

Les enfants négligés: ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent

Sophie LACHAUSSÉE,
Psychologue, équipe SOS Familles, Centre Hospitalier Chrétien, Montegnée - sophie.lachaussee@chc.be

Stéphanie BEDNAREK,
Psychologue, Département de Médecine générale, Université de Liège - stephanie.bednarek@ulg.ac.be

Gaëtan ABSIL,
Historien et anthropologue, Appui en promotion et en Éducation pour la santé (APES), École de Santé Publique, Université de Liège - gaetan.absil@ulg.ac.be

Marc VANMEERBEEK,
Médecin généraliste, Chargé de cours au Département de Médecine générale, Université de Liège - marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be

Les conséquences de la négligence, malgré ce qui a été longtemps pensé, peuvent être nombreuses et graves. Le développement physique et neurophysiologique peut être altéré par le manque de stimulations ou via un vécu de stress chronique qui augmente la production de cortisol. Progressivement, un retard psychomoteur et un déficit cognitif (retard de langage, trouble de la concentration, etc.) peuvent apparaître. Le fonctionnement émotionnel peut être profondément touché et peut entraîner des relations sociales dysfonctionnelles, oscillant entre retrait et agressivité. Les intervenants de première ligne ont un rôle à jouer dans le repérage des situations à risque et l'accompagnement au long cours des familles de leurs patients. Les interventions doivent idéalement être précoces, participatives et travailler à la qualité de la relation parent enfant.

La qualité des liens affectifs avec les parents ou leur substitut développés pendant les premières années de vie influence profondément le développement affectif et social de l'enfant. Si la vie reste une aventure où chacun garde une certaine part de liberté et de chance d'évoluer, les fondements de la personnalité se construisent dans la petite enfance (Cyrulnik, 2006).

On assiste depuis quelques années à l'explosion des recherches sur les questions de l'attachement et des interactions précoces parents-enfants.

Ces recherches conjuguent les approches biologiques, neurologiques, psychologiques et éthologiques. Elles se rejoignent dans le constat du potentiel relationnel du nourrisson dès les premiers jours de vie. Depuis les travaux de Winnicott, Brazelton, Stern, Golse et d'autres, on sait que l'accordage affectif avec les parents et les soins affectifs et éducatifs prodigués par son entourage vont

avoir un impact fondamental sur le développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant.

Les enfants victimes d'attitudes parentales répétitivement très inadéquates ou de négligence grave ont un pronostic d'évolution particulièrement médiocre (Berger, 2007).

Il est donc indispensable que les professionnels en contact avec les tout-petits aient conscience de l'impact des négligences sur le développement de l'enfant afin de pouvoir intervenir de façon éclairée.

Qu'est-ce que la négligence ?

Négligence... Le terme semble vague, et pour cause, le phénomène a lui-même été longtemps négligé. La littérature est ambiguë face à ce type de maltraitance: il existe un manque de précision quant à sa définition clinique ou aux degrés de gravité en lien avec les conséquences sur le développement

de l'enfant, ce qui complique l'identification des situations problématiques

Face à la négligence envers les enfants, les professionnels tentent de se situer entre éthique, jugement et légitimité de l'intervention. Elle génère chez eux des sentiments ambigus et donne lieu à des représentations qui témoignent des tensions et des enjeux qui existent autour de celle-ci, comme (Sullivan, 2000): «la négligence n'entraîne pas de conséquences graves»; «il est inapproprié de juger les parents qui font preuve de négligence en raison de leur pauvreté»; «le problème est insurmontable»; «il est plus urgent de s'occuper d'autres formes de mauvais traitements».

A ceci, s'ajoute que la négligence implique d'accepter des liens entre la qualité d'un environnement psychosocial et le développement neurologique de l'enfant ou dit autrement qu'elle mêle le social et le biologique.

Pour notre part, nous avons opté pour la définition de la négligence de Zuravin et DePanfilis selon laquelle la négligence est une défaillance (intentionnelle ou par omission) de la première figure d'attachement à apporter à l'enfant les soins de base nécessaires (Zuravin, 1997).

Carter et Myers, citant le *National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information* (2004), identifient quatre types de négligence: physique (nourriture, abri, vêtements), médicale (omission de soins, refus de traitement, y compris en santé

mentale), déficit d'éducation et de supervision de ses activités et enfin négligence émotionnelle (Carter, 2007).

Quelles sont les conséquences de la négligence?

CONSÉQUENCES ÉMOTIONNELLES ET AFFECTIVES

Selon la théorie de l'attachement, pour se développer de manière optimale, un enfant a besoin dès la naissance d'établir un lien sélectif avec un adulte au minimum qui soit une figure d'attachement stable, fiable, prévisible, accessible, capable de comprendre ses besoins et d'apaiser ses tensions. Cette personne de référence lui apporte un sentiment de sécurité quand il est en situation de détresse ou d'inquiétude.

Lorsque l'enfant a intériorisé une image parentale sécurisante, vers l'âge de 9 mois, il développe un sentiment de confiance en lui et dans les autres qui lui permet de s'éloigner pour explorer le monde.

Si le parent ne perçoit pas ou perçoit mal les signaux émis par l'enfant, l'enfant peut développer un attachement de type insécure ou angoissé¹.

Les attachements de type insécure ou angoissé peuvent se manifester par un refus de dépendre de l'adulte, même lorsque l'enfant est anxieux, une relative incapacité de conserver les bons moments sans les détruire, une réaction persécutée et agressive à toute exigence, un état de rage constant, des troubles de l'apprentissage, des

angoisses massives lors d'un changement de cadre de vie (Berger, 2007). A l'âge adulte, ces sujets ont souvent d'importantes difficultés à nouer des liens stables et à prendre part à des dynamiques sociales de réciprocité (Barudy, 2005).

CONSÉQUENCES SOCIALES

Les problèmes lors des processus de socialisation peuvent en partie s'expliquer par les difficultés émotionnelles que l'enfant aurait préalablement vécues. En effet, ses difficultés à reconnaître les émotions en lui et chez les autres risquent de l'empêcher en grandissant de s'intégrer dans le tissu social dans une dynamique d'échange (Schore, 2002; Hildyard, 2002). Le développement oscille entre deux pôles : d'une part un retrait social, caractérisé par peu de moments d'interactions positives avec les pairs, et d'autre part un comportement plus agressif lors d'interactions, moins marqué toutefois que celui des enfants maltraités physiquement (Hildyard, 2002).

CONSÉQUENCES NEUROPHYSIOLOGIQUES

La négligence chez les enfants, comme la maltraitance, engendre une situation de stress chronique. L'impact sur le développement cérébral peut être direct. Le manque de stimulation peut conduire à un moindre développement de régions comme les lobes tempo-

1. Voir article du présent dossier "Sensorialité, attachement et neurosciences".

raux, impliqués dans la régulation des émotions et le traitement d'informations sensorielles (Balbernie, 2001).

Ces situations de stress chronique peuvent également augmenter la production de cortisol et, par cet intermédiaire, entraîner la mort de neurones ainsi que la diminution du volume hippocampique. Les troubles de la production de cortisol, néfastes à long terme, peuvent susciter des comportements agressifs, des troubles de la mémoire, etc. (Balbernie, 2001; Glaser, 2000).

CONSÉQUENCES PHYSIQUES

Ne pas répondre aux besoins alimentaires ou d'hygiène de l'enfant a clairement des répercussions physiques. Plus précisément, certains enfants ayant vécu une situation de négligence ont un retard staturo-pondéral (poids du nourrisson de 20 % inférieur au poids idéal pour la taille) sans autre cause organique (Sullivan, 2000).

CONSÉQUENCES COGNITIVES

Un retard de développement cognitif dû au manque de stimulations peut apparaître très tôt dans la vie de l'enfant. Certains auteurs l'ont démontré chez de jeunes enfants âgés

entre 3 à 30 mois à partir d'un seuil bas de négligence. Les effets délétères semblent plus alarmants lorsqu'un enfant victime de négligence «casse» sa courbe staturo-pondérale (Mackner, 1997). Hildyard et Wolfe parlent du déclin dramatique du quotient de développement, qui a été mis en évidence dans l'intéressant *Minnesota Mother-Child Project*, chez les jeunes enfants ayant été émotionnellement négligés par des mères identifiées à risque concernant le parenting (Hildyard, 2002).

Outre le manque de stimulations, les rythmes de vie incohérents vont empêcher l'enfant de pouvoir prévoir ce qui va se produire dans son environnement ou quel va être l'effet des signaux qu'il émet. Or, la possibilité d'anticiper est un des fondements indispensables de la construction de la pensée.

De même, l'acquisition des notions de permanence autorise l'accès au principe des «règles»: règles de calcul ou règles de vie.

Par ailleurs, vivre dans une atmosphère stressante (violence conjugale...) peut paralyser la pensée. Les enfants concernés peuvent cesser de réfléchir car penser ce qui se passe est trop angoissant (Berger, 2007).

Comment repérer les situations de négligence?

Cette conscience de la gravité des séquelles de la négligence infantile donne à chaque professionnel en contact avec des familles à risque de négligence une responsabilité à son niveau d'intervention.

Identifier les situations de négligence infantile le plus tôt possible et orienter les familles vers des structures pouvant fournir une évaluation et une intervention de qualité réduit le risque de séquelles chez l'enfant et augmente les chances d'une meilleure évolution.

ÊTRE ATTENTIF AUX FACTEURS DE RISQUE

La littérature nous montre que les situations de négligence sont liées à certains facteurs de risque.

Au départ du guide canadien de médecine préventive et du guide d'évaluation des compétences parentales de Steinhauer, nous avons construit avec les intervenants d'une recherche-action sur la négligence (ETAPE, 2008)² un tableau d'aide à l'identification des situations présumées de négligence à l'usage des soignants de première ligne (*Guide canadien de médecine préventive*, 2006; Steinhauer, 1995). Dans cet outil non encore validé, nous proposons six catégories pour aider à la mémorisation facile des grands facteurs de risque (Voir tableau page suivante).

Les difficultés répertoriées ne sont ni exhaustives ni pathognomoniques³. Le but n'est pas de quantifier un risque, mais bien de mettre rapidement la puce à l'oreille du soignant pour lui permettre une prise en charge éventuelle.

Le faible statut socio-économique est le premier facteur de risque cité par le guide canadien de médecine préventive. Dans notre tableau, afin d'éviter de faire de la pauvreté un cliché

2. Nous voudrions remercier ici les administrateurs du Fonds David-Constant, géré par la Fondation Roi Baudouin, qui soutiennent depuis 2005 la recherche-action ETAPE en faveur des enfants négligés en région liégeoise.

3. Ndlr. Pathognomonique: adjectif qualifiant les signes caractéristiques, spécifiques d'une maladie et qui permettent à eux seuls de poser un diagnostic sans hésitation, sans ambiguïté. (...) Exemple de signe pathognomonique: les taches de Koplik sont le signe caractéristique de la rougeole. Source: <http://www.vulgaris-medical.com>

Tableau
Aide à l'identification des situations présumées de négligence ou
«Puces à l'oreille»

Problèmes de logement	Instabilité domiciliaire (+ de 2 déménagements au cours de la dernière année)
	Facteurs de stress liés au(x) déménagement(s)
	Promiscuité
	Foyer bruyant
	Logement peu propice et à risque d'accidents (escaliers dangereux, fils électriques apparents)
Problèmes financiers	Surendettement
	Stress lié au surendettement
	Report d'achat de choses essentielles/signé(s) extérieur(s) d'une mauvaise gestion financière
	Report de soins médicaux ou d'hygiène dentaire
Problèmes de santé mentale/physique du parent	Handicap physique
	trouble psychique (dépression, ou autre)
	Alcoolisme
	Abus de substances
Caractéristiques psychosociales à risque du parent/de la famille	Parent(s) adolescent(s)
	Famille monoparentale
	Grossesse non désirée
	Laps de temps court entre les différentes grossesses
	Famille nombreuse
	Principes d'éducation inadaptés
	Ignorance des soins à fournir à un enfant
	Indices de déficience intellectuelle
	Manque de maturité
	Faible scolarisation
	Rupture(s) et placement(s) dans l'enfance
	Vécu de négligence et/ou de maltraitance durant l'enfance du (des) parent(s)
	Vécu traumatique
	Manque d'organisation/vie chaotique
Problèmes dans les relations entre adultes	Conflits de coupe et/ou violence conjugale
	Conflits relationnels (famille, voisin ou autre)
	Nouvelle relation intime qui prend toute la place
	Divorce
Problèmes au niveau du réseau social	Pas de médecin fixe
	Peu d'amis
	Pas de loisir/activité en dehors du domicile
	Soutien familial inadapté
	Difficulté d'intégration due à une situation d'immigration

stigmatisant, nous avons préféré remplacer ce concept par différents facteurs de stress physiques et sociaux liés aux faibles revenus, comme par exemple: un logement inadapté, des difficultés relationnelles liées à la promiscuité, etc. car vivre dans un endroit peuplé et bruyant peut en effet rendre les parents moins sensibles aux demandes et signaux envoyés par leur(s) enfant(s) (Evans, 2002).

SENSIBILISER AU PLUS TÔT ET ORIENTER LES FAMILLES

Lorsqu'une situation de négligence avérée ou la présence de plusieurs facteurs de risque sont constatées, il est important de pouvoir en discuter avec le(s) parent(s). L'intervenant de première ligne, s'il a leur confiance, est bien positionné pour les sensibiliser à l'importance d'une intervention précoce. Il est important de bien connaître le programme d'intervention vers lequel envoyer cette famille, car les mots choisis auront un impact sur les représentations parentales du programme et leur adhésion à celui-ci.

ACCOMPAGNER DANS LA DURÉE

L'intervenant de première ligne qui réfère une famille à un programme d'intervention précoce n'a pas terminé sa prise en charge. En effet, le maintien de la collaboration entre tous les intervenants, et surtout avec celui qui a référé, est primordial (Gilbert, 2009). Ces familles manquent fréquemment de repères précis, d'indications claires et transparentes (Duma-

ret, 2005). En outre, il y a souvent une multitude d'intervenants autour d'elles. Plus que jamais, l'intervenant de référence disposant de la confiance des parents a un rôle de soutien de ceux-ci et de coordination des intervenants. Il est important qu'il tienne son rôle dans la durée pour stabiliser et valoriser les acquis parentaux.

Faut-il intervenir et comment ?

Une équipe spécialisée (type équipe SOS enfants) peut dans un premier temps évaluer le niveau de développement de l'enfant, les capacités parentales fondamentales - notamment la capacité de s'attacher, l'intelligence émotionnelle, les capacités d'empathie, la capacité à utiliser les ressources communautaires et les possibilités d'évolution des parents dans l'attention portée à leur enfant (Barudy, 2005).

Ce temps d'évaluation permet d'éviter de perdre un temps précieux dans la vie de l'enfant. Chaque mois dans la vie du bébé correspond à un moment de développement important.

Pour les situations où une évolution est possible, il existe des programmes d'intervention précoce à domicile qui ont pour but de venir en aide aux familles négligentes ou à risque de le devenir⁴. En quoi consistent-ils ?

DEUX VOIES D'ENTRÉE POUR CES INTERVENTIONS

Ces interventions précoces peuvent trouver deux voies d'entrée:

- **l'enfant**, par le biais de massages pour les nourrissons, puis de jeux psychomoteurs adaptés à son niveau de développement, en y associant le(s) parent(s). Jouer est un moment de plaisir partagé qui va développer les sens, l'intelligence cognitive et émotionnelle du bébé et construire la relation avec l'autre.

- **le(s) parent(s)**, par un travail sur la relation avec leur enfant, et, si besoin, par un suivi psychothérapeutique

Ces interventions réalisées à domicile ont pour objectif de:

- sensibiliser le(s) parent(s) aux capacités d'interaction et d'éveil de leur bébé et à l'importance des échanges avec lui;
- apporter des stimulations psychomotrices, cognitives et émotionnelles à l'enfant;
- optimiser les compétences parentales et viser à leur autonomisation progressive.
- renforcer le lien affectif parent(s)-enfant.

LES AXES MAJEURS DES INTERVENTIONS

- **Renforcer les compétences de l'enfant.** L'enfant négligé a

besoin de stimulations sensorielles et psychomotrices adaptées à son âge. Elles peuvent lui être apportées par du massage, des jeux développant ses aptitudes motrices et relationnelles. Des intervenants extérieurs à la famille peuvent initier ces comportements chez les parents et y participer durant de nombreux mois. Les interventions se déroulent à domicile et durent idéalement jusqu'à ce que le relais soit assuré par d'autres structures éducatives comme l'école maternelle.

- **Le plus tôt semble être le mieux.** Un début précoce serait un prédicteur de la rémanence des acquis de l'intervention chez la mère, même en cas d'abandon prématuré du programme (Honing, 2001). Les premiers contacts avec la famille identifiée à risque de négligence devraient intervenir idéalement durant la grossesse. Les problèmes sociaux, relationnels, d'addictions peuvent déjà être identifiés et pris en charge. L'acceptation de la grossesse, la préparation de la venue de l'enfant peuvent déjà être travaillées. Si le lien entre les parents et les intervenants peut se former à ce moment, la confiance tissée garantira la pérennité du programme.

- **Travailler le lien parent(s)-enfant.** Si l'objectif à long terme de l'intervention précoce est le bien-être de l'enfant, son développement adéquat aux niveaux physique, intellectuel, émotionnel et social ne peut être atteint qu'en prenant en compte également son (ses) parent(s), médiateur(s) de son évolution (Sweet, 2004). Au-delà des stimulations motrices, cognitives, émotionnelles de l'enfant, un travail sur

4. Pour s'aider dans la recherche d'un service d'aide, le praticien peut utilement se référer aux sites Internet suivants. Certains de ces outils sont très récents et leur développement rapide. Les associations référencées seront sans doute capables dans un certain nombre de cas d'orienter mieux la recherche. Les caractéristiques des interventions décrites dans le texte de cet article pourront aider le lecteur à évaluer l'intérêt des divers types d'aide trouvés dans sa région.

En Belgique :

www.parentalite.fwb.be, le site propose un outil de recherche sous le lien « Actions parentalité » qui permet le choix de la thématique, de l'âge de l'enfant et de la province ou commune.

www.yapaka.be/tous/page/ou-trouver-de-laide: répertoire d'adresses plus générales de services d'aide à la jeunesse.

En Europe : www.childoneurope.org/

le lien parent(s)-enfant est nécessaire pour permettre l'apparition des bénéfices et leur rémanence. Les parents seront renforcés dans leurs compétences éducationnelles.

Cela suppose, d'une part, un transfert de savoir entre l'intervenant et le parent et, d'autre part, une valorisation des apprentissages et des compétences latentes. Si les parents sont dans une relation de confiance avec l'intervenant et qu'ils comprennent l'utilité du programme d'aide, leur adhésion sera forte et les résultats indubitablement meilleurs.

Certaines familles nécessiteront un accompagnement psychologique. Le fonctionnement psychologique des parents, par exemple de la mère, semble également jouer un rôle de modérateur au niveau de l'impact d'une intervention précoce (Hutcherson, 1997). Il sera important de recueillir les attentes et les perceptions que développent les parents négligents à propos de l'enfant car celles-ci sont parfois biaisées négativement (Hildyard, 2002).



*La bientraitance
d'un enfant n'est jamais un
cadeau ou l'effet de la chance. Au
contraire, elle est une production
humaine, jamais purement
individuelle ou familiale, mais le
résultat de l'effort de
l'ensemble d'une
société.*



J. BARUDY

Conclusion

Nombre de recherches et d'observations cliniques nous disent que les enfants victimes d'attitudes parentales répétitivement très inadéquates ou de négligence grave ont un mauvais pronostic d'évolution. De nombreux intervenants, médicaux ou psycho-sociaux, sont confrontés régulièrement à la négligence. Identifier les situations le plus tôt possible et référer les familles à des structures pouvant fournir une intervention de qualité réduit le risque de séquelles chez l'enfant et lui offre la chance d'une meilleure évolution. Chacun d'entre nous, professionnels en contact avec des familles à risque de négligence, porte une part de responsabilité à son niveau d'intervention.

Bibliographie

- BALBERNIE, R. (2001). Circuits and circumstances: The neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour. *Journal of Child Psychotherapy*, 27, 237-255.
- BARUDY, J., & MARQUEBREUCQ, A.-P. (2005). Les enfants des mères résilientes. Marseille: Solal.
- BERGER, M., & BONNEVILLE, E. (2007). Protection de l'enfance: l'enfant oublié. Retrieved 2011/01/20, from http://old.yapaka.be/files/professionnels/ta/ta_berger_mai07.pdf
- CARTER, V., & MYERS, M. (2007). Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. *Child Youth Serv Rev*, 29, 110-121.
- CYRULNIK, B. (2006). In V. LUMBROSO & E. CONTINI (Eds.), *Premières années, premiers liens*. Paris: Fernand Nathan.
- DUMARET, A., & CONSTANTIN-KUNTZ, M. (2005). Support médicosocial et éducatif: Devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool. *Pratiques psychologiques*, 11, 85-100.

ETAPE. (2008). Retrieved 01/14/2010, from http://www.parentalite.cfwb.be/index.php?id=parentalite_actions_details§ion=action_details&details=197&chash=ab237062fc

EVANS, G. W., & ENGLISH, K. (2002). The environment of poverty: multiple stressor exposure, psychophysiological stress, and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(4), 1238-1248.

GILBERT, R., KEMP, A., THOBURN, J., SIDEBOTHAM, P., RADFORD, L., GLASER, D., et al. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*, 373(9658), 167-180.

GLASER, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain--a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(1), 97-116.

Guide Canadien de médecine clinique préventive. (2006). Retrieved 2011/01/20, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinique-clinique/index-fra.php>

HILDYARD, K. L., & WOLFE, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 26(6-7), 679-695.

HONING, A., & MORIN, C. (2001). When should programs for teen parents and babies begin? Longitudinal evaluation of a teen parents and babies program. *J Prim Prev*, 21, 447-454.

HUTCHESON, J. J., BLACK, M. M., TALLEY, M., DUBOWITZ, H., HOWARD, J. B., Starr, R. H., Jr., et al. (1997). Risk status and home intervention among children with failure-to-thrive: follow-up at age 4. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(5), 65-668.

MACKNER, L. M., STARR, R. H., Jr., & BLACK, M. M. (1997). The cumulative effect of neglect and failure to thrive on cognitive functioning. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 691-700.

SCHORE, A. N. (2002). The neurobiology of attachment and early personality organization. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 16, 249-263.

STEINHAEUER, P. D. (1995). Guide d'évaluation de la compétence parentale. Toronto: IPEM.

SULLIVAN, S. (2000). La négligence à l'égard des enfants: Définitions et modèles actuels - Examen de la recherche portant sur la négligence à l'égard des enfants 1993-1998. Retrieved 2011/01/20, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/nfvc-cnivf/publications/nfnts-negldefmod-fra.php>

SWEET, M. A., & APPELBAUM, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75(5), 1435-1456.

ZURAVIN, S., & DEPANFILIS, D. (1997). Factors affecting foster care placement of children receiving child protective services. *Social Work Research and Abstracts*, 21, 34-42.