

L'HOSPITALISME À DOMICILE

Daniel Rousseau et Philippe Duverger

ères | *Enfances & Psy*

**2011/1 - n° 50
pages 127 à 137**

ISSN 1286-5559

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-1-page-127.htm>

Pour citer cet article :

Rousseau Daniel et Duverger Philippe , « L'hospitalisme à domicile » ,
Enfances & Psy, 2011/1 n° 50, p. 127-137. DOI : 10.3917/ep.050.0127

Distribution électronique Cairn.info pour ères.

© ères. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



Daniel Rousseau
Philippe Duverger
L'hospitalisme à domicile

Les réactions vitales et psychologiques des nourrissons abandonnés par leur mère ou privés de liens d'attachement stables ont été mieux connues à partir des travaux de Spitz, datant de 1946. Quelle est l'actualité de ce syndrome appelé « hospitalisme » et quelles en sont les expressions cliniques plus d'un demi-siècle plus tard ?

Pédopsychiatres au foyer départemental de l'enfance du Maine-et-Loire depuis vingt ans, à l'initiative de deux des rares enquêtes¹ en France sur la santé des enfants placés au titre de la Protection de l'enfance, nous observons de façon récurrente de très jeunes enfants admis à la pouponnière, en grande souffrance psychologique, alors même qu'ils bénéficiaient d'un suivi social intensif depuis leur naissance. Cela nous conduit à poser la question d'une nouvelle forme clinique de l'hospitalisme, lié au maintien d'un nourrisson dans un milieu familial carencé malgré l'identification de risques graves pour son évolution. On peut le nommer d'un oxymore : l'hospitalisme à domicile ou intrafamilial, car il se développe dans le milieu familial en parallèle d'un étayage social souvent conséquent, parfois doublé d'un suivi médical et psychologique en ambulatoire. Par le nombre d'enfants concernés et par la gravité des séquelles sur le développement, ce tableau clinique représente un véritable problème de santé publique.

HISTOIRE DU CONCEPT D'HOSPITALISME

« Sauver et conserver cette race abandonnée »

Par l'Édit royal de juin 1670, Louis XIV a attaché l'hospice des enfants trouvés à l'hôpital général². Le recueil institutionnel des enfants abandonnés par l'État et cette entrée dans l'ère administrative vont profondément faire évoluer leur prise en charge. Les enfants bénéficieront dès lors de la visite des médecins dont les écrits se sont additionnés durant les trois siècles suivants, permettant de conserver des témoignages précieux de cette histoire qui précéda l'organisation de la protection de l'enfance en France.

Après l'organisation de leur recueil au XVIII^e siècle, les médecins de ces hospices cherchent, aux XVIII^e et au XIX^e siècle, à lutter contre l'effroyable mor-

*Daniel Rousseau,
pédopsychiatre
attaché ;*

*Philippe Duverger,
professeur
des universités,
praticien
des hôpitaux.*

*Les auteurs
exercent
dans l'unité
de psychiatrie
de l'enfant et
de l'adolescent
du CHU d'Angers.*

Voir notes page suivante



talité dans ces établissements. Pas plus d'un enfant trouvé sur dix ne parvenait à y dépasser 10 ans alors que sept enfants sur dix élevés par leur mère atteignaient cet âge. Entre 1750 et 1850, au moins trois millions d'enfants sont morts dans ces asiles, catastrophe sanitaire oubliée mais qui avait mobilisé les médecins de ces hôpitaux et stimulé la recherche médicale de l'époque. Les écrits et les travaux scientifiques pour tenter de « sauver et conserver cette race abandonnée » (Necker, 1784) furent alors nombreux (de Watteville, 1849).

Dès la fin du XVIII^e siècle, on peut lire des observations sur la nécessité de bonnes conditions affectives pour espérer assurer la survie des bébés abandonnés (Fodéré, 1825). Les progrès de l'hygiène, de l'alimentation et des soins n'étaient pas reconnus comme suffisants en eux-mêmes. Le docteur Marc³ précise, dès 1815, qu'une « des principales causes du petit nombre d'enfants trouvés que l'on parvient à élever consiste dans le mauvais régime ou la privation de lait maternel [et] à l'indifférence des nourrices envers des êtres qui leur sont totalement étrangers ». En 1840, le docteur Montfalcon écrit : « Confiez deux services d'enfants trouvés, l'un à une hospitalière, qui n'a pour eux que cette charité banale dont son habit lui fait une loi, et l'autre à une fille qui a naturellement une vive affection pour eux, et bientôt vous verrez l'une en conserver un nombre bien plus grand que l'autre » (Terme et Montfalcon, 1840, p. 279).

La définition de l'hospitalisme par Spitz

En 1946, René Spitz observe, avec Katherine Wolf, 123 nourrissons, âgés de 12 à 18 mois, de mères célibataires en prison (Spitz, 1947, p. 22). Faisant suite à d'autres publications américaines d'avant-guerre, il décrit la « dépression anaclitique » (carence affective partielle) chez ces enfants séparés pendant le deuxième semestre de vie. Quand la séparation se prolonge, on observe une évolution vers un état de marasme, physique et psychique, que Spitz appelle « hospitalisme » (carence affective totale). La mort survient alors chez plus d'un tiers des enfants. La diffusion de ces travaux va permettre des améliorations dans la prise en charge des enfants en orphelinat ou en institution.

Les nouvelles formes de l'hospitalisme : Jenny Aubry et Emmi Pikler

Après la Deuxième Guerre mondiale, suite en particulier aux travaux d'Anna Freud et de Dorothy Burlingham (1949) d'une part et de John Bolwby (1951) d'autre part, qui avaient observé le devenir des enfants élevés en institution, un autre challenge se profile : faire en sorte que les enfants élevés en dehors de leur famille ne développent pas de troubles de la personnalité ou de l'attachement.

En France, c'est Jenny Aubry qui, dès 1946, lance un programme de recherche autour de la carence des soins maternels à la fondation Parent de Rosan. Observant, chez de nombreux bébés placés, des troubles de la personnalité, elle écrit en 1965, dans *La carence des soins maternels* : « Notre expérience continue depuis dix ans a renforcé notre opinion concernant la gravité et l'irréversibilité des formes graves et continues de carences survenues entre 3 et 15 mois. »

1. Lire à ce sujet le rapport 2006 de l'enquête épidémiologique sur les enfants de l'Aide sociale à l'enfance et de leurs parents du Maine-et-Loire, à laquelle ont participé les auteurs et l'enquête qui lui fait suite en 2009.

2. « Ordonnons, dit le Roi, que la direction dudit hôpital des enfants trouvés sera faite par les directeurs de l'hôpital général, auquel nous l'avons uni et unissons par les présentes. » Édit royal de juin 1670, Lallemand, 1885. L'hôpital général avait pas alors non pas une fonction de soins mais de renfermement des indigents.

3. Article « Enfants trouvés » du *Dictionnaire des sciences médicales*, 1815, p. 279.



Les raisons du placement à la fin des années 1940 sont les mêmes qu'aujourd'hui, hormis la plus grande proportion actuelle de parents malades mentaux : « Beaucoup d'enfants arrivent à la Fondation pour des motifs qui impliquent une vie antérieure déjà anormale, emprisonnement ou internement d'un des deux parents, déchéance des parents, mère seule, insalubrité du logement ou même absence de domicile fixe, abandon de l'un des parents. On conçoit les déficiences et les anomalies du développement physique et psychique de ces enfants ballottés d'hôpital en institution, n'ayant eu de leur famille que des soins matériels médiocres, peu d'affection et en tous cas jamais de sécurité et de stabilité. » Elle introduit aussi une distinction entre les effets aigus et transitoires de la séparation et les conséquences chroniques des carences de soins maternels préexistants au placement. Elle conclut son ouvrage par cette observation qui reste d'une douloureuse actualité : « Il n'en reste pas moins que pour les enfants carencés ou rejetés, le danger majeur est le nouveau rejet. » Cette remarque préfigure la notion plus récente qui est le fait que des enfants qui ont vécu des déficiences affectives auprès de leurs parents seront d'autant moins bien armés pour faire face à l'adaptation difficile que représente un placement. De plus, les troubles de la personnalité de ces enfants carencés, qui rendent leur prise en charge difficile, peuvent provoquer un rejet de la part des structures d'accueil, nourrices ou institutions : le *syndrome de la patate chaude*.

En Hongrie, la pédiatre Emmi Pikler (1975) remarque que « même si le comportement des petits enfants vivant dans des internats d'un niveau relativement bon peut tromper un observateur superficiel, la majorité de ces enfants sont gravement atteints du point de vue du développement de leur personnalité ». Elle considère cette situation « comme un nouveau groupe de symptômes de l'hospitalisme. Ce syndrome est caractérisé par le fait que, malgré la suppression de certaines formes d'apparence extrêmement négative du développement et du comportement de l'enfant, les troubles fondamentaux de la personnalité subsistent ».

L'institut de la rue Lóczy, dirigée par Emmi Pikler à partir de 1946, va devenir un lieu d'expérimentation d'une prise en charge personnalisée pour chaque enfant, qui va faire référence et sera reconnue par l'OMS. Depuis, de nombreuses équipes de professionnels s'en inspirent dans les pouponnières.

En France, ces divers travaux sur l'hospitalisme ont suscité un travail coopératif tout à fait original entre les personnels des pouponnières départementales, initié par Simone Veil en 1975 : les « Opérations pouponnières » (Rapport, 1998). La notion de bienveillance envers l'enfant accueilli en collectivité est un des fruits précieux de ce travail. Cependant, parallèlement, la loi de décentralisation de 1975 a provoqué une désertification médicale désolante des structures d'accueil des enfants de l'Aide sociale à l'enfance.

Que de progrès donc ! Après la longue évolution qui a permis le recueil organisé des enfants délaissés à partir du XVII^e siècle, après les progrès de leur prise en charge qui ont amélioré leurs chances de survie au XIX^e siècle, est apparue au milieu du XX^e siècle la préoccupation de leur santé psychique, c'est-à-dire le souci de prévenir l'apparition de troubles psychologiques liés aux carences affectives. Mais ce dernier objectif semble loin d'être atteint.



L'HOSPITALISME À DOMICILE

En effet, aujourd'hui, en France, on peut identifier une nouvelle forme d'hospitalisme lié au maintien d'un nourrisson dans un milieu familial carencé malgré l'identification de risques graves pour son évolution. Il existe schématiquement deux cas de figure.

Il peut s'agir d'un bébé identifié à risque psychosocial dès la maternité et laissé à ses parents avec un suivi à domicile, proposé ou contraint, et qui ne peut s'exercer en raison du refus de la famille de coopérer. C'est le *syndrome de la porte fermée*. Le temps que les choses soient suffisamment graves ou qu'un élément intercurrent provoque le placement judiciaire, de nombreux mois passent et les dégâts sur le développement deviennent irréversibles.

Le deuxième schéma est celui du maintien à tout prix d'un nourrisson dans un milieu familial perturbé, au moyen d'un étayage parfois très étoffé, ce qui témoigne en soi de l'inquiétude que cet enfant suscite. Ce soutien social, on peut l'espérer, permet des instants de vie sociale riche, mais l'enfant reste confronté le reste du temps à des carences continues auprès de ses parents, ce qui lui est très dommageable.

Ces situations sont loin d'être rares dans les placements de jeunes enfants. Nadège Séverac (2002) rapporte que parmi les 150 enfants de 0 à 3 ans confiés à l'ASE de Seine-Saint-Denis en 2002, on observe des inadéquations entre l'analyse de la situation et les réponses apportées dans près d'un quart des dossiers. Candeur, impuissance à se faire entendre, idéologie du maintien du lien, militantisme de la réparation familiale, incompréhension des acteurs de la justice, croyance magique dans les effets des soins psychiques, auto-censure devant le droit supposé absolu des parents, culpabilité face au placement et crainte de trahir les parents avec qui une pseudo-alliance s'était forgée..., nombreuses sont les raisons de ces errances. C'est bien évidemment dans cette marge que l'on observe les cas d'hospitalisme à domicile. Malheureusement, ce tableau n'est pas identifié comme tel, surtout si les parents acceptent les aides et semblent adhérer aux propositions de prise en charge, ce qui rend les décisions de placement extrêmement difficiles à motiver.

Si les maltraitances physiques peuvent être gravissimes, elles sont par contre généralement rapidement repérées, permettant une mise en sécurité de l'enfant et des soins physiques et psychologiques. Les séquelles physiques consolidées, l'enfant peut conserver un syndrome d'insécurité post-traumatique, mais des conséquences sur le développement intellectuel et affectif ne se révéleront qu'en cas de carences affectives préexistantes et associées.

Dans le cas de l'hospitalisme à domicile, moins la souffrance psychique de l'enfant est identifiée et plus les effets à long terme seront lourds comparés à une « maltraitance isolée », si l'on peut s'autoriser cette expression. Dans la plupart des cas, les retards et les troubles acquis ne se résorberont qu'en partie et pèseront sur tous les secteurs du développement, entraînant un handicap résiduel personnel et social à l'âge adulte. Le coût humain pour l'enfant est donc infiniment plus grave que pour des maltraitances physiques où l'on peut espérer une restitution *ad integrum* des lésions corporelles et un pronostic d'atténuation du syndrome post-traumatique au plan psychique.

Données chiffrées

Sur cinq années, entre 2005 et 2009, parmi la centaine d'enfants de moins de 3 ans admis à la pouponnière du Maine-et-Loire au titre de la Protection de l'enfance, quarante (40 %) présentaient un tableau clinique gravissime au regard de leur état somatique, psychique ou de leur développement avec un fort risque de séquelles irréversibles. Quinze d'entre eux (15 %) présentaient un tableau d'hospitalisme à domicile gravissime et quinze autres (15 %) présentaient des signes de souffrance psychique sévère ou des troubles de la personnalité dont on peut espérer une évolution moins péjorative dans le temps. Alors même qu'ils étaient identifiés pour la plupart comme bébés à risque psychosocial, ils avaient été .../...



JODI, L'ENFANT TIGRE

Le suivi social de Jodi et sa famille est soutenu depuis sa naissance. La mère présente une psychose froide et son père une déficience intellectuelle. Les troubles précoces du développement sont repérés rapidement et font l'objet d'un signalement.

Une injonction de soins pour l'enfant par le juge fait long feu, les parents ne comprenant pas le sens de la démarche, s'y opposant ou abandonnant très vite le suivi. Le temps passe. Finalement, l'enfant est placé à 2 ans et demi à la pouponnière en raison de l'aveu par sa mère de sa crainte de le maltraiter. En effet, Jodi est devenu un enfant sauvage, impossible à contenir. Il présente des troubles graves de la personnalité avec un retard du développement intellectuel et du langage, mais on le pressent intelligent. Il volette avec ses bras quand il est excité, fait des colères clastiques avec une agressivité majeure. Sans prévenir, il se jette sur les adultes et les enfants, les griffant jusqu'au sang. En relation individuelle, il se sent très contenu et apaisé ; il a fait de très gros progrès de socialisation mais qui ne tiennent plus dès qu'un autre enfant apparaît. À 6 ans, il est orienté en IME pour enfants autistes, toute scolarisation en milieu ordinaire étant inenvisageable.

Un processus assez stéréotypé

La constitution de ce tableau d'hospitalisme à domicile est presque devenue un classique. Une famille suivie par les services sociaux fait l'objet d'un étayage contractuel ou imposé par décision judiciaire suite à une naissance. Ou, dans le cadre d'un suivi social qui a débuté antérieurement, un nouvel enfant arrive. Ce nouveau-né, puis ce nourrisson est « entouré » par les professionnels. La plupart des parents semblent compliants dans le respect du cadre d'observation en milieu ouvert qui leur est proposé. Et pour un certain nombre de ces situations, l'évolution sera favorable.

Mais d'autres vont évoluer de façon péjorative. Faute d'une analyse clinique suffisamment fine et en l'absence d'utilisation d'outils d'évaluation du développement fiables, le retard de développement et les troubles des interactions précoces se constituent à bas bruit et ne se révèlent évidents que trop tard. Pire, parfois le tableau de retard de développement peut paraître d'emblée très préoccupant, au point d'évoquer des troubles d'ordre neurologique qui vont égarer le diagnostic, repoussant le constat du retard psychogène carenciel. Dans ces situations, l'ensemble des soins proposés aura un impact sur l'enfant qui semblera se développer régulièrement mais très lentement, comme un petit enfant attardé. Les équipes de soins se trouvent gratifiées par ces petits progrès, ce qui les encourage dans leur illusion.

D'autres aspects trompeurs de ces situations sont l'apparent bon comportement relationnel de l'enfant et son appétence affective lors de consultations ou de soins, souvent ponctuels, tout comme l'adaptation et l'adhésion des parents dans ces temps privilégiés. Les parents ne cherchent pas à tromper les travailleurs sociaux ou à faire illusion auprès des soignants, mais ils sont souvent eux-mêmes très carencés et se retrouvent valorisés dans ces temps de rencontre sociale, très ponctuels, autour de leur enfant. Dans ce contexte de

.../...
maintenus à domicile plusieurs mois avec un suivi ambulatoire à domicile. Dix (10 %) présentaient des maltraitances ou des carences de soins graves qui avaient mis pour certains leur pronostic vital en jeu. Beaucoup d'entre eux nécessiteront une mesure de la MDPH et des soins pédopsychiatriques très prolongés. Cela concerne donc une dizaine d'enfants par an dans notre département. Une extrapolation de ces chiffres au plan national permet d'estimer que plus d'un millier d'enfants pourraient être concernés par an (fourchette basse). Cela pose la question de la pertinence des dispositifs de détection des enfants en danger avant l'âge scolaire.



soutien, ils sont capables de montrer des compétences parentales faussement rassurantes car éphémères.

Lors de ces temps sociaux, l'enfant manifeste une appétence relationnelle pour ces instants d'échange qui est d'autant plus vive que les parents sont dans une meilleure adaptabilité psychique à leur enfant du fait du cadre. C'est le *syndrome du noyé qui s'accroche à son sauveteur* ; l'enfant perçoit ces instants de disponibilité psychique des adultes qui l'entourent, et s'y accroche. En l'absence d'une analyse fine de tous les secteurs du développement, cet oasis relationnel peut masquer le désert qui l'entoure.

KARL, L'ENFANT « PLANTE VERTE »

Ses trois sœurs ayant été placées au foyer de l'enfance pour des carences affectives graves, la décision du juge des enfants de laisser ce bébé à ses parents inquiétait. Pas moins de six équipes de secteur, d'observation en milieu ouvert, et de soins, se relaient alors auprès de Karl. Deux ans plus tard, les parents sont placés en garde à vue pour une autre affaire ; Karl est alors admis à la pouponnière. Il a 2 ans et demi. Il présente un retard moteur impressionnant, un retard massif d'éveil, une passivité et une indifférence dans les soins et la relation.

À son arrivée, alors qu'il cherche à marcher, les éducatrices s'étonnent qu'il n'ait aucun bleu sur le corps. En quelques jours, cet enfant très maladroit se marque de petits bleus habituels des enfants en découverte motrice. Il pouvait aussi rester des heures les yeux ouverts dans son lit, sans rien réclamer, ce qui alarme le personnel. Une enquête clinique permet de découvrir que ses parents le laissaient dans son lit la plupart du temps, les volets fermés, mais le sortaient et le préparaient les jours des rendez-vous programmés. L'hypotonie majeure et la révulsion des yeux, repérées avant l'âge de 1 an, explorées chez l'ophtalmologue et en neurologie, n'avaient pas été interrogées comme signes de souffrance psychique gravissime. Les progrès réguliers, quoique lents, rassuraient les professionnels. Il s'était développé tout doucement comme un petit enfant attardé, telle une plante qui n'aurait reçu soins, pluie et lumière, que par intermittence.

Mode de découverte

Le schéma habituel de la découverte de ces situations est assez stéréotypé. Un événement intercurrent survient, qui provoque une séparation du milieu familial. C'est rarement l'état de l'enfant en soi qui motive ce placement.

L'observation de l'enfant à son arrivée au foyer de l'enfance est à chaque fois inquiétante. Il s'agit d'un jeune enfant, âgé de 1 à 3 ans, connu des services sociaux depuis sa naissance, mais laissé dans sa famille et présentant un très important retard de développement cognitif et du langage, le tout associé à des troubles massifs de la personnalité qui peuvent aller d'un tableau d'apparence autistique⁴ à des troubles graves du comportement et de la relation. Ces enfants, qui peuvent être dans une indifférenciation relationnelle et affective, ne semblent pas touchés par la séparation, acceptent passivement d'être pris et soignés, ne manifestent pas d'émotions, ou, au contraire, se montrent d'une crudité massive dans les sentiments et les pul-

4. « Les enfants qui ont été victimes précocement de carences affectives graves peuvent développer des troubles des interactions et des comportements stéréotypés. Dans les cas de carences graves et prolongées, les altérations cognitives peuvent être définitives, mais dans les cas où les conditions de vie se normalisent, une amélioration rapide du développement est rapportée. »

Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme promues par la Fédération française de psychiatrie et la HAS en 2005, p. 44.



sions en particulier agressives, envers eux-mêmes, envers les autres enfants ou à l'égard des professionnels. Les troubles d'expression psychomotrice sont constants, allant de difficultés d'intégration du schéma corporel avec un important retard d'acquisition motrice, à des distorsions du développement moteur et corporel dans la relation.

ANNA, LE CRI DU CHAT

Son grand-frère, qui présentait un tableau d'autisme carentiel, ayant été placé peu après la naissance d'Anna, la vigilance devait être de mise dans le suivi de son développement, comme le suggère l'HAS⁵. Anna est donc suivie régulièrement par l'équipe de secteur social et de PMI. Au foyer de l'enfance, lors d'une consultation pour son frère, nous constatons que lorsque Anna pleure et cherche le regard de sa mère, celle-ci n'y répond pas. Anna pleure sans adresse, se raidit, les yeux accrochés par un point lumineux. L'entretien suivant, Anna ne pleure même plus, mais son visage se crispe et ses mains se tordent. Elle vient d'avoir 6 mois, nous pensons qu'elle va très mal. Notre interpellation de l'équipe de secteur se solde par une fin de non recevoir : « Vous dramatisez ! Elle a un bon éveil lors des consultations. » À 1 an, suite à un acte de maltraitance, elle est admise à la pouponnière. Elle crie comme un petit chat plaintif mais ne manifeste rien lorsqu'elle se cogne. Elle fait des colères incoercibles sans raison décelable. Son état psychologique est très alarmant et nécessite des soins pédopsychiatriques très prolongés.

Évolution à long terme

L'évolution à long terme est marquée du sceau de troubles de la personnalité et/ou d'un handicap intellectuel, séquelles de ces retards de développement et de troubles précoces de la structuration psychique. La séparation d'avec le milieu familial avec aménagement de la relation parent-enfant, les soins psychologiques, éducatifs, rééducatifs, l'éducation spécialisée permettent de stopper l'évolution péjorative et d'espérer une récupération malheureusement toujours partielle et variable des compétences intellectuelles et sociales. On peut regretter l'absence d'étude sur le devenir à long terme de ces enfants depuis le travail princeps réalisé par Jenny Aubry, en 1948.

DARIM, LES INJURES DE LA VIE

Suivi depuis sa naissance par les services sociaux, du fait de l'alcoolisation et des violences conjugales de ses parents, Darim est placé à 2 ans à la pouponnière avec d'importants troubles d'allure autistique, des retards de développement, une phobie des bruits un peu forts, des colères impossibles à calmer pour des raisons indéchiffrables. À partir de ses 6 ans, ses parents ne viendront plus le voir pendant plusieurs années. Placé en famille d'accueil thérapeutique, il ne peut construire des liens d'attachement sécurisés. Lorsqu'il voit une femme avec des cheveux filasses à la télé il dit : « C'est maman, elle va venir me chercher. » Il lui est arrivé d'aller courir après un inconnu dans la rue pour lui demander « s'il était son père ». Son comportement devient violent et il ne peut plus parler qu'en insérant des injures comme ponctuations. Cette colère réactionnelle à l'abandon de ses parents ne le quittera plus. Il devient extrêmement explosif, à fleur de peau, avec des passages à l'acte violents

5. « Une attention particulière doit être portée aux fratries en raison du risque de récurrence d'un trouble envahissant du développement... », *ibid.*, p 18.



sous-tendus par des éléments sensitifs puis persécutifs. À 17 ans, il est hospitalisé en service de psychiatrie adulte, suite à un nouvel épisode de violence envers des pairs.

STÉPHANE, L'ENFANT QU'ON CRUT PARAPLÉGIQUE

À sa naissance, Stéphane présente une détresse respiratoire aiguë liée à un syndrome de sevrage des psychotropes que prenait sa mère. Il reste hospitalisé deux mois, le développement est rassurant. Sa mère vient peu le voir mais Stéphane lui est toutefois remis par l'équipe médicale, avec hésitation, contre la promesse d'un suivi social. Deux mois plus tard, le médecin traitant, inquiet de ne pas avoir vu ce bébé à risque en consultation, se rend chez sa mère et, devant son état d'exaltation pathologique, la fait hospitaliser.

Stéphane a été placé à la pouponnière. Les premiers mois, il était resté très passif, ne se manifestant que par des mouvements très désordonnés lorsqu'il avait faim. Il ne pleurait jamais et ne montrait aucune émotion. C'est seulement à 10 mois qu'apparaîtront de vrais sourires et quelques gazouillis. À ses 15 mois, devant l'importance de ses troubles psychomoteurs, la nouvelle infirmière de la pouponnière l'avait cru paraplégique.

Le retard de développement s'est amélioré sur une quinzaine d'année, grâce à une famille d'accueil extrêmement dévouée et au prix d'une prise en charge en CMPP étoffée. Il a obtenu un diplôme professionnel, son permis de conduire et un emploi. Mais il reste toujours profondément insécurisé et se plaint de nombreuses somatisations anxieuses, d'une lenteur à prendre des décisions au travail. Après plusieurs arrêts maladie pour *burn out*, lié à ces angoisses, il accepte de faire une démarche de demande de reconnaissance d'un statut de travailleur handicapé, ce qu'il ressent comme un échec.

ÉCLAIRAGE THÉORIQUE

Dans ces cas d'hospitalisme à domicile, les professionnels qui ont accompagné la situation avant le placement sont toujours stupéfaits de la description clinique de l'enfant à son admission à la pouponnière.

La première réaction serait de les taxer d'incompétence et d'ignorance. C'est rarement le cas et bien des équipes aguerries se retrouvent piégées dans ces situations. Des travailleurs sociaux, des équipes de soins de CAMSP, de CMPP ou de pédopsychiatrie peuvent ainsi, emportées par leur projet de suivi, se retrouver à cautionner des maintiens délétères à domicile. Plusieurs schémas explicatifs peuvent s'envisager :

La sous-estimation du retard de développement par le biais de comparaison

Il est extrêmement difficile, pour une équipe engagée dans une démarche de soins ou d'accompagnement social à l'égard d'un enfant, d'avoir un regard objectif sur la qualité du développement. L'expérience de prise en charge d'enfants en retard de développement constitue même un handicap sérieux par le biais de la comparaison à une population d'enfants déjà déficients, ce qui altère les repères cliniques.



Après six mois passés à la pouponnière où elle était arrivée dès sa naissance, l'avis général du personnel expérimenté est unanime pour constater un bon développement relationnel et le bon éveil de Lorine. Le travail d'évaluation de la situation étant terminé et sa mère ayant donné son accord, elle est orientée en famille d'accueil. Au moment du départ, elle est testée avec la GED⁶ de l'université du Québec. Et là, surprise ! Tous les clignotants sont au rouge avec un retard cognitif, moteur et des compétences socioaffectives déficitaires. Après deux mois d'adaptation en famille d'accueil, on observe une bien meilleure accroche relationnelle. Un nouveau test confirme cette impression clinique, avec le passage au vert des compétences socio-affectives et un léger redémarrage cognitif et moteur. L'équipe de la pouponnière, habituée à s'occuper de bébés en grande souffrance, considérait qu'en comparaison de ceux-ci, Lorine évoluait bien, alors que le retard de développement commençait à se constituer malgré l'attention portée à la qualité de la prise en charge individualisée des bébés. Le passage en famille d'accueil a modifié la donne.

L'effet « poupées gigognes »

Certains parents très carencés ont besoin de la présence physique d'une personne qui fait fonction d'adulte tuteur pour exister auprès de l'enfant. Le plus souvent, ce sont des professionnels qui se retrouvent sans le savoir dans cette position. La simple présence du professionnel suffit, la mère cherchant appui auprès de cette personne et éprouvant le sentiment d'exister dans le fait d'être regardée, écoutée, encouragée, conseillée, complimentée, dans l'acte de s'occuper de son enfant. Ainsi contenue, elle peut se montrer attentive et dévouée à son bébé, et être dans un portage suffisamment rassurant, comme dans les séries de poupées russes qui s'emboîtent les unes les autres. L'enfant montre alors des compétences relationnelles qui peuvent rassurer, mais les stigmates de retard de développement sont là, si on les recherche. Puis, la mère retourne à son marasme et l'enfant à son isolement affectif, celui-ci se retrouvant en état de dormance⁷ psychologique.

Décompensation d'une psychose symbiotique ou révélation des troubles de l'attachement du fait du placement

C'est le plus souvent avec des mères psychotiques ou gravement déprimées que l'on rencontre les psychoses symbiotiques. Le nourrisson a vécu en symbiose avec sa mère mais en position de *holding inversé* (Rousseau, 1986), dans un retournement des rôles, l'enfant s'adaptant aux émotions et aux angoisses maternelles. La séparation brise alors cet équilibre dangereux qui aurait de toute façon évolué vers une décompensation.

Les troubles graves de l'attachement se rencontrent surtout avec des parents eux-mêmes très carencés au plan affectif, exposant l'enfant à des discontinuités psychiques et à une désorganisation des réponses aux besoins primaires. L'enfant se trouve alors confronté à un chaos psychique entraînant une insécurité de base majeure qui perturbe gravement son développement. Il est parfois difficile de repérer ces éléments lors d'un temps d'observation ponctuel. Le placement révèle cette insécurité fondamentale et la désorganisation de la personnalité.

6. La GED, grille d'évaluation du développement, conçue à l'université du Québec (Montréal), simple à mettre en œuvre, utilisée par les services sociaux au Québec, a l'avantage d'être étalonnée de 0 à 72 mois inclus et d'explorer les trois axes du développement : cognitif et langagier, moteur, socioaffectif.

7. La dormance est un terme de biologie végétale qui se définit, pour un organisme, par sa capacité d'arrêter son développement, le temps d'attendre des conditions de milieu indispensables pour le développement de l'individu (la chaleur, la lumière et l'humidité pour la germination par exemple).



EN GUISE DE CONCLUSION

Il est sûr que dans le champ social, dans le cours de l'action, l'évaluation et l'interprétation des effets d'une prise en charge sur le développement d'un nourrisson sont choses difficiles, fréquemment parasitées par le contexte passionnel des enjeux institutionnels et familiaux.

Néanmoins, quels sont les moyens de dépister l'hospitalisme à domicile avant qu'il ne soit devenu irréversible et qu'il n'engage définitivement l'enfant du côté du handicap ?

Le travail pluridisciplinaire et pluri-institutionnel autour de chaque situation est primordial. La confrontation de regards cliniques différents permet d'éviter de s'enfermer dans des positions figées et de n'avoir qu'un seul point de vue sur l'évolution d'un enfant. L'isolement des professionnels de terrain est parfois effrayante, autant pour eux que pour l'enfant.

Un effort doit être fait vers la formation des professionnels à la clinique fine du développement et des interactions précoces, et à l'utilisation d'outils d'évaluation fiable du développement, tels que la GED de l'université du Québec. Les pays anglo-saxons ont une culture plus affirmée que la nôtre dans la prise en compte des signes de la négligence de soins. L'expression « *neglecting the neglect* » a stigmatisé, dès 1984, le peu d'attention accordée par les professionnels et les médias à la négligence à l'égard des enfants, en comparaison avec les autres types de maltraitances « plus visibles » (Dubowitz, 1994).

Mais rien ne peut évoluer sans une adaptation de la séquence des mesures judiciaires au jeune âge de l'enfant. Les observations en milieu ouvert d'une durée de six mois, voire un an, auxquelles s'ajoutent retards et délais administratifs ne tiennent pas compte de la dynamique rapide du développement psychoaffectif du nourrisson. C'est intervenir beaucoup trop tard, en méconnaissant le caractère irréversible des retards acquis.

Pour qui ne connaît pas les difficultés du travail de terrain, la notion d'hospitalisme à domicile pourrait être interprétée du côté d'une iatrogenèse⁸ sociale, mais ce n'est pas le sens de notre propos. Bien au contraire, il faut l'envisager dans une perspective historique qui intègre la dimension de la pathocénose⁹, c'est-à-dire qu'un progrès, en faisant disparaître une maladie, en dévoile une autre, masquée par les précédentes. Quand les hommes ne meurent plus de faim, ils meurent de maladies infectieuses, puis celles-ci ayant été éradiquées par les vaccins et les antibiotiques, ils meurent de cancers ou d'accidents de voiture. Les enfants abandonnés du XIX^e siècle mourraient avant d'avoir risqué de connaître l'hospitalisme à domicile !

La prise en compte de l'hospitalisme à domicile constitue, sans nul doute, un nouveau challenge pour l'Aide sociale à l'enfance et les équipes de soins pédopsychiatriques. C'est aussi une question de santé publique en raison du nombre d'enfants concernés et de la gravité des troubles observés.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY, J. 1965. *La carence des soins maternels*, Paris, Denoël.
BOWLBY, J. 1951. *Soins maternels et santé mentale*, Rapport pour l'OMS.

8. La iatrogenèse se définit (définition de la HAS) par les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé.

9. Mirko Grmek (1995), historien de la médecine, a inventé ce terme qui définit le mécanisme de dévoilement des pathologies émergentes. L'invention des antibiotiques, en réduisant l'impact bactérien sur la population, a laissé le champ libre aux virus par exemple.



- DUBOWITZ, H. 1994. « Neglecting the neglect of neglect », *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 4.
- FODÉRE, F.-E. 1825. *Essai historique et moral sur les enfants trouvés*, Paris, Huzard.
- FREUD, A. ; BURLINGHAM, D. 1949. *Enfants sans famille*, Paris, PUF.
- GRMEK, M. 1995. *Histoire du sida*, Paris, Payot.
- LALLEMAND, L. 1885. *Histoire des enfants abandonnés et délaissés*, Paris, Picard & Guillaumin.
- NECKER. 1784. *De l'administration des finances de la France*, tome III, Paris, BNF.
- PIKLER, E. 1975. « Manifestations actuelles du syndrome d'hospitalisme dans les pouponnières », *Coq-héron*, n° 53, p. 4-10.
- RAPOPORT, D. 1998. « Le temps nécessaire : l'expérience de l'Opération pouponnières », dans M. Gabel et coll., *Maltraitements institutionnelles*, Paris, Fleurus, p. 107-118.
- ROUSSEAU, D. 1986. *Le holding inversé. Mémoire de psychiatrie*, université d'Angers.
- SÉVERAC, N. 2002. « Les enfants de zéro à 3 ans placés à l'ASE en 2002 », Conseil général Seine-Saint-Denis.
- SPITZ, R. A. 1947. *De la naissance à la parole*, Paris, PUF, trad. 1968.
- Terme et Monfalcon. 1840. *Histoire des enfants trouvés*, Paris, Paulin.
- WATTEVILLE, A.D. de. 1849. *Rapport à Monsieur le ministre de l'Intérieur sur la situation administrative, morale et financière du service des enfants trouvés et abandonnés en France*, Paris, Imprimerie nationale.
1815. *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, Panckoucke, BIUM, vol 12.