

Court mémoire à la Commission de Protection de la jeunesse

Yvon Gauthier md

Si j'ai accepté de me présenter devant vous alors que je suis retraité depuis plus de 10 ans, c'est que j'ai été souvent au cours de ma longue carrière consultant sur l'état et le devenir d'enfants en protection - et qu'il me paraît important de rappeler le rôle que j'ai pu jouer concernant leur évolution.

Après ma formation à Philadelphie comme psychiatre et psychanalyste d'enfant, j'arrive à l'Hôpital Sainte Justine en 1960, et j'assume en particulier la consultation dans les divers services de pédiatrie. C'est là qu'il m'arrive d'être appelé auprès de jeunes enfants venant des centres d'accueil ou déjà placés en famille d'accueil. C'est alors que je fais l'observation de plus en plus fréquente de placements à répétition, mais dans des familles différentes, plutôt que dans la même famille d'accueil: ces enfants sont très difficiles, et vont de plus en plus mal.

Et je comprends aussi que certains de ces enfants qui présentent des troubles du comportement assez importants pour être hospitalisés, sont dans une situation bien particulière: le Tribunal a ordonné une « réintégration progressive »: ils ont été en famille d'accueil depuis une

longue période où ils se sont bien développés, la famille naturelle va mieux et veut reprendre son enfant, et le Juge a ordonné cette mesure qui est en train de se réaliser. Ces enfants réagissent très mal, ils allaient bien dans leur famille d'accueil, ils ont développé des symptômes importants.

C'était l'époque où comme psychiatre d'enfants je suis de plus en plus intéressé par les travaux d'un psychanalyste britannique - John Bowlby - qui est en train de développer une théorie du développement de l'enfant, centrée sur l'attachement. Je fais le lien entre les problèmes que posent ces enfants séparés à plusieurs reprises, de leurs parents ou de leurs parents d'accueil - et ce que nous apprend cette théorie de l'attachement. J'ai vite compris que justement ces enfants, à travers leurs troubles du comportement, exprimaient les profondes émotions ressenties devant la perte de leurs figures d'attachement.

Les fondements cliniques de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement est née d'observations cliniques. L'étude première de Bowlby sur 44 jeunes délinquants décrivait un événement central dans leur histoire commune, celui d'avoir été séparés de leur mère dans leur première enfance (Bowlby, 1944). Son travail pour l'OMS sur la carence maternelle a conduit à *Soins Maternels et Santé Mentale*, monographie qui a eu une

grande influence en santé publique (Bowlby, 1951). Les observations réalisées par Bowlby avec John Robertson auprès de jeunes enfants hospitalisés ont mené à la production d'un film très important, *A two-year-old goes to the hospital* (Robertson, 1952). C'est tout ce travail clinique qui a été au fondement de sa conceptualisation du rôle central de la mère dans le développement de l'enfant. Les observations de Harlow sur les jeunes singes rhésus sont venues confirmer les intuitions de Bowlby concernant le rôle spécifique et l'impact de la séparation de l'enfant d'avec sa mère sur son développement. La théorie de l'attachement a été finalement élaborée dans les trois livres majeurs *Attachment and Loss*, autour des affects qui sont au coeur du « système attachement » : l'angoisse de séparation, la colère face à la perte, la tristesse et la dépression (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980).

Il est difficile maintenant de parler de Bowlby et de l'attachement sans parler d'Ainsworth et de la « situation étrange » (Ainsworth et al, 1978; Bretherton, 1992). Les observations faites par Ainsworth en laboratoire, en étroite relation avec celles faites à la maison durant toute la première année de vie de l'enfant, l'ont conduite à pouvoir caractériser les très jeunes enfants en sécures et insécures (évitants ou résistants) selon leurs réactions à la séparation d'avec leur mère et à la réunion avec elle. Les étapes suivantes du développement de l'enfant - exploration du monde et socialisation - se déroulent d'autant mieux que l'enfant sait qu'il peut se fier à

quelqu'un qui est là, à qui il peut se référer quand les choses semblent trop nouvelles ou dangereuses. Mais au contraire il devient plus inquiet, se défendant soit par l'évitement soit par un rapprochement exagéré et agressif, s'il y a trop d'inconnu, trop d'inconsistance, trop de discontinuité, trop de ruptures ou même d'agressions imprévues.

Un 4e type d'insécurité a aussi été décrit - le pattern D pour désorganisé-désorienté - particulièrement prévalent dans les populations prises en charge par les Services de Projection de l'enfant. Ce pattern se retrouve spécifiquement en milieu maltraitant, où l'enfant est soumis à des comportements contradictoires, souvent violents, conduisant à un mélange complexe de réactions sécurées et insécures.

On a aussi développé un instrument de recherche pour étudier l'histoire de l'attachement chez le parent (Adult Attachment Interview).

C'est à l'aide de ces instruments que des recherches longitudinales ont été faites dans plusieurs pays (Allemagne, Angleterre, Etats-Unis) pour étudier les liens entre la sécurité de l'enfant et son devenir adulte. Ces recherches nous révèlent diverses corrélations entre les observations faites en bas âge et les résultats obtenus plus tard, et confirment l'importance des attachements premiers pour le devenir de l'enfant: *«...il existe une relation causale robuste entre les expériences d'un*

individu vécues avec ses parents et sa future capacité à former des liens affectifs » (Bowlby, 1987, 58 – cf Grossmann, et al., 2005, 125).

Ces travaux ont conduit à l'importance d'interventions précoces avec les parents, avec les mères particulièrement en périnatalogie, autour de la naissance, et au cours des premières années. Les recherches sur les interventions de cette nature dans les milieux à haut risque montrent par ailleurs qu'il est bien difficile d'obtenir des résultats positifs.

Une clinique d'attachement

Avec les années, je me suis aperçu que je n'étais pas seul à être appelé en consultation auprès de ces enfants. Deux collègues, Gloria Jeliu, pédiatre et Gilles Fortin, neurologue, étaient aussi régulièrement appelés à voir ces enfants référés par les Centres Jeunesse. Nos observations à partir de chacune de nos spécialités allaient dans le même sens: ces enfants étaient menacés dans leur sécurité, l'attachement qu'ils avaient développé dans une famille d'accueil était menacé, et la rupture annoncée menaçait tout leur développement. Il fallait assurer la continuité dans leur vie quotidienne, dans les relations établies avec leurs figures parentales. Et si l'on travaillait ensemble, peut-être pourrions-nous obtenir de meilleurs résultats.

C'est ce qui nous a conduit à développer une clinique d'attachement pour les enfants 0-5 ans, en étroite collaboration avec les Centres Jeunes. Nous l'avons tenue à toutes les semaines pendant 10 ans. Nous avons décrit dans une publication (*Devenir*, 16, (2), 2004) un résumé de nos observations et conclusions. Une publication en anglais (*Infant mental Health Journal*, 25(4), 2004) , plus détaillée, reprend nos observations et conclusions, et un site de recherche (Research Gate) nous apprend que ce texte a été lu plus de 1000 fois depuis sa publication.

Ces enfants que les intervenants nous amenaient en consultation présentaient, à des degrés divers, selon leur âge et le temps de placement en famille d'accueil, des problèmes variés de comportement, après que le Tribunal ait ordonné une réintégration progressive. Ou encore, parce que placés plus tard dans leur évolution, ils présentaient des problèmes d'attachement dans leur famille d'accueil. Nous avons compris rapidement que le plus souvent ces intervenants venaient chercher notre appui dans leur recommandation au Tribunal pour un placement à long terme. Car, depuis 2006, la révision de la Loi de Protection de la Jeunesse mettait l'accent sur le concept de « projet de vie ».

À la lumière de la théorie de l'attachement, nos recommandations allaient dans le sens de la continuité du placement, et le plus souvent dans le sens d'un

placement à majorité. Nous étions donc en accord avec les recommandations des intervenants.

Nous avons évidemment très souvent été appelés à témoigner au Tribunal pour défendre nos recommandations. Les Juges avaient beaucoup tendance à privilégier les parents naturels et à retourner l'enfant dans son milieu d'origine. Cette tendance a évolué au cours des années, peut-être à la lumière de nos témoignages et de sessions de travail avec les Juges où nous avons présenté la théorie de l'attachement. Plusieurs jugements sont venus confirmer nos recommandations.

Ce que je ne sais pas, c'est si les jugements des dernières années ont favorisé les droits de l'enfant plus que les droits des parents.

En conclusion

La Loi de protection de la jeunesse, en mettant l'accent sur le concept de 'projet de vie', confirme que l'enfant a le droit très tôt dans sa vie à la permanence d'un milieu familial, et une décision en ce sens doit être prise le plus rapidement possible. Les délais avant que cette décision d'un projet de vie ne soit prise doivent donc être courts: un enfant ne devrait pas être en famille d'accueil plus de 6 mois au cours de ses deux premières années de vie, et pas plus d'un an entre les âges de 2 et 4 ans.

Beaucoup de travail doit être fait avec les parents naturels avant et pendant le placement de leur enfant en famille d'accueil. Mais on doit réaliser que ces parents négligents et maltraitants ont eux-mêmes été très souvent victimes de négligence et de maltraitance, qu'ils sont le plus souvent centrés sur leur propres besoins affectifs, et que l'intervention est longue et difficile.

Alors que le temps de l'enfant est bien différent du temps de l'adulte...

Pouvons-nous combler le fossé entre la recherche et la pratique clinique lorsqu'il est question de l'attachement?

Can we close the gap between research and clinical practice in the field of attachment?¹

Yvon Gauthier MD²











































