

**SOIGNER DANS LE CHAMP DE LA PÉDIATRIE SOCIALE
QUAND LES RÉFÉRENCES DES PARENTS ET DU PÉDIATRE DIVERGENT
SUR L'INTÉRÊT DE L'ENFANT**

Toute ma carrière professionnelle a été consacrée à la protection maternelle et infantile, dix ans durant, comme médecin de terrain, puis, pendant vingt ans comme médecin chef du service de Paris.

Ce service de prévention sanitaire a été instauré par le Conseil National de la Résistance, et créé dès la fin de la deuxième guerre mondiale en même temps que la Sécurité Sociale. Il a posé le socle d'une médecine préventive dédiée aux femmes enceintes et aux enfants de moins de six ans, pour soutenir la reconstruction démographique du pays. C'est un service de santé publique qui s'adresse sans exclusive à l'ensemble de la population.

Au fil du temps, ses missions se sont enrichies et la PMI (Protection Maternelle et Infantile) a progressivement évolué d'une démarche de médecine pasteurienne, vers un service de santé sociale, en charge du planning familial, de la protection de l'enfance et de la promotion de la santé de la famille et de l'enfant. Elle a intégré dans ses pratiques toutes les connaissances produites sur le développement de l'enfant et les dynamiques familiales au cours du XX^e siècle. En particulier, à partir du concept de vulnérabilité, elle a pu dépasser son idéologie initiale d'hygiène sociale centrée sur le contrôle des classes laborieuses en vigueur au début du vingtième siècle. Elle s'est ouverte à l'ensemble des classes sociales et propose des mesures d'accompagnement s'appuyant sur les potentiels des familles.

Pour ce faire, elle a fortement diversifié les compétences de ses professionnels, médecins pédiatres, gynécologues, infirmières puéricultrices, psychologues, sages-femmes, psychomotriciens, diététiciens. Elle a développé des partenariats et des réseaux pluri institutionnels avec les crèches, les services spécialisés dans le handicap, les hôpitaux, la psychiatrie, les services sociaux, administratifs et judiciaires de protection de l'enfance, les équipes associatives dédiées à des populations très diverses, en particulier précaires et/ou migrantes. Elle a enfin intégré les subtilités et les difficultés du travail en équipe autour de situations complexes. Elle rencontre les familles dans des centres de consultations médicosociales, mais les visite également au domicile.

Petit à petit, elle a été perçue par les familles comme un service ressource, gratuit, bienveillant et aidant, permettant d'aborder toutes sortes de problèmes de santé physique et de difficultés relationnelles ou sociales, et facilitant l'accès aux autres services, sanitaires ou sociaux, pertinents pour ces problèmes. Bien qu'accessibles à tous, ses centres de consultations infantiles sont essentiellement fréquentés par des familles modestes, voire très pauvres, dont beaucoup sont issues de l'immigration, de toutes origines, avec une forte proportion d'Afrique de l'Ouest. A Paris, environs 50 000 enfants, de la naissance à six ans, y bénéficient de consultations pédiatriques de suivi préventif, de dépistage et de promotion de la santé.

Dans la majorité des cas, les alliances entre les familles et les équipes de PMI se font facilement. Une compréhension partagée des problèmes fait accepter les préconisations des professionnels même s'il faut pour cela un certain niveau d'accompagnement et d'ajustement réciproque.

Cependant, ce n'est pas toujours le cas. Certaines situations conduisent les parents à se confronter aux professionnels de PMI ou à leurs partenaires, pour des raisons variables mais toujours légitimes de leur point de vue. Il faut alors rechercher des voies de compromis, et tenter de faire évoluer les positions. Comme médecin responsable de secteur, ces situations complexes me revenaient toujours, en direct ou en supervision des professionnels de mon équipe.

Les conflits se nouent autour des questions relatives à l'intérêt de l'enfant. Quelles sont les manières acceptables de s'occuper d'un jeune enfant ? À partir de quand ses besoins ne sont-ils pas satisfaits ? À partir de quand est-il en danger, dans son intégrité physique ou son développement ? Les causes de dissension sur ces questions renvoient à des divergences de point de vue de nature culturelle, sociale, éducative ou psycho-affective. Les professionnels partagent, sur ces questions, les convictions et les références en vigueur en France. Un certain nombre d'entre elles sont inscrites dans les lois de protection de l'enfance, et les professionnels sont amenés à les faire valoir devant des parents refusant ou empêchés de les respecter. Ils sont investis, comme service public, d'une autorité qui peut les amener à mobiliser les autorités administrative et judiciaire, voire policière, pour faire valoir ces références.

C'est dire que de telles situations sont fortement asymétriques. Il est indispensable de les aborder en ayant à l'esprit tout le respect dû à la conviction des parents et d'établir avec eux un dialogue qui leur permette de vivre ce conflit de valeurs sans se sentir humiliés ou disqualifiés comme parents, et d'en comprendre, sinon d'en accepter, les conséquences au moment des décisions ultimes.

Je prendrai pour illustrer ces situations de conflit trois exemples de problèmes parmi ceux qui m'ont particulièrement mobilisée, le saturnisme infantile, l'excision et la protection de l'enfance.

Mais, d'abord, je voudrais évoquer une anecdote qui témoigne que les divergences de perception des situations ne sont pas toujours synonymes de conflit, et peuvent même prêter à plaisanterie.

Recevant en consultation pour son jeune enfant une maman d'Afrique de l'Ouest, je m'avise qu'elle me semble enceinte et lui fais part de mon impression. Immédiatement, son visage se ferme, et le dialogue cordial engagé jusqu'alors se bloque. La consultation se termine froidement. Je ne revois pas cette dame avant mon retour de vacances et, en août, traversant la place de la mairie, je l'aperçois venant vers moi. Elle ne m'évite pas, au contraire, s'approche de moi tout sourire, et, alors qu'elle me dépasse, me met sous le nez le bébé accroché à son dos, et se retourne avec un sourire épanoui empreint de gentille moquerie, du style « Je t'ai bien eue... »... Je me suis alors rappelé qu'il est très malvenu de parler directement de leur grossesse avec certaines femmes africaines, sous peine d'attirer l'attention, et peut-être le malheur sur le bébé encore caché. Autant pour moi ! Mais tout s'était bien terminé et la dame n'a pas eu de rancune.

S'agissant du saturnisme infantile, ce fut une aventure exceptionnelle dont je dois d'abord tracer brièvement les contours. En 1985, un jeune enfant d'origine africaine décède dans un hôpital pédiatrique parisien d'encéphalite saturnine. Quelques toxicologues et pédiatres hospitaliers se mobilisent et me contactent car des enfants de mon secteur ont été diagnostiqués porteurs d'intoxication au plomb. Il s'agit d'une pathologie que je connais à peine, mais, rapidement, avec mes collègues toxicologues, nous comprenons que nous sommes devant un problème de santé publique très voisin de « l'épidémie silencieuse » des États-Unis. Nous nous forgeons rapidement une conviction bien documentée : les enfants s'intoxiquent à leur domicile en absorbant des écailles ou de la poussière issues de peintures anciennes, riches en céruse, à forte teneur en sels de plomb solubles dans l'acide gastrique et donc absorbables par voie digestive. L'état de grave dégradation de ces vieilles peintures, accentuée par la sur-occupation des lieux et l'humidité, les rend très accessibles aux enfants par grattage pour les écailles ou par portage main/bouche pour les poussières. En clair, tous nos petits patients, qui vivent dans des conditions d'insalubrité grave et avérée, sont exposés à cette intoxication. Et cela va faire du monde.

Nous engageons donc un dépistage systématique à grande échelle de cette pathologie sournoise. La découverte des premiers cas a été fortuite. Il s'agit bien d'une démarche proactive. L'intoxication est en effet le plus souvent asymptomatique. Les effets délétères sur le développement neurocognitif ne se mesurent que sur le long terme. Les standards de l'époque

situent à 250 µg/L de plombémie le seuil d'intervention médicale. Elle consiste en une cure de cinq jours de traitement chélateur intraveineux en hôpital de jour. Nous réaliserons rapidement que nous nous trouvons devant des enfants dont l'intoxication n'est pas récente, qu'ils ont accumulé des stocks de plomb dans leur secteur osseux, à partir duquel les phénomènes de relargage post-chélation induisent des rebonds. La pathologie est donc bien chronique, nécessite pour chaque enfant intoxiqué un suivi et des chélations à répétition, et pour ceux qui ne le sont pas encore, mais restent exposés aux facteurs de risque dans leur logement, un suivi de dépistage préventif régulier.

Bien entendu, parallèlement à cette campagne de dépistage d'envergure, nous engageons des mesures de prévention sur les facteurs de risques, conseils d'hygiène domestique, et confirmation par dosages du plomb dans les peintures de la réalité de ce risque. Il faudra cependant des années pour que les politiques d'hygiène publique et du logement mettent en œuvre des mesures protectrices palliatives puis d'éradication des sources de plomb et de relogement des familles. Nous avons tenté, avec les associations de Migrations Santé et de Médecins Sans Frontières, de rechercher des solutions pour supprimer les peintures en cause. C'est ainsi que nous avons un jour reçu un industriel belge qui proposait un processus de décapage des murs à la soude caustique - qui se révéla inopérant à l'usage. Il avait demandé à visiter un logement et une famille avait accepté de nous accueillir. Ce grand et imposant monsieur, aussitôt dans la rue au sortir de la visite, réclama toutes affaires cessantes un double whisky. A dix heures du matin à Belleville, ce ne fut pas facile à trouver, et, une fois ragaillardisé par son breuvage, il se déclara bouleversé par ce qu'il avait vu d'indignité et d'insalubrité dans ce logement familial.

En attendant, on explique aux parents que, chez leurs enfants qui semblent aller bien comme d'habitude, il faut faire une prise de sang, et, le plus souvent au vu des résultats, subir une, puis plusieurs séances de traitement hospitalier. Nous ne disposerons de chélateurs per os qu'au bout de quelques années. Nous leur expliquons aussi toutes les précautions à prendre à la maison pour protéger les enfants des peintures, mais nous les renvoyons cependant bel et bien sur les lieux de leur intoxication après leur traitement. Le saturnisme est bien une pathologie de l'enfant pauvre, mal logé, et de plus, à Paris, migrant.

Pour ces familles, chacune en particulier, et pour toute la communauté des familles d'Afrique de l'Ouest, les plus concernées par le problème car les plus mal logées, ce fut un choc terrible. Malgré les importantes perturbations dans l'organisation de la vie quotidienne induites par les traitements, dans des familles où plusieurs enfants étaient parfois concernés simultanément, la plupart des familles se pliaient aux injonctions thérapeutiques, qui étaient fermes car les taux de plombémie pouvaient être impressionnants, au-dessus de 1000 µg/L assez souvent. Certaines cependant avaient du mal à admettre la nécessité d'un tel traitement, et il a parfois fallu utiliser la menace du signalement judiciaire.

Nous étions engagés à fond dans notre protocole de dépistage et de suivi, avec des messages bien rodés, dont l'efficacité a permis les régressions des seuils d'intoxication. Notre analyse du problème ainsi que les solutions élaborées et proposées aux familles étaient fondées sur le *paradigme biomédical d'intoxication* : un poison pénètre dans l'organisme, sa source est identifiée, on tente de la maîtriser, et le poison est enlevé de l'organisme par un autre poison. En effet, tel un ambivalent *pharmakon*, l'EDTA, chélateur guérisseur, s'est assez vite révélé lui-même néphrotoxique à partir d'un certain seuil d'utilisation. Il est clair que, pour les familles, comprendre et admettre tout cela était vraiment difficile.

C'est en nous rapprochant de nos collègues médecins anthropologues du CNRS, spécialistes de l'Afrique de l'Ouest et des Soninkés, que nous avons compris que le paradigme explicatif qui convenait aux familles concernées était celui du « *malheur* ». Il fait appel aux liens complexes qui relient les individus à leur communauté familiale et tribale, en France et au pays. Il mobilise les liens aux ancêtres, aux esprits, à tout ce qui fait sens dans la compréhension du monde et des perturbations qui y surgissent. Les familles assuraient une observance des prescriptions de la biomédecine blanche, en partie parce qu'elles lui faisaient malgré tout confiance, en partie parce que leur choix était contraint par l'autorité publique. Mais, parallèlement, elles ont eu un important recours aux autorités soignantes de leur univers traditionnel, marabouts, guérisseurs. Elles ont aussi fait confiance au service d'ethnomédecine du centre Georges Devereux, à l'hôpital Avicenne de Bobigny, dirigé par l'ethnopsychiatre Tobie Nathan, qui a mis en place des prestations adaptées à ce nouveau problème.

Nous avons fait bon accueil à cette double allégeance. Puisque notre propre programme de soins n'était pas menacé, nous avons pu accueillir dans les centres de PMI des séances de soins traditionnels. J'ai moi-même assisté à l'une d'elles. Bien sûr, le sens m'en a totalement échappé, même quand, assise dans le cercle où étaient mélangés soignants divers et familles, j'ai vu surgir un œuf qu'il a fallu faire circuler de main en main. L'important, à ce moment, était de témoigner de la reconnaissance en l'efficacité de cette thérapeutique comme les familles reconnaissent celle de notre biomédecine.

C'est ainsi qu'a pu se résoudre la complexité des appartenances et des fidélités, dans cette rencontre des cultures qui a pu se faire sans choc, dans le respect de chacun.

Dans la lutte contre l'excision des petites filles d'origine africaine, les choses en sont allées autrement. Cette pratique traditionnelle largement répandue dans le continent africain a fait l'objet d'une lecture qui a évolué au fil du temps. Au début de mon exercice professionnel, dans les années quatre-vingts, son appréciation était très contrastée. Si certains la dénonçaient comme une intolérable atteinte criminelle à l'intégrité de l'enfant, beaucoup préconisaient de la respecter au nom du respect des traditions culturelles, qui ne souffraient pas nos critiques alors marquées de néocolonialisme. La découverte d'une excision sur une petite fille présentée en consultation pédiatrique ne déclenchait donc pas de réactions formelles, parfois des commentaires sans conséquences. Le signalement aux autorités judiciaires était laissé à l'appréciation du praticien. Les effets en étaient incertains. En clair, c'était un problème que l'on ne savait pas aborder.

Dans les années quatre-vingt-dix, plusieurs procès médiatisés impliquant des exciseuses africaines venues pratiquer en France, et des familles les ayant sollicitées, nous ont permis de réfléchir à des positions plus argumentées. Nous avons rencontré des associations luttant pour le droit des femmes et contre les mutilations sexuelles, françaises (GAMS - Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants), mais aussi africaines. Nous avons appris que plusieurs pays africains avaient développé une législation interdisant et sanctionnant ces pratiques. Nous avons discuté avec des mères et des pères qui cherchaient des moyens d'échapper aux injonctions communautaires et souhaitaient protéger leurs fillettes.

Nous avons alors décidé de considérer l'excision comme un crime, et de la traiter comme tel. Nous avons donc engagé une grande action concertée avec ces familles et ces associations, ainsi qu'avec les services de protection de l'enfance et de la justice des mineurs, pour définir un protocole d'intervention coordonnée. Nous avons lancé une campagne d'information et de prévention auprès de l'ensemble des familles fréquentant notre service. Et j'ai rédigé une circulaire de service rendant obligatoire le signalement au procureur de la République de tout constat d'excision en vue d'une investigation judiciaire pénale. Ce signalement au procureur a dès lors été systématiquement suivi d'une interpellation des parents, avec mise en garde à vue. Les investigations s'attachaient à rechercher les exciseuses en France, et l'implication des parents, dont la ligne de défense était surtout l'intervention des matrones lors des séjours au pays, en leur absence. De plus, pour les fillettes encore intègres, une procédure de prévention lors des séjours au pays, souvent sollicitée par les parents, a été organisée en lien avec les associations qui pouvaient mobiliser leurs correspondants locaux lors du séjour. Enfin, le juge pouvait prononcer une interdiction de sortie du territoire en cas de difficulté particulière.

Nous avons un moment redouté que la violence de ces procédures ne détourne les familles de nos services et qu'elles ne nous présentent plus leurs enfants. Mais il n'en a rien été. Nous avons continué à voir des fillettes excisées, le plus souvent lors de la première visite du premier mois, mais parfois après un retour du pays. De moins en moins cependant.

En effet, si, au début, une partie des familles adhéraient à un tel programme et même le sollicitaient, elles étaient bien minoritaires, et la plupart ne remettaient pas cette pratique en question, du moins explicitement. Nos seuls discours de prévention ne les soulageaient pas des pressions intracommunautaires traditionnelles. Et l'implication active de certaines familles dans cette lutte a surtout mis en évidence les divergences de point de vue à l'intérieur même de la communauté africaine. Cependant, à partir de la mise en place du programme, les choses ont progressivement évolué. Il est devenu plus facile d'aborder la question, d'affirmer l'interdit de l'atteinte à l'intégrité du corps en rappel à la loi française. Porter ainsi une parole publique, et la

confirmer par des actes significatifs - car ce n'est pas rien de subir une garde à vue, et de risquer une sanction pénale, quand on est un honnête père de famille - a permis à de nombreuses familles, et en particulier les mères, de clarifier leur position par rapport à cette pratique, d'oser affirmer une position de refus pour leurs filles d'une mutilation qu'elles avaient elles-mêmes subie. Pour les familles faisant le choix du refus, elles pouvaient dès lors s'appuyer sur les procédures protectrices mises en place par les autorités judiciaires. La rigueur de ces procédures les aidait à se justifier et à dissuader les pressions communautaires, y compris lors des séjours au pays. Ainsi, nous avons vu peu à peu disparaître quasiment les excisions des très petites filles, jusqu'à six ans, que nous suivions.

Pour autant, il ne faut pas croire que la pratique de l'excision a été éradiquée. Les très jeunes enfants ont bien été protégées. Les familles nouvellement arrivées étaient rapidement informées par les relais intracommunautaires des dispositions en vigueur. Mais pour autant, la prégnance de la tradition ne s'efface pas si vite. Nous avons vu s'installer une stratégie de déplacement de la pratique de l'excision à des âges où la surveillance médico-sociale est moins présente. Les services de santé scolaire se sont alors trouvés en première ligne sur le repérage des fillettes ayant subi une mutilation lors d'un séjour de vacances. Cette question, comme celle des mariages forcés, est devenue dès lors une de leurs préoccupations.

Pour ma part, ayant constaté ce glissement des modalités d'exposition au risque de l'excision, j'ai engagé une nouvelle réflexion avec les professionnelles et les associations, et rédigé une nouvelle circulaire de service. Elle mobilisait les efforts au niveau des centres de planification familiale, pour les adolescentes demandant une contraception et éventuellement une protection, et auprès des femmes enceintes, auprès desquelles il est apparu essentiel de développer une information accrue et un soutien des désirs de protection des fillettes à naître.

Je retiens de cette expérience qu'il est important de bien définir la doctrine que l'on souhaite promouvoir, et de ne pas renoncer à la mettre en pratique, par faiblesse ou complaisance, même si les familles y sont hostiles. Celles-ci sont tout à fait capables de se situer par rapport à la position des soignants qu'elles ne renoncent pas pour autant à solliciter. Soit elles y puisent des arguments et des appuis pour faire évoluer leurs positions, soit elles les contournent si elles ne souhaitent pas en changer. Dans tous les cas, ne pas trahir ses convictions reste un axe structurant du dialogue entre soignants et familles.

En matière de protection de l'enfance, les choses sont également bien complexes. Il existe une doxa de référence, qui fait à peu près l'unanimité, sur ce qu'il est interdit de faire à des enfants, et des personnes vulnérables, malades, handicapées, âgées. Elle est inscrite dans la loi et impose la dénonciation des faits, abus ou manquements, aux autorités judiciaires, avec levée du secret professionnel. Ces situations sont alors soumises à des évaluations pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles, dans lesquelles les points de vue des professionnels entre eux, et avec les familles, peuvent diverger significativement sur les processus et les responsabilités en cause, même si la maltraitance est elle-même incontestable.

Dans la pratique, les équipes pédiatriques de première ligne, comme celles de PMI, sont surtout confrontées à des situations de maltraitance que je qualifierai de limites, dans lesquelles le travail avec les familles est essentiel d'une part pour leur évaluation, mais aussi pour leur évolution favorable pour l'enfant et sa famille.

Au début des années quatre-vingt, on disposait de solides connaissances sur le psychodéveloppement de l'enfant, les compétences parentales, les dynamiques familiales et les pathologies des liens intrafamiliaux. On avait aussi effectué une critique de la politique de placement systématique par l'Aide Sociale à l'Enfance et on avait reconnu les effets dévastateurs des séparations et ruptures des liens familiaux sans accompagnements spécifiques. Il était enfin admis que les familles pauvres ou présentant de graves difficultés sociales n'avaient pas le monopole de la maltraitance. Le concept de vulnérabilité a permis d'aborder les difficultés de l'enfant dans le cercle familial pour des familles jusqu'alors inatteignables par les services médico-sociaux. Tout ceci a fait évoluer les principes et les modalités d'intervention des services et des équipes auprès des familles défailtantes ou en grande difficulté dans leurs fonctions parentales. Il ne s'agissait plus de séparer les enfants d'un milieu familial toxique, puisque les placements préconisés jusqu'alors l'étaient tout autant. Le temps était venu de travailler avec les familles en y maintenant l'enfant aussi longtemps que possible, en développant des alliances

et des modalités d'accompagnement psycho-éducatifs permettant de soutenir le mieux possible les compétences parentales.

Les situations relevant de la protection de l'enfance sont psycho-affectivement complexes. L'ambivalence des sentiments amour/haine entre parents et enfants est structurante de leurs relations, avec un continuum allant des relations harmonieuses à celles où dominant la violence, l'abandon ou le rejet. Les travaux de professionnels, comme Myriam David, ont beaucoup aidé les équipes à comprendre ce qui se jouait, au-delà des apparences et des discours, dans les pathologies des liens perturbant les interactions intrafamiliales, et, également, dans les interactions entre les familles et les professionnels qui les accompagnent. En effet, les mères, car c'est le plus souvent elles que l'on rencontre, vont se saisir des accompagnants médico-sociaux, en général multiples, pour faire valoir les différents sentiments qui les animent simultanément de façon contradictoire. Cette mère est incapable de satisfaire les besoins de base de son enfant, comme une hygiène suffisante, une régularité de vie, des attentes éducatives et affectives cohérentes. Elle apparaît comme gravement négligente, voire parfois violente, verbalement ou physiquement. Elle laisse ses enfants se mettre en danger, bref, se donne à voir comme une « mauvaise mère ». C'est elle aussi qui affirme haut et fort son attachement et son affection, par des manifestations parfois expansives, ou qui peut laisser apparaître son désespoir de « ne pas y arriver », et sa terreur de la menace du placement des enfants. Les malédictions de sa propre histoire peuvent se rejouer en elle, sans qu'elle n'en perçoive clairement les enjeux. Ces deux faces de Janus sont sincères et chacune est à prendre en considération. Aux professionnels qui l'entourent, elle va donner à voir et confier les différents morceaux de son puzzle intérieur. Par des processus projectifs qui s'enclenchent dès lors que se noue une relation sérieuse et efficace, l'un va être le récipiendaire de la haine ou de la violence, et l'autre celui de la mère aimante et attentionnée. Quand l'accompagnement a explicitement comme objectif de soutenir les côtés positifs des compétences présentes ou perçues, l'accordage entre les professionnels ainsi diversement investis est indispensable.

Par exemple, cette mère de deux enfants manque beaucoup d'énergie, elle est un peu dépassée, son équilibre familial est précaire avec un mari qui a probablement une double vie. Elle se repose beaucoup sur l'équipe de consultation pour prendre ses décisions. Elle est si isolée que, lors de la naissance de son troisième enfant, elle n'a pas de solution pour faire garder ses deux aînés, et ils sont confiés en accueil provisoire à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Je suis inquiète de cette situation et je vais personnellement la voir à la maternité, chose que je ne fais jamais, mais je veux m'assurer de son profond désir de les récupérer à son retour au domicile. J'ai raison de me méfier car le service social de l'ASE s'oppose à la sortie des enfants au motif que la mère révèle des incapacités à leur encontre. Je mettrai six mois de lutte obstinée pour faire céder cette décision, que j'ai toujours jugée infondée, et obtenir le retour des enfants chez leur mère.

Le travail pluridisciplinaire nécessite donc des coordinations fines pour tenir ensemble ces extrêmes et permettre de les travailler. On finit par constater l'effectivité, voire l'efficacité des mesures engagées conjointement au bénéfice de l'enfant. Les parents finissent par adhérer à la mise en œuvre d'une mesure éducative, la prise en charge d'un handicap par une équipe spécialisée, l'inscription dans une crèche ou halte-garderie, le port des lunettes prescrites depuis longtemps.

De plus, la rencontre avec ces processus psychiques complexes mobilise des affects liés à la propre histoire de chaque professionnel, pouvant déclencher des mécanismes de défense ou de rejet, ou au contraire de trop forte empathie. Il est donc indispensable de mettre en mots ces tumultes pour se protéger, et protéger les familles, des passages à l'acte impulsifs, et tout particulièrement des signalements judiciaires et des demandes de placement.

Pour cette jeune mère isolée, la mise en place d'une mesure éducative administrative a permis d'appréhender la complexité de l'ambivalence de son attachement à son petit garçon. Il a environ un an. Les équipes sont partagées, certaines demandant un placement, et d'autres espérant pouvoir soutenir plus longtemps un maintien à domicile. Nous avons une synthèse où nous ne décidons pas le placement. Le lendemain, la jeune femme déboule dans ma consultation, fait un scandale, force ma porte et jette l'enfant sur la table à l'ange en criant

son exaspération. Elle nous force la main, dépassée. Elle se protège aussi, en venant auprès de nous pour lâcher prise, sûre que nous prendrons son relais. Et c'est le cas. J'appelle le service d'AEMO (Action Éducative en Milieu Ouvert) qui vient chercher la mère et l'enfant et organise le placement.

Car si le placement des enfants n'est jamais une solution a priori, il est toujours présent à l'esprit des professionnels comme ultime issue possible. Les parents, qui l'ont souvent vécu eux-mêmes, ou en perçoivent la menace au travers de la longue mémoire sociale des pauvres gens, le redoutent d'emblée et vont développer des stratégies d'évitement souvent pathétiques.

Dans cette famille, la pathologie mentale règne, mais aussi un attachement fusionnel aux deux enfants. La débilité mentale légère de la mère lui permet mal d'assurer les soins de base. L'hygiène est déplorable et la famille est partout accompagnée d'une odeur proche de la puanteur. Le père, quant à lui, est dans un délire paranoïaque permanent et se déplace précédé d'un briquet allumé qui est censé chasser les mauvais esprits. Quand il accompagne les enfants à la consultation, il passe son briquet autour de moi et de tous les objets sur la table, et colle sa tête contre la mienne au-dessus des enfants pendant l'examen clinique de chacun d'eux. Lors d'une hospitalisation, il exorcisait ainsi les tuyaux des perfusions, au grand dam des infirmières. Je souhaitais pour ces enfants, qui montraient des signes de souffrance certains, un retrait du milieu familial. Aucune action éducative n'avait pu obtenir d'évolution, et la famille était hostile aux soins psychiatriques. Mais l'attachement était si fort qu'il finissait par fausser le jugement. J'allai donc voir le juge d'enfants pour tenter de le convaincre. Jeune homme dans son premier poste, il m'a parlé de ce père, qui ne lui paraissait pas si mal, en indiquant surtout son besoin d'ouvrir sa fenêtre pour aérer son bureau à chacun de ses rendez-vous. Il s'est montré stupéfait quand je lui ai décrit la conduite des consultations. Comment était-il possible de supporter une telle promiscuité ? Eh bien, monsieur le juge, c'est mon travail. Finalement, ce fut la brigade des mineurs qui vint retirer les enfants un jour de crise paranoïaque du père au domicile.

Quant aux familles non habituées aux services médico-sociaux, leur intervention peut être d'abord perçue comme une stigmatisation insupportable, qu'il leur faut dépasser pour accepter l'aide proposée.

Les réunions de travail entre les professionnels de différents métiers et institutions sont donc essentielles pour maintenir autour des parents un étayage cohérent où chacun est bien conscient du rôle dont il est investi par la famille, et des objectifs partagés des différents acteurs. Ce sont les réunions de synthèse où les empoignades rejouent parfois en miroir les tiraillements psychiques intrafamiliaux. Elles prémunissent aussi des passages à l'acte sauvages.

Pour ma part, en plus de ces instances, j'avais instauré des séances de travail avec l'équipe de psychiatrie infanto-juvénile à l'usage exclusif de mon équipe de puéricultrices de secteur. Ces professionnelles - toutes des femmes - étaient particulièrement exposées aux mouvements projectifs et aux interactions difficiles car elles intervenaient seules au domicile des familles. Nous avons, une fois par mois, procédé à des révisions de situations en insistant sur leur vécu et les ressentis pendant et après les visites. D'abord rétives, elles ont commencé à proposer des « histoires de chasse » anciennes et bien clôturées. Mais, peu à peu, les situations examinées ont été de plus en plus récentes, puis en cours de prise en charge, et, pour finir, elles pouvaient évoquer un cas dès leur saisine, pour se préparer à une intervention devinée difficile. Mettre en mots les affects en jeu, c'était à la fois les aider à être justes dans leur positionnement, et préserver les familles de réactions inadéquates empêchant de les écouter de façon également juste. Ces échanges ont été une bonne prévention des tentations de toute puissance inhérentes à ce type d'intervention. Pour les familles, ils ont préservé leur capacité d'opposition, et donc d'évolution réelle vers des issues positives.

*
* * *

Comment lire, avec les yeux de la foi, ces trois exemples si différents - saturnisme, excision, maltraitance - et la façon dont je vous ai montré comment je les ai abordés, avec mes équipes ?

Je proposerai trois clés de lecture, à des niveaux différents, que je vous laisserai critiquer.

La première, je la nommerai : **Quel rapport à la loi ?**

Ces histoires racontent l'affrontement entre des prescriptions normatives, ici de nature médicale et médico-sociale, adossées à la toute-puissance régaliennne de la loi, et la liberté des patients, ici des parents responsables des soins à leurs enfants, de les accepter, totalement ou partiellement, mais aussi de les refuser, de s'y opposer par des stratégies d'évitement ou d'échappement.

Elles rejouent l'éternel clivage entre l'esprit et la lettre de la Loi. « *Le Sabbat est fait pour l'homme et non l'homme pour le Sabbat* », dit Jésus en guérissant l'aveugle, au mauvais moment, au mauvais endroit pour les autorités, au meilleur moment pour l'aveugle guéri.

Il y a manière et manière de respecter le Sabbat. À la lettre, en observant les rites et en ignorant l'homme souffrant qui demande assistance, et en esprit, en honorant le Seigneur au travers des soins à sa créature, selon ses commandements. Le Sabbat n'est pas annulé par ce qui semble une infraction à la règle. Il est au contraire respecté, non rabattu sur des rites vides de sens, mais de façon sublimée, par le respect d'une règle plus haute, qui est celle de l'Esprit. Antigone ne dit pas autre chose en opposant la loi des hommes et la loi des Dieux, qui lui est supérieure. Le Christ devant les caciques condamnant la femme adultère les renvoie à leur examen de conscience : Qui êtes-vous pour juger ? Nous sommes devant un paradigme anthropologique fort, l'esprit de la conscience et du cœur est plus fort que la lettre des tablettes.

L'exercice en pédiatrie sociale est en permanence adossé à la loi, qui est *in fine* en arrière-plan de tous les choix professionnels. Elle pose le cadre de référence des conduites socialement acceptables ou répréhensibles. Elle peut être utilisée à l'encontre des familles comme un instrument de pouvoir, voire de toute puissance, mais elle peut aussi servir de tremplin pour ouvrir des voies de vie libérées des pesanteurs qui enferment dans l'éternel retour du même écrasement. Ce chemin avec les familles comporte toujours des prises de risque, contrebalancées par la confiance en leurs capacités de s'extraire de leurs déterminismes. La loi devient un bâton de route.

La deuxième clé, c'est **le regard**.

Ces familles sont comme le jeune homme riche qui s'approche de Jésus pour lui demander le chemin du Royaume. Jésus le voit arriver, avec ses beaux habits, son maintien droit et sa notabilité. Il voit sur lui les stigmates de tout ce qui va le retenir au moment de se mettre en chemin. Et pourtant, dit le texte de Marc, (10, 21) « *Jésus fixa sur lui son regard et l'aima* ». Il l'aima quand le jeune homme ne put se résoudre à jeter ses impedimenta pour le suivre, et il ne le jugea pas, mais nomma seulement la difficulté du chemin proposé. Avec les familles qui s'approchent des professionnels pour tenter d'échapper au poids des déterminismes sociaux ou psychiques qui les enferment dans le malheur, il faut un regard d'amour et de confiance en même temps que l'on propose le difficile chemin à parcourir. Il faut reconnaître, même profondément enfouies, les capacités humaines de rompre la gangue des impedimenta qui enferme, de faire émerger et rendre efficaces les compétences qui existent, forcément, comme dans chaque être humain. C'est parce qu'elles rencontrent un regard toujours bienveillant et confiant que les familles reviennent, encore et encore, malgré les échecs et les difficultés. Et quand on se demande « Qui peut être sauvé ? », notre foi entend le Christ : « Pour les hommes, impossible, mais non pour Dieu, car tout est possible pour Dieu ».

Enfin, la troisième clé sera **la Parole**.

Dans les situations les plus terribles, d'écrasements ou de violence, c'est la parole qui permet de nommer ce qu'il y a encore et toujours d'humain dans l'homme atterré. En ouvrant au sens de

ce qui est en jeu, elle permet de ne plus « être agi » par ses démons, et d'échapper au poids mortifère du mal à l'œuvre. Elle dégage des voies d'issues possibles vers la vie elle-même. À l'image de la Parole de Dieu, Jésus-Christ, « Verbe incarné » qui ouvre un chemin de vie sur lequel Dieu vient à la rencontre de l'homme.

Docteur Marcelle DELOUR
Pédiatre et médecin de Santé Publique