

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2004

N°19

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en Médecine Générale

par

**Samuela CAMBERLEIN**

Née le 24/03/1972 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 4 Juin 2004

---

**Les carences affectives, carences de soins et carences éducatives graves  
sont-elles une forme de maltraitance négligée ?  
A partir de l'étude de cinq cas cliniques d'enfants victimes de carences  
graves avant l'âge de 3 ans.**

---

Président : Monsieur le Professeur M. AMAR  
Directeur de Thèse : Madame le Docteur D. LARDIERE

***A notre Président de Thèse Monsieur le Professeur M. AMAR,***

*Professeur de pédo-psychiatrie de la Faculté de Médecine de Nantes,  
Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous  
fait en acceptant de présider ce jury.*

***A Monsieur le Professeur A. MOUZARD,***

*Professeur de pédiatrie et Doyen de la Faculté de Médecine de Nantes, qui  
nous fait l'honneur de participer au jury de cette thèse.*

***A Monsieur le Professeur P. LUSTENBERGER,***

*Professeur de Biochimie de la Faculté de Médecine de Nantes qui nous fait  
l'honneur et le plaisir de participer au jury de cette thèse  
Avec tous nos remerciements pour son soutien et ses encouragements de  
tuteur tout au long de nos études médicales.*

***A Madame le Docteur D. LARDIERE, notre Directeur de thèse et  
membre du jury,***

*Pédiatre du service de Protection Maternelle et Infantile,  
Qu'elle reçoive tous mes remerciements pour son aide précieuse apportée à  
l'élaboration de ce travail, pour son soutien, sa disponibilité et sa  
gentillesse.*

***A Madame le Docteur N. VABRES,***

*Pédiatre du service de Pédiatrie du CHU de Nantes,*

*Qu'elle reçoive tous nos remerciements pour son aide et sa participation au jury de cette thèse.*

***A Monsieur le Docteur JP. CANEVET,***

*Médecin généraliste*

*Pour qui nous avons une grande estime et qui nous fait le plaisir de participer à ce jury.*

***A Madame le Docteur Y. GAUTIER,***

*Pédiatre du CAMSP de Saint-Sébastien*

*Avec tous mes remerciements.*

***A Madame le Docteur GARRET-GLOANEC,***

*Pédo-psychiatre du Centre Nantais de la Parentalité*

*Avec tous mes remerciements.*

*A tous les médecins, puéricultrices, éducatrices, psychologues de PMI  
et du Centre Nantais de la Parentalité*

*Avec tous mes remerciements pour leur disponibilité et leur aide.*

*A mes enfants, Gaël et Anna,*

*Avec toute ma tendresse et mon amour.*

*A mes parents,*

*Pour leur aide précieuse et leur soutien*

*Avec toute ma reconnaissance et mon affection.*

*A toute ma famille,*

*Avec toute mon affection.*

*A Yane, Philippe, Jérôme, Caroline, Anne, Christiane, Pierre-Yves,  
Claire, Pierre, Hélène,*

*Avec tous mes remerciements pour leur aide et leur soutien,*

*Avec toute mon amitié.*

## **ABREVIATIONS**

<b>CAMPS</b>	Centre d'Action Médico-sociale Précoce
<b>DGAS</b>	Direction Générale Adjointe de la Solidarité (ancienne DISS)
<b>PMI</b>	Protection Maternelle et Infantile
<b>UAED</b>	Unité d'Accueil des Enfants en Danger
<b>ASE</b>	Aide Sociale à l'Enfance
<b>CNP</b>	Centre Nantais de la Parentalité
<b>AEMO</b>	Aide Educative en Milieu Ouvert
<b>PAI</b>	Projet d'Accueil Individualisé
<b>RCIU</b>	Retard de Croissance Intra-Utérin
<b>ATSEM</b>	Agents Territoriaux Spécialisés des Ecoles Maternelles
<b>HTA</b>	Hypertension Artérielle
<b>DS</b>	Déviation Standard
<b>ODAS</b>	Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisé
<b>EPEH</b>	Etablissement Public pour Enfants Handicapés « L'Estuaire »

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	9
<b>1 PLACE DES CINQ CAS CLINIQUES DANS LE CADRE GENERAL DE LA MALTRAITANCE</b> .....	11
<b>1.1 Historique (1) (2) (3)</b> .....	11
<b>1.2 Définition</b> .....	14
1.2.1 La définition légale et la classification des enfants maltraités .....	14
1.2.2 Négligence lourde à situer dans le cadre des autres sévices .....	17
<b>2 DEPISTAGE DES CARENCES GRAVES : LES SIGNES D'ALERTE</b> .....	20
<b>2.1 Indices généraux de négligence</b> .....	20
<b>2.2 Les signes d'alarmes des cinq cas cliniques</b> .....	23
2.2.1 Cas clinique n°1 : Emilie.....	23
2.2.2 Cas clinique n°2 : Quentin .....	26
2.2.3 Cas clinique n°3 : Mickaël .....	29
2.2.4 Cas clinique n°4 : Katy.....	31
2.2.5 Cas clinique n°5 : Martin .....	33
<b>3 DIAGNOSTIC</b> .....	35
<b>3.1 Diagnostic positif</b> .....	36
3.1.1 La sphère somatique.....	36
3.1.2 La sphère tonico-motrice.....	37
3.1.3 La sphère relationnelle .....	38
3.1.4 Eléments du diagnostic positif pour chaque enfant.....	40
<b>3.2 Diagnostic différentiel</b> .....	56

3.2.1	Le retard psychomoteur.....	57
3.2.2	Le retard pondéral .....	70
3.2.3	Le retard de croissance.....	75
<b>4</b>	<b>CARACTERISTIQUES DES FAMILLES CARENCEES.....</b>	<b>81</b>
4.1	<b>Le profil socio-économique et culturel.....</b>	<b>81</b>
4.2	<b>La structure familiale .....</b>	<b>82</b>
4.3	<b>La psychopathologie familiale .....</b>	<b>80</b>
<b>5</b>	<b>PRISE EN CHARGE DES ENFANTS CARENCES ET DE LEUR FAMILLE.....</b>	<b>83</b>
5.1	<b>Organisation de la protection des mineurs.....</b>	<b>85</b>
5.1.1	Le signalement : .....	87
5.1.2	Après le signalement. ....	90
5.2	<b>Prise en charge des enfants victimes de carences de soins, de carences affectives et de carences éducatives graves.....</b>	<b>89</b>
5.2.1	Emilie : le placement en famille d'accueil avec prise en charge au CAMSP .....	93
5.2.2	Quentin : le placement en pouponnière sanitaire .....	99
5.2.3	Mickaël : Maintien dans le milieu familial avec une prise en charge par le CNP ... .....	105
5.2.4	Katy : Maintien dans le milieu familial et prise en charge par l'équipe de PMI et par l'unité d'accueil des enfants en danger (UAED) du CHU de Nantes .....	112
5.2.5	Martin : Maintien à domicile avec prise en charge par la PMI, l'hôpital et le CNP .....	118
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>126</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>129</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>156</b>

## **INTRODUCTION**

Les carences graves affectives, de soins et éducatives, sont une forme de maltraitance méconnue et moins médiatisée que les sévices physiques ou les abus sexuels. On utilise également le terme de négligence lourde mais celui de carence illustre mieux la défaillance des parents pour répondre aux besoins de leur enfant.

La grande carence se manifeste par des signes « en creux » traduisant la souffrance de l'enfant. Le corps médical a été long à admettre puis à reconnaître et à traiter la douleur physique chez le bébé. Pour ce qui concerne la souffrance psychique, nous n'en sommes qu'aux balbutiements (très peu d'études et d'écrits lui sont consacrés).

Pourtant, nous savons maintenant que les premiers mois de la vie sont fondateurs et que les acquis du bébé pendant cette période, s'ils sont peu spectaculaires, n'en constituent pas moins un socle sur lequel repose toute la solidité de la construction de l'identité de l'enfant.

L'identification précoce des signes de souffrance nous permet d'apporter une aide à l'enfant et à ses parents avant que ne soit installée une difficile spirale interactive entre parents et enfants conduisant au délaissement, aux mauvais traitements et aux troubles de la communication et du développement chez le bébé.

C'est la méconnaissance des professionnels et du corps médical des signes de souffrance de l'enfant qui rend difficile le diagnostic précoce de la carence. Lorsque ces signes sont patents et que le développement de l'enfant est déjà altéré, c'est un problème organique qui sera recherché dans un premier temps avant que la question d'un problème environnemental ne se pose. Or, la gravité des séquelles des carences graves rend ce diagnostic précoce indispensable afin que la prise en charge s'oriente vers une suppléance parentale qui aidera l'enfant à s'épanouir plutôt que vers le soin et la réparation d'une pathologie déjà installée et de ses séquelles.

Cette thèse retrace l'histoire de cinq enfants victimes de carence affective, carence de soins et carence éducative, et de leur famille. Leur parcours illustre bien les difficultés rencontrées par les professionnels de la petite enfance, dès les premiers signes d'alarme jusqu'au diagnostic permettant d'orienter leur prise en charge. On réalise la complexité pour les soignants confrontés à la carence à établir un diagnostic, à être entendu par l'autorité judiciaire puis à prendre en charge ces enfants et surtout leurs parents avec qui une alliance est difficile à trouver.

Les cas cliniques ont été anonymés afin de préserver les enfants et leur famille.

# **1 PLACE DES CINQ CAS CLINIQUES DANS LE CADRE GENERAL DE LA MALTRAITANCE**

## **1.1 Historique (1) (2) (3)**

Violences et négligences à enfants ont existé de tout temps et sous toutes les latitudes. La notion de maltraitance envers les enfants n'est toutefois formulée, dans les textes juridiques français qu'à partir de la fin du XIXe siècle.

Dans l'antiquité grecque et romaine, le père pouvait battre, vendre, abandonner, voire tuer ses enfants impunément au regard de la loi. La religion quant à elle faisait de l'enfant un être diabolique issu des péchés, doué de « forces obscures » suscitant la méfiance.

Néanmoins dès la fin de l'empire romain, la loi restreignit les droits du « pater familias » ôtant à celui-ci le droit de vie et de mort et lui interdisant d'abandonner ses enfants, devant à ceux-ci le gîte, le couvert et les soins.

Au Moyen Age, l'enfant est considéré comme un être pervers à l'état latent que seule la religion peut sauver : l'enfant doit être modelé par l'éducation.

Il faudra cependant attendre le XVIème siècle pour qu'en France l'enfant commence à être pris en compte. Des orphelinats sont ouverts, néanmoins, leurs systèmes éducatifs font de ces enfants abandonnés des seconds martyrs.

Dès 1639, Saint Vincent de Paul ouvre à Paris avec les sœurs de la Charité l'hôpital des Enfants Trouvés offrant ainsi de meilleures conditions de vie aux orphelins et aux enfants abandonnés.

Dans le monde du travail, c'est lors de la révolution industrielle que l'exploitation des enfants atteint son apogée. Ceux-ci commencent à travailler dès l'âge de cinq ans 16 heures par jour et sont souvent battus. Il faut attendre le 22 mars 1841 pour que la loi réglemente enfin le travail des enfants en l'interdisant aux moins de huit ans et en limitant la journée de labeur à 12 heures par jour pour ceux de moins de douze ans.

C'est, en France, au XIXe siècle, dans les services de médecine légale, que les travaux pionniers sur la maltraitance vont être menés. En 1860, Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la faculté de médecine de Paris, établit la première description clinique des enfants battus et publie un long article intitulé : « Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants ».

À la fin du XIXe siècle, la société prend conscience de la nécessité de protéger l'enfant en promulguant différents textes législatifs :

- **La loi de 1889** assure la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés. Cette loi donne au tribunal civil le pouvoir de déchoir les auteurs de sévices de leur autorité parentale.
- **La loi de 1898** définit les mauvais traitements envers les enfants comme des actes, des coups, des blessures et des privations volontaires compromettant la santé de l'enfant de moins de 15 ans.
- **La loi du 22 juillet 1912**, créant en France une nouvelle catégorie de juges : le juge spécial pour les mineurs. Ce dernier peut, s'il le désire, demander une enquête sur la personnalité du mineur, sur ses conditions de vie et celles de ses ascendants.

Des textes législatifs plus élaborés ne viendront que dans les années 40 :

- **La loi d'avril 1943** organise le service de l'aide sociale à l'enfance ;
- **La loi du 2 février 1945**, institue le juge des enfants et les tribunaux pour enfants (abrogeant la loi du 22 juillet 1912) ;
- **L'ordonnance du 1<sup>er</sup> septembre 1945** régit le droit de correction paternelle. Si les parents sont mécontents de la conduite de leur enfant, ils peuvent obtenir l'intervention de l'autorité judiciaire.
- **L'ordonnance du 22 décembre 1958** confie au juge des enfants, initialement chargé des mineurs délinquants, la protection de l'enfance en danger. Elle indique que « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice ».

La société et le monde médical vont prendre conscience du problème de maltraitance envers les enfants dans la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. Les publications de Caffey en 1946, de Silverman en 1951 et de Kempe en 1962 vont définir le « syndrome des enfants battus ». Elles

vont permettre, en alertant les pouvoirs publics la mise en place de multiples études dans différents groupes professionnels (médicaux, psychologiques, sociaux, judiciaire) et la promulgation de nombreux textes visant la protection de l'enfance en France.

**Les lois de décentralisation dans les années 1980**, confient au président du Conseil Général la mission « d'aide aux enfants confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre » mais aucune procédure précise de détection ni de prise en charge n'est clairement établie.

**La loi du 10 juillet 1989** délègue aux départements la responsabilité : (Annexe I)

\*d'organiser la prévention et la protection des enfants maltraités en coordination avec tous les services d'état et les associations,

\*de mettre en place un dispositif départemental de recueil des signalements,

\*d'établir une formation spécifique initiale et continue pour tous les professionnels chargés de la protection des enfants ;

\*de responsabiliser les professionnels par des actions de formation.

\*d'informer et sensibiliser la population et de lui offrir des interlocuteurs aisément accessibles grâce à la création d'un service national d'accueil téléphonique permanent ( numéro « vert » : 119).

**La loi du 17 juin 1998** renforce les dispositions en vigueur dans le cadre des infractions sexuelles sur les mineurs (enregistrement audiovisuel de l'audition du mineur, réouverture des délais de prescription de l'action publique à la majorité de l'enfant victime).

Le souci de protéger l'enfant s'est internationalisé avec l'adoption par l'Assemblée générale des Nations-Unies **le 20 novembre 1989 d'une Convention Internationale des droits de l'enfant**. Cette dernière précise aux états signataires la nécessité d'une protection physique et morale des enfants. (Annexe II)

Il est aujourd'hui admis que la protection de l'enfant ne peut être rendue effective que par une collaboration pluridisciplinaire médicale, sociale et judiciaire.

L'évolution historique de la législation sur la protection de l'enfance est liée à l'évolution de la définition des mauvais traitements. Elle se limitait dans un premier temps aux sévices

physiques actifs, puis ont été incluses les négligences graves (dénutrition, retard psychomoteur,...), les mauvais traitements psychologiques et enfin les abus sexuels.

Il est important de préciser la définition actuelle de la maltraitance et de situer la carence grave par rapport aux autres sévices.

## 1.2 Définition

### 1.2.1 La définition légale et la classification des enfants maltraités

Notre étude porte sur cinq cas d'enfant victimes de carences graves et retrace le cheminement en partant des signes d'alerte jusqu'au diagnostic puis développe la prise en charge spécifique à chaque cas. Il s'agit de sévices par omission ayant des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant.

Le concept de sévices à enfants évolue à la fois dans le temps et dans l'espace. Les méthodes éducatives n'ont fait l'objet d'aucune mesure légale pendant très longtemps. C'est avec l'évolution de la société et de la place de l'enfant dans la cellule familiale, avec l'acquisition progressive de ses droits, que la définition de la maltraitance s'est précisée petit à petit..

L'Observatoire national de l'action sociale décentralisé (ODAS) a proposé la définition suivante : *« l'enfant maltraité est celui qui est victime de violence physique, cruauté mentale, abus sexuels, négligence lourde ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. »* (1994)

Mais cette définition ne précise pas les liens entre la victime et les auteurs présumés. Le Nouveau Code pénal, appliqué depuis le 1<sup>er</sup> mars 1994, prévoit une aggravation des peines quand les infractions sont commises par une ou des personnes ayant autorité sur l'enfant .

Actuellement, l'évolution la notion de maltraitance permet de différencier plusieurs catégories d'enfants : l'enfant maltraité, l'enfant à risque, l'enfant en souffrance et l'enfant en danger.

### 1.2.1.1 L'enfant maltraité :

Il s'agit d'un mineur qui est victime de violences physiques, de carences de soins ou négligences, de cruauté mentale ou d'abus sexuels.

- **La violence physique** constitue la forme de maltraitance la mieux connue et engendre un risque de séquelles physiques, voire de décès. Sa définition peut apparaître simple du fait de l'existence de lésions visibles (cutanéomuqueuses, osseuses, dentaires, ophtalmologiques, ...). Toutefois, il importe de déterminer sans ambiguïté l'origine de ces lésions afin de les différencier de lésions accidentelles ou liées à une pathologie interne (hémophilie, maladie des os de verre,...) afin d'éviter une erreur pouvant être lourde de conséquences.
- **Les carences de soins, négligences** sont des déficiences parentales dans la satisfaction des besoins tant physiologiques (sommeil, alimentation, soins...) qu'affectifs (amour parental, protection, stabilité des relations, encouragement...) de l'enfant. Avec pour corollaires des dénutritions pouvant entraîner le décès, des hypotrophies staturo-pondérales, des retards psychomoteurs, des troubles du comportement.
- **La cruauté mentale** est définie par l'ODAS comme « *l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration psychologique : humiliation verbale ou non verbale, menace verbale répétée, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigence excessive disproportionnée à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter* ». Les répercussions en sont des troubles du développement psychomoteur et psychoaffectif, des troubles anxiodépressifs (avec sentiment d'auto-dépréciation), des troubles du comportement et de l'adaptation sociale.

- **Les abus sexuels** : « *l'abus sexuel se définit comme la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgresse les tabous sociaux.* » R.Krugman, D. Ph. Jones.

Il est donc impératif dans un premier temps de mener une investigation fine, puis de faire une évaluation pluridisciplinaire (médicale, sociale, judiciaire) afin de proposer une prise en charge de l'enfant et le cas échéant de faire un signalement à l'autorité judiciaire.

#### **1.2.1.2 L'enfant à risque**

C'est un mineur qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité. Il s'agit de situations aussi diversifiées que la négligence, la non fréquentation scolaire, les soins inappropriés, le délaissement. Ces situations sont plus délicates à appréhender dans la mesure où l'absence de définition officielle est propice à l'interprétation subjective et ethnocentrée. Ces enfants vivent souvent dans de mauvaises conditions sociales mais ne sont pas pour autant maltraités et sont souvent aimés. Ils peuvent bénéficier d'une assistance éducative, médicale et sociale (allocations, PMI, mesure d'AEMO administrative) et exceptionnellement d'un placement si les parents refusent les aides proposées.

#### **1.2.1.3 L'enfant en souffrance**

Ce sont les enfants dont on ne respecte ni les rythmes, ni les besoins que ce soit en fonction des désirs parentaux ou des règles du fonctionnement social, des difficultés de la vie moderne. (*L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique ODAS éditeur, mars 1994*)

#### **1.2.1.4 L'enfant en danger**

Cette catégorie regroupe les enfants maltraités et les enfants à risque.

## **1.2.2 Les carences graves à situer dans le cadre des autres sévices**

Dans cette études, les cinq enfants ont été victimes de carence de soins et de carence affective ayant entraîné un retard psychomoteur ou staturo-pondéral à des degrés divers. Il s'agit d'une forme de maltraitance « en creux » selon la formule de Tomkiewicz, qui est caractérisée par la carence plutôt que par la violence directe, d'où la difficulté du diagnostic. Cela demande donc aux soignants beaucoup d'attention afin de dépister des signes souvent discrets au début avant de devenir alarmants et d'entraîner chez l'enfant des séquelles irréversibles voire le décès.

### **1.2.2.1 La carence intra-familiale**

Ce travail est essentiellement axé sur cette situation, à distinguer de la carence institutionnelle, la plus connue et de la « carence dorée ». Cette dernière est insidieuse et difficile à diagnostiquer car elle survient dans des familles de milieux sociaux favorisés (qui sont rarement suivis par la PMI). Dans ces familles, les deux parents sont accaparés par leur travail et délèguent l'exercice de leur fonction parentale à un(e) employé(e) de maison qui peut rompre ou non son engagement. La succession possible de ces employé(e)s engendre une situation de discontinuité point de départ de carence chez l'enfant.

La carence intra-familiale est la plus fréquente, la plus grave et tous les professionnels de la petite enfance sont amenés à la rencontrer. En particulier, les médecins généralistes qui ont un accès privilégié à la cellule familiale et au domicile.

Michel LEMAY, pédopsychiatre de l'Hôpital Sainte-Justine à Montréal, propose la définition suivante de la carence de soins et de la carence affective :

*« Il risque d'apparaître une carence affective, c'est à dire un trouble grave, précoce et durable du développement, quand un petit enfant, âgé généralement de moins de trois ans, n'a pu établir ses premiers liens d'attachement et n'a pas pu construire ses premières relations d'investissement avec des personnes significatives et lorsque ce manque redoutable de départ n'a pas été réparé soit par la famille originaires, soit par des parents substitutifs. »*

La grande carence, celle qui a des effets dévastateurs sur le développement de l'enfant s'observe dans des familles gravement carencées ou dans des familles où la mère souffre d'une psychose chronique souvent méconnue.

Son retentissement sur le développement de l'enfant à terme peut être grave et prendre différentes formes : une dénutrition, un retard statural pouvant aboutir au nanisme psychosocial, un retard du développement psychomoteur ou des négligences évidentes. Et quelque soit la forme de la carence, la souffrance de l'enfant est toujours présente, il faut y être attentif.

### **1.2.2.2 Les différentes formes cliniques de carence grave**

#### ***1.2.2.2.1 Dénutrition***

Le manque d'apports caloriques peut entraîner une dénutrition plus ou moins sévère. L'entretien avec les parents oriente le diagnostic : inadaptation de leurs propos à l'état de l'enfant, manque d'inquiétude à propos de la perte de poids chez un enfant décrit comme facile à nourrir.

La reprise de poids en milieu hospitalier est l'élément clé du diagnostic qui permet d'éliminer une pathologie organique.

#### ***1.2.2.2.2 Nanisme psychosocial***

Il s'agit d'un ralentissement massif de la vitesse de croissance staturale chez un jeune enfant, âgé de 2 à 10 ans. L'accélération rapide de la croissance staturale après la séparation de l'enfant de son milieu familial est l'élément diagnostique principal.

Des troubles du comportement alimentaire (polyphagie), des troubles sphinctériens (encoprésie, énurésie nocturne), des troubles graves du sommeil et des troubles du caractère sont fréquemment associés et orientent vers le diagnostic.

L'existence d'un déficit de sécrétion en hormone de croissance dans ces situations est inconstamment retrouvé selon les études (28). Le rôle d'un état de stress chronique a également été discuté (30)(31)

### ***1.2.2.2.3 Retard du développement psychomoteur***

Il s'agit d'un retard global des acquisitions psychomotrices chez un nourrisson gravement délaissé. Une hypotonie axiale, un retard à la préhension des objets, un retard dans l'acquisition de la station assise ou de la marche, une incoordination psychomotrice, un retard de langage et un retard des acquisitions sphinctériennes peuvent s'observer.

Ce tableau peut faire évoquer initialement une pathologie neurologique. La récupération peut être spectaculaire dès que l'enfant est à nouveau stimulé, à condition toutefois que la prise en charge n'intervienne pas trop tardivement.

### ***1.2.2.2.4 Négligences***

Elles doivent être considérées comme des mauvais traitements lorsque leurs conséquences sont graves pour l'enfant. Il peut s'agir d'un retard des parents à consulter devant un symptôme présenté par l'enfant (fièvre, douleur...), d'un retard à l'administration d'un traitement, d'une absence de surveillance (nourrisson ou enfant jeune laissé seul au domicile, enfant plus grand restant seul dans la rue le soir ou une partie de la nuit...). La répétition d'accidents et/ou d'intoxications chez un enfant doivent également engager le diagnostic.

Certains enfants sont victimes de pratiques liés à des doctrines idéologiques. Ainsi des mouvements plus ou moins sectaires interdisent les vaccinations, les traitements allopathiques de toute nature ou contraignent les parents à adopter des régimes alimentaires sources de carences nutritionnelles chez l'enfant. Ces situations constituent un réel danger pour les enfants, elles doivent être signalées et les enfants protégés avec ou sans l'accord des parents.

## **2 DEPISTAGE DES CARENCES GRAVES : LES SIGNES D'ALERTE**

### **2.1 Indices généraux de carences graves**

Ces signes en « creux » qui doivent alerter les soignants, nécessitent pour être dépistés d'interroger les parents sur l'alimentation, le sommeil, le développement de l'enfant, et sur les conditions de vie de la famille suivi d'un examen clinique consciencieux. C'est la répétition des examens qui permet d'approcher le diagnostic.

Ces examens permettent d'observer la relation entre les parents et l'enfant, d'évaluer le développement psychomoteur, l'hygiène corporelle et vestimentaire, de surveiller la croissance staturo-pondérale. Chez le nourrisson, le langage du corps est au premier plan et tous les signes de souffrance s'y inscrivent. C'est en observant son comportement, en suivant son développement psychomoteur, sa pathologie somatique, en s'intéressant à la façon dont il communique avec ses parents, avec l'environnement, qu'on pourra repérer ses difficultés.

L'observation des interactions lors de la consultation ou de la visite à domicile est instructive : par qui et comment est-il porté, habillé, déshabillé ? Il faut aussi s'intéresser aux regards, aux échanges entre les parents et l'enfant.

Le carnet de santé est une mine de renseignements sur le suivi de l'enfant, il permet de détecter un nomadisme médical, un retard ou une absence de vaccination.

Les antécédents familiaux sont importants à reconstituer. En effet, la négligence reflète une incapacité des parents à répondre aux besoins de l'enfant qui peut être due à une enfance carencée, à une psychopathologie maternelle . Lorsque l'enfant a des aînés, ils ont souvent vécus la même situation et ont pu être pris en charge par les services sociaux qui doivent être en alerte dès la venue d'un nouvel enfant dans la fratrie. Il faut alors très tôt accompagner les parents.

Les différents indices pouvant alerter le praticien sont détaillés dans le tableau 1.

Ces signes chez le tout petit n'ont pas toujours un aspect spectaculaire. Ils nécessitent pour être reconnus de plusieurs observations à des temps, en des lieux différents et effectués par des professionnels différents (auxiliaires, puéricultrice, médecin, éducateur, psychologue...).

La présence d'un ou de plusieurs de ces éléments suggère une problématique de carence de soins, affective ou éducative. En revanche elle peut aussi révéler d'autres problèmes de santé plus spécifiques. C'est le début d'une démarche diagnostique exhaustive nécessitant souvent une hospitalisation.

**TABLEAU 1 : Signes d'alarme évoquant une carence grave**

<b>Formes de négligence</b>	<b>Signes d'alarme</b>
<b>Nutrition, croissance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrition inadaptée (défaut ou rarement excès d'apport calorique), alimentation non diversifiée</li> <li>- Arrêt ou retard de croissance (poids et/ou taille), obésité</li> <li>- Courbe de croissance en dents de scie</li> </ul>
<b>Santé et hygiène</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-respect des mesures élémentaires d'hygiène entraînant une pathologie dermatologique (érythème fessier) ou un mauvais état bucco-dentaire,</li> <li>- Un retard ou une absence de vaccination, de consultation obligatoire ou en cas de maladie ; consultations sans rendez-vous, prises au dernier moment</li> <li>- L'accès au tabac, à l'alcool ou aux stupéfiants.</li> </ul>
<b>Surveillance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfant confié plusieurs jours à des personnes peu connues des parents (voisine)</li> <li>- Enfant laissé seul sans la surveillance d'un adulte responsable,</li> <li>- Aucune préoccupation de la part du ou des parents face aux dangers auxquels l'enfant peut être exposé (accès non protégé aux : circuits électriques, allumettes, produits inflammables, produits caustiques, récipients remplis d'eau bouillante,...)</li> </ul>
<b>Domicile, habillement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Changement fréquent de domicile, problèmes d'hygiène au domicile</li> <li>- À domicile, pas d'attention portée à l'installation de l'enfant (lit, jeux, ...)</li> <li>- Habillement non adapté à l'âge de l'enfant et/ou aux conditions climatiques</li> </ul>
<b>Interactions parents-enfant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de visite des parents lors d'une hospitalisation de l'enfant,</li> <li>- Absence de scolarisation ou scolarisation irrégulière,</li> <li>- Attitude froide, distante, ou agressive du parent à l'égard de l'enfant ou attitude fusionnelle voire alternance des deux. (comment l'enfant est-il porté? habillé? Les interactions par le regard, le langage)</li> <li>- Contact visuel ou auditif pauvre,</li> <li>- Pas de sourire</li> <li>- Absence de plaisir,</li> <li>- Manifestation de détresse (pleurs inconsolables)</li> </ul>
<b>Comportement de l'enfant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfant trop craintif ou trop agité, ou se réfugiant trop rapidement dans les bras d'un adulte inconnu</li> <li>- Enfant ne répondant pas aux stimulations, avec des difficultés d'attention,</li> <li>- Retard psychomoteur, hypotonie</li> <li>- Absence de rythme de sommeil, hypersomnie</li> <li>- Enfant porteur de troubles fonctionnels récents ou chroniques (sommeil, appétit, encoprésie, diarrhées à répétition...)</li> <li>- Enfant constamment agressif, antisocial ou encore apathique et triste, inexpressif (pauvreté des mimiques)</li> <li>- Enfant bougeant sans cesse, sans but et de façon exagérée compte tenu de son âge.</li> <li>- Retenue gestuelle, pauvreté de l'activité exploratoire</li> </ul>

## 2.2 Les signes d'alarmes des cinq cas cliniques

### 2.2.1 Cas clinique n°1 : Emilie

Emilie est le premier enfant d'un couple recomposé, la quatrième enfant de sa mère, la troisième enfant de son père.

#### 2.2.1.1 Situation familiale

Du côté maternel, les trois aînés ne vivent pas au domicile des parents : Pierre, 13 ans et demi, est accueilli en établissement, Chloé, 11 ans et Géraldine, 9 ans, sont en famille d'accueil du relais Familial. Ces trois enfants ont été retirés du milieu familial pour carence grave après avoir bénéficié d'une mesure d'AEMO judiciaire.

Du côté paternel, l'aînée, Catherine, 6 ans et demi, est placée en famille d'accueil depuis sa naissance. Le cadet, Stéphane, 5 ans et demi, vit chez sa mère et vient chez son père à un rythme régulier.

La mère souffre d'une psychopathologie non étiquetée, non traitée.

Le père souffre d'une intoxication exogène avec un état d'ébriété presque quotidien à certaines périodes.

#### 2.2.1.2 Suivi à la PMI de la naissance à 6 mois : premiers signes alarmants

Emilie est née le 1<sup>er</sup> juin 1998. Sa mère la conduit très rapidement à la PMI, le père ne vient jamais en consultation.

Lors des premières consultations le bébé est calme, son examen est normal. Mais déjà la maman la trouve nerveuse, **elle ne lui donne jamais le biberon dans les bras**, mais dans le transat. **Elle ne la porte pas** car cela lui donne mal au dos et elle ne veut pas lui donner de mauvaises habitudes. L'équipe de PMI encourage la maman à s'installer confortablement

pour nourrir sa petite fille, en mettant en avant l'importance pour le bébé de cette relation de proximité.

À un mois, Emilie est alimentée dans les bras de sa mère, mais très vite elle signale que le bébé refuse de boire lorsqu'elle est dans ses bras. Pendant la consultation, Emilie pleure, c'est un bébé sensible qui réagit fortement aux bruits, aux stimulations tactiles. Sa maman la rhabille avec douceur, les vêtements sont confortables et ajustés à la température extérieure. Elle s'endort dans les bras de sa mère.

Le 1<sup>er</sup> septembre, âgée de 3 mois, Emilie est fiévreuse. Elle réagit toujours aussi intensément au moindre geste qui la touche, même doucement. Elle regarde ses mains et peut jaser longtemps. Les **soins corporels sont insuffisants**, le muguet dépisté fin juin n'est toujours pas guéri.

Le 15 septembre, âgée de 3 mois et demi, Emilie est grognon. Elle s'agite de manière incessante et **sursaute au moindre bruit**. Elle n'a **pas de mouvement de jonction des mains** (ce que font habituellement les bébés de cet âge), les bras sont continuellement tendus en avant. Elle **regarde furtivement sa maman**, mais pendant l'examen regarde longuement le médecin. La mère **nourrit toujours sa fille dans son transat**. **Dans la journée, elle est rapidement mise au lit** dans sa chambre, la maman disant «elle ne veut plus être avec nous». Il y a peu de jeux pour Emilie à la maison.

A 4 mois et demi, Emilie a pris plus d'un kilogramme en un mois, elle commence à être au-dessus des courbes en ce qui concerne le poids. Elle se réveille toujours la nuit.

Sur le plan du développement psychomoteur, elle regarde ses mains, elle jase et rit aux éclats mais en dehors d'un temps de communication avec la maman.

Sur le plan relationnel, le médecin ne note **pas de longs échanges de regard avec la maman**, même lorsque celle-ci lui parle. Elle mange à nouveau dans les bras de sa mère mais refuse la cuillère.

Quelques jours avant cette consultation, une concertation a été organisée par l'équipe de P.M.I. avec l'éducatrice référente de Chloé et Géraldine. L'éducatrice a fait part de la crainte exprimée par Chloé que sa mère laisse pleurer Emilie, la laisse « tomber ».

Le médecin aborde cette rencontre avec la mère et demande l'autorisation de prendre contact avec le service de pédopsychiatrie qui a pris en charge Géraldine. Elle accepte tout en précisant qu'elle ne souhaite pas d'intervention, ni de halte-garderie avant qu'Emilie ait un an.

A 5 mois et demi, Emilie, sur le plan de l'éveil, joue longuement avec ses mains. Elle s'intéresse au tableau d'éveil mais n'a pas d'initiative pour aller toucher l'objet. Elle est toujours bras tendus en avant. Cette raideur des bras contraste avec l'hypotonie du tronc. Sur le plan relationnel, elle **accroche toujours furtivement le regard de sa mère alors qu'elle regarde longuement le médecin** et sourit quand ce dernier s'approche.

Sur le plan des soins corporels, **les mains et les pieds sont très sales**, couverts d'un enduit épais comme s'il n'avait pas été lavés depuis plusieurs semaines. **Emilie sent mauvais**. La maman affirme pourtant lui donner un bain tous les jours.

Le médecin annonce à la mère qu'elle a pris rendez-vous avec le pédopsychiatre pour sa fille.

La petite fille ne reviendra plus en consultation à la P.M.I.

### **2.2.1.3 En conclusion**

La relation entre Emilie et sa mère paraît relever de la carence. L'évitement du regard, le peu d'initiative motrice, l'hypotonie, l'absence de mouvements joyeux des membres, l'absence d'élan vers sa mère, le manque de soins corporels en sont la traduction.

On peut faire l'hypothèse qu'Emilie est le plus souvent laissée au lit. Les contacts mère-enfant et les soins d'hygiène sont difficiles. Seule la croissance pondérale est supérieure à la norme.

## **2.2.2 Cas clinique n°2 : Quentin**

### **2.2.2.1 Situation familiale**

Quentin est le premier enfant d'un couple vivant ensemble depuis 3 ans.

Sa mère a 36 ans à sa naissance et présente une hémiplégie et une épilepsie séquellaires d'un coma cérébral infantile d'étiologie douteuse (accouchement difficile pour la grand-mère de Quentin, maltraitance d'après la mère). Elle a un emploi protégé dans une administration mais n'a pas déclaré sa grossesse (ni à son employeur, ni aux organismes prestataires).

Son père, 30 ans, est au chômage, c'est un enfant de la DASS (il a été abandonné à l'âge de 2 mois).

### **2.2.2.2 Suivi de l'enfant et premiers signes d'alarme**

Quentin est né à 37,5 semaines d'aménorrhée. Le déroulement de la grossesse a été normal jusqu'à l'accouchement. Un traitement par carbamazépine a été prescrit à la mère pendant la grossesse pour son épilepsie. A la naissance, Quentin pèse 2640 grammes et son périmètre crânien est de 32 centimètres. Le score d'Apgar est à 10 à une minute et cinq minutes.

Dès le deuxième jour, la maternité alerte la Direction des Interventions Sanitaires et Sociales (D.I.S.S.) du comportement de **la mère qui est confuse et très méfiante voire agressive vis-à-vis des soignants et des services sociaux, elle ne mémorise pas bien ce qu'on lui dit.**

Quentin est hospitalisé à 72 heures de vie dans le service de néonatalogie suite à des convulsions au cours d'un syndrome de sevrage à la carbamazépine (traitement anti-épileptique de sa mère). Dans ce service, la **mère est agressive et sur la défensive**, elle finit par sortir l'enfant de l'hôpital contre avis médical.

L'enfant est suivi à domicile par la puéricultrice de secteur qui constate un développement staturo-pondéral satisfaisant jusqu'à l'âge d'un mois et demi, puis les parents gardent la porte fermée. A la suite d'un signalement effectué par la grand-mère maternelle, qui ne peut pas voir son petit-fils, les parents ont accepté la reprise du suivi. Les conditions de ce suivi étaient

difficiles, les parents restaient très méfiants et le vivaient comme une intrusion dans leur vie privée.

Quentin est gardé au domicile par les parents, **il a vécu les trois premiers mois dans une chambre aux volets fermés**. Dans un logement de type III, les parents qui adorent les animaux, élèvent deux chiens, quatre chats et des oiseaux. Quentin est **peu sorti par ses parents** qui ne travaillent ni l'un ni l'autre. Au cours des visites à domicile, la puéricultrice n'a jamais vu l'enfant sourire ni jaser.

À partir du quatrième mois, les parents présentent Quentin à la consultation de PMI. Le pédiatre observe au cours des premières consultations, un enfant qui pleure beaucoup, qui a **des gestes répétitifs d'auto-apaisement** (comme se caresser la tête toujours de la même façon). Ses parents n'arrivent pas à le consoler.

Lors des consultations suivantes, Quentin a moins pleuré mais il garde toujours **un visage sérieux et attentif, il ne sourit pas**.

**C'est toujours le père qui prend en charge le déshabillage et l'habillage de l'enfant, qui s'approche de lui lorsqu'il pleure**. Leur relation est très silencieuse. **Ni le père, ni la mère ne s'adresse directement à Quentin**. Sa mère se réfugie derrière son handicap pour **rester à distance du bébé**. Elle ne le porte jamais mais donne toutes les consignes à son mari. Lorsque le papa l'a rhabillé dans une combinaison qui le contient de la tête au pieds et qu'il est attaché dans sa poussette, Quentin a alors un sourire qui n'est pas un sourire relationnel, qui n'est pas tourné vers les autres.

À 5 mois, Quentin est vu en consultation pour une diarrhée qui n'inquiète pas les parents. Ceux-ci sont incités à venir par la puéricultrice. A l'examen, le bébé a perdu 300 grammes, il paraît souffrant et a très soif (il tète frénétiquement l'abaisse-langue). **Les parents n'ont pas perçu la gravité de la diarrhée ni le besoin de boire de leur enfant et acceptent mal la contrainte d'un régime diététique**.

La semaine suivante, alors que Quentin est bien rose et a repris 400 grammes, les parents sont paradoxalement inquiets. Devant cette inquiétude, le Pédiatre propose une hospitalisation pour faire le point sur la santé de Quentin. Sa mère a alors une réaction très vive, exprimant

que si l'enfant est hospitalisé, c'est pour le lui retirer. Quentin, dont l'état clinique est satisfaisant, paraît toujours **souffrant, ne souriant pas, ne cherchant pas la communication.**

Une semaine plus tard, les parents arrivent très en colère, persuadés que la puéricultrice exige qu'ils se débarrassent de leurs animaux. A l'examen, **Quentin n'a pas pris de poids et a faim.** Lorsque le Pédiatre peut demander dans un moment de calme au père, à quel rythme il donne les biberons et comment il les reconstitue, le père ne peut pas donner de réponse cohérente (nombre de biberons : « quatre au maximum », quelle quantité dans le biberon : « 210 ml d'eau et 4 mesurette » au lieu de 7)

### **2.2.2.3 En conclusion**

Quentin est un enfant avec un visage sérieux et attentif, il pleure beaucoup et ses parents n'arrivent pas à le consoler. Il ne sourit pas, semble perdu sur la table d'examen comme si le fait de ne pas être contenu le paniquait et a des gestes d'auto-apaisement. Le rythme et la reconstitution des biberons sont incorrects. Le bébé a faim, tète l'abaisse-langue lors des consultations. Ce sont autant de signes qui révèlent que les parents ne perçoivent pas les besoins de Quentin et ne peuvent pas s'y adapter.

Les parents ressentent toute proposition d'aide comme persécutrice, et y réagissent violemment.

### **2.2.3 Cas clinique n°3 : Mickaël**

#### **2.2.3.1 Situation familiale**

Mickaël est le quatrième enfant d'un couple, dont les trois frères ont été suivis par la PMI pour un retard des acquisitions. Ils sont scolarisés, s'intègrent bien mais présentent des difficultés scolaires qui leur font prendre du retard (redoublements).

La mère a eu son premier enfant à l'âge de 17 ans, elle est mère au foyer et n'a pas son permis de conduire.

Le père est plombier de formation et travaille par intérim alternant période de travail et chômage. Il ne vient jamais aux consultations.

#### **2.2.3.2 Suivi de l'enfant et premiers signes d'alarme**

Mickaël est né à 37,5 semaines d'aménorrhée. Le déroulement de la grossesse a été normal jusqu'à l'accouchement.

L'enfant est gardé au domicile par sa mère qui le stimule peu, il est un peu stimulé par ses frères. Il est installé dans un petit réduit, le logement étant étroit pour six personnes.

Il a été suivi jusqu'à l'âge de 11 mois par la PMI puis n'a plus été vu en consultation jusqu'à l'âge de 18 mois.

Jusqu'à l'âge de 7 mois, Mickaël se développe bien, a acquis la pince pouce-index et tient un objet dans chaque main. La maman dit qu'il n'est pas comme ses précédents enfants, elle prend plaisir à s'occuper de ce bébé. Enfant très pâle, il sera supplémenté en fer les 3 premiers mois. À 9 mois, le tonus du dos augmente mais il n'a pas acquis la position assise. A 10 mois, il tient assis, se retourne aux  $\frac{3}{4}$ , ne se déplace pas sur le ventre, **se balance et crie beaucoup**. Ensuite la mère se met à distance et ne répond pas aux courriers de la PMI.

À 18 mois, le médecin de PMI examine un enfant qui a un bon développement staturo-pondéral mais qui **présente un retard global du développement**.

**Il ne marche pas** ( le premier enfant a marché à l'âge de 14 mois et demi, le second à 27 mois, le troisième à 19 mois ), **se déplace sur les fesses**, ne se redresse pas seul, ne cherche pas à se mettre debout même s'il en est capable.

Mickaël présente un problème d'alimentation : il recrache tout, la maman réagit par un « **forcing** » .

Il continue à se balancer. Il est tendu avec un **regard inquiet, hypervigilant**, observe tout. Il pleure dès qu'il quitte les bras de sa mère et dès qu'il est séparé d'elle de quelques centimètres, Mickaël se raidit avec des tremblements de tout le corps. Il **jette les objets**, n'a pas d'activité exploratoire et s'accroche à sa mère par le regard avec quelque chose d'adhésif.

Il est capable, dans d'autres contextes, d'avoir des petits **jeux mais succincts, peu symboliques, de courte durée**.

Il a quelques mots de base mais **n'utilise pas la parole pour communiquer**, il préfère les gestes.

Une hospitalisation est alors organisée pour un bilan de retard global de développement.

### **2.2.3.3 Conclusion**

Mickaël pose un problème de troubles du comportement associé à un retard du développement psychomoteur ; on observe une fusion extrême avec sa mère associée à une crainte du monde extérieur et des objets. Ce sont les antécédents familiaux, les précédents enfants ayant été suivi pour des difficultés semblables au démarrage, qui nous font évoquer la carence. Mais il faut éliminer dans un premier temps une pathologie organique avant d'évoquer ce diagnostic.

## **2.2.4 Cas clinique n°4 : Katy**

### **2.2.4.1 Situation familiale**

Katy est la septième enfant d'une fratrie de huit dont le deuxième enfant est décédé à l'âge de 13 mois. Les quatre aînés ont bénéficié de mesures d'AEMO et de placement pour multiples négligences et carences (problèmes de couple à l'époque avec fugues de la mère du domicile laissant les enfants seuls). Elle a une place particulière dans la famille car elle est née lors d'une période de séparation de ses parents. Ses parents sont mariés mais Katy est la seule à porter le nom de jeune fille de sa mère. Ses parents se sont ensuite réconciliés.

À la naissance de son petit frère, elle est âgée de 14 mois.

La mère n'a jamais travaillé, a eu son premier enfant à l'âge de 17 ans . Elle est porteuse d'une myocardiopathie hypertrophique familiale asymptomatique. Elle est très agressive avec l'équipe de la P.M.I.

Le père est greffé rénal, suivi en hémodialyse. En invalidité, il n'est jamais venu aux consultations.

### **2.2.4.2 Premiers signes d'alarme au cours du suivi de l'enfant**

Katy est née à 38 semaines d'aménorrhée. Le déroulement de la grossesse a été normal jusqu'à l'accouchement.

À la naissance elle présentait un retard de croissance intra-utérin (RCIU) avec un poids de 2130 grammes.

Le suivi de l'enfant est réalisé par la PMI et par l'hôpital en consultations spécialisées : en cardiologie pour la cardiomyopathie familiale, en ophtalmologie pour un strabisme divergent et en Oto-Rhino-Laryngologie pour des otites séreuses. Ensuite, un relais sera pris par l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger (UAED) du CHU de Nantes qui fera le lien entre les différents intervenants s'occupant de Katy.

Au cours de visites à domicile les premiers mois , la puéricultrice de P.MI. découvre un appartement triste , enfumé, peu aéré avec les volets fermés dans la journée.

La mère **se comporte avec cette enfant comme avec un objet**, ne lui parle pas, n'a pas de geste affectueux, on ne la voit jamais sourire et il n'y a pas d'échange de regard avec l'enfant.

La proposition de Halte-garderie est refusée par la maman.

L'équipe de la P.M.I. constate une **cassure de la courbe pondérale à l'âge de 14 mois** (naissance du petit frère) puis une hypotrophie pondérale (-2 DS) et staturale (-1DS) et une insuffisance de développement du périmètre crânien (-3DS) jusqu'à l'âge de 2 ans qui vont nécessiter un bilan hospitalier.

L'interrogatoire des parents permet d'identifier **une alimentation lactée exclusive jusqu'à 14 mois puis très fragmentée, avec un grignotage pendant la journée sans réel repas.**

Suivie en ophtalmologie pour un strabisme divergent, **l'enfant ne porte pas ses lunettes** (Katy ne les supporterait pas d'après la maman).

La mère signale également plus de trois bronchiolites pour lesquelles elle n'a jamais consulté. Le médecin de P.M.I remarque une **hygiène défectueuse** dès le troisième mois: érythème fessier, pédiculose non traitée.

L'examen de l'enfant montre un retard de langage. Katy est une **enfant en retrait, qui n'émet que des grognements**. Elle a un **faciès triste**, est **inhibée** mais a toujours un **regard très vigilant**.

#### **2.2.4.3 Conclusion**

C'est le retard staturo-pondéral de Katy qui va surtout inquiéter l'équipe médicale. Les carences de soins d'hygiène et médicaux associées aux antécédents familiaux évoquent la négligence, cependant le retard de croissance intra-utérin et la cardiomyopathie familiale rendent nécessaire un bilan complet pour déterminer la ou les causes de l'hypotrophie et du retard psychomoteur de l'enfant.

## **2.2.5 Cas clinique n°5 : Martin**

### **2.2.5.1 Situation familiale**

Martin est le premier enfant d'un jeune couple, il **porte le nom de famille de sa mère et ses parents se sont séparés quelques mois après sa naissance**. Ils alternent la garde de l'enfant une semaine sur deux.

La mère, 20 ans, a une formation de charcutière mais ne travaille pas.

Le père, 19 ans, est serveur dans la restauration.

### **2.2.5.2 Suivi de l'enfant et premiers signes d'alarme**

La grossesse était désirée, elle s'est bien déroulée et Martin est né à terme après un accouchement normal. Il pesait 3400 grammes, mesurait 48 centimètres et son périmètre crânien était de 34,5 centimètres. Le score d'Apgar était à 10 à une minute et cinq minutes.

L'enfant a présenté des troubles alimentaires dès la naissance nécessitant une hospitalisation à 11 jours pour mauvaise prise de poids. Le bilan a trouvé une polyglobulie. Il a été **nourri par sonde naso-gastrique pendant 3 semaines**.

Pendant cette hospitalisation, la relation avec sa mère est **fusionnelle**, elle ne le quitte pas, dormant avec lui à l'hôpital.

Après sa sortie, Martin est suivi par la P.M.I. où **la mère vient aux consultations accompagnée du père, qu'elle présente comme un ami** (pour bénéficier de l'allocation parent isolé). Il est également suivi à l'hôpital en hématologie (polyglobulie à la naissance) et en cardiologie pour un souffle systolique (communication inter auriculaire bien tolérée).

Lors d'une consultation de suivi hématologique à 3 mois, le pédiatre note une **hypotrophie** avec une nette cassure de la courbe pondérale alors que les courbes de taille et de périmètre crânien sont harmonieuses mais à moins 2 déviations standards. Il sera hospitalisé à de nombreuses reprises dans le cadre d'un bilan étiologique de cette hypotrophie.

Tous les bilans métaboliques, neurologiques, génétiques étant négatifs, il est adressé aux endocrinologues à l'âge de 14 mois.

À 14 mois, il se tient debout, marche tenu, il sourit. Il présente **un retard staturo-pondéral à -4DS pour la taille et -3 DS pour le poids.**

A 21 mois, en consultation avec le cardiologue, les parents évoquent **une hyperactivité** chez cet enfant.

Au cours d'hospitalisations de jour et de semaine vers l'âge de 30 mois, des explorations complémentaires sont réalisées . Sur le plan nutritionnel, la diététicienne n'a pu obtenir une description précise de la part des parents du régime alimentaire de l'enfant. Il semble cependant que ses apports caloriques soient inférieurs aux besoins de base. Des **tensions entre les parents** sont également signalées.

Le pédopsychiatre note **que Martin mange des gâteaux, des yaourts, des bonbons, et boit du lait entre les repas et qu'il refuse tout le reste ; cela exclusivement avec sa maman** qui dit qu'elle l'a « pourri ».

### **2.2.5.3 Conclusion**

Pour Martin, c'est le retard staturo-pondéral sévère qui va alerter le corps médical. Les difficultés alimentaires de l'enfant dès la naissance et les pathologies intriquées n'orientent pas vers une carence au premier abord. Il s'agit d'un cas clinique complexe qui va nécessiter au cours d'hospitalisations successives de nombreuses explorations complémentaires pour faire la part des choses.

### 3 DIAGNOSTIC

Le diagnostic de carence grave est un diagnostic à construire. Il se fait souvent « à posteriori », quand après placement ou prise en charge de l'enfant par les organismes médico-sociaux, le développement de celui-ci explose. La réversibilité des troubles à distance du milieu familial est un bon argument diagnostique, mais il est fonction de l'ancienneté et de la gravité de la situation initiale.

L'évaluation doit être pluridisciplinaire, seul gage d'une certaine objectivité.

Chez le nourrisson, le langage du corps est au premier plan et tous les signes de souffrance s'y inscrivent. C'est en observant son comportement, en suivant son développement moteur, sa pathologie somatique, en s'intéressant à la façon dont il communique avec ses parents, avec l'environnement, qu'on pourra repérer des difficultés.

Ces signes n'ayant pas toujours un aspect spectaculaire, ils nécessitent de pouvoir réaliser de nombreuses observations longitudinales et de disposer d'un temps suffisamment long pour les repérer (une consultation doit durer au moins une demi-heure).

Il faut éliminer formellement une pathologie organique, ce qui peut se faire lors d'une courte hospitalisation d'une semaine ou en consultations externes à l'hôpital. Cela présente le double avantage de la pluralité et du croisement des regards (neurologue, pédiatre, généticien, endocrinologue, pédo-psychiatre) et de l'approfondissement des investigations par la possibilité d'examen complémentaires pointus.

On peut alors s'intéresser à l'aspect psychologique et social afin de répondre aux questions suivantes : Qui est cet enfant ? Qui sont ses parents ? Quelle est la situation familiale, sociale et culturelle ?

Ce chapitre détaille la démarche qui mène au diagnostic de carences graves, les diagnostics différentiels et le diagnostic étiologique.

### 3.1 Diagnostic positif

Comme pour tous les mauvais traitements, c'est l'association de signes somatiques, comportementaux et relationnels qui conduit au diagnostic de carences graves précoces. Cependant, il est souvent difficile de les observer car la pathologie familiale est bruyante et le médecin a du mal à se centrer sur l'enfant sans être parasité (par les autres enfants, par les parents). Les consultations sont souvent imprévues, sans rendez-vous, et le médecin n'a pas toujours la disponibilité nécessaire pour bien observer l'enfant.

L'évaluation du bébé prendra en compte trois dimensions : somatique, tonico-motrice et relationnelle ( 33). Nous essayerons ensuite de les individualiser dans chaque cas clinique.

#### 3.1.1 La sphère somatique

À travers le corps, l'enfant va exprimer sa souffrance. Dans la carence de soins et affective, cela peut s'exprimer par une vulnérabilité somatique, par des troubles de l'appétit, du transit, du sommeil et de la croissance. On retrouve souvent :

➤ **Des infections ORL à répétitions**

➤ **Des fièvres inexplicables** : Elles apparaissent brutalement pour s'évanouir aussi vite ; elles traduisent parfois des angoisses massives au sein de la relation. On peut en rapprocher les pâleurs inquiétantes, tout aussi labiles.

➤ **Des pathologies fonctionnelles** : Elles sont mieux connues car le bébé étant dans la période d'organisation des grandes fonctions, les parents et les professionnels sont attentifs aux difficultés d'installation des rythmes (faim-satiété, veille-sommeil). On distingue alors :

- Les troubles alimentaires : vomissements, régurgitations, anorexie, mérycisme.
- Les troubles du sommeil, de l'attention et de la vigilance : la survenue d'une insomnie ou d'un sommeil haché, n'apportant pas de repos ou au contraire d'une hypersomnie avec la chute brusque dans le sommeil (pour

se protéger d'une trop grande tension dans la relation) doivent alerter les professionnels. Il faut être attentifs également à l'hypervigilance de bébés constamment sur le qui-vive ou à l'attention « rétrécie » du bébé, focalisée à un objet auquel il s'accroche. Un bébé qui va bien, module ses états de vigilance.

- Les troubles des fonctions d'élimination à type de diarrhées répétitives, ou de constipation opiniâtre.

➤ **Des troubles du développement staturo-pondéral** : il faut être attentif dans les carences à un ralentissement de la courbe de poids voire à un ralentissement global de la croissance pouvant aboutir à l'extrême au nanisme psycho-social. On observe aussi parfois une courbe de poids en dent de scie, ou une obésité.

**Pour pouvoir identifier ces différents troubles somatiques, on réalise l'importance du suivi régulier des enfants par une même équipe et la nécessité de créer un lien avec les parents pour qu'ils puissent confier aux soignants leurs difficultés et celles de leur enfant. Ce suivi sera tout aussi important pour surveiller le développement psychomoteur de l'enfant.**

### **3.1.2 La sphère tonico-motrice**

L'interaction avec le tout-petit est avant tout centrée sur ce corps qu'il va devoir apprivoiser. C'est à travers les soins, le toucher, les câlins, le portage et les jeux que les parents l'aide à découvrir les limites de ce corps. Les enfants carencés ne bénéficient pas de cette aide et investiront leur corps avec d'autant plus de difficultés.

Ainsi le comportement moteur est l'autre sphère corporelle où s'exprime la pathologie précoce par des troubles du tonus et du développement psychomoteur.

➤ **Les troubles du tonus** : cela peut être une hypotonie ou une hypertonie qui se traduisent très souvent par des difficultés de portage. L'enfant s'arc-boute dans les bras, ou se laisse aller comme une poupée de chiffon, ou se tortille, et de ce fait est très difficile à porter et à « contenir », ce qui met l'adulte dans une position

d'inconfort et entraîne une raréfaction des contacts pouvant aggraver encore les troubles du tonus.

- **Le développement psychomoteur** de ces enfants est altéré plus qualitativement que quantitativement. Ce sont des bébés qui ne sourient pas ou peu, ne s'attrapent pas les mains vers trois mois, ne jouent pas avec leurs pieds vers six mois ; ils ont peu d'activité exploratoire, s'intéressent peu aux objets, l'objet étant souvent pris et jeté de façon compulsive. Après un an, le retard psychomoteur devient manifeste avec un retard de la station assise, de la marche avec parfois un enfant qui refuse l'appui plantaire, ou qui refuse toute tentative de déplacement du corps. Ces bébés peuvent aussi avoir des activités autocentrées répétitives, se caresser longuement la tête par exemple, se balancer, se taper avec un objet dur.
- **Les activités répétitives ou stéréotypies :** Les balancements rythmiques ou la stimulation répétitive d'une région du corps avec un objet expriment la difficulté de l'enfant à réguler des tensions internes.

Cette hypotonie, ces stéréotypies et le retard du développement vont alerter les soignants mais plus que le ralentissement du développement ce sont les atypies, et les dysharmonies dans le déroulement des acquisitions qui sont inquiétantes. La réversibilité de ces troubles au cours d'une prise en charge précoce et adaptée est un argument en faveur de leur origine carencielle.

### **3.1.3 La sphère relationnelle**

Ces troubles de contact sont très importants à reconnaître. Ils sont souvent les premiers à apparaître. Ils accompagnent toujours les signes que nous venons de décrire.

Dans les tout premiers mois, ils apparaissent spécifiquement dans l'interaction mère-enfant ou parents-enfant, ce qui les différencie des troubles du contact des enfants autistes ou des enfants présentant des troubles neurologiques qui sont invariables avec les parents et les différents intervenants.

**Ils signent la pathologie du lien.** Celle-ci s'exprime par :

- **Les pleurs :** Ces bébés sont inconsolables, hurlant des heures durant et ne se laissent pas aller au corps à corps, ne se lovent pas dans les bras de leur mère.
- **L'absence de manifestations de détresse ou de plaisir :** Le visage de l'enfant est peu mobile, avec une pauvreté des mimiques. Le sourire et les lallations apparaissent tardivement. Il n'y a pas de jubilation ni d'éclat de rire dans les premiers mois. Parfois l'enfant sourit mais comme pour lui-même.
- **L'évitement du regard :** Ces bébés n'engagent pas le contact oeil à oeil avec leur mère et parfois se détournent activement de son regard alors qu'ils vont fixer intensément le regard de l'examineur ou d'une personne inconnue.
- **La maîtrise de la relation :** L'enfant carencé est décrit souvent trop sérieux, vigilant, scrutateur et sensible aux moindres variations de l'humeur de la mère. Ces bébés semblent vouloir se mettre à distance de leur mère.
- **Diminution de la « faim » à l'interaction :** Cela peut se traduire par un bébé qui présente un visage figé, triste, se détournant fréquemment du visage de sa mère. Il n'y a pas d'exploration du visage de la mère par la main du bébé. On constate l'absence ou l'étrangeté des vocalises avec une prédominance de gémissements, de grognements, l'absence de sollicitation pour être pris dans les bras maternels au moment de l'éveil dans le deuxième trimestre de la vie, l'absence de réponse ou le caractère aléatoire des réponses aux regards, gestes, sourires, à la voix de la mère.
- **Parfois les bébés semblent déprimés :** Ils sont peu expressifs, silencieux, atones. Ils montrent peu de sensibilité à l'absence de leurs parents, peu de crainte, peu de demande vis-à-vis des autres personnes. Ils ne sont pas perçus comme tristes mais comme indifférents, et n'engagent pas à l'échange.
- **La diminution des comportements d'imitation** de la mère entre 6 et 12 mois.

- **Les troubles de l'attachement, de la différenciation** des personnes : tels que la non apparition ou l'exaspération de l'angoisse de l'étranger vers le neuvième mois.

Pour repérer tous ces signes, le médecin doit être attentif aux interactions mère-enfant, père-enfant et donc envisager l'enfant et son environnement . Il ne doit pas se limiter à un strict examen somatique de l'enfant dans le suivi du nourrisson et du jeune enfant.

### **3.1.4 Éléments du diagnostic positif pour chaque enfant**

#### **3.1.4.1 Cas n° 1 : Emilie**

Des dossiers de la Protection maternelle et infantile et du CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), on retient les éléments suivants :

- Sur le plan somatique, on note qu'Emilie présente à 1 mois un muguet buccal qui n'est toujours pas guéri 3 mois plus tard, associé à des soins corporels insuffisants. L'enfant n'est ni lavée, ni changée régulièrement : elle est sale, sent mauvais, ses mains et ses pieds à 5 mois sont recouverts d'un enduit épais. La mère dit pourtant lui donner un bain tous les jours.

Elle présente également des troubles du sommeil à type d'hypersomnie et de réveils nocturnes persistant après 4 mois. Elle est laissée seule au lit presque toute la journée, dans sa chambre aux volets fermés, excepté au moment des repas. La mère explique : « Elle aime être seule, elle aime son lit, c'est une grosse dormeuse. Elle ne veut pas être avec nous ».

Son développement staturo-pondéral est satisfaisant mais à partir de 4 mois, on note qu'elle commence à être au dessus des courbes en ce qui concerne le poids. L'alimentation est lacto-farineuse exclusive au biberon jusqu'à l'âge de 20 mois (date de son placement).

La petite fille n'a presque jamais été nourrie dans les bras mais dans le lit ou le transat car « ça fait mal au dos », « ça donne de mauvaises habitudes ».

- L'atteinte de la sphère tonico-motrice va alerter les soignants par sa gravité. L'enfant présente une hypotonie du tronc contrastant avec une raideur des bras toujours tendus en avant, hypotonie signalée dès le cinquième mois par la PMI.

Le développement psychomoteur d'Emilie est normal jusqu'à l'âge de 3 mois : elle tient sa tête, joue avec ses mains, s'intéresse aux objets, a un sourire-réponse. Mais dès 3 mois et demi, on observe une enfant grognon, qui n'a pas de mouvement de jonction des mains (ce que font habituellement les bébés de cet âge) avec des bras continuellement tendus en avant.

Vers 5 mois, elle joue avec ses mains longuement, s'intéresse au tableau d'éveil mais n'a pas d'initiative pour aller toucher l'objet. Le suivi est alors interrompu par les parents.

Au CAMSP, à 17 mois, on retrouve une petite fille qui tient sa tête et tient assise si on la met assise, mais ne s'assied pas seule. Elle est très statique, ne se retourne ni du dos sur le ventre, ni du ventre sur le dos. Elle n'a aucune motricité spontanée, elle se laisse complètement aller, n'a pas d'activité exploratoire et lorsqu'on lui présente un jouet, elle refuse d'y toucher. Elle approche puis retire sa main « comme si ça brûlait ».

Elle ne fait pas de quatre pattes et refuse l'appui plantaire. On note une astasie (impossibilité de se tenir debout) et une abasie (impossibilité de marcher). Elle a la préhension d'un enfant de 4 mois.

On observe également de curieux gestes répétitifs : elle met son index droit sur sa tétine, comme si elle voulait faire « chut » et se frotte le nez avec le bout de son index (on apprendra plus tard que lorsqu'elle pleurait sa mère lui mettait violemment la tétine dans la bouche).

➤ Dès les premiers mois, apparaissent des troubles relationnels entre Emilie et sa mère.

Très vite la maman va trouver Emilie nerveuse, elle va avoir des difficultés à la porter, à la nourrir dans les bras, à la supporter près d'elle, à la laver. Lors d'une concertation avec l'éducatrice d'une des sœurs aînée d'Emilie, celle-ci nous fait part de la crainte exprimée par l'enfant que sa mère laisse pleurer le bébé, le « laisse tomber ».

Dès l'âge de 2 mois, Emilie apparaît comme un bébé sensible qui réagit fortement aux bruits, aux stimulations tactiles même douces. Elle pleure ou geint dès qu'on la sollicite. Dans ses pleurs, elle a un regard intense et tragique.

L'évitement du regard apparaît tôt avec une enfant qui regarde furtivement sa mère même lorsqu'elle lui parle, alors qu'elle regarde longuement l'examineur et parfois lui sourit.

Elle se présente comme une enfant très pâle dont le langage se réduit à quelque onomatopée à 17 mois. Emilie est hypervigilante, sursaute au moindre bruit.

L'équipe de PMI ayant encouragé la maman à s'installer confortablement pour nourrir sa petite fille à peine âgée d'un mois, cette dernière répond que le bébé refuse de boire quand il est dans ses bras.

Emilie est portée dos à sa mère, il y a peu de relation face à face, regard dans regard. En interrogeant la maman longuement on découvre que c'est un bébé « persécuteur », qui est peu porté, auquel on met la tétine dans la bouche dès qu'il se manifeste, non baigné, avec une absence complète de la notion de soin d'un bébé.

La mère exprime également une absence complète d'inquiétude sur l'évolution de l'éveil et sur la qualité relationnelle du bébé. La seule inquiétude qui va émerger, c'est une inquiétude vis-à-vis de l'absence d'acquis moteur.

Devant un tel tableau, à l'âge de 17 mois, il est difficile de penser qu'il s'agit d'une carence de soins. Ce qui va nous mener au diagnostic, c'est l'association de plusieurs éléments :

- ◆ Les antécédents familiaux : des parents carencés avec une psychopathologie maternelle non étiquetée, non traitée et une intoxication exogène paternelle et des frères et sœurs placés dans un tableau de carence.
- ◆ L'aspect clinique d'Emilie qui présente des troubles somatiques, un retard du développement psychomoteur et une hypotonie, des troubles relationnels.
- ◆ La pathologie des interactions mère-enfant .
- ◆ Les recherches étiologiques négatives malgré un bilan complet (cf. chapitre suivant).
- ◆ L'explosion de son développement après placement en famille d'accueil et prise en charge au CAMSP.

## **EMILIE**

<b>Age lors de l'apparition des signes</b>	: 3 mois et demi
<b>Signes somatiques</b>	: hygiène défectueuse, muguet non traité hypersomnie et réveils nocturnes alimentation lacto-farineuse exclusive au biberon jusqu'à 20 mois
<b>Signes tonico-moteurs</b>	: hypotonie absence d'initiative motrice refus de toute tentative de déplacement du corps statique, n'habite pas son corps absence d'activité exploratoire astasia-abasie activités autocentrées répétitives (« chut »)
<b>Signes de troubles relationnels</b>	: difficulté de contact enfant peu portée, peu lavée pleurs et geignements lors des sollicitations évitement du regard regard intense, tragique hypervigilance du regard, immobilité de l'enfant

### 3.1.4.2 Cas n° 2 : Quentin

Des dossiers de la D.I.S.S. et de l'hôpital, on relève les éléments suivants :

➤ Sur le plan somatique, Quentin a un bon développement staturo-pondéral dans un premier temps. A l'âge de 5 mois, l'enfant présente une diarrhée avec déshydratation n'inquiétant pas les parents. La puéricultrice les incitera à consulter, l'enfant a perdu 300 grammes. Revu en consultation une semaine après, Quentin est bien rose et a repris 400 grammes. Ses parents sont paradoxalement inquiets mais refusent l'hospitalisation proposée. Au cours du suivi hebdomadaire par la P.M.I., le médecin constate que le bébé ne prend pas de poids et tête l'abaisse-langue, il semble avoir faim. En interrogeant le père qui s'occupe de préparer les biberons, il apparaît que leur reconstitution est incorrecte et que leur nombre est insuffisant. Quand Quentin est malade, il n'y a pas d'adéquation entre l'état de l'enfant et la réaction des parents.

➤ L'atteinte de la sphère tonico-motrice va devenir progressivement prédominante.

À 3 mois, Quentin sourit peu, ne jase pas et présente une discrète asymétrie du tonus. C'est un enfant triste, sérieux et attentif, qui a des gestes répétitifs d'auto-apaisement (se caresse longuement la tête).

À 17 mois, il ne possède pas de langage élaboré, pousse des petits cris.

Il présente alors un retard global important : absence de déambulation, absence de quatre-pattes, stade d'astisie-abasie avec refus de l'appui plantigrade, il refuse de se mettre debout alors qu'il en serait parfaitement capable.

Il commence à tenir assis seul à l'âge de 19 mois. Son stade d'éveil est alors celui d'un enfant de 9 mois. Il prend un jouet pour faire du bruit, le passe d'une main à l'autre puis le jette. Il met peu de chose en relation l'une avec l'autre, la coordination main-œil est insuffisante, il ne fait pas de tour de cube et ne cherche pas l'objet caché.

Quentin est très peu coopérant, agité, restant peu stable dans une même activité.

➤ Sur le plan relationnel, la situation est plus complexe car deux types de troubles apparaissent : des troubles dans l'interaction parents-enfant associés à des troubles du comportement de l'enfant (de type autistique) avec difficulté de communication avec le monde extérieur.

Dès 3 mois, Quentin sourit peu, a un regard intense et sérieux. Il pleure beaucoup surtout sur la table d'examen, les parents n'arrivent pas à le consoler. C'est un enfant qui n'est jamais porté par sa mère, c'est son père qui s'occupe de tous les soins. Aucun des parents ne s'adresse directement à Quentin, leur relation est très silencieuse, il est laissé une grande partie de la journée dans son lit. Il sourit aux murs, peu aux personnes.

A 19 mois, le médecin du CAMSP note des difficultés de modulation de l'humeur, des stéréotypies (tape, gratte) et des ruptures de communication. Quentin peut rire aux éclats et interpeller ses parents avec son jargon mais il se met brutalement dans une très violente colère où il rejette tout son corps en arrière, tape, gratte et est impossible à calmer. Cette colère vient en écho à certaines injonctions des parents et au mécontentement qu'il a de l'examen. Il ne se calme qu'après un très long moment passé seul sur le tapis. Il présente parfois des accès de rire inexplicables.

Dans ce tableau, plusieurs éléments font évoquer une carence de soins :

- ◆ Les antécédents familiaux : un père carencé, placé dans l'enfance et une mère hémiplégique, présentant une psychopathologie non étiquetée avec un délire paranoïaque dès la maternité vis-à-vis des soignants et des organismes sociaux.
- ◆ La pathologie des interactions mère-enfant : pas de contact avec la mère qui se réfugie derrière son handicap pour rester à distance du bébé, et donne toutes les consignes à son mari.
- ◆ La place faite à l'enfant au domicile : il n'y a pas de place pour lui dans le salon (animaux, plantes) donc il reste dans sa chambre.
- ◆ L'aspect clinique de Quentin qui présente un retard global et majeur du développement psychomoteur associé à des troubles relationnels.

Mais les troubles du comportement et de la communication observés présentent des caractères autistiques. Quentin présente donc des pathologies intriquées nécessitant un bilan complet, et qui vont rendre le diagnostic et la prise en charge complexe et difficile.

## QUENTIN

**Age lors de l'apparition des premiers signes** : 4 mois

**Signes somatiques** : inadéquation des soins lorsque l'enfant est malade

**Signes tonico-moteurs** : absence de déambulation  
astasie-abasie  
gestes d'auto-apaisement  
jargon, pas de langage élaboré  
éveil : âge de développement < 9 mois pour un âge légal de 19 mois  
station assise acquise à 9 mois

**Signes relationnels** : agité, peu coopérant  
ne sourit pas  
regard intense et sérieux, triste  
pleure beaucoup, inconsolable par ses parents  
enfant jamais porté par sa mère  
ne cherche pas la communication  
stéréotypies, cris  
difficultés de modulation de l'humeur  
(passe en un instant du rire aux larmes)  
ruptures de communication  
accès de rire inexplicables

### 3.1.4.3 Cas n° 3 : Mickaël

Des dossiers de la PMI de Savenay, de l'hôpital de Saint-Nazaire et du Centre Nantais de la Parentalité, les éléments suivants paraissent particulièrement significatifs :

➤ Dans la sphère somatique, on décèle, alors que Mickaël est âgé de 18 mois, des troubles alimentaires à type de « forcing » au moment des repas. Ces troubles ont partie liée avec les conduites maternelles. Les repas sont donnés exclusivement par la mère, l'enfant recrache tous les aliments qu'elle lui propose.

Il présente également une constipation opiniâtre, n'est pas propre mais ne porte pas de couche. Par ailleurs, l'enfant a un bon développement staturo-pondéral.

➤ Chez Mickaël, c'est l'atteinte tonico-motrice, comme pour ses frères, qui va inquiéter les soignants.

Son développement psychomoteur est satisfaisant jusqu'à 7 mois puis on observe un retard de la station assise qui ne sera acquise qu'à 10 mois.

La maman interrompt alors le suivi et, à 18 mois, on retrouve un enfant hypotonique, tout mou, qui se déplace sur les fesses, s'assoit seul, mais ne cherche pas à se mettre debout.

Il n'a pas d'initiative motrice, il ne cherche pas à attraper les objets, il ne joue pas.

Il communique, non par la parole, mais par des gestes.

On note également au domicile et à l'hôpital ( hospitalisation pour un rhume de hanche ), des activités autocentrées répétitives à type de balancement assis dans son lit, d'avant en arrière, jusqu'à ce qu'il s'endorme au bord de l'épuisement. La maman explique que tous ses enfants font cela pour s'endormir.

➤ Les troubles relationnels observés entre Mickaël et sa mère sont différents de ceux rencontrés chez les autres enfants de cette étude. Il s'agit plutôt d'une relation fusionnelle extrême avec une crainte du monde extérieur.

Jusqu'au septième mois, c'est un enfant éveillé avec une bonne qualité du regard, qui gazouille, sourit. À 18 mois, on retrouve un enfant très tendu, souffrant décrit par le pédiatre comme « débordant d'inquiétude » (tableau déjà observé chez les 2 frères précédant Mickaël).

Dans les bras de sa mère, il se tient le dos collé contre sa poitrine, son regard est inquiet, hypervigilant. À distance, il s'accroche à sa mère par le regard avec quelque chose d'adhésif, de pathétique.

Il pleure dès qu'une personne étrangère s'approche ou dès qu'il quitte les bras de sa mère. Il suffit qu'il soit séparé d'elle de quelques centimètres pour qu'il se raidisse avec des tremblements de tout le corps. Il a une peur de tout ce qui est nouveau. Il n'a jamais été séparé de sa mère qui a toujours refusé de le mettre en Halte-Garderie.

Ce tableau relève d'un autre type de carence que la carence de soins et affective proprement dite, on observe plutôt pour Mickaël comme pour ses frères une carence de stimulation de l'éveil et de la motricité entre 6 mois et 3 ans ( lorsque l'enfant entre à l'école ). Ce diagnostic est évoqué devant :

- ◆ Les antécédents familiaux : tableau identique chez ses 3 frères aînés également suivis par la PMI.
- ◆ L'aspect clinique de Mickaël qui présente un retard global du développement psychomoteur et de l'éveil associé à des troubles de l'alimentation et de l'élimination et surtout à des troubles relationnels.
- ◆ La pathologie des interactions mère-enfant, ici de type fusionnel
- ◆ Le bilan complémentaire négatif
- ◆ L'amélioration du développement et de l'éveil de l'enfant après mise en place d'une prise en charge en Halte-garderie et par le Centre Nantais de la Parentalité.

## MICKAEL

<b>Age d'apparition des signes</b>	: 9 mois
<b>Signes somatiques</b>	: opposition au repas, forcing constipation opiniâtre
<b>Signes tonico-moteurs</b>	: retard à la station assise déplacement sur les fesses à 18 mois astasia- abasie pas d'initiative motrice vis-à-vis des objets pas d'activité exploratoire retard de langage : préfère communiquer par gestes balancement +++
<b>Signes relationnels</b>	: enfant tendu, souffrant, pleure quand il est séparé de sa mère ou à la moindre sollicitation extérieure, regard inquiet, très attentif peur du monde extérieur hypervigilant fusion extrême avec sa mère

#### 3.1.4.4 Cas n° 4 : Katy

Des dossiers du service de Pédiatrie du CHU de Nantes et du centre de PMI, on peut souligner les éléments suivant :

➤ Les troubles somatiques sont au premier plan.

Katy a présenté des infections ORL à répétition, nécessitant la pose d'aérateurs transtympaniques à 3 ans et demi et au moins trois bronchiolites pour lesquelles les parents n'ont pas consulté.

La petite fille est suivie en ophtalmologie pour un strabisme divergent associé à un fort astigmatisme asymétrique et à une myopie qui ne sont pas corrigés, la maman expliquant que sa fille ne supporte pas les lunettes. À chaque consultation, le médecin signale à la mère l'importance du port des lunettes devant un risque d'amblyopie bilatérale et doit lui rappeler systématiquement les rendez-vous avec l'orthoptiste, « oubliés » régulièrement.

Lors d'un bilan hospitalier, une carence en bicarbonates est constatée. Cependant malgré un traitement instauré, la supplémentation sera arrêtée par la mère ( sa fille refusait ou vomissait le médicament ).

Des problèmes d'hygiène sont également constatés à type d'érythème fessier et de pédiculose non traitée.

Sur le plan alimentaire, Katy a eu une alimentation lactée exclusive jusqu'à l'âge de 14 mois puis une alimentation très fragmentée avec un grignotage sans réel repas.

Les courbes staturo-pondérales s'infléchissent à partir du quatorzième mois (naissance du petit frère), pour aboutir à une hypotrophie staturo-pondérale (-1 DS pour la taille, -2 DS pour le poids) associée à une insuffisance de développement du périmètre crânien (- 3 DS) à l'âge de 30 mois.

➤ Sur le plan tonico-moteur, Katy présente un retard du développement psychomoteur, avec une acquisition de la marche à 17 mois et surtout un retard de langage : à 30 mois, elle n'émet que des grognements. La propreté diurne ne sera acquise qu'à l'âge de 4 ans à l'école.

➤ Dans la sphère relationnelle, la mère de Katy est très froide, elle ne sourit jamais et traite cet enfant comme un objet. Elle ne manifeste pas d'inquiétude par rapport à la santé de sa fille excepté lorsqu'elle est hospitalisée.

Katy est un bébé au faciès triste, inhibée sur le plan moteur avec un regard très vigilant. Elle ne pleure jamais en consultation.

Plus tard au cours de consultations à l'hôpital, le médecin observe une enfant très agitée, qui a du mal à se stabiliser, qui grimpe à plusieurs reprises sur la table d'examen, se met en danger.

Sa mère reconnaît les difficultés qu'elle a à faire face à l'ensemble des rendez-vous et aux problèmes alimentaires de Katy. Elle admet également des difficultés relationnelles avec cette petite fille disgracieuse (strabisme, enfant chétive), il est difficile pour elle de s'en occuper.

Devant ce tableau, la carence de soins proprement dite est flagrante :

- ◆ Une carence de soins médicaux avec oubli des consultations de suivi ou de rééducation, traitements non suivis ( lunettes, bicarbonates,... ) qui mettent l'enfant en danger ( risque d'amblyopie), et pas d'adéquation des soins à l'état de l'enfant .
- ◆ carence de soins d'hygiène (érythème fessier, pédiculose).
- ◆ La carence affective ne fait aucun doute pour l'équipe de PMI.
- ◆ On retrouve cette même carence de soins chez les quatre aînés.

A ce problème, s'ajoute un retard staturo-pondéral nécessitant un bilan complet, une anorexie, des difficultés sociales.

## **KATY**

**Age lors de la détection des premiers signes :** 14 mois

**Signes somatiques** : carence de soins médicaux  
hygiène déficiente  
alimentation lactée tardive puis grignotage  
sans réel repas  
retard staturo-pondéral à partir de 14 mois  
infections ORL et respiratoires à répétition

**Signes tonico-moteurs** : marche à 17 mois  
retard de langage  
propreté diurne acquise à 4 ans

**Signes relationnels** : faciès triste,  
Inhibée ou agitée , se met en danger  
Regard vigilant  
Ne sourit pas, ne pleure pas

### 3.1.4.5 Cas n°5 : Martin

Les dossiers du service de pédiatrie du CHU de Nantes et du Centre Nantais de la Parentalité, révèlent les éléments suivants :

➤ Les troubles somatiques vont mobiliser les soignants dès la naissance. Martin sera nourri pendant le premier mois par sonde naso-gastrique pour mauvaise prise de poids puis reprendra une alimentation au biberon.

C'est à 27 mois lors d'un bilan hospitalier que la diététicienne réalise que les apports caloriques sont inférieurs aux besoins de base et que des troubles importants de l'alimentation sont détectés : Martin ne mange que des yaourts, bonbons, gâteaux, lait entre les repas et refuse tout le reste. Il présente également un mérycisme (il s'agit de régurgitation des aliments de l'estomac dans la bouche, où ils seront de nouveau mastiqués. Plus fréquent chez le nourrisson que chez l'adulte, il traduit un trouble psycho-affectif.)

Mais ce qui va alerter les médecins c'est l'importance de son retard staturo-pondéral qui à 14 mois est à -4 DS pour la taille et -3 DS pour le poids. Les courbes de taille et de périmètre crâniens sont harmonieuses alors qu'on observe des cassures de la courbe de poids à 3 mois, 6 mois et 10 mois.

➤ Il n'y a pas de gros troubles du développement psychomoteur hormis un retard à la marche qui est acquise vers 20 mois.

➤ Une pathologie du lien mère-enfant va progressivement être mise à jour.

Martin est un enfant très actif dont la mère semble mal supporter le comportement.

Mais c'est au cours des repas que les problèmes relationnels affleurent : Martin est perçu comme persécuteur pour sa mère qui réagit, violemment par des pincements, des tapes, et un « forcing ».

La puéricultrice du Centre de la Parentalité en observation thérapeutique à domicile va être marquée par la violence des repas : Martin ne mange pas seul, c'est sa mère qui le nourrit en

lui enfonçant de force la cuillère dans la bouche et le laissant à peine mâcher avant de lui donner la suivante. Il a interdiction de recracher la dernière bouchée qu'il peut garder un après-midi entier dans la bouche.

Avec le recul et devant ce tableau, la pathologie du lien mère-enfant paraît évidente mais elle ne sera mise à jour que tardivement au cours de la démarche diagnostique, axée sur l'important retard de croissance staturo-pondéral. Un bilan complémentaire poussé lors de nombreuses hospitalisations complique le diagnostic avec la découverte d'anomalies morphologiques et endocriniennes évoquant des pathologies intriquées.

Cependant plusieurs éléments orientent vers le diagnostic de carence grave :

- ◆ La situation familiale : des parents jeunes, séparés quelques mois après la naissance de l'enfant qui porte le nom de sa mère.
- ◆ L'aspect clinique de Martin proche du nanisme psychosocial associé à des troubles relationnels.
- ◆ La pathologie des interactions mère-enfant
- ◆ Un bilan étiologique retrouvant des troubles endocriniens compatibles avec un défaut d'apport nutritionnel et un aspect morphologique particulier qui n'a pu être rattaché à aucune maladie génétique connue.
- ◆ Une amélioration de la croissance et des repas depuis l'entrée à l'école et l'accompagnement par le Centre de la Parentalité permettant de surseoir au gavage.

## MARTIN

**Age de survenue des premiers signes :** 3 mois

**Signes somatiques** : anorexie, grignotage  
mérycisme  
retard staturo-pondéral majeur

**Signes psychomoteurs** : retard psychomoteur moins important que le  
retard de croissance  
marche acquise vers 20 mois

**Signes relationnels** : très actif, agité  
relation conflictuelle aux repas

### **3.2 Diagnostic différentiel**

Avant d'affirmer le diagnostic de carence grave, il est nécessaire d'isoler celui-ci des pathologies organiques éventuellement existantes dont les conséquences ne pourraient qu'être aggravées par une carence de soins et une carence affective.

En permettant la surveillance quotidienne de l'enfant (poids, alimentation, comportement,...) et l'observation des relations entre les parents et l'enfant, l'hospitalisation facilite l'orientation du bilan complémentaire.

En ce qui concerne Emilie, Quentin et Mickaël, il s'agit pour les équipes médicales d'évaluer le retard psychomoteur, d'en déterminer les causes afin d'orienter rapidement l'enfant vers une équipe multidisciplinaire pour une prise en charge adaptée ( à Nantes : le CAMSP., la pouponnière de la Civeillère ou le Centre Nantais de la Parentalité).

Quant à Katy, c'est la cassure de la courbe de poids suivi d'un retard pondéral qui va motiver un bilan étiologique hospitalier.

Le bilan du retard de croissance staturo-pondéral majeur de Martin va nécessiter de nombreuses hospitalisations pendant 2 ans avant qu'un diagnostic ne soit évoqué et que l'enfant soit orienté vers le Centre Nantais de la Parentalité.

Dans ce chapitre, nous détaillerons les démarches diagnostiques, pas toujours faciles, face à un retard psychomoteur , pondéral et staturo-pondéral en les illustrant par les cinq cas cliniques .

### **3.2.1 Le retard psychomoteur**

L'appréciation du retard psychomoteur chez le nourrisson impose que l'on connaisse les grandes étapes du développement moteur et mental en sachant que les anomalies de ces dernières sont difficiles à évaluer à cet âge. Cela nécessite des observations prolongées, répétées par des intervenants différents travaillant de concert.

Le diagnostic se base soit sur un retard évident (marche non acquise à 2 ans), soit sur plusieurs retards à l'intérieur d'une des sphères du développement, soit encore sur une dysharmonie évidente par exemple entre le développement du langage et celui de la motricité grossière.

La progression du développement au cours du temps constitue un autre paramètre essentiel.

Le rôle du médecin traitant ( pédiatre ou médecin généraliste) est de dépister précocément les anomalies du développement, d'amorcer l'approche diagnostique et thérapeutique et, au besoin, d'orienter l'enfant vers une équipe multidisciplinaire spécialisée.

Lorsqu'on approche un enfant présentant un retard psychomoteur, il est opportun de se poser systématiquement les questions suivantes :

- Le potentiel cognitif de cet enfant est-il normal ?
- Y a-t-il un déficit sensoriel ?
- Les mécanismes effecteurs sont-ils intacts ?
- L'enfant bénéficie-t-il d'une stimulation suffisante ?

### 3.2.1.1 La démarche diagnostique (17),(20)

La démarche clinique s'appuie sur une série d'éléments, dont la plupart sont tirés de l'anamnèse et d'un examen complet. Selon le cas, quelques consultations et examens paracliniques sélectionnés peuvent être utiles pour confirmer ou infirmer une hypothèse clinique et pour préciser la nature et l'importance du retard.

➤ L'interrogatoire cherchera à préciser l'histoire familiale, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et l'histoire du retard lui-même.

#### ◆ L'histoire familiale

On recherche d'autres atteintes neurologiques dans la fratrie, des retard de développement ou retard mental, des anomalies chromosomiques, une consanguinité. Mais il permet aussi de découvrir la dynamique familiale et l'histoire sociale (qualité de l'investissement affectif et de l'attachement parents-enfant).

Un arbre généalogique est établi si possible.

On recherche aussi l'existence de maladie chronique, en particuliers chez la mère (diabète, épilepsie, hypertension artérielle, exogénose) et la prise de médicaments de façon chronique (anti-inflammatoires non stéroïdiens, anti-épileptiques, ...).

#### ◆ L'histoire de la grossesse et de l'accouchement

On se renseigne sur le suivi de la grossesse, le vécu psycho-affectif, les complications éventuelles (diabète, hypertension artérielle, éclampsie, épilepsie) , l'exposition à des médicaments ou à des drogues, une infection, un traumatisme.

On fait préciser également le déroulement de l'accouchement, les complications et la taille, le poids ,le périmètre crânien du bébé ainsi que son score d'Apgar à la naissance.

On fera préciser s'il y a eu des incidents ou accidents en période néonatale : infection, ictère, difficultés alimentaires, convulsions.

◆ L'histoire du retard lui-même

On note la chronologie du développement dans les différentes sphères, ainsi que les symptômes associés, particulièrement les convulsions.

➤ Lors de l'examen complet, on attache une attention particulière aux éléments suivants :

- ◆ L'éveil de l'enfant : son regard, ses manifestations d'attachement, son activité, ses jeux, son langage verbal et non verbal, son attention, ses interactions avec son environnement et sa capacité d'imitation.
- ◆ Le poids, la taille : certains syndrômes associent un retard mental et une petite taille (trisomie 21) ou une obésité (syndrome de Prader-Williz).
- ◆ Le périmètre crânien (micro ou macrocéphalie associée à un retard mental)
- ◆ La présence de dysmorphies, en particulier faciales, des membres ou du rachis.
- ◆ Des signes cutanés et des phanères : certains syndrômes neuro-cutanés comme la sclérose tubéreuse de Bourneville s'associent à un retard mental.
- ◆ Une anomalie neurosensorielle (déficit visuel, auditif)
- ◆ Une hépatomégalie ou une splénomégalie peut évoquer une maladie de surcharge.
- ◆ Les organes génitaux : il faut rechercher une augmentation de volume des testicules que l'on peut retrouver en cas de syndrome de l'X fragile.
- ◆ L'examen neurologique à la recherche d'anomalie du tonus ou de la symétrie, de persistance anormale des réflexes archaïques, ou des anomalies des réflexes ostéo-tendineux.

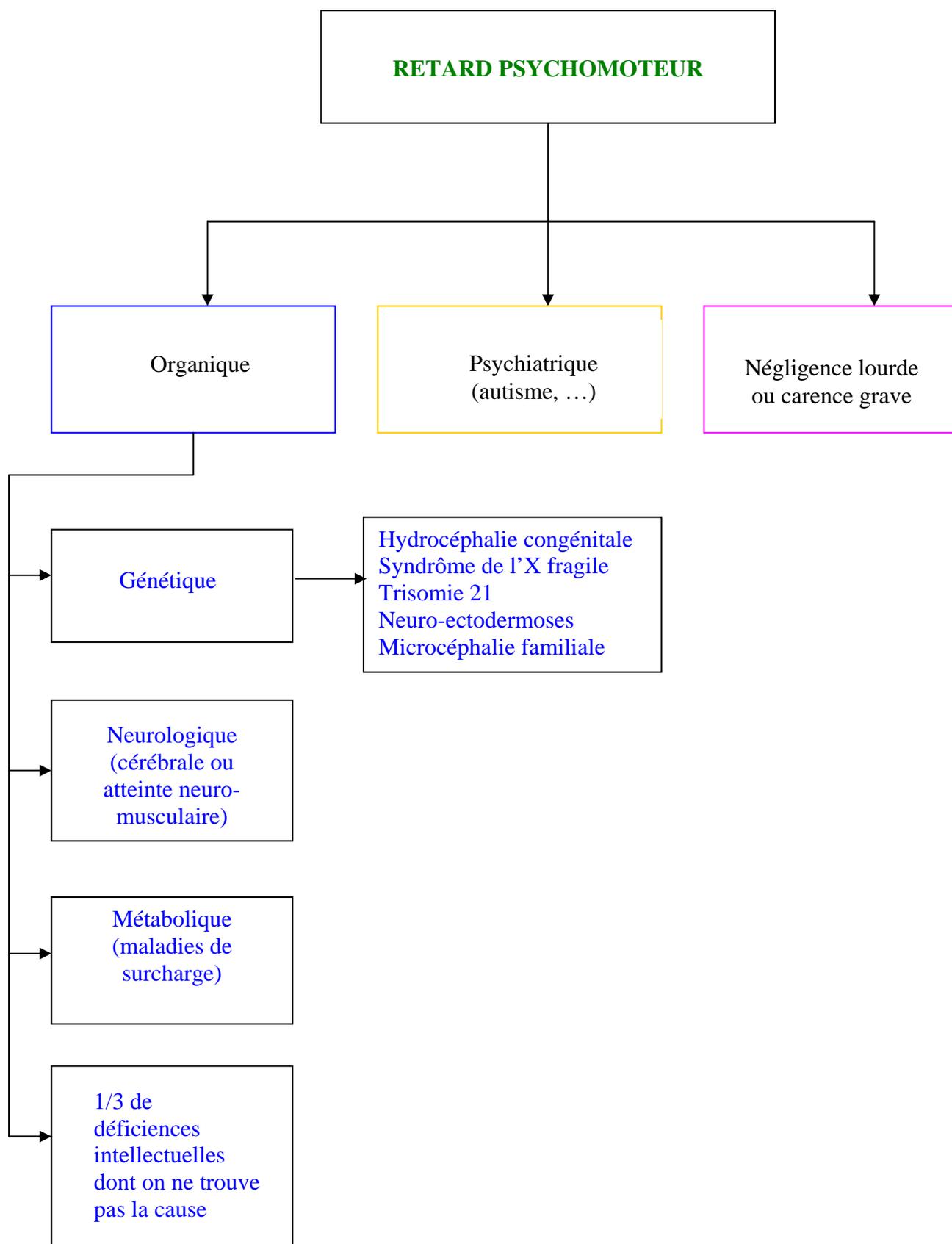
➤ En fonction des données de l'anamnèse et de l'examen clinique, quelques examens complémentaires seront nécessaires, comme par exemple :

- ◆ Un audiogramme dans les troubles du langage
- ◆ Un caryotype voire une recherche du syndrome de l'X fragile quand on évoque une anomalie chromosomique,
- ◆ Une tomodensitométrie cérébrale devant des convulsions, une asymétrie, une régression des acquisitions ou un changement anormal du périmètre crânien.
- ◆ Des recherches virales quand on évoque une infection congénitale
- ◆ Une recherche de maladie métabolique ou de surcharge
- ◆ Un électroencéphalogramme chez un enfant qui convulse pour rechercher une atteinte cérébrale

Au terme de ce bilan, l'équipe multidisciplinaire arrive dans environ 70% des cas à identifier une étiologie. Les pathologies organiques (métaboliques, génétiques, neurologiques) ou psychiatriques ont pu être infirmées ou confirmées, toutefois le diagnostic de carence doit rester à l'esprit des médecins si il y a le moindre doute car il peut se surajouter à une autre pathologie et l'aggraver.

La difficulté d'établir l'existence d'un déficit de stimulation de l'enfant pour l'équipe hospitalière vient de la méconnaissance du milieu familial et d'une difficulté à instaurer une alliance avec les parents. Les équipes de PMI et le médecin de famille (si il y en a un) qui travaillent à proximité voire au domicile de ces familles permettent de préciser le cadre et les conditions de vie de l'enfant ainsi que l'histoire familiale et les interactions parents-enfants.

**TABLEAU 2 : Bilan étiologique d'un retard psychomoteur**



### 3.2.1.2 Emilie

➤ L'anamnèse permet de mettre en évidence des antécédents familiaux chargés.

Les trois premiers enfants ont été placés en raison d'un retard de développement très important lié à une carence de soins et à une carence affective. Ce premier élément est un signe d'alarme important, car les carences intrafamiliales proviennent de troubles de la parentalité (avec un accès à la parentalité qui n'a pu se faire de façon satisfaisante) mettant les enfants en danger physique et psychique. Ce trouble n'est pas résolu par le placement des enfants. Si ce trouble ne fait pas l'objet d'une prise en charge, le risque de reproduction avec les enfants suivants est majoré.

La grossesse, l'accouchement et la période néonatale se sont bien déroulés.

La carence est signalée par la PMI dès le sixième mois devant une hypotonie de l'enfant et une absence d'initiative motrice. Mais dès les premiers mois, le médecin et la puéricultrice constatent des soins corporels insuffisants et une pathologie des interactions entre Emilie et sa mère. Suite à un signalement, l'enfant ne sera plus suivi par la PMI mais par son médecin traitant qui verra peu l'enfant. Ce dernier devant la persistance du retard malgré une rééducation par kinésithérapie, finit par adresser Emilie au neuro-pédiatre de l'hôpital pour un bilan à l'âge de 14 mois.

➤ L'examen clinique met en évidence une hygiène défectueuse, un bon développement staturo-pondéral. Emilie ne semble pas présenter de déficit sensoriel, ni neurologique. Elle tient sa tête, reste assise mais ne bouge pas. C'est une enfant statique qui n'habite pas son corps, elle est immobile, hypervigilante dans le regard, évitant le regard de sa mère mais captant de façon avide celui de l'examineur.

➤ Le bilan complémentaire réalisé à l'âge de 14 mois s'est révélé négatif, il comportait :

- ◆ Un caryotype normal,
- ◆ Une recherche de Prader-Williz et de myotonie de Steinert négatives,

- ◆ Un électromyogramme normal,
- ◆ Un électroencéphalogramme normal,
- ◆ Une I.R.M. encéphalique retrouvant quelques lésions cavitaires périventriculaires comme on en voit chez les anciens prématurés, n'expliquant pas le tableau clinique présenté par l'enfant.
- ◆ Un bilan métabolique normal.

Le neuropédiatre , suite à ce bilan, adresse l'enfant en consultation au CAMSP pour une évaluation et une prise en charge.

Pour l'équipe médicale , il s'agit d'un retard du développement psychomoteur dans le cadre d'une double étiologie vraisemblable :

- Une carence de soins et une carence psycho-affective très précoce et très profonde dans le milieu familial ayant aboutit à un second signalement judiciaire et au placement de l'enfant en famille d'accueil,
- D'autre part, des lésions d'origine anténatales vraisemblablement fixées à l'IRM encéphalique sous forme de lésions de leucomalacie périventriculaires modérées.

C'est l'évolution spectaculaire d'Emilie après son placement en famille d'accueil et sa prise en charge au CAMPS qui va confirmer le diagnostic : on assiste à une explosion du développement.

### 3.2.1.3 Quentin

➤ L'anamnèse révèle une histoire familiale difficile.

Le père de Quentin a été abandonné à la DASS à l'âge de 2 mois et a rompu tout lien avec sa famille d'accueil. La mère de Quentin est aussi en rupture avec ses parents. Elle leur impute son hémiplégie et son épilepsie qui sont pour elle la conséquence d'un syndrome de Silverman. La grand-mère maternelle a fait de nombreuses démarches dont un signalement pour retirer la garde de Quentin à ses parents qu'elle pense incapables de s'occuper de l'enfant. Elle attribue le handicap de sa fille aux suites d'un accouchement difficile.

La grossesse suivie par le médecin traitant s'est bien déroulée mais n'a été déclarée ni à l'employeur de la mère ni aux organismes prestataires. La maman a pris de la carbamazépine pendant toute la durée de la grossesse. L'accouchement à 37,5 semaines d'aménorrhée s'est bien déroulé mais Quentin a présenté un syndrome de sevrage au traitement anti-épileptique à 72 heures de vie. Transféré en néonatalogie, ses convulsions se sont rapidement amendées, l'électroencéphalogramme s'est normalisé mais les échographies transfontanellaires (ETF) retrouvaient une hémorragie sous épendymaire droite. L'ETF de contrôle n'a pu être réalisée, la mère de Quentin l'ayant sorti du service contre avis médical.

Devant cette grossesse non déclarée, le comportement agressif de la mère et la sortie de l'enfant contre avis médical, la maternité et les pédiatres alertent immédiatement la PMI de secteur pour surveiller le bébé.

Le développement de Quentin inquiète très tôt le médecin de la PMI (à 6 mois) qui fait un signalement judiciaire dans lequel il décrit un enfant dont l'état clinique est satisfaisant mais qui paraît souffrant : il ne sourit pas, ne recherche pas la communication, ne jase pas, pleure beaucoup, est inconsolable par ses parents. La mère met en avant son handicap pour rester à distance du bébé et se sent persécutée par toute mesure d'aide proposée auxquelles elle réagit violemment. Devant l'inadaptation des parents à répondre aux besoins de Quentin, l'équipe de PMI demande une mesure de placement. C'est une mesure d'AEMO judiciaire qui sera instituée. Les parents ne reviennent plus à la PMI. Quand ils consultent de nouveau un pédiatre pour un retard psychomoteur, Quentin est alors âgé de 19 mois.

➤ L'examen clinique , réalisé à 19 mois , retrouve un bon développement staturo-pondéral.

Sur le plan morphologique, on note des oreilles très mal ourlées de grande taille (+2DS) , des pseudo-plis palmaires transverses uniques et une déformation céphalique positionnelle avec un aspect de plagiocéphalie (cet aspect est retrouvé constamment chez les enfants restant de longues heures allongés).

L'examen neurologique est normal.

Sur le plan de l'éveil , Quentin tient sa tête, se met assis tout seul. Sur le ventre, il soulève la tête et les épaules et reste sur les avant-bras mais n'aime pas cette position et se met très vite sur le dos. Il peut rester longtemps sur le dos et se déplacer en arrière en poussant sur les talons. En position debout, il refuse l'appui plantigrade alors qu'il serait parfaitement capable de se mettre debout.

Le comportement de Quentin a des traits autistiques avec une difficulté de contact, des ruptures de communication, un cri perçant, pas de langage élaboré, des pleurs inconsolables, des éclats de rire immotivés, des stéréotypies de grattage.

➤ Le bilan complémentaire réalisé est négatif avec :

- ◆ une I.R.M. encéphalique normale,
- ◆ Un bilan métabolique normal,
- ◆ un caryotype normal,
- ◆ Une recherche d'X fragile négative

Quentin présente un retard global et important du développement psychomoteur associé à des troubles du comportement de type autistique dont l'étiologie est complexe.

Il existe probablement une encéphalopathie consécutive à son exposition à la carbamazépine pendant la grossesse et aux convulsions lors du syndrome de sevrage.

La carence intra-familiale a dû également aggraver les pathologies sous jacentes et favoriser l'évolution vers la psychose.

### 3.2.1.4 Mickaël

➤ L'anamnèse est incomplète , les parents ne voulant pas exposer leur propre histoire.

Cependant la PMI suit la famille depuis le premier enfant et on retrouve chez les trois frères aînés un tableau similaire à celui que présente Mickaël avec des troubles de la communication et un retard des acquisitions motrices de l'âge de 7 mois jusqu'à la scolarisation .

Sur le plan social, il s'agit d'un milieu assez défavorisé. Seul le père travaille en alternant des périodes de chômage et des contrats de travail à durée déterminée, la famille a donc recours ponctuellement à des aides pour la subsistance. Suite à des problèmes de gestion, une tutelle a été mise en place pour les prestations familiales.

La grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés.

Le retard de développement psychomoteur n'est signalé qu'à partir du septième mois.

Il présente dans un premier temps une hypotonie, avec une station assise acquise seulement à 10 mois, les retournements n'étant toujours pas acquis, et l'enfant se balançant beaucoup d'avant en arrière. Le médecin propose alors des aides à la maman (halte garderie), qui est rétive et se met alors à distance.

Mickaël a 18 mois quand il est revu par le médecin de PMI, qui constate un retard global du développement psychomoteur associé à des troubles de la communication. Un bilan est réalisé avec l'accord des parents au cours d'une hospitalisation pour une synovite de hanche.

➤ L'examen clinique ne retrouve aucune anomalie morphologique, neurologique ou sensorielle.

Mickaël a la morphologie d'un enfant de 20 mois mais se tient comme un enfant de 9 mois. Sur le plan moteur, il se déplace sur les fesses mais ne se redresse pas seul, refuse la station debout même si il en est capable.

Il n'a pas de langage verbal, il communique par gestes.

Son comportement est très particulier, c'est un enfant débordant d'inquiétude avec un regard attentif à tout. Il est collé à sa mère et pleure dès qu'on l'en sépare en se raidissant avec des tremblements généralisés. Au cours de cette scène il s'accroche à elle par le regard avec quelque chose d'adhésif, de pathétique.

A l'hôpital comme à la maison, il se balance longuement dans son lit jusqu'à s'endormir d'épuisement.

➤ Devant ce tableau clinique , le bilan complémentaire réalisé comprend :

- ◆ Un bilan inflammatoire et métabolique normal
- ◆ Un fond d'œil normal
- ◆ Des auto-émissions acoustiques normales
- ◆ Un électroencéphalogramme normal
- ◆ Une IRM cérébrale dans les limites de la normale, retrouvant une lame liquidienne sous-durale frontale , bilatérale et symétrique sans élément hémorragique.

Au terme de ce bilan , l'équipe médicale s'oriente vers l'hypothèse d'une carence de stimulation. Il n'y a pas de carence affective ni de carence de soin proprement dite mais la mère reconnaît être en difficulté pour s'occuper d'un bébé en ce qui concerne l'éveil et les jeux. Elle entretient avec l'enfant une relation fusionnelle où elle ne veut pas qu'il grandisse et s'autonomise . Elle a reproduit le même schéma avec ses quatre fils et en comparant les différents dossiers, on constate que les difficultés surviennent entre 6 mois et un an lorsque l'enfant commence à se tourner vers le monde extérieur.

La mère refuse dans un premier temps les propositions d'aide mais revient vers l'équipe soignante quand le retard devient important et l'inquiète.

### **3.2.1.5 Conclusion**

Ces trois histoires illustre la diversité des aspects cliniques que peut prendre le retard psychomoteur consécutif à la carence affective et la carence de soins : des formes graves mais réversibles si elles sont dépistées et prises en charge suffisamment tôt comme pour Emilie ou Mickaël ; mais également des formes dramatiques dans le cas de Quentin dont on ne saura jamais si l'évolution vers la psychose était inéluctable et a été précipitée par la carence ou si elle est la conséquence directe de cette carence.

### 3.2.2 Le retard pondéral

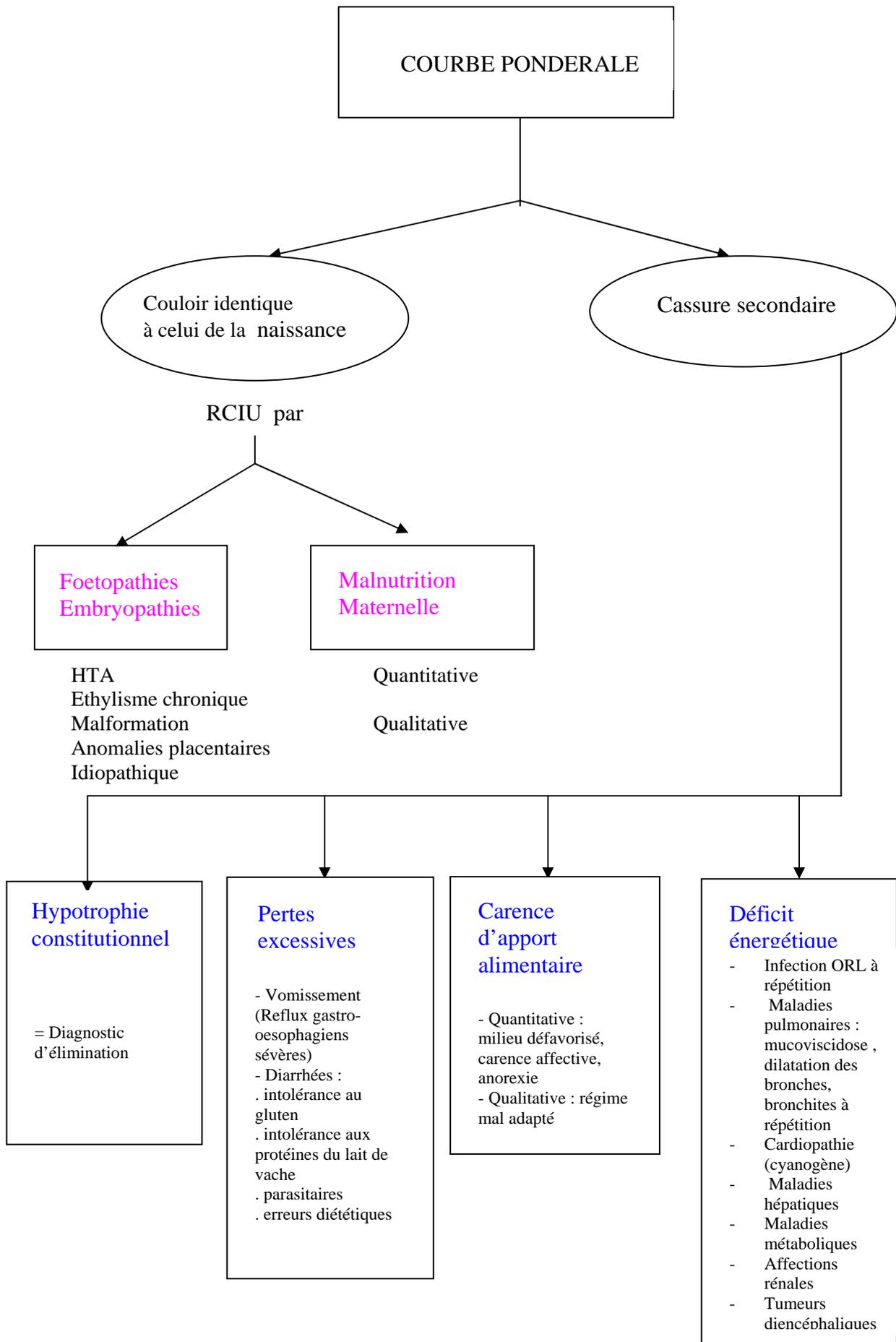
On parle de retard pondéral lorsque la courbe de poids est en-dessous de deux déviations standards de la moyenne pour l'âge ou lorsque le poids se situe en-dessous du dixième percentile ou lorsqu'on observe une cassure de la courbe pondérale. En abordant l'enfant qui ne grossit pas ou qui maigrit, il est important de se souvenir du fait que le retard pondéral est dans près de la moitié des cas d'origine non organique, c'est à dire qu'il ne résulte pas d'une maladie physique mais bien de perturbations psychosociales de la famille dont la conséquence est un apport énergétique insuffisant.

#### 3.2.2.1 **La démarche diagnostique(16), (19), (20)**

L'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires permettent de guider l'orientation étiologique (tableau 3) et de distinguer deux grands types d'hypotrophie pondérale :

- l'hypotrophie à la naissance suivie d'une courbe restant dans le même couloir (retard de croissance intra-utérin : RCIU) peut avoir pour causes les embryofoetopathies , les malnutritions maternelles (carencielles, malformatives, toxiques).
- Une cassure secondaire de la courbe de poids doit amener à rechercher :
  - ◆ Des pertes excessives par vomissement (reflux gastro-oesophagien sévère) ou diarrhée chronique (intolérance au gluten, intolérance aux protéines du lait de vache, erreurs diététiques, infections parasitaires)
  - ◆ Un déficit énergétique dans les affections chroniques telles que les infections O.R.L à répétition, les maladies broncho-pulmonaires (mucoviscidose, dilatation des bronches, bronchites à répétition), les néphropathies, les cardiopathies congénitales, les maladies hépatiques ou métaboliques, les tumeurs diencéphaliques.
  - ◆ Une carence d'apport nutritionnelle quantitative (milieu défavorisé, carence affective, anorexie) ou qualitative (régime mal adapté)
  - ◆ L'hypotrophie constitutionnelle : cette dernière ne saurait être qu'un diagnostic d'élimination.

**TABLEAU 3 : Bilan étiologique d'un retard pondéral**



### 3.2.2.2 Bilan du retard pondéral de Katy

➤ En observant les courbes de poids, de taille et de périmètre crânien de Katy (cf courbes ci-jointes), on note :

- ◆ Un petit poids de naissance à 2,100 kg puis une bonne vitesse de croissance ; le poids reste dans un couloir entre  $-1$  et  $-2$  DS jusqu'à 14 mois où apparaît une cassure de la courbe pondérale qui se stabilise ensuite à  $-3$  DS.
- ◆ Une courbe de taille harmonieuse entre  $-1$  et  $-2$  DS depuis la naissance sans cassure.
- ◆ Une courbe de périmètre crânien harmonieuse mais à  $-3$  DS jusqu'à 2 ans âge auquel on observe une cassure de la courbe et un insuffisance de développement du périmètre crânien à  $-4$  DS.

Il s'agit donc d'une hypotrophie depuis la naissance en rapport avec un retard de croissance intra-utérin puis d'une cassure secondaire de la courbe de poids à l'âge de 14 mois (qui coïncide avec la naissance de son petit frère).

➤ Le bilan réalisé retrouve :

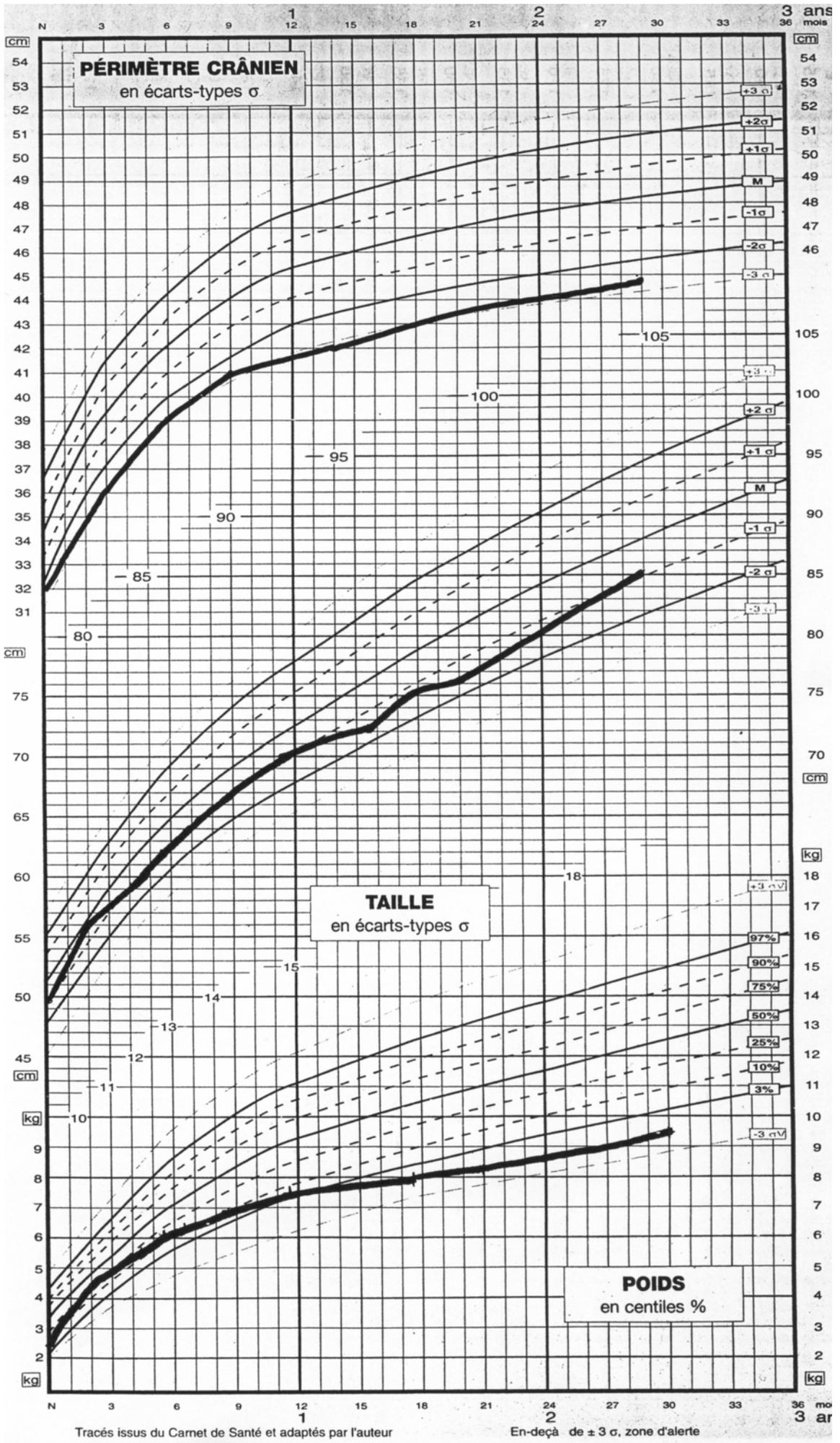
- ◆ Un caryotype normal et un bilan génétique qui permettent de conclure à un RCIU harmonieux probablement constitutionnel.
- ◆ Sur le plan ORL : une otite séreuse bilatérale nécessitant la pose d'aérateurs trans-tympaniques.
- ◆ Sur le plan bronchopulmonaire : un test à la sueur et un cliché thoracique normaux
- ◆ Sur le plan rénal : une échographie rénale normale et une bonne fonction rénale
- ◆ Sur le plan cardiaque : la mère est porteuse d'une myocardiopathie hypertrophique familiale. Katy est donc suivie régulièrement en cardiologie et l'échographie cardiaque ne

retrouve qu'une discrète augmentation d'épaisseur du septum sans retentissement fonctionnel. Cela ne peut pas être responsable de la cassure de la courbe pondérale.

- ◆ Sur le plan hépatique et métabolique : le bilan est normal hormis un petit déficit en bicarbonates.
- ◆ Sur le plan neurologique : l'examen et l'IRM cérébrale sont normaux
- ◆ Sur le plan digestif : pas de vomissement ni diarrhée, un dosage des anticorps antigliadines normal éliminant une maladie coeliaque, pas d'intolérance aux protéines du lait de vache ni infection parasitaire.
- ◆ Sur le plan des apports, plusieurs éléments orientent les médecins vers une carence affective, de soins et d'apports alimentaires. On se trouve devant une enfant née dans un environnement social précaire, au cours d'une période de séparation de ses parents (qui sont mariés) et qui est la seule de la fratrie à porter le nom de famille de sa mère. Elle a une place particulière dans cette famille dont les aînés ont été placés pour carences graves. La PMI signale également un manque d'hygiène, un manque de soins médicaux (port des lunettes défaillant), une relation mère-enfant délétère où la petite fille est considérée comme un objet, un retard de langage associé à un mauvais développement cérébral attribués à un déficit de stimulation. Quant à l'alimentation, elle est insuffisante quantitativement (grignotage sans réel repas à 2 ans) et qualitativement (nutrition lactée exclusive au-delà de 14 mois), les repas sont très difficiles à la maison (anorexie).

Suite à ce bilan, l'hypotrophie de Katy est attribuée à un retard de croissance intra-utérin constitutionnel aggravé secondairement par une carence nutritionnelle, une carence de soins, une carence affective et une carence éducative.

# COURBES DE CROISSANCE DE KATY DE 0 A 3 ANS



### **3.2.3 Le retard de croissance**

On parle de retard statural lorsque la taille est inférieure au troisième percentile pour l'âge ou à deux déviations standard par rapport à la moyenne pour l'âge ou lorsqu'il existe un ralentissement de la vitesse de croissance (« cassure ») quelque soit le couloir sur lequel grandissait l'enfant antérieurement. Il faut cependant se souvenir du fait que 3% des enfants normaux ont une taille inférieure au troisième percentile.

#### **3.2.3.1 La démarche diagnostique (16,19,20)**

➤ En constituant l'anamnèse, on va s'intéresser à la taille des parents, aux mensurations de l'enfant à la naissance rapportées à l'âge gestationnel et aux modalités de l'accouchement dans un premier temps.

Puis on s'intéressera à l'alimentation de l'enfant et à son environnement familial, affectif, social et scolaire.

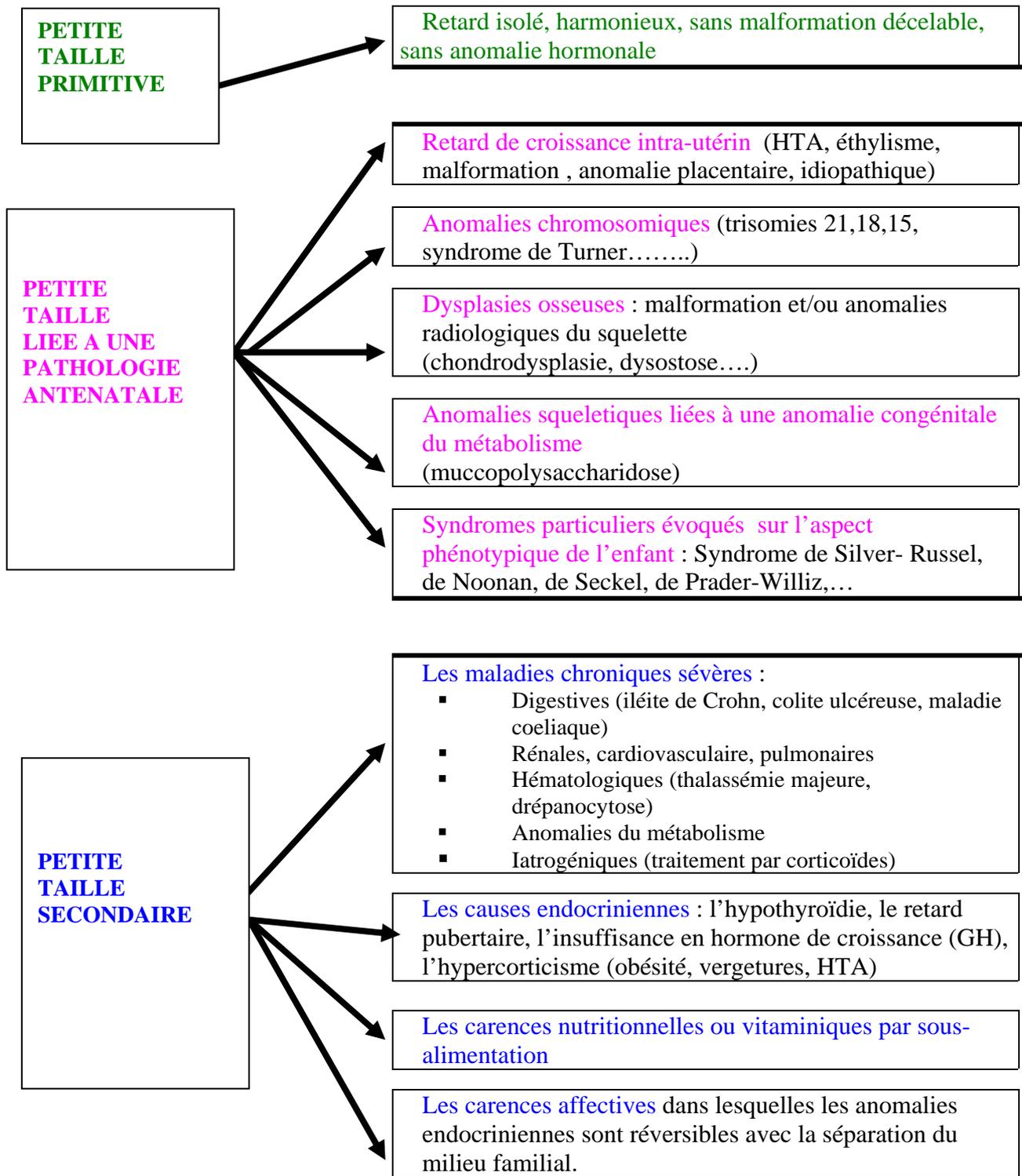
Les éventuels syndromes associés à ce retard, connus ou méconnus peuvent orienter vers une anomalie rénale, digestive, respiratoire, cardiaque, endocrinologique, métabolique ou neurologique.

➤ L'examen clinique doit préciser le caractère harmonieux ou non du retard statural, l'état général de l'enfant, l'existence éventuelle d'une dysmorphie.

L'examen somatique complet recherche des troubles cardiaques, digestifs, rénaux ou osseux.

➤ L'analyse de l'anamnèse, de la courbe de croissance et de l'examen clinique permettent d'orienter les explorations paracliniques dans les principaux groupes étiologiques de retard statural (Tableau 4 : Bilan étiologique d'un retard statural de l'enfant).

**Tableau 4 : bilan étiologique d'un retard statural de l'enfant**



### 3.2.3.2 Bilan du retard statural de Martin

- Martin est un enfant né à terme, eutrophique (un poids à 3,4 kg, une taille à 48 cm et un périmètre crânien à 34,5 cm), il ne s'agit donc pas d'une petite taille primitive.
- Les courbes montrent un ralentissement progressif de la croissance touchant davantage la taille (-4 DS) que le poids (-3 DS) (cf courbes de croissance ci-jointes). Ce retard de croissance a débuté dès les premiers mois de sa vie, un bilan et une surveillance ont donc été fait au cours de multiples hospitalisations et consultations entre 3 et 30 mois avant qu'une hypothèse diagnostique soit retenue.

Dans un premier temps on a recherché une pathologie anténatale, mais les radiographies du squelette ne montrent aucun signe en faveur d'une maladie osseuse, il n'y a pas d'anomalie dans l'arbre généalogique et le caryotype. L'aspect de l'enfant est particulier avec un épicanthus bilatéral, une petite bouche, un hypertélorisme modéré, de longs doigts fins, mais cette dysmorphie est peu évocatrice d'une pathologie génétique.

Devant l'importance du retard, on s'est donc orienté vers une maladie chronique :

- ◆ Le bilan digestif est parfaitement normal (anticorps antigliadine, IgE spécifique du lait de vache et test à la sueur négatifs; échographie abdomino-pelvienne normale; biopsie du grêle normale)
- ◆ Le bilan neurologique retrouve une hypoplasie du corps calleux sans autre anomalie sur l'IRM cérébrale, l'échographie transfontanellaire, l'électro-encéphalogramme et les potentiels évoqués auditifs et visuels sont parfaitement normaux.
- ◆ Le bilan cardiopulmonaire retrouve une communication inter-auriculaire de taille moyenne associée à une sténose pulmonaire peu serrée s'équilibrant sur le plan fonctionnel.
- ◆ Le bilan rénal et le bilan métabolique sont normaux

- ◆ Sur le plan hématologique, hormis la polyglobulie néonatale qui a été prise en charge rapidement, les bilans suivants n'ont pas retrouvé d'anomalie.
- ◆ Le bilan endocrinologique ne révèle pas d'insuffisance surrénale, ni d'insuffisance thyroïdienne. Un test de stimulation à l'hormone de croissance a montré une réponse normale de la GH mais des taux d'IGF1 et de somatomédine sont très bas. Un test de génération d'IGF1 est négatif, ce qui évoque soit un défaut d'activité de l'hormone de croissance par anomalie du récepteur de cette hormone - mais cela s'associe habituellement à un taux élevé d'hormone de croissance qu'il n'a pas - soit un défaut d'apport nutritionnel.
- ◆ Le bilan nutritionnel est difficile avec des parents peu coopérants qui se rejettent le problème des difficultés alimentaires de Martin. On découvre progressivement des troubles du comportement alimentaire se rapprochant de l'anorexie avec un grignotage sans réel repas. La préalbumine est basse en rapport avec une dénutrition.
- ◆ Sur le plan affectif, sa mère, jusque-là assez fermée, commence à parler de ses difficultés à prendre Martin en charge ; ce dernier étant âgé de 2 ans et demi. Elle exprime combien les repas sont difficiles, conflictuels. Au cours d'une observation thérapeutique menée par la puéricultrice du CNP à domicile, celle-ci assiste à des repas extrêmement violents et à une grande souffrance de l'enfant. Martin ne mange pas seul, c'est sa mère qui enfonce de force la cuillère dans la bouche et le laisse à peine mâcher avant de lui donner la suivante. Il a interdiction de recracher les aliments et peut garder la dernière bouchée dans la bouche pendant plusieurs heures.

Martin présente donc un retard staturo-pondéral extrêmement sévère pour lequel aucun support organique étiologique n'a été trouvé. Les perturbations du bilan hormonal sont en rapport avec une dénutrition et il existe clairement des problèmes relationnels complexes entre Martin et sa mère en particulier par rapport à la nourriture.

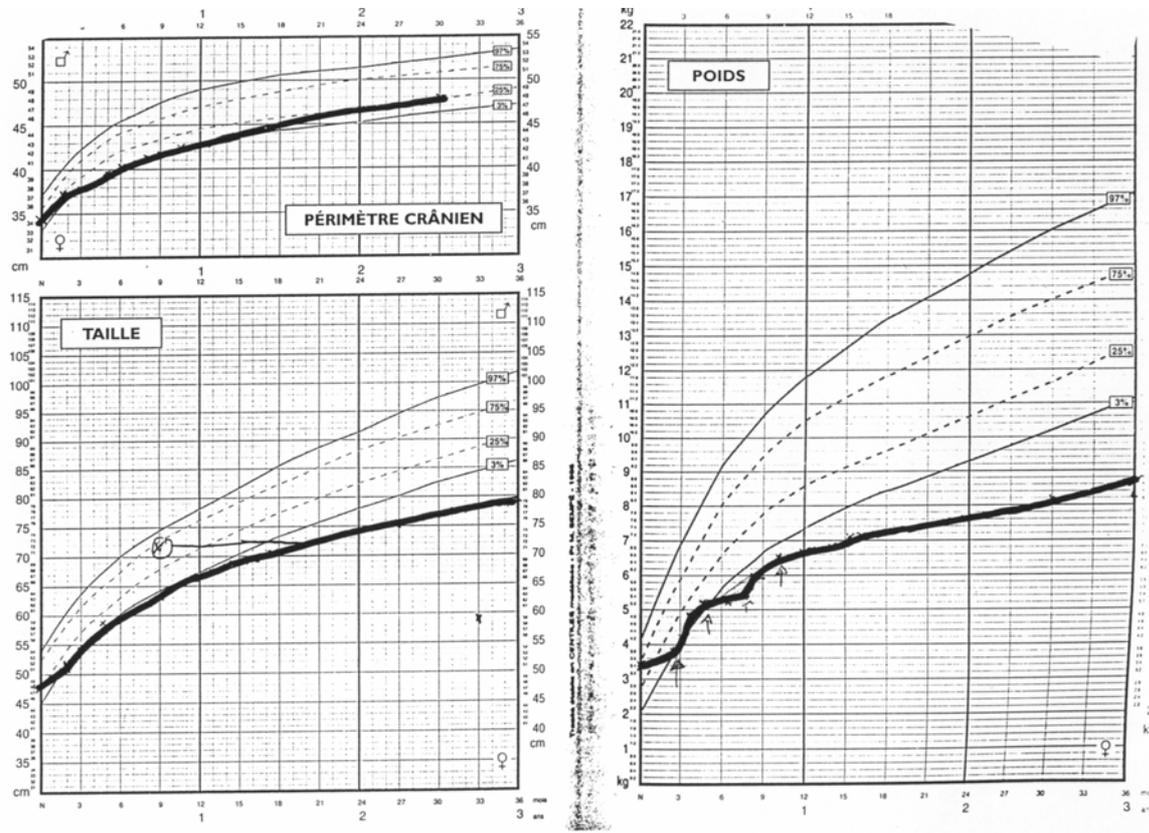
Ce diagnostic s'inspire de plusieurs études sur les retards de croissance d'origine psychosociale réalisées à partir des années soixante dix.

Dans un premier temps, les pédiatres ont mis en évidence un déficit en hormone de croissance chez les enfants carencés. Or dès que ces enfants étaient retirés de leur milieu familial, leur croissance s'accélérait de manière spectaculaire. Les troubles hypothalamo-hypophysaires constatés en début d'hospitalisation était également réversibles (29).

Cependant, chez l'enfant, la sécrétion de l'hormone de croissance s'effectue de façon prédominante la nuit, pendant le sommeil lent profond. Les recherches se sont donc orientées sur le sommeil des enfants hypotrophiques. Leurs enregistrements ont montré une diminution très importante de la durée de ce sommeil lent profond, durant laquelle leur hormone de croissance ne pouvait donc pas être sécrétée. De plus, après quelques jours de séparation de l'enfant de son milieu de vie habituel, son tracé de sommeil se normalisait. Leur sécrétion d'hormone de croissance retrouvait dans un même temps un rythme normal et dans un deuxième temps, l'enfant grandissait (30).

Des études plus récentes évoquent également d'autres perturbations hormonales associées au système de régulation du stress; la carence affective générant beaucoup d'angoisses et de frustrations chez l'enfant (31).

## COURBES DE CROISSANCE DE MARTIN DE 0 A 3 ANS



## 4 CARACTERISTIQUES DES FAMILLES CARENCEES

Les précédents chapitres montrent l'importance de l'environnement de l'enfant dans la genèse de la carence.

Ces familles sont qualifiées parfois « d'atypiques », « à la dérive », « sans qualité » (27) ou « à problèmes multiples ».

M. Lamour et M. Barraco préfèrent parler de familles carencées (33) et les définissent par :

- *l'importance des carences sanitaires, éducatives et sociales au sein desquelles les enfants se développent,*
- *l'absence d'organisation de la vie quotidienne et la fréquence des situations de crise,*
- *l'histoire des parents marquée par la carence et la discontinuité des soins parentaux dans l'enfance,*
- *la fréquence d'une psychopathologie grave souvent non reconnue et non traitée comme telle chez les parents.*

Cette définition montre combien il est important pour prendre en charge l'enfant carencé de façon globale de s'intéresser à son environnement, au profil socio-économique mais aussi à la structure familiale et à la psychopathologie de ces familles.

### 4.1 Le profil socio-économique et culturel

La précarité sociale peut la favoriser la maltraitance, ce d'autant plus qu'elle se conjugue à un isolement, une marginalisation de la famille .

Ces familles habitent souvent dans des quartiers défavorisés, eux-mêmes marginalisés dans la société (cf Katy, Emilie, Martin, Quentin).

Dans les cinq familles étudiées, le niveau socio-économique est faible, dû en particulier à l'absence de qualification professionnelle des parents. On remarque que les mères sont presque toutes au foyer et ont peu ou pas de qualification professionnelle.

Les pères sont peu qualifiés professionnellement et seul le père de Martin a un emploi stable. Les autres ont un emploi précaire (père de Mickaël) ou sont sans emploi (le père de Katy en invalidité, le père de Quentin au chômage).

Le logement est parfois exigü, insalubre et manque de confort. Mais ce qu'on retrouve souvent c'est que l'enfant n'y a pas une place bien définie (pas de lieu aménagé pour lui, peu de jeux).

## **4.2 La structure familiale**

Les familles carencées ont peu de caractères communs : il s'agit souvent de familles isolées, de milieux sociaux défavorisés comme nous avons pu le constater précédemment, mais la configuration de chaque famille est variable.

Parfois, elle a la forme banale d'un couple parental avec ses enfants : famille nombreuses pour Katy et Mickaël, ou famille avec un seul enfant pour Quentin. D'autres fois, ce sont des recombinaisons complexes de couples dissociés comme pour Emilie et Martin.

L'isolement de ces couples souvent en rupture avec leur propre milieu familial est une constante dans la carence

Dans les familles nombreuses, les aînés ont déjà été suivi par les services sociaux. Ainsi, presque tous les demi-frères et demi-sœurs d'Emilie ont été placé en famille d'accueil ou dans des foyers de l'ASE. Les aînés de Katy ont tous bénéficié de mesures d'AEMO et de placements, et les trois frères de Mickaël ont été suivi par la PMI pour les mêmes difficultés. Pour chaque nouvel enfant arrivant dans ces famille, la carence se répète.

## **4.3 La psychopathologie familiale**

Pour réussir à cerner la psychopathologie de ces familles, nous nous appuyerons sur les études réalisées par M. David (1984), D. Rapoport (1975), E. Pavensedt (1967) et G. Diatkine (1979).

Les familles carencées présentent d'importantes difficultés de relation avec leur entourage. Il s'agit de personnalités « atypiques », en mosaïque, sur un fond d'immatrité, de carence et dominées par un fonctionnement prégénital.

Ce qui caractérise les pères, c'est le sentiment de fragilité et d'impuissance. Certains sont alcooliques (le père d'Emilie), d'autres sont effacés, dégradés physiquement (le père de Katy), absents dans la prise en charge de l'enfant (le père de Mickaël), ou totalement sous l'emprise de leur femme (le père de Quentin).

La pathologie des mères est en général composite. Chez elles, dominant les symptômes liés à un état de carence précoce (qui renvoie à leur histoire de séparation, de placements) ou à un fonctionnement psychotique.

On devine qu'il y a dans le psychisme de la mère des blessures qui l'empêchent d'être une mère pour son enfant. L'enfant s'évertue à susciter des interactions mais n'arrive pas à les déclencher.

Ainsi les mères psychotiques ou elles-mêmes carencées ne peuvent s'identifier à leur propre mère leur donnant à elles, bébés, des soins maternels.

La carence de soins fait intervenir trois générations :

- la génération de la grand-mère qui a donné à la mère la notion de ce que peuvent être les soins maternels,
- l'identification de la mère à la grand-mère dans l'exercice des soins maternels,
- et la réponse du bébé. Il est difficile de donner des soins à un bébé qui ne répond pas (autisme primaire) mais c'est aussi difficile pour une bébé de ne pas recevoir les soins qu'il essaie de susciter chez sa mère par des appels.

Ainsi, une psychopathologie non étiquetée et non traitée est très vite évoquée pour la mère d'Emilie.

La gravité de la psychopathologie de la mère de Quentin, dominée par un syndrome paranoïaque et son emprise sur son mari, empêchera tout travail avec les parents qui vont finir par abandonner leur enfant.

La mère de Mickaël ne livrera jamais rien de son histoire.

Chez la mère de Katy, l'équipe de PMI devine une enfance carencée et un éthyisme chronique.

Martin a une mère jeune qui présente un trouble du comportement alimentaire (anorexie) et qui refuse de se raconter et de travailler sur elle, sur ce qui rend difficile sa relation avec son fils.

Tous les intervenants rencontrent des difficultés à se renseigner sur l'histoire des parents. Cette absence d'information correspond à des blocages, difficultés ou refus de réminiscences ou encore crainte de partager un passé vécu comme honteux et dévalorisant.

### **Conclusion**

On comprend mieux comment se constituent et se transmettent d'une génération à l'autre ces états de carence familiale. Mais on comprend également les interrelations de ces états avec les troubles de l'attachement précoce et l'impact de ces troubles sur la constitution du couple parental, son mode de fonctionnement en tant que parents et le devenir de ces familles.

Il est d'autant plus important d'intégrer une prise en charge spécifique des parents dans la prise en charge des enfants carencés afin de les aider à accéder à une meilleure parentalité.

## **5 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS CARENCES ET DE LEUR FAMILLE**

L'Organisation Mondiale de la Santé considère depuis plus de vingt ans que les formes graves de carences et de négligences constituent une véritable maltraitance au même titre que les sévices physiques.

S'il était important d'alerter, la deuxième étape est de mieux comprendre pour mieux traiter.

Les carences intrafamiliales représentent un problème particulièrement grave par :

- leur fréquence,
- la précocité et la gravité des troubles qui en résultent et qui touchent tous les secteurs du développement de l'enfant (physique, affectif, relationnel, cognitif) et le potentiel de parentalité des parents,
- les difficultés d'atteindre ces enfants, leurs parents et d'assurer une continuité des soins.

C'est dans les familles gravement carencées et dans les familles où la mère souffre d'une psychose chronique souvent méconnue et non traitée que l'on observe la grande carence .

Toutes ces situations entraînent une discontinuité dans les interactions entre la mère et l'enfant :

- du point de vue comportemental : le comportement de l'un s'agence par rapport à l'autre.
- du point de vue affectif : influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de la mère.
- du point de vue fantasmatique : influences réciproques de leur vie psychique

Le bébé a besoin pour se développer d'un environnement sain et stable, de stimulations visuelles, sonores, tactiles, gustatives, kinesthésiques, labyrinthiques. L'enfant carencé n'a pas conscience intuitivement de l'unité de son corps. Il vit dans l'insécurité et il ne peut compter de façon fiable sur son parent (33).

Le parent carencé vit avec son enfant un mode de relation dit « yo-yo ». Il présente des variations imprévisibles de l'humeur telles que son bébé ne peut pas anticiper ses réactions. Il alterne la fusion, le collage, la relation adhésive avec des lâchages, des rejets et de l'abandon. Le maternage est imprévisible alternant l'extrême fusion et le délaissement.

La première tâche des professionnels, par l'observation, est de mesurer l'importance et la gravité de la carence. Il est nécessaire d'évaluer les soins donnés au bébé. Les soins primaires regroupent l'ensemble des soins précoces qui doivent être prodigués au nourrisson pour assurer sa survie et son développement. Cependant ils impliquent au-delà du corporel, qu'une relation personnalisée avec l'enfant permette son humanisation .

S'ils ne peuvent être assurés dans le milieu familial, il faut mettre en place une suppléance. La suppléance n'est pas une substitution, elle évoque la complémentarité, la différence et l'altérité et non le remplacement... Elle doit laisser leur place aux parents et les aider dans l'acquisition de la parentalité chaque fois que cela est possible (32, 33).

Ainsi Quentin a été placé en pouponnière et malgré des visites régulières dans un premier temps, il a été progressivement abandonné par ses parents avec lesquels aucun travail n'a été possible. Emilie a été placée dans une famille d'accueil où elle s'est épanouie, mais le lien avec les parents a toujours été maintenu dans la mesure du possible sous forme de visites au domicile familial. Katy, Mickaël et Martin ont été pris en charge dans leur milieu familial avec des propositions d'aide aux parents et un suivi pluridisciplinaire.

Après un rappel sur l'organisation de la protection des mineurs, les différents modes de prise en charge thérapeutique seront détaillés.

## 5.1 Organisation de la protection des mineurs

Depuis plus d'un siècle, la France travaille à se doter d'un système de protection de l'enfance en danger. Sa configuration actuelle est le fruit d'une évolution qui s'est effectuée parallèlement à celle de la reconnaissance des mauvais traitements à enfants.(1,2,5,21,35)

### 5.1.1 Le signalement :

C'est la clef de voûte du dispositif de protection de l'enfance en danger, il représente un outil de communication entre les différents partenaires y participant. Bien que le signalement ne soit pas un acte juridique (il ne figure dans aucun texte de loi), il a une définition pratique : il est l'acte par lequel un tiers dénonce une situation de mineur en danger à une autorité qu'il estime compétente.

Le signalement renvoie à la définition que chacun peut se faire de la notion de danger. Il n'est pas toujours facile de savoir précisément à partir de quel seuil un signalement devient opportun. Cela est d'autant plus vrai dans les carences où le danger n'apparaît pas immédiat, où il n'y a pas de preuve mais seulement des signes en « creux ». Néanmoins, ces situations mènent parfois, si l'on n'intervient pas, au décès de l'enfant.

Le signalement apparaît nécessaire lorsque le projet d'une équipe pluridisciplinaire ne permet pas à lui seul de faire procéder aux aménagements nécessaires à la sécurité de l'enfant. Il s'avère alors justifié de faire appel à une autorité sociale ou judiciaire, capable de prendre les mesures indispensables et de les faire appliquer.

Il existe deux options pour un signalement :

- **le signalement judiciaire** lorsque la protection du mineur paraît urgente : il est adressé au substitut du procureur de la République en charge des mineurs (au tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur).

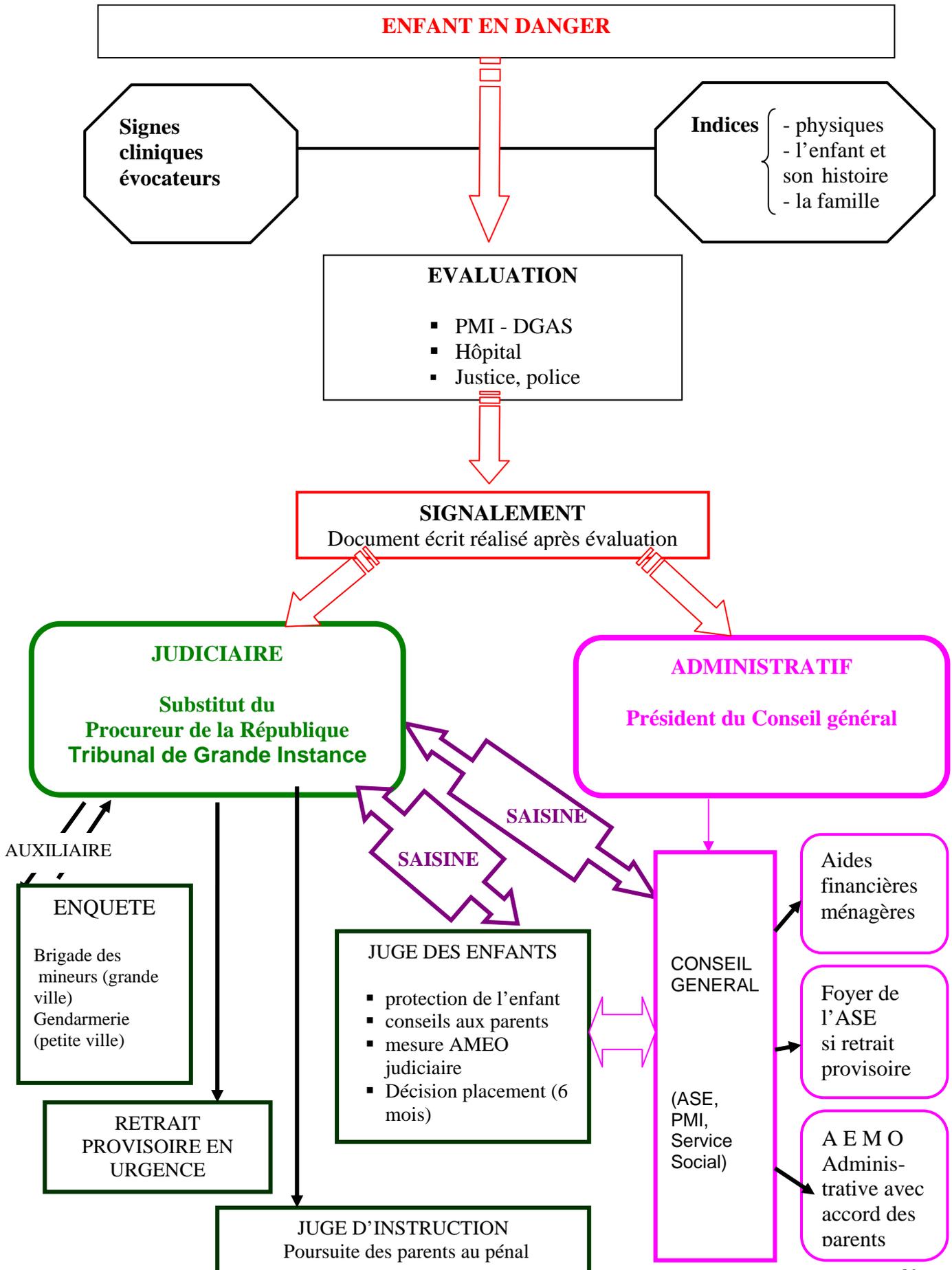
Ce magistrat peut alors ordonner une enquête confiée à la Brigade des mineurs ou à la Gendarmerie, il peut également poursuivre les auteurs de sévices en transmettant le dossier à un juge d'instruction, et saisir le juge des enfants au titre de l'assistance éducative. En urgence, il peut intervenir pour prendre toute mesure conservatoire et ordonner un placement provisoire .

Le juge des enfants est à la fois juge « sanction » en matière pénale pour la jeunesse délinquante (ordonnance du 2 février 1945) et juge « protecteur » en matière civile (art.375 du code civil). Il protège un mineur non émancipé dont la santé, la sécurité ou la moralité sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises. Il peut ainsi conseiller les parents, prendre une décision d'Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) judiciaire, prendre une décision de placement provisoire (6 mois).

- **le signalement administratif** lorsqu'une évaluation complémentaire apparaît nécessaire. Il est adressé au président du Conseil Général qui chargera alors ses services - l'Aide sociale à l'enfance (ASE), la PMI et le service social - de procéder à une évaluation pour estimer l'état de danger et préciser les besoins de l'enfant et de sa famille.

Le tableau 5 récapitule l'organisation du système français de protection de l'enfance en danger.

**TABLEAU 5 : Organisation de la protection de l'enfant en danger**



## **5.1.2 Après le signalement.**

Les mesures prises en faveur de l'enfant seront donc soit administratives soit judiciaires en fonction du danger encouru par l'enfant et de la collaboration ou de l'opposition de la famille.

### **5.1.2.1 L'enfant est maintenu dans son milieu familial**

Les mesures administratives sont négociées contractuellement avec la famille :

- Suivi social ou médico-social : il est effectué par l'assistante sociale de secteur, l'assistante sociale scolaire, la puéricultrice et le médecin de PMI (Protection Maternelle et Infantile).
- Versement d'aides financières
- Intervention d'une travailleuse familiale au domicile pour aider la mère de famille à accomplir les tâches ménagères et à assumer l'éducation des enfants.
- Mesure d'AEMO administrative : un travailleur social (éducateur) intervient au domicile pour apporter aide et conseil à la famille qui rencontre des difficultés avec un ou plusieurs enfants.

Les mesures judiciaires sont ordonnées par le Juge des Enfants :

- Enquête sociale : une assistante sociale du tribunal procède à une enquête dont les résultats sont communiqués au Juge.
- Mesure d'OMO (Observation en Milieu Ouvert) : Un travailleur social du tribunal fait une observation (durée plus longue que l'enquête) dont les conclusions seront soumises au Juge des enfants.
- Mesure d'AEMO judiciaire : elle a le même objectif que l'AEMO administrative cependant les parents ne peuvent s'y soustraire.
- Tutelle aux prestations familiales : un tuteur habilité se voit confier par le Juge des enfants la gestion des prestations familiales d'une famille confrontée à des difficultés économiques.

### **5.1.2.2 L'enfant ne peut pas être maintenu dans son milieu naturel**

L'enfant est placé soit par une mesure administrative contractuellement négociée avec la famille (contrat qui doit être révisé une fois par an et signé; les parents conservent la totalité de l'autorité parentale, le service d'accueil n'étant que gardien de fait), soit par une mesure judiciaire ordonnée par le juge des enfants.

Le Juge des enfants peut prendre une des mesures de placement prévues à l'article 375-3 du Code Civil à n'importe quel moment du suivi. Il peut confier l'enfant :

- à celui des parents qui n'en avait pas la garde ;
- à un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;
- à un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation ordinaire ou spécialisé (Pouponnière ) ou à un service de l'ASE ( famille d'accueil ).

Le droit de visite de la famille est conditionné, décidé par le juge.

Au cours des différentes étapes du suivi de l'enfant, qu'il y ait ou non signalement, la prise en charge de l'enfant et de sa famille va pouvoir être orientée vers des services spécialisés tels que le CAMSP ( Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) pour les enfants de 0 à 6 ans qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux ou tels que l'intersecteur de pédo-psychiatrie dont la famille dépend ou du Centre de la Parentalité .

## **5.2 Prise en charge des enfants victimes de carences de soins, de carences affectives et de carences éducatives graves**

Il existe différents types de prises en charge possibles de ces enfants et de leur famille. Le premiers temps de la prise en charge est l'évaluation. Elle consiste à faire connaissance avec l'enfant en consultation , dans son cadre de vie et à identifier ses différents attachements. Elle nécessite également d'évaluer la parentalité, la mère, mais aussi le père.

Dans un deuxième temps, plusieurs types d'interventions sont possibles :

- observation thérapeutique du nourrisson dans sa famille
- thérapie mère-enfant
- accompagnements dans des services spécialisés pluridisciplinaires comme le CAMSP ou le CNP sous forme de groupes mères-enfants, groupes d'enfants, thérapies individuelles, consultations, observations thérapeutiques à domicile.
- accompagnements extérieurs par la PMI, la crèche, la halte-garderie ou l'école.
- le placement en pouponnière ou en famille d'accueil tout en continuant un travail avec la famille lorsque c'est possible.

En reconstituant le suivi et la prise en charge d'Emilie, Quentin, Mickaël, Katy et Martin , on réalise l'importance du fossé entre la théorie et la pratique et les difficultés qui persistent .

### **5.2.1 Emilie : le placement en famille d'accueil avec prise en charge au CAMSP**

Le CAMSP ou centre d'action médico-sociale précoce a pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de 0 à 6 ans qui présentent des déficits sensoriels, moteurs et mentaux (Annexe IV : Organisation du CAMSP)

Grâce au dossier du CAMSP et à des entretiens avec certains professionnels qui se sont occupés d'Emilie, nous avons pu suivre l'évolution de la petite fille au cours de sa prise en charge .

Ce dossier nous montre comment la suppléance à la dysparentalité peut permettre à un enfant carencé de s'épanouir en étant placé tout en gardant un lien avec sa famille.

Cette première observation nous plonge au cœur de la grande carence (carence de soins et carence affective) associant une psychopathologie de la mère, non diagnostiquée et non traitée, à un alcoolisme patent du père. Tous deux sont d'anciens enfants carencés et tous deux ont des enfants d'une première union, placés. Les enfants de la mère ont été placés sur décision de justice en raison de carences graves.

#### **Un long chemin avant une prise en charge adaptée : Emilie régresse**

Des actions à visée préventives ont été mises en place par la PMI dès la naissance d'Emilie qui est un bébé normal, les premiers mois. Dans un premier signalement au Procureur de la République, l'équipe de la PMI demande un accueil du bébé âgé de six mois en crèche afin de suppléer la parentalité défailante. Une mesure D'AEMO judiciaire est décidée par le Juge des Enfants.

Sans suppléance, le bébé ne pouvait se développer normalement.

Devant l'absence de progrès malgré une prise en charge en kinésithérapie deux fois par semaine, le service d'AEMO judiciaire demande une observation au CAMSP.

Emilie a 17 mois quand elle vient en consultation pour la première fois au CAMSP pour retard psychomoteur. Elle est accompagnée de sa mère et d'un éducateur de l'AEMO judiciaire .

Les antécédents familiaux, l'aspect clinique d'Emilie, les recherches étiologique négatives, et surtout la pathologie des interactions mère-enfant mènent au diagnostic de carence grave.

Dans le cadre de l'observation, une éducatrice et une psychologue accueillent donc Emilie avec sa mère, avec son père et parfois sa petite sœur, âgée de trois mois.

Dans ce champ d'observation, les interactions mère-enfant, père-enfant, mère-bébé (avec la petite sœur) vont apparaître dans leurs aspects non seulement carencés mais aussi violents et paradoxaux :

- Emilie n'est ni lavée, ni changée régulièrement. Elle est sale et sent mauvais.
- Elle est nourrie de lait, de farine, de yaourts. Elle n'est jamais prise sur les genoux.
- Elle reste au lit toute la journée, dans sa chambre les volets fermés car pour sa mère Emilie aime être seule, elle aime son lit et c'est une grosse dormeuse.
- Emilie ne doit pas faire de bêtises : elle ne doit pas toucher, salir, explorer.
- Elle ne doit pas pleurer, elle doit être sage. Si elle pleurniche, on lui remet violemment la tétine dans la bouche.
- Il y a peu d'échanges verbaux et par le regard, l'enfant est peu ou mal portée, peu touchée, peu câlinée.
- Pourtant la mère dit très fort qu'elle aime son enfant et qu'elle ne veut pas qu'on lui retire.

Au fil des séances d'observation, l'état d'Emilie continue de se dégrader et elle perd même la station assise...

Les professionnelles du CAMSP vivent des séances intolérables, elles sont révoltées et épuisées. Un nouveau signalement demandant un placement est effectué conjointement par la PMI et le service d'AEMO en incluant l'observation du CAMSP.

Emilie est placée dans une famille d'accueil à l'âge de 20 mois. Elle poursuivra sa prise en charge au CAMSP.

## **La famille d'accueil et le suivi au CAMPS**

L'observation a permis de nommer au jour le jour la réalité des difficultés de développement à Emilie et à ses parents. Parler à l'enfant, permet de parler à ses parents à travers lui. Cela permet de parler aux enfants carencés qu'ils ont eux même été. Ces parents n'ont certes pas pu avoir une conscience claire de la nocivité de leur interactions dans la genèse de la pathologie. Mais ils ont pu comprendre que quelque chose n'allait pas pour Emilie et ils ont accepté le placement en réalisant ensuite que l'assistante maternelle s'occupait bien d'Emilie. Ainsi, malgré le placement, le lien n'a pas été rompu avec les parents qui reviennent au CAMSP prendre des nouvelles de leur fille. Ils y sont reconnus comme des parents même si leur parentalité défaillante a eu besoin d'une famille d'accueil pour permettre à l'enfant de se développer.

Dans le tableau 6, la chronologie de la prise en charge d'Emilie à partir du placement en famille d'accueil a été reconstituée.

Emilie est accueillie par une assistante maternelle expérimentée et chaleureuse soutenue par l'équipe du placement familial.

Un attachement va pouvoir se faire entre cette petite fille et son assistante maternelle. Elle va pouvoir compter sur un adulte qui ne sera pas défaillant, sans rupture de continuité dans les soins. Elle pourra peu à peu anticiper les situations simples. L'assistante maternelle va être très patiente et proposer à l'enfant des changements en douceur, par petite touches, ce qui sera crucial. Elle pourra réfréner ses ardeurs et ses désirs légitimes de stimulation grâce au cadre de travail du CAMSP et grâce au soutien de l'éducatrice du CAMSP. Emilie avait déjà commencé à repérer ce lieu « pour elle » quand elle venait avec ses parents et elle avait commencé à s'attacher à son éducatrice malgré sa souffrance.

Le cadre de travail du CAMSP sera un repère dans le temps et dans l'espace pour Emilie et son assistante maternelle. Il permettra une attention conjointe et soutenue au développement de l'enfant en respectant ses rythmes, ses avancées, ses refus et même ses régressions.

Dans ces conditions, l'évolution sera très favorable, confirmant à posteriori le diagnostic de carence.

De vingt à trente huit mois, les acquis seront les suivants :

Emilie va pouvoir accepter d'être soignée, changée, lavée, baignée, câlinée. Elle va abandonner le biberon et les bouillies au profit d'une alimentation saine, diversifiée. Elle ne se réfugiera plus dans le sommeil. Elle va retrouver la station assise en 15 jours et marchera à 30 mois soit 10 mois après son placement. Elle acceptera très progressivement de toucher les jouets, la nourriture puis de jouer dans l'exploration, l'imitation, le début de jeu symbolique. Elle sera socialisée progressivement d'abord en halte-garderie puis à l'école après avoir acquis la propreté diurne.

Toutefois, bien des difficultés subsistent et on ne sort malheureusement pas indemne d'une carence si précoce et si massive.

La petite fille a encore du mal avec la gestion de son corps et les changements de position, elle ne parle pas encore. Son attention est très labile, ses acquis sont décalés de plus d'un an par rapport à la norme. Son attachement à son assistante maternelle est très fusionnel et ses angoisses de séparation restent importantes.

Actuellement, Emilie a 5 ans , elle est toujours chez son assistante maternelle et continue à être suivie au CAMSP une fois par semaine par une orthophoniste et une psychologue.

C'est une petite fille dont l'évolution a été très satisfaisante avec des progrès dans tous les domaines.

Elle fréquente actuellement une petite section de maternelle et va passer en moyenne section. Elle garde un décalage de 1 an par rapport à la norme.

Avec l'orthophoniste, elle est bien rentrée dans le langage et fait des structures de phrases intéressantes. Elle s'intéresse au graphisme des lettres et aux histoires. Elle reconnaît les couleurs.

Au cours des visites dans sa famille naturelle tous les 15 jours de 10 heures à 18 heures, Emilie repère bien l'immeuble et l'étage du domicile familial ainsi que le trajet en bus et en tramway. Elle connaît tous les membres de la famille. Elle voit sa petite sœur tous les 15 jours au relais familial. Sa grande sœur qui vit également en famille d'accueil et qu'elle voyait tous les quinze jours, pourra être accueillie pour les week-end et les vacances chez l'assistante maternelle d'Emilie.

## **L'avenir d'Emilie**

Pour l'année à venir, la famille d'Emilie tient à ce qu'elle continue à être suivie au CAMSP mais elle va bientôt atteindre l'âge limite (le CAMSP suit les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans) et pour un relais par l'intersecteur de pédopsychiatrie il faut l'inscrire dès maintenant sur la liste d'attente afin de ne pas interrompre le suivi.

## **Conclusion**

Résumées ainsi, les acquisitions rapides d'Emilie peuvent sembler miraculeuses. Elles ont été le fruit d'un travail constant, patient, répétitif, pour que cette petite fille puisse construire une sécurité intérieure. Les compétences pour se développer existaient et ne demandaient qu'à s'extérioriser. L'attention conjointe et soutenue au développement de l'enfant, en respectant son rythme, permet de mobiliser ses ressources et lui redonne l'initiative.

L'histoire d'Emilie est riche d'enseignements. Elle montre bien que le placement n'est pas synonyme de rupture avec le milieu familial et peut être une bonne suppléance à une parentalité défaillante. Elle montre également qu'il est important d'intervenir suffisamment tôt pour limiter les séquelles. Ainsi la petite sœur d'Emilie a été confiée en crèche sur ordonnance du juge dès les premiers mois de sa vie et se développe très bien.

**TABLEAU 6 : Chronologie de la prise en charge d'Emilie après son placement**

Age d'Emilie	Prise en charge
De 20 mois à 29 mois	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Assistante maternelle du placement familial</li><li>2) Prise en charge éducative au CAMSP une fois par semaine en individuel</li><li>3) Référente du service du relais familial</li></ol>
De 29 mois à 34 mois	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Assistante maternelle du placement familial</li><li>2) Prise en charge éducative au CAMSP une fois par semaine</li><li>3) Référente du service du relais familial</li><li>4) Halte garderie une à deux fois par semaine</li><li>5) Visite chez ses parents de 10 à 18 heures une fois tous les quinze jours</li></ol>
De 39 mois à 4 ans	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Assistante maternelle du placement familial</li><li>2) Prise en charge éducative au CAMSP une fois par semaine</li><li>3) Référente du service du relais familial</li><li>4) Halte garderie une à deux fois par semaine</li><li>5) Visite chez ses parents de 10 à 18 heures une fois tous les quinze jours</li><li>6) Scolarisation à temps partiel jusqu'à 46 mois puis à temps complet en petite section de maternelle</li><li>7) Groupe éducatif une fois par semaine au CAMSP</li></ol>
De 4 ans à 5 ans	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Assistante maternelle du placement familial</li><li>2) Prise en charge éducative au CAMSP une fois par semaine</li><li>3) Référente du service du relais familial</li><li>4) Halte garderie une à deux fois par semaine</li><li>5) Visite chez ses parents de 10 à 18 heure une fois tous les quinze jours</li><li>6) Scolarisation : reste en petite section de maternelle</li><li>7) Groupe éducatif une fois par semaine au CAMSP</li><li>8) Orthophoniste : bilan et prise en charge</li><li>9) Psychologue : suivi psychothérapeutique</li><li>10) Visites à sa petite sœur 1 journée par mois au relais familial, à sa grande sœur 2 fois par mois.</li></ol>

### **5.2.2 Quentin : le placement en pouponnière sanitaire**

Quentin présente une encéphalopathie probablement secondaire à la prise de carbamazépime par sa mère pendant la grossesse, elle ne sera patente qu'à l'âge de 19 mois. Cette pathologie nécessite un investissement plus grand de la part de l'entourage que pour un enfant en bonne santé. Mais Quentin arrive dans une famille gravement carencée, ses parents ne sont pas en mesure de l'investir car ils ont de lui l'image d'un petit garçon idéalisé. Il est le premier enfant d'une mère présentant une psychopathologie non étiquetée et non traitée avec un délire de persécution et d'un père placé dans l'enfance à la suite d'un abandon de ses parents. Tous deux sont en rupture avec leur famille. Le père est totalement sous l'emprise de la mère et de son délire paranoïaque. Ils sont en grande souffrance, appelant à l'aide tout en rejetant toutes les mesures proposées.

#### **Un long chemin avant le placement de Quentin**

Toute alliance avec les parents est impossible, le placement de Quentin paraît inévitable. Cependant il faudra attendre 16 mois après le premier signalement pour que l'enfant ait une prise en charge adaptée à ses besoins et soit retiré à ses parents.

La PMI sera alertée dès la sortie de Quentin de l'hôpital contre avis médical par le service de Néonatalogie et commencera un suivi à domicile.

Un premier signalement a été fait par la Grand-mère maternelle 1 mois après la sortie de la maternité affirmant l'incapacité de sa fille à s'occuper de Quentin. Une évaluation est alors faite par la puéricultrice de PMI qui propose un suivi conjoint par le médecin traitant et la puéricultrice pendant 6 mois.

Ce suivi sera difficile, les parents étant extrêmement méfiant, le médecin de PMI va prendre le relais du médecin traitant et constater la grande carence de soins et la carence affective de l'enfant.

Quentin a 6 mois quand le pédiatre fait un signalement au Juge des enfants. L'équipe de PMI signale que les parents sont très attachés à Quentin mais ne perçoivent pas ses besoins et ne peuvent s'y adapter à un âge de la vie où la construction psychique passe avant tout par le bien être corporel. Ils n'ont aucune conscience du mal-être de leur enfant. Toute proposition d'aide se heurte à des réactions très violentes de la mère. Un placement provisoire de Quentin en pouponnière est alors demandé, afin de mettre en place des soins adaptés à l'enfant et des soins aux parents, en particulier à la mère.

A ce stade, l'encéphalopathie de Quentin n'est pas encore évoquée mais la carence est avérée pour la PMI. Cependant il n'y a pas de preuves objectives, la carence se manifestant par des signes « en creux ». Le Juge des enfants institue une mesure d'AEMO judiciaire.

Les parents coupent tout contact avec la PMI et refusent toute prise en charge au CAMSP.

Quentin est âgé de 19 mois quand ses parents consultent un pédiatre pour un retard psychomoteur. Ce dernier va les orienter vers le CAMSP en consultation. Le médecin du CAMSP constate alors un retard global majeur du développement psychomoteur associé à des troubles du comportement chez Quentin. Il propose une prise en charge au CAMSP qui va s'avérer extrêmement difficile, la famille étant peu coopérative.

Après une courte période d'observation au CAMSP, compte tenu des difficultés rencontrées par l'éducateur d'AEMO pour le suivi de Quentin, le Juge des enfants décide une mesure de placement provisoire en pouponnière sanitaire quelques mois plus tard. Quentin a 23 mois quand il est retiré à ses parents par la Brigade des mineurs.

### **Le placement en pouponnière**

A la pouponnière, un bilan étiologique du retard de Quentin est effectué. Ce bilan ne retrouve pas de leucodystrophie, pas de myopathie, pas d'atrophie cérébrale ni de maladie pédiatrique répertoriée expliquant son retard de développement. Ce qui pose le problème des encéphalopathies et des limites du diagnostic pédiatrique actuel.

A son arrivée, Quentin se présente comme un enfant triste, en grande souffrance. Il tient assis mais ne se déplace pas, ne se met pas debout, ne marche pas. Il présente des stéréotypies de grattage avec une boule musicale lumineuse et des éclats de rire immotivés.

Il va bénéficier d'une prise en charge par deux auxiliaires de puériculture référentes, une psychomotricienne, une psychologue de l'intersecteur de pédopsychiatrie et un éducateur spécialisée de ce même intersecteur.

Six mois après son arrivée, Quentin est plus présent, il cherche le contact avec ses auxiliaires référentes qu'il a bien repérées. Il réagit à l'appel de son prénom. Il se déplace à quatre pattes et essaye de se mettre debout. Il commence à jargonner, il peut manifester ses désirs. Il apprécie les bains et les changes ne se passent plus dans une tension extrême mais au contraire, il éprouve un certain plaisir dans cette relation privilégiée. Il évolue lentement mais sûrement. Il présente un mérycisme depuis son entrée.

Ses parents viennent le voir une heure par semaine dans une salle d'accueil hors du service en raison du comportement imprévisible et très agressif de la mère avec parfois une très grande violence dans ses propos. Le papa s'occupe bien de Quentin, lui donne son goûter mais les échanges verbaux sont très pauvres et rares.

Les visites des parents sont ensuite irrégulières, ceux-ci ne répondent ni aux courriers ni au téléphone. La mère se sent agressée dès qu'on lui parle, elle entraîne son mari dans son délire paranoïde. Ce délire est très actif et très structuré, ancien. La mère était suivie pendant son adolescence en Centre Médico-Psychologique pour cette pathologie. Les parents sont en grande souffrance, le retrait a été pour eux d'une grande violence. Pour la maman, Quentin est un enfant imaginaire, faisant partie d'elle-même.

La Grand-mère a un droit de visite bi-mensuel; Quentin va rapidement vers elle et lui fait un câlin.

Quentin a acquis la marche à trois ans et demi. La psychomotricienne observe des progrès moteurs et langagiers. Il présente toujours un mérycisme, il grince des dents mais s'est épanoui au niveau de l'expression, du contact. On commence à constater des modulations, des nuances dans ses réactions.

A quatre ans, Quentin continue à faire des progrès de langage et de communication. Le mérycisme disparaît peu à peu. Il bave moins, seulement au moment d'un stress. Une notion de sentiments apparaît peu à peu.

Sur le plan psychique, il est hypotonique certains jours, restant assis et laissant couler la salive de sa bouche. D'autres jours, il peut être volontaire dans ses déplacements et aller vers l'adulte qui joue avec lui. Il est alors totalement dans la relation à l'autre, soutenant le regard et riant aux éclats. Il recherche la présence d'un adulte avec qui il a une relation privilégiée.

Le diagnostic proposé à ce stade est une atteinte cérébrale suite à la prise de carbamazépine au cours de la grossesse compliquée d'une carence de soins et affective avec des signes observables autistiques et psychotiques.

### **L'abandon progressif : Quentin s'enferme dans sa psychose**

Vers quatre ans et demi, la mère devient de plus en plus agressive vis-à-vis de Quentin qui régresse reprenant ses stéréotypies et sa position allongée de repli sur soi. Les visites sont alors espacées. La mère continue à tenir des propos de plus en plus durs : « Il marche comme un handicapé, c'est un minable... ». Le père s'est adapté à Quentin, il est plus proche de lui mais n'arrive pas à s'opposer à sa femme.

Avec la grand-mère, les visites se passent bien. Elle vient une fois par mois.

A cinq ans, Quentin régresse, s'enferme dans son monde : les séances de pédopsychiatrie n'ont pas lieu régulièrement et les parents ne viennent qu'occasionnellement.

Les parents de Quentin accusaient les organismes sociaux de leur avoir volé leur fils, ils gardaient l'idée d'un enfant qui était merveilleux, qui se développait très bien alors qu'il présentait un retard psychomoteur important et une plagiocéphalie inquiétante à son entrée en pouponnière. Pour eux les services sociaux étaient responsables de l'évolution défavorable de Quentin et ils ont fini par refuser de s'en occuper.

Les parents cessent de venir voir Quentin alors qu'il atteint ses 7 ans. Il est toujours à la pouponnière, aucune famille d'accueil n'ayant été trouvée. Il franchit la limite d'âge de la Pouponnière, l'éducatrice contacte alors toutes les institutions de la moitié Ouest de la France

pouvant l'accueillir, il est inscrit sur les listes d'attente. Ce n'est que quatre ans plus tard qu'il sera enfin accueilli à l'EPEH de l'estuaire.

Pendant ce temps, à la Pouponnière, Quentin est de plus en plus difficile à gérer pour le personnel avec des troubles du comportement de plus en plus importants. Les puéricultrices ne sont pas formées pour prendre en charge un autiste de 10 ans.

Le pédopsychiatre a alors été amené à prescrire des doses croissantes de neuroleptiques jusqu'à l'association halopéridol-lévomépromazine qui est prescrite dans les grandes psychoses.

### **Conclusion**

Ce qui a marqué défavorablement l'évolution de Quentin, c'est le glissement du médical vers le social à travers l'abandon des parents. Un abandon très paranoïaque rendant les services sociaux responsables de la grave maladie de Quentin alors que les parents ont tout fait pour que l'encéphalopathie de leur fils soit compliquée par la psychose et la carence affective.

Dans cette observation, la question de la négligence ou de la carence grave se pose à toutes les étapes de la vie de Quentin :

- Première négligence : celle des parents incapables de s'adapter et de répondre aux besoins de Quentin à un âge où la construction psychique passe avant tout par le bien-être corporel.
- Deuxième négligence : un placement et une prise en charge spécialisée tardive malgré l'AEMO judiciaire. Les parents sont libres, s'ils ne sont pas sous tutelle, de prendre les décisions qu'ils veulent et de refuser les aides. Le législateur a le souci de respecter l'autorité parentale. Pour retirer l'enfant à ses parents, il faut qu'il y ait des preuves objectives de maltraitance. Ces preuves sont difficiles à fournir dans les carences de soins et les carences affectives caractérisées par des signes « en creux ». C'est pourquoi il est important de sensibiliser les magistrats à ce type de maltraitances et aux graves séquelles qu'elles entraînent.

- Troisième négligence : la manière dont Quentin est passé de la pouponnière sanitaire à la pouponnière sociale. Trop grand pour la pouponnière, le pédopsychiatre n'a pu faire qu'un traitement palliatif d'un grand enfant handicapé.
- Quatrième négligence : l'impossibilité de mettre en place un accueil familial thérapeutique qui aurait été l'indication idéale pour traiter les problèmes de Quentin.

L'histoire de Quentin illustre bien les difficultés auxquelles les professionnels de la petite enfance sont confrontés pour prendre en charge les enfants carencés quand aucune alliance n'est possible avec les parents. Mais aussi leurs difficultés à faire accepter l'urgence d'une suppléance parentale au système judiciaire.

Dans les carences graves, le danger n'étant pas immédiat pour l'enfant, la décision du Juge n'est rendue que plusieurs mois après le signalement. Or, ce temps perdu à un moment où l'enfant se construit dans l'interaction avec des parents défaillants a des conséquences graves sur son développement ultérieur : le signalement judiciaire a été effectué lorsque Quentin avait 6 mois et il n'est arrivé en pouponnière qu'à l'âge de 23 mois. Les conséquences sont encore plus graves pour un enfant qui présente un handicap nécessitant davantage de soins et de stimulations pour se construire.

Il existe sans doute une période « seuil » au-delà de laquelle la récupération n'est plus possible, ce qui incite à une vigilance accrue face à la carences grave.

### **5.2.3 Mickaël : Maintien dans le milieu familial avec une prise en charge par le CNP**

Le Centre de la parentalité est un centre médico-psychologique pour très jeunes enfants (âgés de moins de 3 ans) intégrant une consultation conjointe PMI-pédopsychiatrie.

Les intervenants sont des professionnels de la PMI et de l'ASE (pédiatres, psychologue, puéricultrice) et des professionnels de pédopsychiatrie (pédopsychiatre, psychomotricienne, psychologue, infirmières psychiatriques et puéricultrice).

Les objectifs du Centre Nantais de la Parentalité (CNP) sont :

- Favoriser la relation précoce des parents avec leur bébé
- Soutenir la relation parents-bébé.

Les professionnels sont à la disposition des familles pour des actions de prévention et de soin :

- Préparation à devenir père et mère
- Espace mamans, lieu d'échange
- Accompagnement dans la vie quotidienne
- Groupe parents
- Consultation et observation thérapeutique
- Entretien thérapeutique
- Groupe thérapeutique parents-bébé
- Thérapie corporelle

Grâce aux dossiers de la PMI, du CNP et de l'hôpital de St Nazaire et à des entretiens avec les différents intervenants qui se sont occupés de Mickaël, nous avons pu suivre l'évolution du petit garçon au cours de sa prise en charge.

Ce dossier illustre l'importance de repérer la carence familiale, de la nommer et de proposer une suppléance rapidement afin d'éviter la répétition des troubles du développement dans une même fratrie. Elle montre également la difficulté du travail avec des parents qui refusent de livrer leur histoire et leur difficulté à accepter une suppléance.

Cette observation nous plonge dans une carence plus nuancée, plus insidieuse que la carence de soins proprement dite. Cela se traduit par un manque de stimulation de l'enfant altérant son développement psychomoteur et des troubles des interactions mère-enfant sur un mode fusionnel avec une mère qui ne veut pas laisser son enfant grandir.

### **Un long chemin pour faire accepter une prise en charge spécialisée de l'enfant**

Nous sommes dans une famille où le même « schéma » s'est reproduit pour les 4 enfants avec des difficultés de maternage entre 6 mois et 3 ans (l'entrée à l'école). La mère paraît carencée mais, à aucun moment dans son histoire, elle ne livre ce qui peut rendre le maternage difficile. Il s'agit d'une femme qui a eu son premier enfant à l'âge de 17 ans, qui est toujours restée au foyer, qui n'a pas son permis de conduire alors qu'elle vit dans un milieu semi-rural (ce qui la confine à l'isolement) et dont seule la dernière grossesse a été désirée.

Le père est inaccessible, alterne des périodes d'activité par intérim et des périodes de chômage.

Le foyer bénéficie ponctuellement d'aides à la subsistance et d'une tutelle pour la gestion des prestations familiales.

Dans un premier temps, le suivi par la PMI est régulier et montre un bon développement de l'enfant. Vers 9 mois, le pédiatre constate un ralentissement du développement psychomoteur qui sera confirmé à 10 mois avec l'apparition de troubles du comportement à type de balancement répétitif.

La mère se met alors à distance. La PMI lui envoie des courriers mais ce n'est que 8 mois plus tard qu'elle revient en consultation. Le retard global du développement est alors flagrant associé à des troubles alimentaires (l'enfant recrache tout, la mère fait part d'un forcing systématique) et à un balancement de plus en plus présent.

La première mesure d'aide proposée est la halte-garderie que la maman semble accepter. Toutefois, elle ne s'y rendra pas. Le mois suivant, le corps médical profite d'une hospitalisation pour une synovite de la hanche pour faire un bilan étiologique de ce retard du développement qui est négatif.

Le médecin de PMI revoit au décours de cette hospitalisation la mère de Mickaël qui reconnaît le décalage et le peu d'initiatives motrices et langagières de son fils. Il est dans une relation « adhésive » avec sa mère et manifeste une grande angoisse pour tout ce qui est nouveau. La maman est consciente de la nécessité d'une stimulation pour Mickaël et est prête à faire une démarche vers le Centre de la Parentalité. La PMI l'accompagne dans cette démarche. Son mari n'est pas favorable à cette prise en charge, la mère affirme qu'elle fera cette démarche seule.

### **Observation thérapeutique à domicile**

Dans un premier temps d'observation, l'équipe du Centre de la Parentalité va travailler à créer un lien avec Mickaël et sa mère. Des visites de la puéricultrice à domicile et des consultations sont mises en place.

Les consultations au Centre de la Parentalité sont irrégulières, la maman ne venant pas à tous ses rendez-vous.

La maman ne respecte pas le contrat passé avec l'équipe pour débiter la halte-garderie en parallèle. Elle affirme y emmener Mickaël qui n'y est jamais allé.

Un lien commence à se créer mais il est ténu et fragile, la maman alterne des périodes de demande et de fuite.

Après une interruption de suivi pendant les vacances d'été, un bilan psychomoteur est réalisé. Mickaël est alors âgé de 30 mois. C'est un enfant qui manque d'autonomie, qui jargonne. Il a une communication non verbale et n'a toujours pas acquis la marche à quatre pattes. Sa motricité globale correspond à celle d'un enfant de 10 mois.

A domicile, l'aspect psychomoteur n'avance pas. A la suite du bilan, l'équipe propose un suivi individuel en psychomotricité une fois par semaine et en groupe thérapeutique (4 enfants avec 2 puéricultrices et une psychologue). Un transport en taxi est mis en place pour que l'enfant et sa mère se rendent aux consultations (ils vivent à quarante kilomètres du Centre de la Parentalité). Mickaël et sa mère viendront alors régulièrement.

## **La Halte-garderie**

En parallèle, l'équipe insiste sur l'importance de débiter la halte-garderie et la mère accepte que le Centre de la Parentalité se mette en contact avec la halte dont elle dépend.

Ce n'est que 4 mois plus tard que Mickaël découvrira la halte-garderie, la puéricultrice accompagnant la mère dans cette démarche difficile pour elle.

Lors d'une consultation à la PMI, la mère explique ce refus de la garderie par le fait qu'il s'agit d'une garderie à participation parentale et qu'elle ne veut pas s'engager dans ce mode de fonctionnement. Elle n'aime pas s'occuper des bébés. Mais après cette première démarche, la mère de Mickaël semble avoir apprécié la halte-garderie. Elle a participé à un après-midi récréatif et exprime combien cela a été difficile pour elle.

A la halte-garderie, Mickaël fait des progrès sur le plan psychomoteur et sur le plan de la socialisation.

## **Travail individuel en psychomotricité et travail en groupe thérapeutique au Centre de la Parentalité**

Le travail en psychomotricité a été très progressif. Au début, Mickaël est un petit garçon angoissé qui n'a pas d'initiative motrice et se balance beaucoup, mais il va progressivement se libérer. Il se tourne peu à peu vers l'extérieur et acquiert une certaine autonomie.

À 38 mois, il marche seul, fait des jeux d'imitation, augmente son capital linguistique, nomme les autres, dit quelques mots (merci), et peut se faire comprendre verbalement.

Le travail en groupe thérapeutique a permis à Mickaël d'accepter progressivement la séparation qui, au début, était très compliquée.

Lorsque la séparation avec sa mère a été plus facile, un travail a pu être engagé avec les autres enfants, le jeu et la socialisation. Le groupe a aussi permis de travailler le rapport de l'enfant à la nourriture. Mickaël qui était nourri comme un bébé va apprendre à manger seul et à accepter les morceaux d'aliments.

En parallèle, un groupe de travail parental est proposé de façon systématique au départ. Ce groupe est supervisé par la psychologue du groupe thérapeutique.

On explique aux parents que ce groupe complète le travail du groupe thérapeutique avec les enfants et permet à la psychologue de faire un travail plus global.

Lors de la première séance, la mère de Mickaël a beaucoup parlé. Ensuite, elle a refusé de revoir la psychologue.

### **Fin de la prise en charge spécialisée, relais par l'école et la halte-garderie**

A 41 mois, un nouveau bilan est réalisé. Mickaël fréquente l'école le matin. Le petit garçon est plus autonome, la propreté est acquise à l'école. Il a la motricité d'un enfant de 23 mois. Sur le plan du langage, il fait de petites phrases, a un vocabulaire pauvre mais s'intéresse aux livres, aux mots. Il peut situer et nommer les parties du visage. Il commence à avoir des jeux symboliques.

A l'issue de ce bilan, le Centre de la Parentalité qui ne suit les enfants que jusqu'à 3 ans, propose cependant de continuer la prise en charge de Mickaël car le lien avec la mère a été difficile à créer. L'équipe ne veut pas prendre le risque de faire un relais avec l'intersecteur de pédo-psychiatrie dont dépend l'enfant, estimant que ce relais ne tiendrait pas.

La mère ne souhaite pas reprendre le travail en groupe thérapeutique, un compromis est alors trouvé : on laisse l'enfant débiter l'école et un nouveau contact est prévu 2 mois plus tard.

C'est par un appel téléphonique que la mère va interrompre la collaboration avec le Centre de la Parentalité. Elle assure à la puéricultrice que Mickaël va bien, qu'il parle bien, fait des phrases et dit même des gros mots. Sur le plan moteur, il court. Elle le met toute la journée à l'école et le mercredi à la halte-garderie. Elle souhaite cependant interrompre la prise en charge par le Centre de la Parentalité. Elle remercie l'équipe, exprime combien cela a été dur pour elle de venir au début, et dit qu'elle réalise la nécessité du travail par l'équipe. Elle a des projets : déménager, se présenter à l'épreuve du permis de conduire.

Suite à ce coup de téléphone, le Centre de la Parentalité n'a plus de nouvelles de Mickaël, ni par la mère, ni par l'école, ni par la halte-garderie, ni par la PMI.

La mère a cessé de venir à la PMI dès le début de la halte-garderie.

En permettant à Mickaël d'aller mieux et de pouvoir se séparer de sa mère, on a introduit un changement dans leur interaction. Cela a conforté les compétences parentales. Le but du traitement est de permettre à l'enfant de s'épanouir et de permettre à la parentalité de se développer.

### **En conclusion**

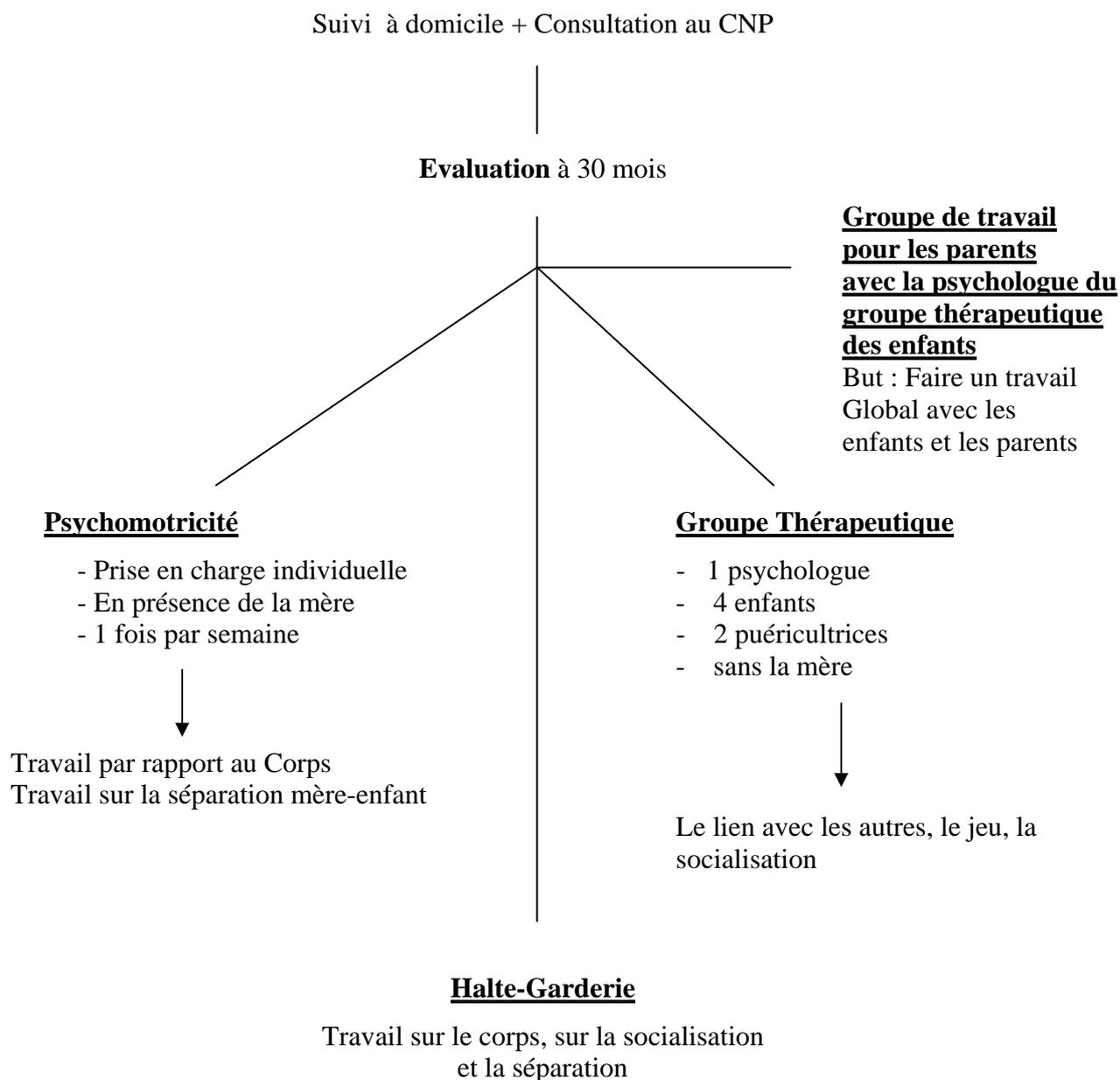
Lorsqu'on reprend les dossiers des frères de Mickaël, qui ont été suivi par la PMI pour les mêmes difficultés de développement, on constate que tout se passe bien pour le tout petit bébé jusqu'à 6 mois et une fois que l'enfant est scolarisé.

Le problème de maternage se situe entre ces deux périodes, ainsi, il ne s'agit pas d'enfants délaissés ou maltraités physiquement, mais plutôt d'une mère carencée, en difficulté pour s'occuper du bébé dans tout ce qui est de l'ordre de l'éveil, des jeux et de l'acquisition de l'autonomie. Une fois à l'école, ces enfants s'intègrent bien, mais des difficultés d'acquisition persistent et ils ont tous un retard scolaire : l'aîné a 2 ans de retard (2 redoublements), les deux suivants ont 1 an de retard (1 redoublement).

L'histoire de Mickaël illustre bien les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de la petite enfance pour travailler avec les familles carencées. Dans ce dossier, aucun signalement n'a été fait, c'est l'alliance avec la mère qui a été privilégiée. Alliance fragile avec cette mère qui reconnaît ses difficultés, accepte la suppléance, mais refuse tout travail sur elle-même.

Malgré cela en permettant à l'enfant d'aller bien, on a redonné aux parents leur place de parents.

**TABLEAU 8 : Récapitulatif de la prise en charge de Mickaël**



#### **5.2.4 Katy : Maintien dans le milieu familial et prise en charge par l'équipe de PMI et par l'unité d'accueil des enfants en danger (UAED) du CHU de Nantes**

Grâce au dossier hospitalier et à des entretiens avec les différents intervenants de la PMI et de l'équipe de l'UAED qui se sont occupés de Katy, nous avons pu suivre l'évolution de la petite fille au cours de sa prise en charge.

L'UAED est une unité fonctionnelle au sein du service de pédiatrie réunissant des professionnels de l'Hôpital Mère-Enfant (HME) : pédiatres, pédopsychiatre, psychologue, cadres infirmiers, chirurgien pédiatre, éducateur de jeunes enfants, ergothérapeute, assistante sociale. Il s'agit d'une unité mobile dans l'hôpital qui a une fonction d'évaluation et de diagnostic et non de suivi à long terme.

Le but de cette unité est de mieux accueillir les enfants et de mieux diagnostiquer les situations à risque et les maltraitances. Cela afin d'assurer une prise en charge médicale, psychologique et sociale dans l'intérêt et le respect de l'enfant. L'UAED propose une évaluation pluridisciplinaire lorsqu'une maltraitance est évoquée chez un enfant qui est hospitalisé et des consultations conjointes par un pédiatre et un pédopsychiatre ou une psychologue. Ces dernières sont destinées aux familles venues aux urgences avec une suspicion de violences sexuelles sur leur enfant ou aux enfants adressés pour maltraitance par des professionnels (médecin généraliste, médecin de PMI, médecin scolaire...).

Cette unité fonctionne en étroite collaboration avec les urgences pédiatriques où un accueil téléphonique et sur place est possible 24h/24 en collaboration avec les autres services de l'HME.

L'UAED s'est également attachée à créer un réseau avec les autres professionnels de l'enfance et avec les professionnels intervenant dans les situations de maltraitance sur Nantes. L'objectif est d'assurer un travail cohérent auprès des familles et une continuité des soins pour l'enfant, tout en participant à un maillage avec d'autres institutions centrées sur l'enfant et sa famille.

Pour les médecins qui ont créé cette unité, il est important de considérer la maltraitance comme une pathologie à part entière. Leur objectif est de bien prendre soin de ces enfants et d'assurer une continuité dans ces soins. Ainsi l'hospitalisation ou le suivi en consultation pourra s'inscrire dans l'histoire de l'enfant et l'UAED pourra être relayée par des équipes qui continueront ce suivi et le travail en réseau.

Cette observation nous plonge au coeur de la misère sociale et de la grande carence dont l'aspect physique (le retard pondéral, les problèmes d'hygiène) est au premier plan. C'est sur cet aspect que va se focaliser l'attention des soignants dans un premier temps.

Katy naît dans une famille gravement carencée, connue depuis longtemps par les services sociaux, médicaux (la PMI) et judiciaires. Les quatre aînés ont bénéficié de placements provisoires et de mesures d'AEMO judiciaires pour carence de soins.

Les parents, tous deux inactifs, sont très carencés et forment un couple où se succèdent les ruptures. La PMI soupçonne un alcoolisme chez la mère. Le père greffé rénal est en dialyse et voit son état de santé se dégrader progressivement.

Dans le quartier où ils résident, les carences de soins et les carences éducatives sont le quotidien des travailleurs médico-sociaux et du personnel des établissements scolaires qui reconnaissent avoir un seuil de tolérance plus élevé que dans d'autres quartiers socialement plus favorisés.

C'est une prise en charge conjointe par la PMI et par l'hôpital - afin de centraliser et de contrôler le suivi des différentes maladies de l'enfant - qui va être privilégiée.

### **La PMI est au cœur de la carence sociale et l'hôpital est axé sur l'organique**

L'équipe éducative et médicale de la PMI va suivre Katy très régulièrement au domicile et en consultation. Cependant la carence se pérennise sur le plan affectif et surtout sur le plan nutritionnel avec un retard pondéral qui s'aggrave.

Les propositions de suppléance par la halte-garderie notamment ou par une travailleuse familiale seront toutes refusées par la mère.

A 14 mois, l'enfant est adressé à l'hôpital en consultation pour avis spécialisé sur son retard pondéral. Elle est déjà suivie 1 fois par an en cardiologie pédiatrique pour surveillance d'une myocardopathie familiale. Le premier bilan étiologique ne retrouve pas de cause organique à ce retard.

Un strabisme découvert à cette époque va nécessiter un suivi ophtalmologique régulier et le port de lunettes. La maman ne reviendra en consultation qu'un an plus tard et ne fera pas porter ses lunettes à l'enfant.

### **Puis l'organique rejoint le social**

Ce n'est qu'après une hospitalisation pour une pneumopathie à l'âge de 3 ans et 9 mois que Katy va être prise en charge par l'UAED.

L'équipe de l'UAED programme alors une nouvelle hospitalisation pour faire le point sur le retard staturopondéral de Katy associé maintenant à un retard psychomoteur avec un retard de langage important.

Le bilan complémentaire réalisé permettra de conclure à un retard pondéral en rapport avec un RCIU probablement constitutionnel associé à un retard psychomoteur, une anorexie et des difficultés sociales.

Le contrôle cardiologique est rassurant mais l'ophtalmologiste alerte les médecins. La petite fille présente un fort astigmatisme asymétrique et une myopie qui nécessite le port indispensable de lunettes afin d'éviter une amblyopie bilatérale.

Afin de suivre l'évolution de l'enfant et le bon déroulement des soins, un suivi mensuel par l'équipe de l'UAED est mis en place.

La PMI et les médecins hospitaliers rappelleront constamment à la mère l'importance du port des lunettes, lunettes que l'enfant ne porte jamais en consultation.

### **Pertinence d'un signalement ?**

A plusieurs reprises, la PMI, l'équipe hospitalière et le médecin scolaire évoquent la nécessité d'un signalement, mais à chaque fois de petites améliorations dans le développement de Katy ou dans le comportement de la mère font surseoir à ce dernier.

Il n'y a jamais eu ni signalement administratif ni signalement judiciaire, cela malgré l'absence d'alliance possible avec les parents et le risque de handicap visuel pour l'enfant à terme.

### **L'école : autre lieu de suppléance ?**

A 4 ans, Katy rentre à l'école en même temps que son petit frère de 3 ans qui est plus investi par la maman car plus gratifiant physiquement et né dans une période de reconstruction du couple.

Un travail débute avec le médecin scolaire afin que Katy porte ses lunettes à l'école. Ces parents ne peuvent payer la cantine et une solution ne pourra être trouvée qu'au troisième trimestre, ce qui est dommageable étant donné les graves difficultés alimentaires de la fillette à domicile.

Katy va acquérir la propreté diurne à l'école où elle est bien stimulée par la maîtresse. Elle grossit peu mais grandit bien. Elle fait des progrès en langage mais aurait bien besoin d'une prise en charge orthophonique.

Peu à peu, la maman reconnaît les difficultés dont elle a à faire face à l'ensemble des rendez-vous (ophtalmologiste, orthoptiste, O.R.L., ...) et aux difficultés alimentaires de Katy. Est-il possible de rajouter un suivi orthophonique dans ces conditions ?

L'école signale à la PMI que Katy et son frère portent des vêtements non adaptés au climat, sales et qui sont peu changés.

Un réseau entre l'école, la PMI et l'hôpital s'organise pour le suivi de cette petite fille. Les progrès sont petits et précaires, la prise en charge de l'enfant demande une vigilance permanente de la part des soignants.

Katy s'épanouit à l'école mais garde un retard important dans les acquisitions. Le port des lunettes est toujours aussi aléatoire, et l'équipe éducative propose qu'une paire de lunettes reste à l'école et soit gérée par l'institutrice. Un projet d'accueil individualisé (PAI) a été mis en place par l'UAED pour un asthme découvert suite à de multiples décompensations respiratoires.

Les problèmes d'hygiène persistent notamment en ce qui concerne les poux malgré les efforts de l'infirmière scolaire.

Sur le plan sensoriel, Katy a besoin d'un suivi régulier de sa vue (l'ophtalmologue est très pessimiste quant au développement visuel de Katy puisqu'en l'absence d'une correction portée précocement, elle risque de bloquer son développement visuel à 2/10<sup>e</sup> alors que le simple port des lunettes pourrait lui faire obtenir dans quelques années une acuité visuelle aux alentours de 8 à 10/10<sup>e</sup>) et de son audition (otite séreuse soignée mais persistance d'une légère surdité à droite expliquée par une dépression aérienne de l'oreille moyenne).

### **Quel avenir pour Katy ?**

Quel est l'avenir de cette petite fille ? Le risque de handicap visuel est grand et l'école où l'institutrice doit s'occuper d'un groupe d'enfants peut-elle réellement suppléer la défaillance parentale ?

L'histoire de Katy montre la difficulté du travail et de la prise de décision en réseau. Entre une équipe hospitalière qui va voir la famille ponctuellement, hors de son cadre de vie, et l'équipe de PMI, le lien n'est pas toujours facile. Les professionnels de la PMI sont parfois tellement immergés dans la misère sociale et la carence que leur seuil de tolérance est plus élevé.

La puéricultrice de PMI explique bien que, sur place, Katy est une enfant négligée parmi beaucoup d'autres. Il est difficile de dire ce qu'il faut au minimum à un enfant pour bien grandir, me dira-t-elle. On comprend que, dans de telles conditions, les repères des travailleurs sociaux puissent être chamboulés. Par exemple pour les soins d'hygiène, ils expriment clairement que presque tous les enfants du quartier devraient être signalés.

Les différents intervenants ont fait leur possible pour suppléer la défaillance parentale et aider Katy à se développer et n'ont jamais pu opter pour un signalement.

Cette observation éclaire un autre aspect de la prise en charge de la carence en nous montrant des professionnels immergés dans des quartiers carencés où leurs repères sont mis à mal. A la

souffrance des enfants répond alors le sentiment d'impuissance de ces soignants devant l'ampleur du phénomène de la carence sociale et intrafamiliale.

L'intervention de l'UAED a permis d'introduire un pédiatre référent de l'enfant pouvant le suivre tant sur le plan social que médical. Ce référent permet de faire le lien entre les intervenants sociaux et médicaux. C'est le porte-parole de l'enfant. Cependant ce n'est qu'à l'âge de 3 ans et 9 mois que l'UAED (récemment créée) est intervenue, Katy aurait pu bénéficier plus précocement d'un référent permettant une évaluation pluridisciplinaire prenant en compte à la fois les aspects médicaux et les aspects sociaux de son mal-être.

Suite à une absence prolongée du référent de Katy, le suivi se relâche à l'hôpital, la mère ne vient plus aux rendez-vous. A son entrée en moyenne section, le médecin de PMI, le nouveau médecin scolaire et l'équipe de l'UAED se réunissent. Le médecin scolaire a réussi à créer un lien de bonne qualité avec la famille, c'est donc lui qui devient le référent de Katy et qui prend le relais de l'UAED. Cela permettra un suivi à plus long terme au cours de la scolarité de l'enfant.

Actuellement, Katy porte ses lunettes tous les jours, fait des progrès et le médecin scolaire a obtenu qu'elle aille régulièrement chez l'orthoptiste (ce dernier a su créer un lien avec la maman).

## **Conclusion**

Cette observation montre l'importance des structures hospitalières de protection de l'enfance encore trop peu nombreuses et fragiles en France. En effet, ces structures nécessitent un budget suffisant (difficile à obtenir), du temps pour observer l'enfant, pour évaluer les parents, pour travailler en réseau et la disponibilité de professionnels actuellement submergés par le travail et les demandes.

L'histoire de Katy nous rappelle également l'importance des troubles sensoriels associés à la carence. N'ayant pu prévenir la part environnementale de ses symptômes, le traitement consiste à offrir à la petite fille la possibilité de restaurer ses manques, ses déficiences et d'utiliser au mieux ses potentialités (32). Cela nécessitera un investissement et une vigilance accrue du référent afin de continuer le travail en réseau mis en place et cela à long terme.

### **5.2.5 Martin : Maintien à domicile avec prise en charge par la PMI, l'hôpital et le CNP**

Nous avons pu suivre l'évolution de Martin grâce au dossier hospitalier et à des entretiens avec le médecin de la PMI et la puéricultrice du CNP qui se sont occupés du petit garçon.

Cette dernière observation se rapproche d'une conséquence grave de la grande carence affective : le nanisme psychosocial.

Martin est le premier enfant d'un couple très jeune qui se sépare peu après sa naissance.

Sa mère est anorexique et apparaît très carencée. Elle n'acceptera jamais de se livrer ni de s'engager dans un travail avec son enfant et la psychologue du Centre de la Parentalité qui va le suivre .

Sur le père, nous savons peu de choses, il évoque, lors d'une consultation, une histoire douloureuse avec son propre père mais ne va pas plus loin.

#### **Du retard de croissance à la carence**

Dans un premier temps, c'est un bilan étiologique du retard staturopondéral exhaustif et long qui est réalisé. La morphologie particulière du petit garçon intrigue les médecins qui vont se heurter aux limites des connaissances actuelles.

Puis, vers l'âge de 30 mois, des anomalies endocrinologiques et la mise à jour de difficultés alimentaires de l'enfant vont orienter les médecins vers la carence nutritionnelle et psycho-affective.

A la même période, la mère a pu dire au médecin de PMI ses difficultés à prendre Martin en charge, ces difficultés se cristallisant au moment des repas qui sont des moments très violents.

Martin est hospitalisé à 34 mois pour un bilan nutritionnel, social et pédopsychiatrique. Les troubles alimentaires du petit garçon et ses difficultés relationnelles avec sa mère sont alors mis à jour. Il est adressé au Centre de la Parentalité pour une prise en charge.

## **Observation thérapeutique par le Centre de la Parentalité**

Martin va être suivi à domicile par une puéricultrice du Centre de la Parentalité en parallèle du suivi à la PMI. Cette observation se déroulera sur 3 mois, jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école. La mère ne souhaite alors plus de suivi de l'enfant à domicile.

Aux premières visites de la puéricultrice, Martin mange dans une chaise haute sans couvert et a peu d'autonomie. C'est la mère qui le nourrit avec des aliments mixés dans un bol, mélange qui n'apparaît pas très appétissant.

Petit à petit, la mère accepte de le mettre à table sur un réhausseur avec une assiette, un verre et des couverts. Cependant, les repas restent conflictuels et durent très longtemps (plus d'une heure). La mère intervient toujours pour le faire manger, la violence reste très présente.

La puéricultrice apprend, au cours d'une de ses visites, que le nouveau compagnon de la mère supporte mal le comportement de l'enfant et qu'il peut pendant le repas appliquer violemment une serviette sur sa bouche pour l'empêcher de cracher. La mère menace Martin d'appeler son « beau-père » s'il ne mange pas. L'enfant est terrorisé à cette évocation.

La maman ne mange jamais avec Martin, elle-même ne prend qu'un repas par jour.

Parfois, Martin prend ses repas sur une table basse avec une petite chaise. Mais pendant ces repas, la télévision est allumée en permanence. La mère est face à la télévision qu'elle fixe et l'enfant est sur le côté. Dès qu'il se tortille pour essayer de la regarder, il se fait réprimander. La mère lève les yeux de temps en temps pour dire à Martin de manger. Ces repas se passent dans une grande tension et un énervement difficilement supportable pour la puéricultrice et surtout pour l'enfant qui pleure souvent. Les suggestions de l'observatrice d'éteindre la télévision pour rendre les repas plus faciles ne sont pas entendues. Au bout d'une heure, Martin en est toujours au plat de résistance.

Ce suivi à domicile n'a pas permis d'amélioration, la maman refusant de coopérer. Cette observation thérapeutique a été très difficile pour la puéricultrice confrontée à la souffrance de l'enfant et à la violence de la mère.

### **L'école : un lieu d'épanouissement pour Martin**

Martin commence ensuite l'école où il se fait très vite une place. Il est bien pris en charge par l'ATSEM qui s'occupe beaucoup de lui dans la classe et à la cantine au cours du repas. A la cantine, il mange correctement. Il s'intègre bien malgré sa petite taille et est protégé par ses copains. L'institutrice l'a bien investi et il a vite acquis une autonomie. Il prend 600 g en 1 mois. La maman se réjouit des progrès de son fils et du fait qu'il soit heureux à l'école.

Le suivi par le médecin de PMI, l'endocrinologue et le pédopsychiatre de l'hôpital continue. Un traitement par hormone de croissance est institué. Martin grandit de quelques centimètres. L'endocrinologue demande à la maman de reprendre contact avec le Centre de la Parentalité, ce qu'elle ne fera pas.

A l'école, l'institutrice a mis en place un projet d'Accueil Individualisé pour les difficultés psychomotrices de Martin, ses problèmes de concentration et ses difficultés à faire les activités demandées.

Parallèlement, un contact a été pris par téléphone avec le père chez qui Martin allait très irrégulièrement. Il a changé de travail et peut prendre son fils plus régulièrement. Une garde alternée est organisée : Martin va chez son père une semaine sur deux et s'y trouve bien.

### **L'avenir de Martin : la reconstruction de deux foyers**

Au dernier contact de la mère avec le Centre de la Parentalité, en consultation, Martin a 4 ans. La situation familiale s'est modifiée. Le père a une nouvelle compagne avec qui il a eu un petit garçon. La mère a un nouveau compagnon qui a une très bonne relation avec Martin (il joue avec lui, relation assez fusionnelle), elle est enceinte. Les repas sont moins conflictuels et la garde alternée semble bien se passer.

Martin va changer d'école. Les parents n'ayant plus les moyens de le laisser à l'école privée, il ira à l'école publique. C'est regrettable car il y avait manifestement des relations de confiance avec l'institutrice et l'ATSEM..

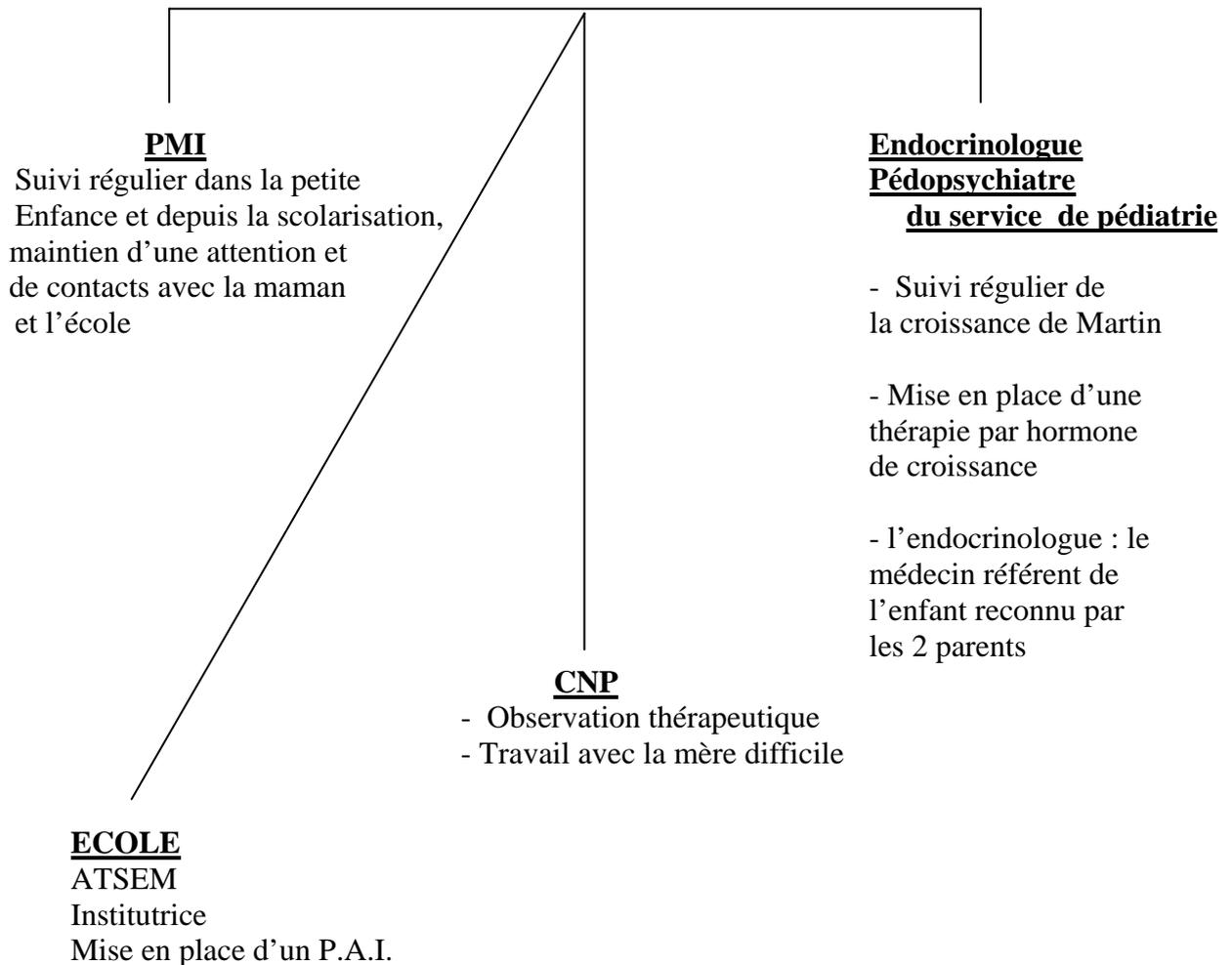
Martin continue de grandir mais grossit peu. Les repas sont toujours un petit peu difficiles mais il n'y a plus de grignotage ce qui permet une meilleure alimentation aux cours des quatre

repas principaux de la journée. L'évolution staturale sous traitement par Hormone de croissance (débuté depuis 1 an) est bien meilleure mais pourrait être améliorée avec une évolution du poids plus satisfaisante. Martin a pris 10 cm et 2 kg en 1 an, à 4 ans et demi il mesure 89.5 cm et il pèse 11,100 kg.

L'alliance thérapeutique est toujours difficile avec la mère mais il y a un espoir avec son nouveau compagnon qui a établi une complicité avec le petit garçon.

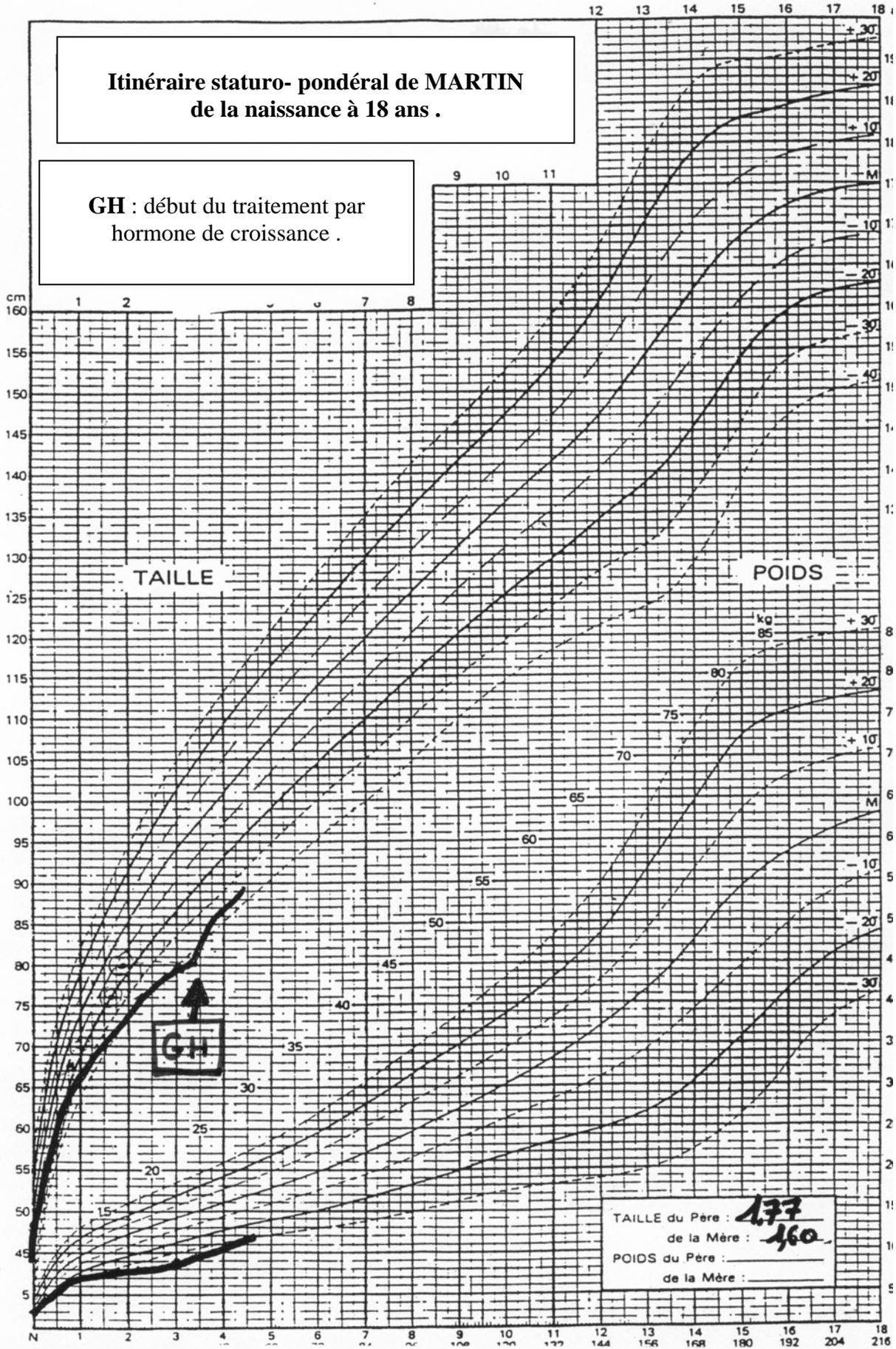
**Tableau 9 : Prise en charge de Martin**

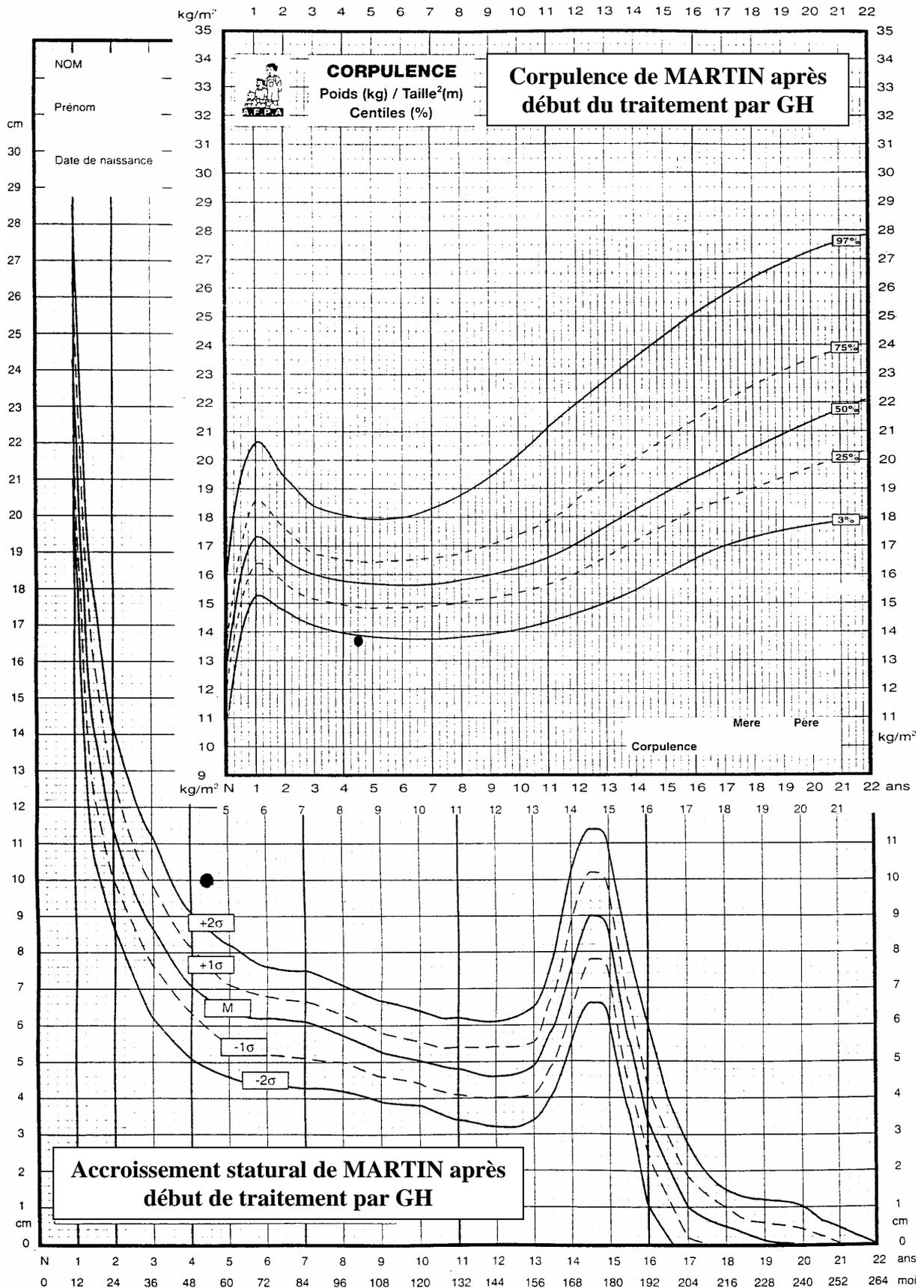
Réseau de suivi de l'enfant



**Itinéraire staturo-pondéral de MARTIN  
de la naissance à 18 ans .**

**GH** : début du traitement par  
hormone de croissance .





MEDITIONS Etude séquentielle 1953 - 1975 - C.E.C.D.E. - Pr M. Sempe - Dr M.-F. Rolland-Cachera pour la Corpulence. Tracés issus du Carnet de Santé et adaptés par les auteurs.  
Diffusion 97 : MEDITIONS - 130, cours Albert-Thomas 69008 LYON Tel : 04 72 78 01 30 - Fax : 04 72 78 01 39

## **Conclusion**

La prise en charge à l'école, le suivi au CHU et en PMI et la nouvelle organisation familiale ont permis à Martin de s'épanouir et de mieux grandir. Un retard des acquisitions persiste cependant et il serait intéressant que Martin bénéficie d'un P.A.I. dans sa nouvelle école.

Le milieu familial s'est progressivement rééquilibré sans que l'on sache évaluer si la relation mère-fils reste encore dysfonctionnelle.

L'hormone de croissance permet à Martin de grandir et les repas à l'école se passent bien. La reconstruction de deux foyers familiaux plus équilibrés pour Martin pourra peut-être l'aider à s'épanouir et à grandir. Le maintien du suivi au CHU reste finalement le seul moyen de garder une attention continue au développement de cet enfant. Pour les parents, l'hôpital reste un lieu de ressource, ils sont réellement préoccupés par la santé de leur petit garçon et cela constitue un socle sur lequel les soignants vont pouvoir s'appuyer.

## **CONCLUSION**

Ces cinq parcours d'enfants illustrent bien la complexité des origines de la carence et de son traitement.

Nous voudrions souligner quelques points essentiels pour conclure.

La « carence de soins maternels » révèle toute la problématique de l'enfance en souffrance. Elle attire l'attention sur le **délaissement de la pédiatrie sociale**, notamment hospitalière et apporte un nouvel éclairage sur le syndrome des carences éducatives, de soins et affectives, afin que l'on puisse très précocement et plus globalement en modifier les conséquences sur les enfants qui en souffrent. Un espoir est permis à Nantes avec la création de l'unité d'accueil des enfants en danger.

C'est l'absence de reconnaissance de sa gravité et la difficulté de penser qu'un traitement est possible qui en fait une **maltraitance négligée**.

Il faut donc souligner l'importance d'une **évaluation rigoureuse et précoce** de l'enfant sur le plan physique et sur le plan du développement intellectuel, cognitif, affectif.

Tout enfant carencé a besoin d'un **réfèrent** dans une équipe soignante qui sera son porte-parole.

La question de la **place du médecin généraliste** dans le dépistage puis le suivi de ces familles nous paraît importante : cela nécessite des consultations longues et un effort de formation et de travail en réseau qui sont à développer dans la médecine ambulatoire libérale. Le médecin généraliste pourrait être un bon réfèrent de proximité pour l'enfant et sa famille à condition qu'il ne reste pas seul et s'inscrive dans le réseau médico-socio-psychologique.

Une prise en charge précoce et globale nécessite :

- que tout médecin, intervenant social, personnel soignant, soit attentif aux signes de souffrance de l'enfant et se préoccupe de son environnement,
- de **suppléer** la famille,
- de **restaurer** les capacités de l'enfant,
- de **soutenir** la parentalité.

Seule une suppléance efficace permettra à l'enfant de s'épanouir et peut-être de trouver un support de **résilience**. La force principale de la résilience réside dans la possibilité de vivre une vie personnellement et socialement acceptable voire réussie en dépit des épreuves et des souffrances ; ou même à cause de ces événements qui ont révélés aux victimes des ressources insoupçonnées. Force aussi pour les professionnels que ce changement de regard sur autrui, et donc de changement de méthode de travail, positivant et élargissant les pratiques. Cela amène :

- A ne plus voir seulement des problèmes , mais à détecter et à mobiliser les ressources
- A considérer, au-delà d'une série de problèmes, une personne, une famille ;
- A abandonner l'idée d'une fatalité, en matière de répétition transgénérationnelle par exemple, ou d'un déterminisme considérant que « tout est joué » à tel âge, ou à la suite de tel événement, en gardant à l'esprit les possibilités de croissance, même si ce qui s'est produit ne s'efface pas.

L'épanouissement de l'enfant est un but à court terme, mais il permettra aussi à long terme d'interrompre la transmission transgénérationnelle de la carence.

## **ANNEXES**

**LOI n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance (1)**

NOR : FAMX890034L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,  
L'Assemblée nationale a adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1<sup>er</sup>. - L'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé : « Missions et prestations du département en matière d'aide sociale à l'enfance. »

Art. 2. - I. - le quatrième alinéa (3<sup>o</sup>) de l'article 40 du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé :

« 3<sup>o</sup> Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs visés au deuxième alinéa (1<sup>o</sup>) du présent article ; ».

II. - Le quatrième alinéa (3<sup>o</sup>) du même article devient le cinquième alinéa (4<sup>o</sup>).

III. - Après le cinquième alinéa (4<sup>o</sup>) du même article, il est inséré un sixième alinéa (5<sup>o</sup>) ainsi rédigé :

« 5<sup>o</sup> Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à la protection de ceux-ci. »

Art. 3. - Au chapitre I<sup>er</sup> du titre II du code de la famille et de l'aide sociale, il est inséré une section V ainsi rédigée :

**« Section V**

**« Prévention des mauvais traitements  
à l'égard des mineurs et protection des mineurs maltraités**

« Art. 66. - Les missions définies au sixième alinéa (5<sup>o</sup>) de l'article 40 sont menées par le service de l'aide sociale à l'enfance, en liaison avec le service départemental de protection maternelle et infantile mentionné à l'article L. 148 du code de la santé publique et le service départemental d'action sociale mentionné à l'article 28 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ainsi qu'avec les autres services publics compétents.

« Art. 67. - Ces missions comportent notamment l'information et la sensibilisation de la population et des personnes concernées par les situations de mineurs maltraités ainsi que la publicité du dispositif de recueil d'informations prévu à l'article 68.

« Le président du conseil général peut faire appel aux associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille pour participer aux actions d'information et de sensibilisation prévues à l'alinéa précédent.

« Art. 68. - Le président du conseil général met en place, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département, un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux situations d'urgence, selon des modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'Etat dans le département.

« L'ensemble des services et établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs maltraités participent à cette coordination. Le président du conseil général peut, dans les mêmes conditions, requérir la collaboration des professionnels et des associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille.

« La collecte, la conservation et l'utilisation de ces informations ne peuvent être effectuées que pour assurer les missions prévues au sixième alinéa (5<sup>o</sup>) de l'article 40.

« Art. 69. - Lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements ou lorsqu'il est présumé l'être, et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance, le président du conseil général avise sans délai l'autorité judiciaire et, le cas échéant, lui fait connaître les actions déjà menées auprès du mineur et de la famille concernés.

« Art. 70. - Le président du conseil général informe les personnes qui lui ont communiqué des informations dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur activité professionnelle des suites qui leur ont été données.

« Sur leur demande, il fait savoir aux autres personnes l'ayant informé si une suite a été donnée.

« En cas de saisine de l'autorité judiciaire, il en informe par écrit les parents de l'enfant ou son représentant légal.

« Art. 71. - Un service d'accueil téléphonique gratuit est créé à l'échelon national par l'Etat, les départements et des personnes morales de droit public ou privé, qui constituent à cette fin un groupement d'intérêt public. Ce service concourt à la mission de prévention des mauvais traitements et de protection des mineurs maltraités prévue à la présente section. La convention constitutive du groupement prévoit des dispositions particulières pour adapter les conditions d'activité du service dans les départements d'outre-mer.

« Ce service répond, à tout moment, aux demandes d'information ou de conseil concernant les situations de mineurs maltraités ou présumés l'être. Il transmet immédiatement au président du conseil général, selon le dispositif mis en place en application de l'article 68, les informations qu'il recueille et les appréciations qu'il formule à propos de ces mineurs. A cette fin, le président du conseil général informe le groupement des modalités de fonctionnement permanent du dispositif départemental. Ce service établit une étude épidémiologique annuelle au vu des informations qu'il a recueillies et de celles qui lui ont été transmises dans les conditions prévues au quatrième alinéa du présent article.

« Le secret professionnel est applicable aux agents du service d'accueil téléphonique dans les conditions prévues à l'article 378 du code pénal. Le troisième alinéa de l'article 68 ci-dessus est également applicable aux informations recueillies par le service d'accueil téléphonique.

« La convention constitutive du groupement précise les conditions dans lesquelles le dispositif mentionné à l'article 68 transmet au service d'accueil téléphonique les informations qu'il recueille pour l'établissement de l'étude prévue au deuxième alinéa du présent article.

« Le service est assisté d'un comité technique composé des représentants du conseil d'administration du groupement d'intérêt public et des associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille ainsi que d'experts et de personnes qualifiées.

« Le comité technique est consulté sur l'organisation et l'activité du service, ainsi que sur les conditions de collaboration entre celui-ci et les départements. Il donne son avis préalablement à la publication de l'étude épidémiologique visée au deuxième alinéa du présent article.

« Outre les moyens mis à la disposition du service par les autres membres constituant le groupement, sa prise en charge financière est assurée à parts égales par l'Etat et les départements. La participation financière de chaque département est fixée par voie réglementaire en fonction de l'importance de la population, sous réserve des adaptations particulières aux départements d'outre-mer.

« L'affichage des coordonnées du service d'accueil téléphonique est obligatoire dans tous les établissements et services recevant de façon habituelle des mineurs.

« Art. 72. - Les dépenses résultant de l'application de la présente section constituent, pour le département, des dépenses obligatoires. »

Art. 4. - Les médecins, ainsi que l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les enseignants et les personnels de la police nationale et de la gendarmerie reçoivent une formation initiale et continue propre à leur permettre de répondre aux cas d'enfants maltraités et de prendre les mesures nécessaires de prévention et de protection qu'ils appellent. Cette formation est dispensée dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Art. 5. - L'article 59-1 du code de la famille et de l'aide sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les articles 55, 55-1, 56, 58 et le premier alinéa de l'article 59 sont applicables dans les cas visés aux articles 68 et 69. »

Art. 6. - Au chapitre II du titre II du code de la famille et de l'aide sociale, il est rétabli un article 78 ainsi rédigé :

« Art. 78. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le service de l'aide sociale à l'enfance d'un département accède aux demandes de renseignements relatives à une famille ou à un mineur formulées par le service de l'aide sociale à l'enfance d'un autre département pour l'accomplissement de ses missions. »

Art. 7. - Au chapitre II du titre II du code de la famille et de l'aide sociale, il est rétabli un article 79 ainsi rédigé :

« Art. 79. - Lorsqu'il est avisé par le juge des enfants d'une mesure d'assistance éducative prise en application des articles 375 à 375-8 du code civil, le président du conseil général lui communique les informations dont il dispose sur le mineur et sa situation familiale. »

Art. 8. - Dans le second alinéa de l'article 83 du code de la famille et de l'aide sociale, le mot : « pas » est supprimé.

Art. 9. - L'article 86 du code de la famille et de l'aide sociale est complété par un quatrième alinéa ainsi rédigé :

« Le département chargé de la prise en charge financière d'une mesure, en application des deuxième et troisième alinéas ci-dessus, assure celle-ci selon le tarif en vigueur dans le département où se trouve le lieu de placement de l'enfant. »

Art. 10. - L'article 94 du code de la famille et de l'aide sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas où les mineurs visés à l'article 93 du code de la famille et de l'aide sociale ont été confiés à des particuliers ou à des établissements en application des articles 375-3 et 375-5 du code civil, ils sont placés sous la protection conjointe du président du conseil général, dans les conditions prévues au présent article, et du juge des enfants. »

Art. 11. - Dans le cinquième alinéa (4<sup>o</sup>) de l'article 375-3 du code civil, les mots : « Au service départemental » sont remplacés par les mots : « A un service départemental ».

Art. 12. - L'article 433 du code civil est ainsi rédigé :

« Art. 433. - Si la tutelle reste vacante, le juge des tutelles la défère à l'Etat s'il s'agit d'un majeur, et au service de l'aide sociale à l'enfance s'il s'agit d'un mineur. »

Art. 13. - Il est inséré, dans le code de procédure pénale, un article 87-1 ainsi rédigé :

« Art. 87-1. - Le juge d'instruction saisi de faits commis volontairement à l'encontre d'un enfant mineur par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par l'un d'entre eux peut procéder à la désignation d'un administrateur *ad hoc* pour exercer, s'il y a lieu, au nom de l'enfant les droits reconnus à la partie civile. En cas de constitution de partie civile, le juge fait désigner un avocat d'office pour le mineur s'il n'en a pas déjà été choisi un.

« Les dispositions qui précèdent sont applicables à la juridiction de jugement. »

Art. 14. - Le premier alinéa de l'article 352 du code pénal est complété par les mots : « sauf si les circonstances du délaissement ont permis d'assurer la santé et la sécurité de celui-ci ».

Art. 15. - Le premier alinéa de l'article 39 *bis* de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse est complété par la phrase suivante :

« Il en est de même de l'identité et de la personnalité des enfants qui ont été exposés ou délaissés dans les conditions prévues par les articles 349, 350, les alinéas 1 à 3 de l'article 351, l'article 352 et l'alinéa 1 de l'article 353 du code pénal. »

Art. 16. - L'article 7 du code de procédure pénale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la victime est mineure et que le crime a été commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par une personne ayant autorité sur elle, le délai de prescription est réouvert ou court à nouveau à son profit, pour la même durée, à partir de sa majorité. »

Art. 17. - Le ministre chargé de la famille présentera au Parlement, avant le 30 juin 1992, et tous les trois ans à compter de cette date, un rapport rendant compte des résultats des recherches menées sur l'enfance maltraitée et proposant toutes mesures propres à en diminuer la fréquence et la gravité. Le même rapport établit un bilan de fonctionnement du dispositif départemental de recueil d'informations et du service d'accueil téléphonique visés aux articles 68 et 71 du code de la famille et de l'aide sociale.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 10 juillet 1989.

FRANÇOIS MITTERRAND

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,  
MICHEL ROCARD

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale,  
de la jeunesse et des sports,  
LIONEL JOSPIN

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,  
des finances et du budget,  
PIERRE BÉRÉGOVOY

Le garde des sceaux, ministre de la justice,  
PIERRE ARPAILLANGE

Le ministre de la défense,  
JEAN-PIERRE CHEVÈNEMENT

Le ministre de l'intérieur,  
PIERRE JOXE

Le ministre de la solidarité, de la santé  
et de la protection sociale,  
CLAUDE ÉVIN

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'intérieur,  
chargé des collectivités territoriales,  
JEAN-MICHEL BAYLET

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de la solidarité,  
de la santé et de la protection sociale,  
chargé de la famille,  
HÉLÈNE DORLHAC

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989  
et entrée en vigueur le 2 septembre 1990

## Texte

### PRÉAMBULE

*Les Etats parties à la présente Convention,*

*Considérant que, conformément aux principes proclamés dans la Charte des Nations Unies, la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine ainsi que l'égalité et le caractère inaliénable de leurs droits sont le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde,*

*Ayant présent à l'esprit le fait que les peuples des Nations Unies ont, dans la Charte, proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,*

*Reconnaissant que les Nations Unies, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,*

*Rappelant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations Unies ont proclamé que l'enfance a droit à une aide et à une assistance spéciales,*

*Convaincus que la famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres, et en particulier des enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté,*

*Reconnaissant que l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension,*

*Considérant qu'il importe de préparer pleinement l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, et de l'élever dans l'esprit des idéaux proclamés dans la Charte des Nations Unies, et en particulier dans un esprit de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité,*

*Ayant présent à l'esprit que la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et dans la Déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale le 20 novembre 1959, et qu'elle a été reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (en particulier aux articles 23 et 24), dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (en particulier à l'article 10) et dans les statuts et instruments pertinents des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se préoccupent du bien-être de l'enfant,*

*Ayant présent à l'esprit que, comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, «l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance».*

*Rappelant les dispositions de la Déclaration sur les principes sociaux et juridiques applicables à la protection et au bien-être des enfants, envisagés surtout sous l'angle des pratiques en matière d'adoption et de placement familial sur les plans national et international, de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing), et de la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé,*

## Résumé officieux des principales dispositions

### PRÉAMBULE

*Le préambule rappelle les principes fondamentaux des Nations Unies et les dispositions précises d'un certain nombre de traités et de textes relatifs aux droits de l'homme; il réaffirme le fait que les enfants ont besoin d'une protection et d'une attention particulières en raison de leur vulnérabilité; il souligne enfin plus particulièrement la responsabilité fondamentale qui incombe à la famille pour ce qui est des soins et de la protection, la nécessité d'une protection juridique et non juridique de l'enfant avant et après la naissance, l'importance du respect des valeurs culturelles de la communauté de l'enfant, et le rôle vital de la coopération internationale pour faire des droits de l'enfant une réalité.*

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

## Texte

*Reconnaissant* qu'il y a dans tous les pays du monde des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles, et qu'il est nécessaire d'accorder à ces enfants une attention particulière,

*Tenant dûment compte* de l'importance des traditions et valeurs culturelles de chaque peuple dans la protection et le développement harmonieux de l'enfant,

*Reconnaissant* l'importance de la coopération internationale pour l'amélioration des conditions de vie des enfants dans tous les pays, et en particulier dans les pays en développement,

*Sont convenus* de ce qui suit :

## PREMIÈRE PARTIE

### Article premier

Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.

### Article 2

1. Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

### Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2. Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

3. Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

### Article 4

Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en œuvre les droits reconnus dans la présente Convention. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, ils prennent ces mesures dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

## Résumé officieux des principales dispositions

### Définition de l'enfant

*Tout être humain jusqu'à l'âge de dix-huit ans, sauf si la loi nationale accorde la majorité plus tôt.*

### Non-discrimination

*Le principe que tous les droits doivent être accordés à tout enfant sans exception, et l'obligation pour l'Etat de protéger l'enfant contre toutes formes de discrimination. L'Etat s'engage à ne violer aucun des droits de l'enfant, et à prendre des mesures pour favoriser le respect de tous ceux-ci.*

### Intérêt supérieur de l'enfant

*Toute décision concernant un enfant doit tenir pleinement compte de l'intérêt supérieur de celui-ci. L'Etat doit assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être au cas où ses parents ou les autres personnes responsables de lui ne les assurent pas.*

### Exercice des droits

*L'obligation pour l'Etat d'assurer l'exercice des droits reconnus par la Convention.*

## CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

### Texte

#### Article 5

Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention.

#### Article 6

1. Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.
2. Les Etats parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.

#### Article 7

1. L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.
2. Les Etats parties veillent à mettre ces droits en œuvre conformément à leur législation nationale et aux obligations que leur imposent les instruments internationaux applicables en la matière, en particulier dans les cas où faute de cela l'enfant se trouverait apatride.

#### Article 8

1. Les Etats parties s'engagent à respecter le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris sa nationalité, son nom et ses relations familiales, tels qu'ils sont reconnus par loi, sans ingérence illégale.
2. Si un enfant est illégalement privé des éléments constitutifs de son identité ou de certains d'entre eux, les Etats parties doivent lui accorder une assistance et une protection appropriées, pour que son identité soit rétablie aussi rapidement que possible.

#### Article 9

1. Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.
2. Dans tous les cas prévus au paragraphe 1 du présent article, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.
3. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.
4. Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un Etat partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'Etat partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées.

### Résumé officieux des principales dispositions

#### Orientation de l'enfant et évolution de ses capacités

*L'obligation pour l'Etat de respecter les droits et responsabilités des parents et des membres de la famille élargie de guider l'enfant de manière compatible avec le développement de ses capacités.*

#### Survie et développement

*Le droit inhérent à la vie et l'obligation de l'Etat d'assurer la survie et le développement de l'enfant.*

#### Nom et nationalité

*Le droit à un nom dès la naissance et le droit à une nationalité.*

#### Protection de l'identité

*L'obligation de l'Etat de protéger et, le cas échéant, de rétablir les aspects fondamentaux de l'identité d'un enfant (nom, nationalité, relations familiales).*

#### Séparation d'avec les parents

*Le droit de l'enfant de vivre avec ses parents à moins que cela ne soit jugé incompatible avec son intérêt supérieur; le droit de maintenir des contacts avec ses deux parents s'il est séparé de l'un d'entre eux ou des deux; les obligations de l'Etat au cas où il est responsable des mesures ayant amené la séparation.*

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

## Texte

### Article 10

1. Conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, toute demande faite par un enfant ou ses parents en vue d'entrer dans un Etat partie ou de le quitter aux fins de réunification familiale est considérée par les Etats parties dans un esprit positif, avec humanité et diligence. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas de conséquences fâcheuses pour les auteurs de la demande et les membres de leur famille.

2. Un enfant dont les parents résident dans des Etats différents a le droit d'entretenir, sauf circonstances exceptionnelles, des relations personnelles et des contacts directs réguliers avec ses deux parents. A cette fin, et conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, les Etats parties respectent le droit qu'ont l'enfant et ses parents de quitter tout pays, y compris le leur, et de revenir dans leur propre pays. Le droit de quitter tout pays ne peut faire l'objet que des restrictions prescrites par la loi qui sont nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui, et qui sont compatibles avec les autres droits reconnus dans la présente Convention.

### Article 11

1. Les Etats parties prennent des mesures pour lutter contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger.

2. A cette fin, les Etats parties favorisent la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux ou l'adhésion aux accords existants.

### Article 12

1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'un organisme approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

### Article 13

1. L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant.

2. L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires:

- a) Au respect des droits ou de la réputation d'autrui; ou
- b) A la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publiques.

### Article 14

1. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion.

2. Les Etats parties respectent le droit et le devoir des parents ou, le cas échéant, des représentants légaux de l'enfant, de guider celui-ci dans l'exercice du droit susmentionné d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités.

## Résumé officieux des principales dispositions

### Réunification de la famille

*Le droit de l'enfant et de ses parents de quitter tout pays et d'entrer dans le leur aux fins de la réunification de la famille ou du maintien des relations entre l'enfant et ses parents.*

### Déplacements et non-retours illicites

*L'obligation de l'Etat de s'efforcer de lutter contre les raptés et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger perpétrés par un parent ou un tiers.*

### Opinion de l'enfant

*Le droit de l'enfant, dans toute question ou procédure le concernant, d'exprimer son opinion et de voir cette opinion prise en considération.*

### Liberté d'expression

*Le droit de l'enfant à recevoir et répandre informations et idées ainsi qu'à exprimer ses opinions, pour autant que cela ne porte pas atteinte aux droits d'autrui.*

### Liberté de pensée, de conscience et de religion

*Le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion, dans le respect du rôle de guide joué par les parents et des restrictions prescrites par la loi nationale.*

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

## Texte

3. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut être soumise qu'aux seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires pour préserver la sûreté publique, l'ordre public, la santé et la moralité publiques, ou les libertés et droits fondamentaux d'autrui.

### Article 15

1. Les Etats parties reconnaissent les droits de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique.

2. L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires dans une société démocratique, dans l'intérêt de la sécurité nationale, de la sûreté publique ou de l'ordre public, ou pour protéger la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui.

### Article 16

1. Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.

2. L'enfant a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

### Article 17

Les Etats parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. A cette fin, les Etats parties:

a) Encouragent les médias à diffuser une information et des matériels qui présentent une utilité sociale et culturelle pour l'enfant et répondent à l'esprit de l'article 29;

b) Encouragent la coopération internationale en vue de produire, d'échanger et de diffuser une information et des matériels de ce type provenant de différentes sources culturelles, nationales et internationales;

c) Encouragent la production et la diffusion de livres pour enfants;

d) Encouragent les médias à tenir particulièrement compte des besoins linguistiques des enfants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire;

e) Favorisent l'élaboration de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être, compte tenu des dispositions des articles 13 et 18.

### Article 18

1. Les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.

2. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises.

## Résumé officieux des principales dispositions

### Liberté d'association

*Le droit des enfants à se réunir et à former des associations, à condition que les droits d'autrui soient respectés.*

### Protection de la vie privée

*Le droit à ne pas faire l'objet d'immixtions dans la vie privée, la famille, le domicile et la correspondance, ni d'atteintes illégales à l'honneur.*

### Accès à une information appropriée

*Le rôle des médias dans la diffusion, à l'intention des enfants, d'informations conformes à leur bien-être moral, à la connaissance des peuples et à la compréhension parmi les peuples, et qui respectent leur culture. L'Etat doit prendre des mesures d'encouragement à cet égard et protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être.*

### Responsabilités des parents

*Le principe que la responsabilité d'élever l'enfant incombe au premier chef et conjointement aux deux parents, et l'obligation de l'Etat de les aider à accomplir ce devoir.*

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

## Texte

### Article 19

1. Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

2. Ces mesures de protection comprendront, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire.

### Article 20

1. Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat.

2. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale.

3. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la *kafalah* de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.

### Article 21

Les Etats parties qui admettent et/ou autorisent l'adoption s'assurent que l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale en la matière, et:

a) Veillent à ce que l'adoption d'un enfant ne soit autorisée que par les autorités compétentes, qui vérifient, conformément à la loi et aux procédures applicables et sur la base de tous les renseignements fiables relatifs au cas considéré, que l'adoption peut avoir lieu eu égard à la situation de l'enfant par rapport à ses père et mère, parents et représentants légaux et que, le cas échéant, les personnes intéressées ont donné leur consentement à l'adoption en connaissance de cause, après s'être entourées des avis nécessaires;

b) Reconnassent que l'adoption à l'étranger peut être envisagée comme un autre moyen d'assurer les soins nécessaires à l'enfant, si celui-ci ne peut, dans son pays d'origine, être placé dans une famille nourricière ou adoptive ou être convenablement élevé;

c) Veillent, en cas d'adoption à l'étranger, à ce que l'enfant ait le bénéfice de garanties et de normes équivalant à celles existant en cas d'adoption nationale;

d) Prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que, en cas d'adoption à l'étranger, le placement de l'enfant ne se traduise pas par un profit matériel indu pour les personnes qui en sont responsables;

e) Poursuivent les objectifs du présent article en concluant des arrangements ou des accords bilatéraux ou multilatéraux, selon les cas, et s'efforcent dans ce cadre de veiller à ce que les placements d'enfants à l'étranger soient effectués par des autorités ou des organes compétents.

## Résumé officieux des principales dispositions

### Protection contre les mauvais traitements

*L'obligation de l'Etat de protéger l'enfant contre toutes formes de mauvais traitements perpétrés par ses parents ou par toute autre personne à qui il est confié, et d'établir des programmes de prévention et de traitement à cet égard.*

### Protection de l'enfant privé de son milieu familial

*L'obligation de l'Etat d'assurer une protection spéciale à l'enfant privé de son milieu familial et de veiller à ce qu'il bénéficie d'une protection familiale de remplacement ou d'un placement dans un établissement approprié, en tenant compte de l'origine culturelle de l'enfant.*

### Adoption

*Dans les pays où l'adoption est admise et/ou autorisée, elle ne peut avoir lieu que dans l'intérêt supérieur de l'enfant et lorsque sont réunies toutes les garanties nécessaires, ainsi que toutes les autorisations des autorités compétentes.*

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

## Texte

### Article 22

1. Les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention et les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ou de caractère humanitaire auxquels lesdits Etats sont parties.

2. A cette fin, les Etats parties collaborent, selon qu'ils le jugent nécessaire, à tous les efforts faits par l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations intergouvernementales ou non gouvernementales compétentes collaborant avec l'Organisation des Nations Unies pour protéger et aider les enfants qui se trouvent en pareille situation et pour rechercher les père et mère ou autres membres de la famille de tout enfant réfugié en vue d'obtenir les renseignements nécessaires pour le réunir à sa famille. Lorsque ni le père, ni la mère, ni aucun autre membre de la famille ne peut être retrouvé, l'enfant se voit accorder, selon les principes énoncés dans la présente Convention, la même protection que tout autre enfant définitivement ou temporairement privé de son milieu familial pour quelque raison que ce soit.

### Article 23

1. Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

2. Les Etats parties reconnaissent le droit des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié.

3. Eu égard aux besoins particuliers des enfants handicapés, l'aide fournie conformément au paragraphe 2 du présent article est gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et elle est conçue de telle sorte que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

4. Dans un esprit de coopération internationale, les Etats parties favorisent l'échange d'informations pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux Etats parties d'améliorer leurs capacités et leurs compétences et d'élargir leur expérience dans ces domaines. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

### Article 24

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

- a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;
- b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

## Résumé officieux des principales dispositions

### Enfants réfugiés

*La protection spéciale à accorder à l'enfant qui est réfugié ou qui cherche à obtenir le statut de réfugié, et l'obligation de l'Etat de collaborer avec les organisations compétentes ayant pour mandat d'assurer cette protection.*

### Enfants handicapés

*Le droit des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux ainsi que d'une éducation et d'une formation appropriées qui favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la communauté.*

### Santé et services médicaux

*Le droit de l'enfant de jouir de la meilleure santé possible et de bénéficier de services médicaux et de réadaptation, avec un accent particulier sur les soins de santé primaires et les soins préventifs, l'information de la population ainsi que la diminution de la mortalité infantile. L'obligation de l'Etat de favoriser l'abolition des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. L'ac-*

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

## Texte

c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;

d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;

e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

### Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

### Article 26

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

### Article 27

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

2. C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant.

3. Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en œuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.

4. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées en vue d'assurer le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant auprès de ses parents ou des autres personnes ayant une responsabilité financière à son égard, que ce soit sur leur territoire ou à l'étranger. En particulier, pour tenir compte des cas où la personne qui a une responsabilité financière à l'égard de l'enfant vit dans un Etat autre que celui de l'enfant, les Etats parties favorisent l'adhésion à des accords internationaux ou la conclusion de tels accords ainsi que l'adoption de tous autres arrangements appropriés.

## Résumé officieux des principales dispositions

### *Santé et services de santé (suite)*

*cent est mis sur la nécessité, pour assurer le respect de ce droit, de la coopération internationale.*

### Révision du placement

*Le droit de l'enfant placé par les autorités compétentes, à des fins de soins, de protection ou de traitement, à une révision périodique de tous les aspects du placement.*

### Sécurité sociale

*Le droit de l'enfant de bénéficier de la sécurité sociale.*

### Niveau de vie

*Le droit de l'enfant à un niveau de vie adéquat, la responsabilité primordiale des parents de le lui assurer, et l'obligation de l'Etat de faire en sorte que ces responsabilités puissent raisonnablement être assumées et soient assumées dans les faits, si nécessaire par le recouvrement de la pension alimentaire.*

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

## Texte

c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;

d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;

e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

### Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

### Article 26

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

### Article 27

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

2. C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant.

3. Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en œuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.

4. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées en vue d'assurer le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant auprès de ses parents ou des autres personnes ayant une responsabilité financière à son égard, que ce soit sur leur territoire ou à l'étranger. En particulier, pour tenir compte des cas où la personne qui a une responsabilité financière à l'égard de l'enfant vit dans un Etat autre que celui de l'enfant, les Etats parties favorisent l'adhésion à des accords internationaux ou la conclusion de tels accords ainsi que l'adoption de tous autres arrangements appropriés.

## Résumé officieux des principales dispositions

### *Santé et services de santé (suite)*

*Cent est mis sur la nécessité, pour assurer le respect de ce droit, de la coopération internationale.*

### Révision du placement

*Le droit de l'enfant placé par les autorités compétentes, à des fins de soins, de protection ou de traitement, à une révision périodique de tous les aspects du placement.*

### Sécurité sociale

*Le droit de l'enfant de bénéficier de la sécurité sociale.*

### Niveau de vie

*Le droit de l'enfant à un niveau de vie adéquat, la responsabilité primordiale des parents de le lui assurer, et l'obligation de l'Etat de faire en sorte que ces responsabilités puissent raisonnablement être assumées et soient assumées dans les faits, si nécessaire par le recouvrement de la pension alimentaire.*

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

## Texte

### Article 31

1. Les Etats parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge, et de participer librement à la vie culturelle et artistique.

2. Les Etats parties respectent et favorisent le droit de l'enfant de participer pleinement à la vie culturelle et artistique, et encouragent l'organisation à son intention de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques et culturelles, dans des conditions d'égalité.

### Article 32

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

2. Les Etats parties prennent des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives pour assurer l'application du présent article. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des autres instruments internationaux, les Etats parties, en particulier:

- a) Fixent un âge minimum ou des âges minimums d'admission à l'emploi;
- b) Prévoient une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi;
- c) Prévoient des peines ou autres sanctions appropriées pour assurer l'application effective du présent article.

### Article 33

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances.

### Article 34

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

- a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale;
- b) Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales;
- c) Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.

### Article 35

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit.

### Article 36

Les Etats parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien-être.

## Résumé officieux des principales dispositions

### Loisirs, activités récréatives et culturelles

*Le droit de l'enfant aux loisirs, au jeu et à la participation à des activités culturelles et artistiques.*

### Travail des enfants

*L'obligation de l'Etat de protéger l'enfant contre tout travail mettant en danger sa santé, son éducation ou son développement, d'établir des âges minimaux d'admission à l'emploi et de spécifier les conditions d'emploi.*

### Consommation et trafic de drogues

*Le droit de l'enfant d'être protégé contre la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes, et contre son utilisation dans la production et la distribution de telles substances.*

### Exploitation sexuelle

*Le droit de l'enfant d'être protégé contre la violence et l'exploitation sexuelles, y compris la prostitution et la participation à toute production pornographique.*

### Vente, traite et enlèvement

*L'obligation de l'Etat de tout faire pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants.*

### Autres formes d'exploitation

*Le droit de l'enfant d'être protégé de toute autre forme d'exploitation non couverte dans les articles 32, 33, 34 et 35.*

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

## Texte

### Article 37

Les Etats parties veillent à ce que:

- a) Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans;
- b) Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible;
- c) Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on n'estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par des visites, sauf circonstances exceptionnelles;
- d) Les enfants privés de liberté aient le droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de leur privation de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale, et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.

### Article 38

1. Les Etats parties s'engagent à respecter et à faire respecter les règles du droit humanitaire international qui leur sont applicables en cas de conflit armé et dont la protection s'étend aux enfants.
2. Les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans ne participent pas directement aux hostilités.
3. Les Etats parties s'abstiennent d'enrôler dans leurs forces armées toute personne n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans. Lorsqu'ils incorporent des personnes de plus de quinze ans mais de moins de dix-huit ans, les Etats parties s'efforcent d'enrôler en priorité les plus âgées.
4. Conformément à l'obligation qui leur incombe en vertu du droit humanitaire international de protéger la population civile en cas de conflit armé, les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour que les enfants qui sont touchés par un conflit armé bénéficient d'une protection et de soins.

### Article 39

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

### Article 40

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser son sens de la dignité et de la valeur personnelle, qui renforce son respect pour les droits de l'homme et les libertés fondamentales d'autrui, et qui tienne compte de son âge ainsi que de la nécessité de faciliter sa réintégration dans la société et de lui faire assumer un rôle constructif au sein de celle-ci.

## Résumé officieux des principales dispositions

### Torture et privation de liberté

*L'interdiction de la torture, des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, de la peine capitale, de l'emprisonnement à vie et de l'arrestation ou de la détention illégales ou arbitraires. Les principes de traitement appropriés, de la séparation d'avec les détenus adultes, du contact avec la famille et de l'accès rapide à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée.*

### Conflits armés

*L'obligation de l'Etat de respecter et de faire respecter les règles du droit humanitaire qui s'appliquent aux enfants. Le principe qu'aucun enfant de moins de quinze ans ne participe directement aux hostilités ou ne soit enrôlé dans les forces armées, et que tout enfant affecté par un conflit armé bénéficie de protection et de soins.*

### Réadaptation et réinsertion

*L'obligation de l'Etat de faire en sorte que les enfants victimes de conflit armé, de torture, de négligence, d'exploitation ou de sévices bénéficient de traitements appropriés pour assurer leur réadaptation et leur réinsertion sociale.*

### Administration de la justice pour mineurs

*Le droit de tout enfant suspecté ou reconnu coupable d'avoir commis un délit de voir ses droits fondamentaux respectés et, en particulier, son droit à bénéficier de toutes les garanties d'une*

## CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

### Texte

2. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des instruments internationaux, les Etats parties veillent en particulier:

a) A ce qu'aucun enfant ne soit suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale en raison d'actions ou d'omissions qui n'étaient pas interdites par le droit national ou international au moment où elles ont été commises;

b) A ce que tout enfant suspecté ou accusé d'infraction à la loi pénale ait au moins le droit aux garanties suivantes:

- i) Etre présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie;
- ii) Etre informé dans le plus court délai et directement des accusations portées contre lui, ou, le cas échéant, par l'intermédiaire de ses parents ou représentants légaux, et bénéficier d'une assistance juridique ou de toute autre assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense;
- iii) Que sa cause soit entendue sans retard par une autorité ou une instance judiciaire compétentes, indépendantes et impartiales, selon une procédure équitable aux termes de la loi, en présence de son conseil juridique ou autre et, à moins que cela ne soit jugé contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant en raison notamment de son âge ou de sa situation, en présence de ses parents ou représentants légaux;
- iv) Ne pas être contraint de témoigner ou de s'avouer coupable; interroger ou faire interroger les témoins à charge, et obtenir la comparution et l'interrogatoire des témoins à décharge dans des conditions d'égalité;
- v) S'il est reconnu avoir enfreint la loi pénale, faire appel de cette décision et de toute mesure arrêtée en conséquence devant une autorité ou une instance judiciaire supérieure compétentes, indépendantes et impartiales, conformément à la loi;
- vi) Se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend ou ne parle pas la langue utilisée;
- vii) Que sa vie privée soit pleinement respectée à tous les stades de la procédure.

3. Les Etats parties s'efforcent de promouvoir l'adoption de lois, de procédures, la mise en place d'autorités et d'institutions spécialement conçues pour les enfants suspectés, accusés ou convaincus d'infraction à la loi pénale, et en particulier:

a) D'établir un âge minimum au-dessous duquel les enfants seront présumés n'avoir pas la capacité d'enfreindre la loi pénale;

b) De prendre des mesures, chaque fois que cela est possible et souhaitable, pour traiter ces enfants sans recourir à la procédure judiciaire, étant cependant entendu que les droits de l'homme et les garanties légales doivent être pleinement respectés.

4. Toute une gamme de dispositions, relatives notamment aux soins, à l'orientation et à la supervision, aux conseils, à la probation, au placement familial, aux programmes d'éducation générale et professionnelle et aux solutions autres qu'institutionnelles seront prévues en vue d'assurer aux enfants un traitement conforme à leur bien-être et proportionné à leur situation et à l'infraction.

### Article 41

Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus propices à la réalisation des droits de l'enfant qui peuvent figurer :

- a) Dans la législation d'un Etat partie; ou
- b) Dans le droit international en vigueur pour cet Etat.

### Résumé officieux des principales dispositions

#### *Administration de la justice pour mineurs (suite)*

*procédure régulière, y compris de bénéficier d'une assistance juridique ou de toute autre assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense. Le principe d'éviter, chaque fois que cela est possible et approprié, de recourir à la procédure judiciaire et au placement en institution.*

#### Respect des normes déjà établies

*Le principe selon lequel, au cas où une disposition figurant dans la législation d'un Etat partie ou dans un instrument international en vigueur pour cet Etat est plus favorable que la disposition analogue dans cette convention, c'est cette norme plus favorable qui prime.*

# CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

## Texte

### DEUXIÈME PARTIE

#### Article 42

Les Etats parties s'engagent à faire largement connaître les principes et les dispositions de la présente Convention, par des moyens actifs et appropriés, aux adultes comme aux enfants.

#### Article 43

1. Aux fins d'examiner les progrès accomplis par les Etats parties dans l'exécution des obligations contractées par eux en vertu de la présente Convention, il est institué un Comité des droits de l'enfant qui s'acquitte des fonctions définies ci-après.

2. Le Comité se compose de dix experts de haute moralité et possédant une compétence reconnue dans le domaine visé par la présente Convention. Ses membres sont élus par les Etats parties parmi leurs ressortissants et siègent à titre personnel, compte tenu de la nécessité d'assurer une répartition géographique équitable et eu égard aux principaux systèmes juridiques.

3. Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de personnes désignées par les Etats parties. Chaque Etat partie peut désigner un candidat parmi ses ressortissants.

4. La première élection aura lieu dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Les élections auront lieu ensuite tous les deux ans. Quatre mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invitera par écrit les Etats parties à proposer leurs candidats dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dressera ensuite la liste alphabétique des candidats ainsi désignés, en indiquant les Etats parties qui les ont désignés, et la communiquera aux Etats parties à la présente Convention.

5. Les élections ont lieu lors des réunions des Etats parties, convoquées par le Secrétaire général au Siège de l'Organisation des Nations Unies. A ces réunions, pour lesquelles le quorum est constitué par les deux tiers des Etats parties, les candidats élus au Comité sont ceux qui obtiennent le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des voix des Etats parties présents et votants.

6. Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Ils sont rééligibles si leur candidature est présentée à nouveau. Le mandat de cinq des membres élus lors de la première élection prend fin au bout de deux ans. Les noms de ces cinq membres seront tirés au sort par le président de la réunion immédiatement après la première élection.

7. En cas de décès ou de démission d'un membre du Comité, ou si, pour toute autre raison, un membre déclare ne plus pouvoir exercer ses fonctions au sein du Comité, l'Etat partie qui avait présenté sa candidature nomme un autre expert parmi ses ressortissants pour pourvoir le poste ainsi vacant jusqu'à l'expiration du mandat correspondant, sous réserve de l'approbation du Comité.

8. Le Comité adopte son règlement intérieur.

9. Le Comité élit son bureau pour une période de deux ans.

10. Les réunions du Comité se tiennent normalement au Siège de l'Organisation des Nations Unies, ou en tout autre lieu approprié déterminé par le Comité. Le Comité se réunit normalement chaque année. La durée de ses sessions est déterminée et modifiée, si nécessaire, par une réunion des Etats parties à la présente Convention, sous réserve de l'approbation de l'Assemblée générale.

11. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les installations qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention.

## Résumé officieux des principales dispositions

### Application et entrée en vigueur

*Les dispositions des articles 42 à 54 prévoient notamment les points suivants:*

1) *L'obligation de l'Etat de faire largement connaître les droits contenus dans la Convention, aux adultes comme aux enfants.*

2) *La création d'un Comité des droits de l'enfant composé de dix experts chargés d'examiner les rapports que les Etats parties à la Convention devront soumettre deux ans après la ratification et tous les cinq ans par la suite. La Convention entre en vigueur une fois que 20 pays l'ont ratifiée, et c'est alors que le Comité est constitué.*

3) *Les Etats parties assurent à leurs rapports une large diffusion dans leur pays.*

4) *Le Comité peut proposer que des études spéciales soient entreprises sur des questions relatives aux droits de l'enfant. Il peut faire connaître ses suggestions et recommandations à tout Etat partie concerné ainsi qu'à l'Assemblée générale.*

5) *Afin de «promouvoir l'application effective de la Convention et [d']encourager la coopération internationale», les institutions spécialisées des Nations Unies (telles que l'OIT, l'OMS et l'UNESCO) ainsi que l'UNICEF peuvent assister aux réunions du Comité. Ils peuvent — ainsi que tout autre organisme jugé «compétent», y compris les ONG dotées de statut consultatif auprès des Nations Unies et les organismes des Nations Unies tels que le HCR — soumettre des informations pertinentes au Comité et se voir inviter à donner leur avis afin d'assurer la meilleure application possible de la Convention.*

## CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

### Texte

12. Les membres du Comité institué en vertu de la présente Convention reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale, des émoluments prélevés sur les ressources de l'Organisation des Nations Unies dans les conditions et selon les modalités fixées par l'Assemblée générale.

### Article 44

1. Les Etats parties s'engagent à soumettre au Comité, par l'entremise du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, des rapports sur les mesures qu'ils auront adoptées pour donner effet aux droits reconnus dans la présente Convention et sur les progrès réalisés dans la jouissance de ces droits:

a) Dans les deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de la présente Convention pour les Etats parties intéressés,

b) Par la suite, tous les cinq ans.

2. Les rapports établis en application du présent article doivent, le cas échéant, indiquer les facteurs et les difficultés empêchant les Etats parties de s'acquitter pleinement des obligations prévues dans la présente Convention. Ils doivent également contenir des renseignements suffisants pour donner au Comité une idée précise de l'application de la Convention dans le pays considéré.

3. Les Etats parties ayant présenté au Comité un rapport initial complet n'ont pas, dans les rapports qu'ils lui présentent ensuite conformément à l'alinéa b du paragraphe 1 du présent article, à répéter les renseignements de base antérieurement communiqués.

4. Le Comité peut demander aux Etats parties tous renseignements complémentaires relatifs à l'application de la Convention.

5. Le Comité soumet tous les deux ans à l'Assemblée générale, par l'entremise du Conseil économique et social, un rapport sur ses activités.

6. Les Etats parties assurent à leurs rapports une large diffusion dans leur propre pays.

### Article 45

Pour promouvoir l'application effective de la Convention et encourager la coopération internationale dans le domaine visé par la Convention:

a) Les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies ont le droit de se faire représenter lors de l'examen de l'application des dispositions de la présente Convention qui relèvent de leur mandat. Le Comité peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et tous autres organismes compétents qu'il jugera appropriés à donner des avis spécialisés sur l'application de la Convention dans les domaines qui relèvent de leurs mandats respectifs. Il peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies à lui présenter des rapports sur l'application de la Convention dans les secteurs qui relèvent de leur domaine d'activité;

b) Le Comité transmet, s'il le juge nécessaire, aux institutions spécialisées, au Fonds des Nations Unies pour l'enfance et aux autres organismes compétents tout rapport des Etats parties contenant une demande ou indiquant un besoin de conseils ou d'assistance techniques, accompagné, le cas échéant, des observations et suggestions du Comité touchant ladite demande ou indication;

c) Le Comité peut recommander à l'Assemblée générale de prier le Secrétaire général de procéder pour le Comité à des études sur des questions spécifiques touchant les droits de l'enfant;

## CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

### Texte

d) Le Comité peut faire des suggestions et des recommandations d'ordre général fondées sur les renseignements reçus en application des articles 44 et 45 de la présente Convention. Ces suggestions et recommandations d'ordre général sont transmises à tout Etat partie intéressé et portées à l'attention de l'Assemblée générale, accompagnées, le cas échéant, des observations des Etats parties.

### TROISIÈME PARTIE

#### Article 46

La présente Convention est ouverte à la signature de tous les Etats.

#### Article 47

La présente Convention est sujette à ratification. Les instruments de ratification seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

#### Article 48

La présente Convention restera ouverte à l'adhésion de tout Etat. Les instruments d'adhésion seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

#### Article 49

1. La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra la date du dépôt auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.

2. Pour chacun des Etats qui ratifieront la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, la Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra le dépôt par cet Etat de son instrument de ratification ou d'adhésion.

#### Article 50

1. Tout Etat partie peut proposer un amendement et en déposer le texte auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Secrétaire général communique alors la proposition d'amendement aux Etats parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des Etats parties en vue de l'examen de la proposition et de sa mise aux voix. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des Etats parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par la majorité des Etats parties présents et votants à la conférence est soumis pour approbation à l'Assemblée générale.

2. Tout amendement adopté conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article entre en vigueur lorsqu'il a été approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies et accepté par une majorité des deux tiers des Etats parties.

3. Lorsqu'un amendement entre en vigueur, il a force obligatoire pour les Etats parties qui l'ont accepté, les autres Etats parties demeurant liés par les dispositions de la présente Convention et par tous amendements antérieurs acceptés par eux.

## **CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT**

---

### Texte

#### Article 51

1. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies recevra et communiquera à tous les Etats le texte des réserves qui auront été faites par les Etats au moment de la ratification ou de l'adhésion.
2. Aucune réserve incompatible avec l'objet et le but de la présente Convention n'est autorisée.
3. Les réserves peuvent être retirées à tout moment par notification adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, lequel en informe tous les Etats parties à la Convention. La notification prend effet à la date à laquelle elle est reçue par le Secrétaire général.

#### Article 52

Tout Etat partie peut dénoncer la présente Convention par notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle la notification a été reçue par le Secrétaire général.

#### Article 53

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est désigné comme dépositaire de la présente Convention.

#### Article 54

L'original de la présente Convention, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

En foi de quoi les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé la présente Convention.

## POURQUOI ?

Extrait de la brochure de l'O.N.E. :

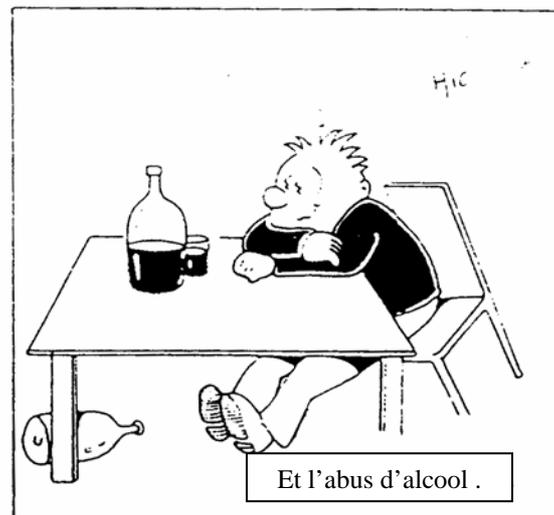
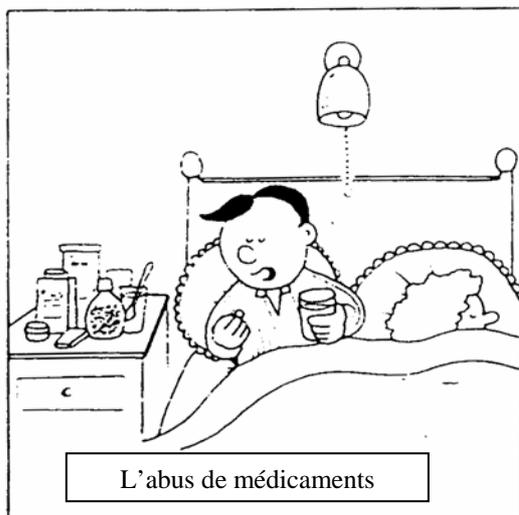
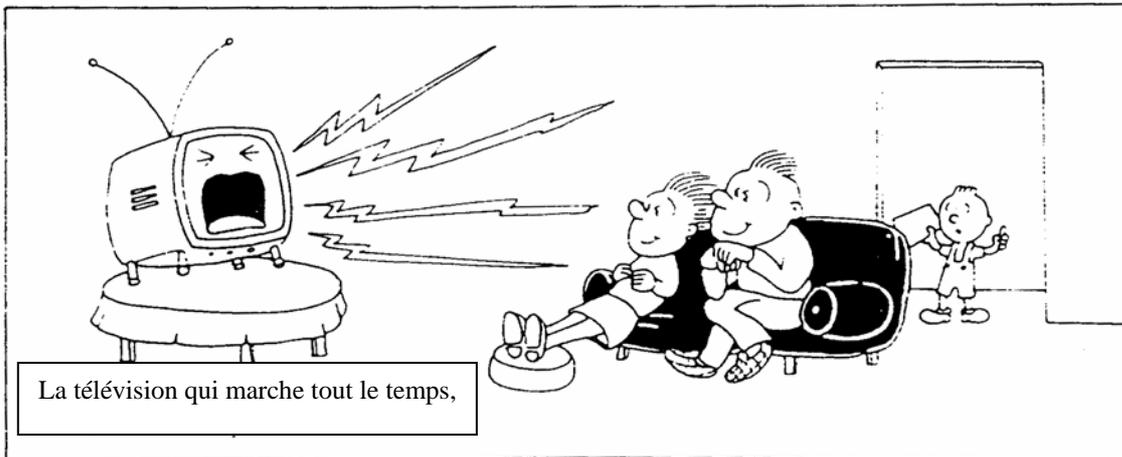
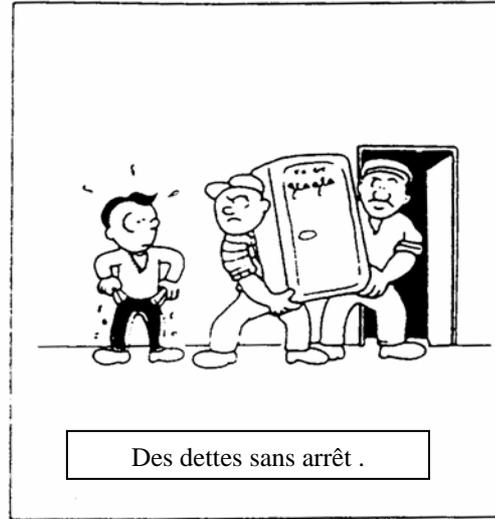
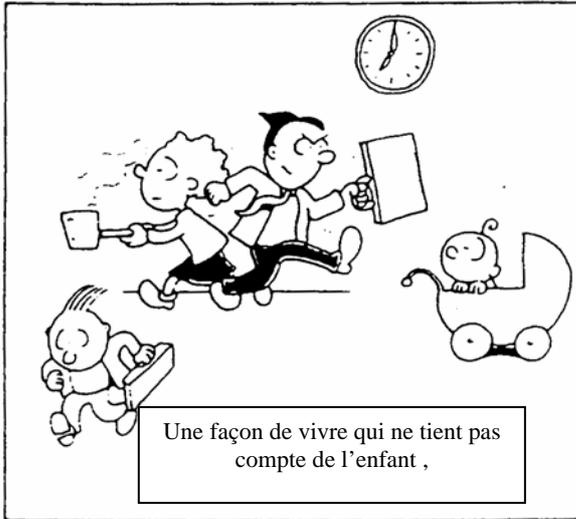
« ATTENTION FRAGILE ! »

## Pourquoi ?

Certaines situations qui se répètent ou s'accumulent peuvent nous pousser à bout et provoquer en nous des réactions imprévisibles ou même brutales.

Par exemple :





*Qu'est-ce qu'un C.A.M.S.P. ?*

*Centre d'Action Médico-Sociale Précoce*

Les C.A.M.S.P. ont pour objet

↳ le dépistage

↳ la cure ambulatoire

↳ la rééducation

des enfants du 1er et 2ème âge (0 à 6 ans)

qui présentent des déficits

↳ sensoriels

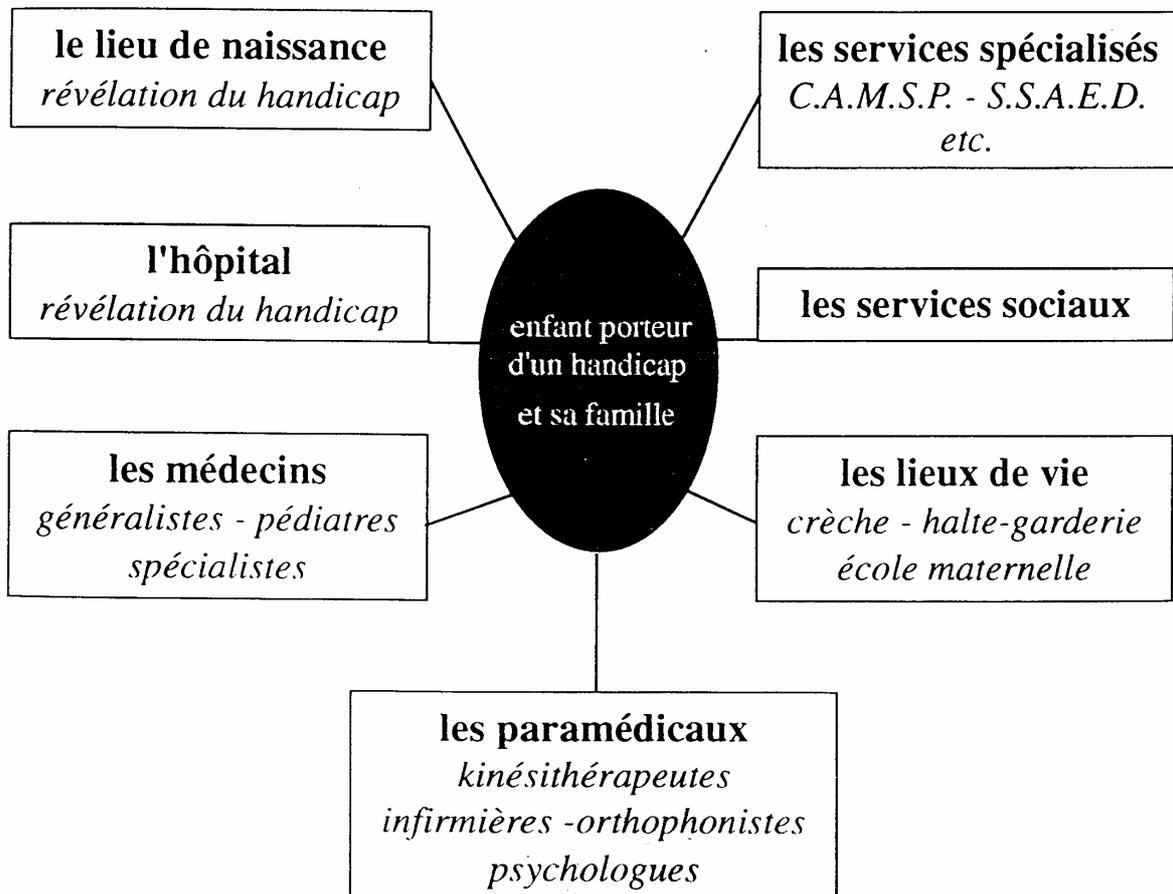
↳ moteurs

↳ mentaux

Article 1 de l'annexe XXXII bis  
Décret d'application du 15 avril 1976  
de la "loi d'orientation en faveur des personnes handicapées" du 30 juin 1975

*Qui fait de l'action  
médico-sociale précoce ?*

Tout professionnel qui est en contact  
avec un jeune enfant handicapé et sa famille



**Nul ne peut échapper**

à la réflexion sur l'accueil du jeune enfant handicapé  
aux répercussions de nos paroles et de nos attitudes

## Le C.A.M.S.P. de Saint-Sébastien

### Plus de 10 ans d'activité

Le C.A.M.S.P. de Saint-Sébastien a ouvert ses portes le 15 février 1982.

#### *Historique :*

Par délibération en date du 25 juin 1981, le Conseil Général de Loire-Atlantique a pris la décision de procéder à la création d'un Centre d'Action Médico-sociale Précoce installé au sein du Foyer Départemental de l'Enfance (22 rue Robert Douineau, à Saint-Sébastien). Le dossier a été présenté et défendu en Commission Régionale des Interventions Sociales et Médico-Sociales, qui a accordé son avis favorable le 14 octobre 1981.

L'équipe a été constituée par convention entre différents établissements pour les prestations de personnel.

Le C.A.M.S.P. de Saint Sébastien est un établissement départemental ; il est financé :

- à 80% par la sécurité sociale
  - à 20% par le Département
- (Direction des Interventions Sanitaires et Sociales)

*Socialisation des enfants*

**Chaque fois que cela est possible,  
l'enfant est intégré**

☞ en crèche

☞ en halte-garderie

☞ en école maternelle

*Orientation des enfants*

**A sa sortie du C.A.M.S.P., l'enfant est orienté,**

**- après accord de la C.D.E.S.**

(Commission Départementale d'Education Spéciale)

**- en accord avec la famille**

**vers une structure, service de soins  
ou établissement, qui corresponde à son handicap**

**structure A.P.F.**

(Association des Paralysés de France)

**A.D.A.P.E.I.**

(Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés)

**A.P.A.J.H.**

(Association pour Adultes et Jeunes Handicapés)

**la Civelière**

**les Hauts Thébaudières**

**intersecteur pédo-psychiatrique**

*Le C.A.M.S.P. de Saint-Sébastien*

**Une équipe pluridisciplinaire de professionnels  
qui accueille l'enfant et sa famille**

---

- ➔ secrétaire médico-sociale
- ➔ médecins spécialisés
- ➔ assistants sociaux
- ➔ psychologues
- ➔ kinésithérapeutes
- ➔ orthophonistes
- ➔ éducatrices de jeunes enfants

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1**      **Caroline REY, B. BADER-MEUNIER, C. EPELBAUM**  
« *Maltraitance à enfants et adolescents* »  
Collection Conduites, Editions Doin, 2001
- 2**      **D. GOSSET, V. HEDOUIN, E. REVUELTA, M. DE SURMONT**  
« *Maltraitance à enfants* »  
Editions Masson, 1997
- 3**      **Dr D. GIRODET**  
« *Conduite à tenir en présence d'un enfant maltraité ou négligé* »  
Revue du Praticien – 1989 – N°39 – p. 1823-1826
- 4**      **Stephen J. ROSE**  
« *Reconnaître l'enfant maltraité et négligé* »  
Atlas de Poche, MEDSI
- 5**      **M. MANCIAUX, P. STRAUSS**  
« *L'enfant maltraité* »  
Editions Fleurus – 1992
- 6**      **D. AGOSTINI**  
« *L'enfant, les erinnyes, les méduses* »  
Handicap et inadaptable - Les cahiers du CTNERHI – N°40 – 1987
- 7**      **C. ROBERT-TISSOT, S. RUSCONI-SERPA**  
« *Interaction du nourrisson avec ses partenaires* »  
EMC, 37-190 – B-60, Edition 2000
- 8**      **B. GOLSE**  
« *Dépression chez le nourrisson* »  
EMC (Paris), 37-201 A, Editions 1995

- 9** « **Colloque sur la carence affective** »  
9 Juin 1998
- 10** **Manuel MEROC**  
« *Manque de soins et sévices à enfants* »  
Art 193 – p. 2034 à 2037
- 11** **Dr Y. GAUTHIER**  
« *Définition de la carence affective selon Michel Lemay* »  
Cours
- 12** **H. DUBOWITZ**  
« *Preventing Child Neglect and Physical Abuse : a Role for Pediatricians* »  
Pediatrics in Review – Vol 23 N°6 – June 1982
- 13** **H. DUBOWITZ, Mia A. POPAS, M.M. BLACK, R.H. STAN**  
« *Child Neglect : Outcomes in High Risk Urban Preschoolers* »  
Pediatrics Vol 109 N°6 - June 2002
- 14** **H. DUBOWITZ, A. GIARDINO, E. GUSTAVSEN**  
« *Child Neglect Guidanle for Pediatricians* »  
Pediatrics in Review Vol 21 N°4 - April 2000
- 15** **G. DIORIO, G. FORTIN**  
« *Croissance et développement, indices d'abus et de négligence chez l'enfant de la naissance à 5 ans* »  
Hôpital Ste Justine – Université de Montréal
- 16** **JL. CHAUSSAIN**  
« *Retard de croissance staturale et pondérale* »  
Universités francophones, Editions Ellipse – 1998

- 17 G. PONSOT**  
« *Retard psychomoteur du nourrisson – Conduite à tenir* »  
Universités francophones, Editions Ellipse – 1998
- 18 Y. AUJARD, A. BOURILLON, J. GAUDELIN**  
« *Pédiatrie* »  
Universités francophones, Editions Ellipse – 1998
- 19 A. BOURILLON**  
« *Pédiatrie par le praticien* »  
3ème Edition Masson  
p. 201 : Retard de croissance  
p. 379 : Retard de croissance pondérale et malnutrition  
p. 471 : Troubles du comportement alimentaire du nourrisson
- 20 Michel L. WEBER**  
« *Dictionnaire de thérapeutique pédiatrique* »  
Les presses de l'université de Montréal – Doin Editeur – Edition 1994  
p. 891 : Retard pondéral du nourrisson (Michel Weber, K. Paradis)  
p. 895 : Retard psychomoteur, retard mental, autisme, dysphasie  
p. 905 : retard statural
- 21 M. ROUSSEY, J. MORELLEC**  
« *Les enfants victimes de sévices* »  
Revue internationale de pédiatrie  
Tome XXX – N°293-2 – p. 75-85 – Mars 1999
- 22 C. REY, C. MIGUET**  
« *Maltraitance à enfants et adolescents* »  
Encyclopédie Médicale Clinique – Akos Encyclopédie  
Pratique de médecine, 8-0885, 2000, 6p.

- 23 P. STRAUSS , D. GIRODET, C. VESIN**  
« *De l 'accident méconnu au sévice* »  
Annales pédiatriques, Vol.19 – 2 Octobre 1972, N°10, 651-659
- 24 Journées Parisiennes de Pédiatrie – 1976**  
« *Le jeune enfant maltraité et son avenir* »
- 25 Jacky GAUTHIER**  
« *Les consultations thérapeutiques parents – nourrisson à domicile : à propos d'un cas de malaises graves du nourrisson* »  
Thèse de qualification en psychiatrie – 9/10/2001
- 26 T. BERCY BRAZELTON**  
« *Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson* »  
M.D. et Heidelise ALS  
La Psychiatrie de l'enfant – Volume XXIV – 1981 – p. 397-418
- 27 G. DIATKINE**  
« *Familles sans qualités : les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples* »  
La Psychiatrie de l'enfant – Volume XXII – 1979 – p. 237 à 273
- 28 R. RAPOPORT et P. ROYER**  
« *Retard de diverses origines psychosociale et nutritionnelle* »  
Journées parisiennes de pédiatrie – 1975 – p. 145 à 153
- 29 M. DAVID, M. LAMOUR, A. KREISLER, R. HARISCH**  
« *Recherche sur les nourrissons de familles carencées* »  
Psychiatrie de l'enfant – 1984 – Vol. XXVII, 1, p. 176 – 122

- 30 A. GUILHAUME, O. BENOIT, JM. RICHARDET**  
« *Déficit en sommeil lent profond et nanisme de frustration* »  
Anch. Fr. pediatri. – 1981-38 – p. 25-27
- 31 GP. CHRONSOS**  
« *The neuroendocrinology of stress : its relation to the hormonal milieu, growth and development* »  
Growth Genetics and Hormones, 1997, 13
- 32 D. RAPOPORT, A. ROUBERGUE-SCHLUMBERGER**  
« *Blanche-Neige, les sept nains et .... Autres maltraitances, - la croissance empêchée* »  
Editions Belin – Collection « Naître, Grandir, Devenir » - 2003
- 33 M. LAMOUR, M. BARRACO**  
« *Souffrance autour du berceau* »  
Edition Gaëtan Morin, 1998
- 34 Catherine BARBARIN**  
« *Etude de quatre cas d'enfants victimes de mauvais traitements graves et précoces et de leur prise en charge dans un CAMPS* »  
Thèse de qualification en médecine générale – 29/11/1994
- 35 H.C. KEMPE, F.N. SILVERMAN, B.F. STEELE**  
"The Battered Child Syndrome"  
JAMA, 1962, 181, p. 17-24.
- 36 A. MIANCIAUX**  
« *La résilience : résister et se construire* »  
Genève 2001.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,



**Titre de Thèse :**

Les carences affectives, carences de soins et carences éducatives graves sont-elles une forme de maltraitance négligée ? A partir de l'étude de cinq cas cliniques d'enfants victimes de carences graves avant l'âge de 3 ans.

---

**RESUME**

Les carences affectives, les carences de soins et les carences éducatives graves sont une forme de maltraitance méconnue. L'étude du parcours de cinq enfants victimes de carences graves et de leur famille illustre la nécessité d'un diagnostic rigoureux et précoce et d'une prise en charge pluridisciplinaire. En s'intéressant aux familles carencées, on comprend mieux la nécessité d'une suppléance efficace pour permettre aux enfants de s'épanouir. Cette suppléance nécessite que l'enfant ait un référent dans l'équipe médicale qui sera son porte-parole et qui permettra un suivi continu de l'enfant. Le médecin généraliste a une place à prendre dans le réseau de protection de l'enfance en danger, et cela nécessite un investissement et une formation au dépistage des carences graves et autres maltraitances.

---

**MOTS-CLES**

Maltraitance - Carences affectives - Carence de soins - Carence éducative  
Suppléance - Parentalité - Famille carencée - CAMSP - UAED - CNP