. and Sapolsky R.M. Stress and cognitive function. *Current opinion in neurobiology*, 1995, 5, 205-216.

Mc Ewen B.S. Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of pharmacology*, 2008, 583: 174-185.

De Bellis M.D. et al. Developmental traumatology part I: biological stress systems. *Biological psychiatry*, 1999, 45, 1259-1270.

De Bellis M.D. et al. Developmental traumatology part II: brain development. *Biological psychiatry*, 1999, 45, 1271-1284.

De Kloet E.R et al.. Stress and cognition: are corticosteroids good or bad guys? *Trends in neurosciences*, 1999, 22, 422-426.

Weaver ICG et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience*, 2004, 7, 847 – 854.

Roceri M et al. Early maternal deprivation reduces the expression of BDNF and NMDA receptor subunits in rat hippocampus, *Molecular Psychiatry*, 2002, 7(6):609-616.

Kirchbaum C. The Trier Social Test – a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 1993, 28. 76-81.

George C. and Main M Social interactions of young abused children : approach, avoidance and aggression. *Child Development*, 1979, 50, 306-318.

Meaney MJ. Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child Development*, 2012, 81. 71-79.

Szyf M. Epigenetics, DNA Methylation, and chromatin modifying drugs. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 2009, 49:243–63

Bagot RC et al. Maternal care determines rapid effects of stress mediators on synaptic plasticity in adult rat hippocampal dentate gyrus, Neurobiology of learning, 2009, 92, 292-300.

Champagne FA et al. Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development, Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2009, 33, 593-600.

McGowan PO et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. Nature, 2009.

Oberlander TF et al. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. Epigenetics 2008, 3:2, 97-106



avec le soutien de la Fédération
Wallonie Bruxelles