

« Un bébé tout seul, ça n'existe pas »

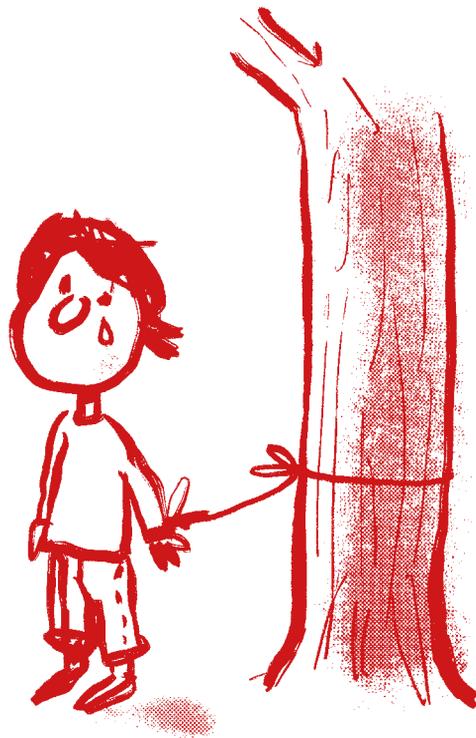
D.W.Winnicott -
L'enfant et le monde
extérieur - 1988

À travers une vignette clinique d'un enfant « protégé » en grande souffrance psychologique et au parcours institutionnel chaotique, notre propos vise à s'interroger sur l'intérêt et le sens pour l'enfant « protégé », et/ou les travailleurs sociaux, d'une hospitalisation complète en unité de pédopsychiatrie.

Christophe Philippe
Praticien Hospitalier
Pédiatre
VAE en Psychiatrie
de l'Enfant et l'Adolescent

THOMAS : « UN TOURBILLON TRAUMATIQUE »

Thomas, issu d'un couple en grande précarité sociale et psychologique, n'est pas un enfant désiré. Dans un contexte de violences conjugales et d'intoxication alcoolique, une mesure d'investigation éducative judiciaire est engagée : les parents ne se présentent ni aux convocations, ni à l'audience du juge pour enfants. Thomas est placé en pouponnière de 6 à 27 mois, suite à une OPP. Il s'adapte vite et évolue bien, décrit comme un enfant calme, ne manifestant aucune crainte vis-à-vis des professionnels. Les liens avec ses parents sont maintenus lors de visites médiatisées. En grandissant, l'enfant est en quête d'attention plus exclusive de l'adulte. À 27 mois, Thomas est confié à une assistante maternelle malgré les réticences de ses parents. La famille d'accueil se trouve rapidement en difficulté. Thomas sera confié à une nouvelle assistante familiale alors qu'il entre à l'école maternelle. Il s'adapte très rapidement à son nouveau lieu de vie, et s'attache à sa nouvelle assistante



familiale qu'il appelle « mamie ». Thomas se développe très bien tant sur le plan des acquisitions psychomotrices que sur le plan de l'alimentation et du sommeil. Après une année quasi « paisible », l'enfant manifeste des accès de colère en lien avec une grande intolérance aux frustrations et des passages à l'acte violents au domicile comme à l'école. Les parents, toujours en errance, n'exercent plus régulièrement leur droit de visite. Un suivi est organisé au sein d'un CMPE (Centre Médico-Psychologique pour Enfants).

Au bout de 2 ans, Thomas est réorienté en urgence vers une nouvelle famille d'accueil suite à la révélation, par un autre enfant, de mauvais traitements dont il aurait été l'objet chez cette même assistante familiale. Pendant 6 mois, Thomas additionne cinq nouveaux placements en famille d'accueil et dans une MECS (Maison d'enfants à caractère social). Toutes seront en difficulté, il aurait exprimé sa souffrance d'avoir quitté sa « mamie » et l'aurait souvent réclamée. Sur le plan scolaire, bien qu'il ait de très bonnes compétences cognitives, Thomas est agité, dispersé, n'est pas disponible pour les apprentissages. Pour reprendre l'expression de Bernard GIBELLO¹, il a une intelligence tout à fait dans les normes de sa classe d'âge mais une « intelligence troublée », des « troubles du contenant de pensée » ou de la « pensée vide ».

L'accompagnement psychologique du CMPE n'a pu se poursuivre qu'en pointillés, du fait des placements successifs de l'enfant sur divers secteurs géographiques. De même, les visites médiatisées se sont espacées et ont été supprimées durant quelques mois. Le couple s'est séparé, la mère est partie dans un autre département. Elle n'a plus contact avec son fils qu'en « visio ». Le père a été hospitalisé à plusieurs reprises du fait de sa forte addiction à l'alcool. À peine âgé de 6 ans, Thomas a déjà vécu un long parcours institutionnel ponctué de ruptures et de séparations venant impacter son comportement affectif et social en réactivant sans cesse les menaces d'abandon.

Il réclame la présence de sa mère comme l'ultime bouée à laquelle il pourrait encore s'amarrer. Il est préconisé un accueil en institution, soutenu par un accompagnement thérapeutique, du fait de l'impossibilité de l'enfant à pouvoir investir une nouvelle relation duelle et privilégiée avec une autre assistante familiale que sa « mamie » dont il a été subitement séparé.

Il est ainsi décidé de « placer » Thomas dans un foyer d'enfants près du domicile de sa mère, qui un droit de visite médiatisé deux fois par mois, honoré une fois sur deux. Les droits de visite du père sont suspendus.

Durant les premières semaines, Thomas s'adapte relativement bien. Scolarisé en interne, il se montre curieux et désireux d'apprendre tout en se questionnant sur son histoire. Il bénéficie d'une prise en charge thérapeutique par une psychologue du CMPE de secteur et par le CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel). Il est rapporté une anxiété généralisée : agitation constante et labilité attentionnelle, dysrégulation émotionnelle en lien avec une importante intolérance aux frustrations, constante quête affective et d'attention quasi exclusive pouvant impacter les relations avec ses pairs, émergence de pensées obsessionnelles impactant son sommeil, hypersensibilité, hypervigilance et accentuation récente de son impulsivité avec des passages à l'acte violents envers les autres, enfants et adultes, puis envers lui-même. En proie à nombreuses crises clastiques, Thomas est régulièrement conduit aux urgences pédiatriques. Un traitement neuroleptique sédatif ne suffit pas à l'apaiser. En grande difficulté, l'équipe éducative s'épuise : jets d'objets, dégâts matériels, comportements hétéro-agressifs à l'encontre des autres enfants du foyer et des éducateurs. Thomas aurait tenté de se stranguler avec ses mains. À 8 ans, du fait d'une recrudescence des crises clastiques de plus en plus importantes en intensité et en fréquence, des passages répétés aux urgences, des limites de la prise en charge en ambulatoire, Thomas, est hospitalisé dans notre « unité d'hospitalisation complète pour pré-adolescents (8-12 ans) ».

L'enfant vit l'intensité des traumatismes passés en les actualisant dans la relation avec les professionnels.

Cette clinique est à mettre en perspective avec de nombreux changements, bouleversements et séparations, et un projet de départ en colonie de vacances qui l'agite, réactivant de fortes angoisses d'abandon. L'objectif de l'hospitalisation, outre un séjour de répit pour l'enfant et les travailleurs sociaux, est de permettre une évaluation clinique plus fine dans un cadre institutionnel plus contenant et un ajustement thérapeutique.

Thomas s'adapte très vite au cadre de l'unité, qu'il respecte les premiers jours. Il semble s'apaiser. L'équipe observe rapidement une quête d'attention exclusive de l'adulte sans pour autant s'attacher particulièrement à un soignant. Il l'exprime en s'agitant jusqu'à harceler les adultes mais aussi les autres enfants suscitant parfois le rejet. Il ne sait pas être seul. Les frustrations sont à l'origine de petites crises clastiques, le plus souvent bien contenues par l'équipe soignante. Il a pu avoir des gestes hétéro-agressifs envers les soignants et provoquer de leur part des contre-attitudes transférentielles.

L'enfant vit l'intensité des traumatismes passés en les actualisant dans la relation avec les professionnels. La relation est vécue comme menaçante et source potentielle de danger. L'équipe soignante peut vite se retrouver en difficulté malgré la contenance de notre structure. Thomas est effectivement un enfant très attachant, voire « collant », qui peut susciter le rejet par ses comportements impulsifs et parfois très agressifs, comme pour vérifier les ruptures. Il est cependant difficile d'avoir accès à ses pensées tant il est constamment envahi par des angoisses massives d'abandon qui ne peuvent s'exprimer que dans l'agir. Selon notre psychologue, le travail d'élaboration psychique consiste essentiellement à reconstituer le puzzle de son histoire et ultérieurement à faire le deuil des liens qu'il est supposé maintenir avec ses parents biologiques. Il n'en reste pas moins qu'il est bien difficile de restituer à Thomas son récit de vie tant il est parsemé de trous, tel un gruyère, où même les travailleurs sociaux se perdent. La durée de séjour dans notre unité aura été de 3 semaines, jusqu'à son départ en colonie de vacances comme nous l'avions programmée, voire contractualisée avec l'enfant et ses éducateurs. Ce temps fût bien suffisant pour permettre à Thomas de s'apaiser, mais reste très insuffisant pour l'aider à sortir de ce « tourbillon traumatique dans lequel l'enfant est placé depuis son foyer familial jusqu'au(x) foyer(s) où il sera placé ». En offrant à Thomas un séjour de « répit », et non de « rupture », tel un espace transitionnel, notre objectif est bien modestement atteint. En situation crise, l'objectif principal est de protéger l'enfant d'un passage à l'acte hétéro-agressif et de toute autre situation à risque (tentative de suicide, maltraitance institutionnelle). Il ne doit pas se sentir responsable de sa situation et vivre l'hospitalisation comme une punition du fait de ses symptômes car « il n'a pas été sage ». L'hospitalisation doit s'inscrire dans la continuité : il nous arrive de proposer, à l'issue d'un séjour de répit, des hospitalisations programmées séquentielles de courte durée quel que soit le comportement de l'enfant de retour dans son foyer. À long terme, ces temps de transition n'auront de sens que lorsque le « tourbillon traumatique » cessera, que l'enfant pourra enfin retrouver confiance en l'adulte avec qui il partagera une relation affective

stable et de surcroît en lui-même. Souvent les travailleurs sociaux, les juges et même nos soignants, nous assignent, de façon très fantasmagique, des compétences pour « réparer l'enfant » dont le parcours de vie est émaillé de traumatismes, séparations et ruptures. Il arrive souvent à l'équipe soignante d'être découragée pour « panser » les souffrances de ces enfants « malmenés par la vie » tant nous avons peu d'emprise sur leur environnement. Or, il est indispensable pour qu'un enfant investisse des soins psychiques qu'il évolue dans un environnement stable ; il est inconcevable d'attendre une quelconque élaboration psychique s'il est toujours menacé par des angoisses de type abandonnique.

On demande à l'enfant de « penser » ses souffrances alors que c'est l'environnement familial et/ou institutionnel qu'il faudrait traiter.

Afin de donner du sens à l'hospitalisation de ces enfants dans une unité de pédopsychiatrie, il convient déjà de bien de bien accueillir cette souffrance et ne pas se limiter à la prescription de médicaments pour la soulager.

**On demande à l'enfant
de « penser » ses
souffrances alors que
c'est l'environnement
familial et/ou
institutionnel qu'il
faudrait traiter.**

Cet accueil peut se décliner en quatre étapes, décrites par Emmanuelle BONNEVILLE-BARUCHEL, psychologue clinicienne, pour l'accueil des enfants ayant vécu des maltraitances précoces et développé un trouble sévère de l'attachement² :

- « La première étape est de bien comprendre la nature des difficultés de ces enfants, et de pouvoir les appréhender comme étant de l'ordre du handicap et non de la malveillance. Ce sont des contenants externes qui pallient leur manque de contenance, de pare-excitation, et de repères internes. Plus un enfant peut se repérer, prévoir ce qui va se passer et avec qui, moins il sera angoissé, moins il aura besoin d'extérioriser cette angoisse dans des comportements inadéquats.
- La deuxième étape, issue de la première, est de toujours garder à l'esprit que les attaques dont on peut faire l'objet viennent du passé traumatique de l'enfant, des carences dans la construction de ses capacités de régulation mais aussi des séquelles des traumatismes psychiques que ce passé a laissées.
- La troisième étape consiste à ne pas tenter de nier ou de cacher les affects pénibles, voire honteux, qu'ils suscitent en nous, mais au contraire d'en prendre pleinement conscience et en discuter avec d'autres professionnels.



Il existe 4 catégories d'attachement :

→ **L'attachement de type sécure.** Il s'accompagne, chez l'enfant, d'une meilleure estime de soi et de la capacité de faire appel lorsqu'il en a besoin. Il favorise également la capacité d'exploration. L'enfant manifeste une forme de protestation lors des séparations et accueille sa mère avec plaisir, à son retour.

→ **L'attachement de type insécure évitant.** L'enfant ne fait pas appel à autrui au fur et à mesure que son stress augmente. Il a tendance à masquer sa détresse émotionnelle, ou à se sentir invulnérable, et à considérer que l'on ne peut pas faire confiance aux autres. Il essaie de garder le contrôle dans les situations de détresse en diminuant la réactivité

du système d'attachement et en réduisant ses signaux de détresse en direction des parents.

→ **L'attachement de type insécure ambivalent ou résistant.** L'enfant se montre très ambivalent en situation de stress, comme s'il résistait à son besoin d'être réconforté. Il adopte une stratégie d'augmentation de fonctionnement du système d'attachement et d'augmentation des signaux. Il manifeste de la détresse lors de la séparation, un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux, des difficultés à être réconforté.

→ **L'attachement désorganisé :** il s'agit d'enfants qui, typiquement, se figent lors de la réunion dans une posture évoquant l'appréhension et la confusion. La séquence

temporelle, chez ces enfants, donne une impression de désorganisation ; des comportements apparemment opposés sont exprimés simultanément (comme s'approcher avec la tête détournée) ; les mouvements semblent incomplets et l'expression des affects mal dirigée. On parle d'enfants désorientés-désorganisés. Il s'agit, pour beaucoup, d'enfants victimes de maltraitance ou témoins de violence ; c'est-à-dire d'enfants dont les figures d'attachement sont elles-mêmes terrifiées et/ou terrifiantes.

Source : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-2-page-14.htm>

- La quatrième étape consiste à créer une enveloppe groupale d'adultes autour de l'enfant, mais aussi autour du professionnel. Cette enveloppe vise d'abord à protéger l'enfant lui-même, mais aussi les autres enfants du groupe. Il faudrait tenter de décider au sein de l'équipe, d'un engagement de chacun qui permette que l'enfant soit sorti du groupe et isolé, dans un endroit adapté, sécurisé, pensé et préparé, dès qu'il commence à s'agiter et à s'exciter.

L'enveloppe groupale a une autre fonction, encore plus importante sans doute : elle vise à soutenir le professionnel et à protéger le lien professionnel – enfant. Personne ne peut, même les éducateurs, les psys, les enseignants les mieux formés et les plus expérimentés, tenir seul longtemps dans la relation avec ces enfants ».

Comme l'illustre la vignette clinique de Thomas, les parcours des enfants protégés sont souvent émaillés de ruptures à plusieurs niveaux, dans les parcours de vie (multiplicité des lieux de placement et de vie, ruptures dans le parcours scolaire) et dans les parcours de soins, notamment psychiques.

Dès lors, il ne faut pas s'étonner que près la moitié de ces enfants aient besoin de soins psychiques tant ils présentent de risques de souffrir de troubles, dépressions, troubles anxieux, troubles des conduites, addictions, tentatives de suicides... Une méta-analyse regroupant 3 014 enfants protégés retrouve une prévalence de 49 % des enfants ayant des troubles psychiques (37 % à 67 % selon les études)³. Ces troubles psychiques sont certes en lien avec les traumatismes subis (maltraitements, négligences, séparations précoces...), souvent dès la prime enfance, mais aussi la conséquence du parcours institutionnel chaotique de ces enfants « placés » puis « déplacés » pris dans un « tourbillon traumatique » incessant.

En France, « la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ». En clair, l'enfant « a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation ». Nous renvoyons le lecteur vers les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé, en 2021, sur la « Coordination entre les services de la Protection de l'Enfance et les services de Pédopsychiatrie » qui s'inscrit dans le programme « Psychiatrie et Santé Mentale » 2018-2023⁴. Vaste programme qui ne peut faire l'économie des carences et des défaillances de nos grandes institutions que sont la Protection de l'Enfance et la Pédopsychiatrie, sujet déjà traité dans nos colonnes.

Ces troubles psychiques sont certes en lien avec les traumatismes subis [...] mais aussi la conséquence du parcours institutionnel chaotique de ces enfants « placés » puis « déplacés » pris dans un « tourbillon traumatique » incessant.

1 - GIBELLO Bernard, *L'enfant à l'intelligence troublée* »

2 - BONNEVILLE-BARUCHEL Emmanuelle, *Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective de l'enfant maltraité*, dans *Carnet de notes sur les maltraitements infantiles* 2018/1 (N° 7)

3 - BRONSARD G. et Al, *The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the Child welfare System : A systematic review and meta-analysis*. *Medicine* 2016 ; 95(7):e2622

4 - HAS – 13/04/2021, *Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie*

