

CONGRES A.F.I.R.E.M.

Sept. 82 - Atelier consacré aux Institutions pour enfants déficients mentaux

Dr. L. GEORGES JANET

*"La famille et l'institution, c'est comme le pain de boulanger
et le pain de supermarché".*

Mme B.

Notre intervention a trait à la manière dont les équipes de professionnels chargés des soins et de l'éducation dans des institutions pour déficients mentaux profonds peuvent aborder les problèmes du risque de mauvais traitements aux enfants avec le souci d'une prévention, non pas seulement des risques majeurs, puisque l'institution a en principe pour fonction de protéger l'enfant, mais des risques mineurs ou latents liés à la vie institutionnelle.

1 - Le premier temps consiste à poser la question de l'existence même de ces risques : la plupart du temps, l'idée même de mauvais traitements est violemment rejetée par les cadres, le personnel, les techniciens de l'éducation ou de la santé.

Et pourtant cette étape est fondamentale : elle est difficile pour plusieurs raisons :

1) parce que la notion de violence possible dans l'institution agresse les personnes qui ont la charge et la responsabilité la plus lourde auprès des enfants déficients mentaux profonds, c'est-à-dire celles qui assurent les soins quotidiens (A.M.P. - Aides Soignantes - Educateurs).

Ces personnes ont des motivations diverses pour ce travail mais dans l'ensemble réunies sur l'idée du "bien à l'enfant" -- au moins à l'état de consensus affiché vis à vis de l'extérieur. On comprend que l'idée même de mauvais traitements est une agression au niveau de leur travail, voire de leur personne.

2) parce que les enfants dont nous parlons sont particulièrement vulnérables :

- soit en raison de leurs troubles du comportement qui les rend accidentables de bien des manières,
- soit en raison de leur fragilité somatique qui entraîne des risques quotidiens liés aux tâches d'assistance et de soins : alimentation, manipulations, nursing - risques qui existent si l'on n'intervient pas, si l'on intervient trop et si on intervient mal ou mal à propos.

Ceci entraîne dans le travail des personnes au contact permanent de ces enfants la nécessité de décisions minimales de chaque instant, dont chacune peut être source d'un malaise, d'une violence ou même d'agression pour l'enfant, tout à fait disproportionnée d'avec l'importance de ces décisions. Donc une négligence ou une inconséquence minime met l'enfant en danger.

3) Enfin en raison des difficultés de communication qui existent entre le personnel et les enfants qui conduit :

- à des méconnaissances,
- à des erreurs d'interprétation,
- à la substitution du désir de l'adulte à la réalité de l'enfant.

Toutes ces raisons font qu'il apparaît indispensable dans un premier temps de reconnaître, avec toutes les personnes ayant à faire aux enfants, la possibilité de ces violences, et cela est difficile. Le risque est celui d'augmenter l'angoisse, ou de culpabiliser à l'excès - angoisse et culpabilisation n'améliorent pas la vigilance et l'esprit d'observation.

Il apparaît néanmoins essentiel que le risque soit admis de l'ensemble de l'institution et qu'on puisse en parler - le dépister sous ses formes les plus cachées - et l'analyser pour en opérer si possible une prévention.

II - Le deuxième temps : chercher de quelle nature sont les éventuels mauvais traitements dont les enfants peuvent être l'objet

Nous entendons ici *toute agression physique ou morale à l'enfant, même non intentionnelle* - en effet pour n'importe quel enfant, l'agression physique est toujours une violence et pour celui qui ne peut se situer dans un temps et un projet, comme l'enfant déficient mental profond polyhandicapé, l'agression physique accidentelle ou non, a toujours la même signification - elle ne peut être vécue positivement, sauf exception -. Ceci conduit à inclure dans les éventuels mauvais traitements :

- les accidents,
- les contraintes ou erreurs thérapeutiques et éducatives.

- *Les accidents* : ils sont nombreux dans cette population mais une grande partie de ceux n'ayant que des conséquences minimales passe inaperçue. Il est néanmoins important de reprendre dans tous les cas les circonstances de tous les accidents dans un but de prévention.

- Si les décès accidentels sont environ trois fois moins fréquents (en pourcentage des causes de mortalité) que dans la population générale du même âge, selon diverses statistiques et nos chiffres personnels, tous les auteurs s'accordent à pointer la fréquence des petits accidents.

- D'une étude personnelle dans un établissement spécialisé sur une année nous avons pu tirer les faits suivants :

● en moyenne, chaque enfant déficient mental profond entre 6 et 14 ans a un risque égal à 1,5 traumatisme ou accident par an, mais une minorité d'enfants sont plus "accidentables" que d'autres : un quart des enfants sont impliqués dans les 3/4 des accidents. Mais ceci est une notion statistique qui pose la question d'une vigilance élective vis à vis de certains enfants "à risque" mais ne permet pas de se décharger de la surveillance des autres. Or plus de la moitié des accidents surviennent en présence d'un ou plusieurs adultes. Lorsque l'accident survient, ou est la limite entre :

- le hasard pur ?
- le simple manque de discernement dans l'évaluation des risques ?
- la négligence ?
- la négligence plus ou moins agressive ?

Il est très souvent impossible de le déterminer.

Peut-être est-ce, comme pour le cas des enfants maltraités, d'un certain degré de transparence dans la transmission des informations que l'on peut tirer des éléments d'analyse - et de prévention, ou en d'autres termes : que l'accident a d'autant plus de chances d'être réellement accidentel que les circonstances où il est survenu sont plus claires et mieux explicitées par les participants.

- **Les contraintes thérapeutiques et éducatives.** Il y a là, à notre sens, un risque majeur de violence lié au pouvoir de l'adulte, et surtout de l'adulte exerçant une spécialité, qu'elle soit soignante, éducative ou rééducative, dans l'institution pour enfants déficients mentaux profonds et polyhandicapés.

Le risque est, comme toujours, à double sens, trop peu de contraintes et trop d'hésitation, en matière orthopédique par exemple, et aussi en matière éducative, et le risque augmente pour l'avenir. Deux exemples :

- le refus systématique de toute mesure rééducative au nom du confort de l'enfant risque d'être à long terme source de douleurs et d'inconfort majeur.
- la liberté sans condition au nom de l'émergence des désirs de l'enfant est porteuse de risques d'accidents et plus encore de laisser-aller et de négligence.

Mais à l'inverse, on connaît aussi de certaines formes de rééducations et de méthodes éducatives contraignantes et systématiques ou simplement mal adaptées qui, très vite, sont à la limite de la violence - elles ont pour risque majeur de conforter l'adulte dans le sentiment de son pouvoir sur l'enfant - ici particulièrement dépendant - et de laisser l'inconscient de l'adulte se donner le champ libre dans la réalisation d'une tâche où l'enfant n'a plus sa place en tant que personne.

Nous pensons que dans ce domaine la limite de la violence est au niveau de la rigidité des principes, de l'impossibilité d'assouplir une ligne éducative ou rééducative, ou thérapeutique, en fonction d'un enfant et de circonstances données - mais qu'elle peut aussi se situer, nous l'avons vu, au niveau de l'absence totale de principe.

- **Violences verbales** : il faut mentionner en outre que si les violences physiques, les accidents plus ou moins évitables et les contraintes physiques sont les plus visibles parmi les agressions auxquelles peuvent être soumis ces enfants, la violence verbale, les agressions psychologiques existent aussi vis à vis des enfants très déficients mentaux et sont même le premier signe d'alarme dont on doit tenir le plus grand compte. En ce sens on peut dire que le ton et le langage utilisés dans l'institution vis à vis des enfants qui ne parlent pas sont un indicateur précieux.

III - Le 3^e temps de cette étude à mener dans l'institution consiste à distinguer les violences obligatoires de l'institution et les violences occasionnelles ou individuelles.

A - Il est indispensable de reconnaître que l'institution en elle-même comporte un risque soit de contrainte violente, soit de négligence pour l'enfant, qui découle des conditions mêmes de la vie collective :

- . rigidité des rythmes de la vie quotidienne,
- . rotation des personnes entraînant des ruptures permanentes de relation,
- . défauts d'information d'une personne à l'autre.

S'y ajoutent, dans le cas des enfants déficients profonds :

- . le grand nombre de personnes nécessaires,
- . la multiplicité des formations, écartelant l'enfant entre des spécialistes différents.

B - A ce niveau il est nécessaire de remarquer que toute personne vivant dans l'institution ou travaillant dans celle-ci peut être, selon les moments, le sujet ou l'objet de mauvais traitements ou de négligences. Les personnes ayant en charge la vie quotidienne des enfants sont aussi celles qui craignent ou reçoivent éventuellement les coups de pied, les griffures, ou qui voient leur charge de travail s'alourdir pour toutes sortes de raisons où l'enfant peut être acteur et même acteur intentionnel, dans de nombreuses circonstances. Ce climat de difficultés est facteur de violences en retour, qui le plus souvent s'exercent non pas sur l'enfant, mais par des voies détournées sur le groupe, les collègues de travail ou les autres catégories professionnelles.

Il arrive néanmoins que la violence individuelle d'un adulte s'exerce sur un ou plusieurs enfants et, dans ce cas, il s'agit le plus souvent d'un débordement des capacités individuelles de l'adulte à supporter une relation vécue comme intolérable ou agressive. Ici se pose le problème de la sélection des personnes, et du soutien possible au fil des jours.

Il arrive plus souvent encore que pour éviter d'être lui-même agressé, l'adulte se réfugie dans le minimum d'intervention : enfermement, entrave physique confinent vite à la négligence.

Ces remarques sont destinées à faire toucher du doigt la difficulté intrinsèque d'un tel travail et les risques réels et partagés de violence dans l'institution. Et on doit observer que nous n'avons pas considéré ici le poids dans l'institution des facteurs personnels (motivations profondes et aléas de la vie) à chacun des individus qui constituent l'institution.

C - L'analyse des réseaux de relation à l'intérieur de l'institution permet, dans une certaine mesure, de localiser les zones de risque qui, bien sûr, varient dans le temps et dont, nous le répétons ici, acteurs et victimes sont, suivant les circonstances et les temps, les mêmes personnes, mais avec un haut risque en toutes circonstances pour l'enfant.

- Le réseau primaire est celui de l'enfant avec les adultes qui sont directement auprès de lui dans le journée et la nuit et celui-ci implique déjà plusieurs personnes. C'est en fait le réseau le plus serré, le moins ouvert sur l'extérieur.
- Vient ensuite tout le circuit des relations entre l'enfant, sa famille et l'équipe de soins et, suivant les cas, la famille peut se sentir agressée et réagit violemment, ou l'équipe de soins, et de toutes façons, l'enfant est l'enjeu de ce réseau tumultueux.
- Les différentes équipes entre elles, au sein d'une grande institution et surtout les différentes catégories professionnelles les unes vis à vis des autres sont assez souvent aussi le théâtre d'échanges agressifs dont la finalité et le résultat ne sont pas toujours de détourner de l'enfant le risque de mauvais traitements. Cependant l'utilisation positive de ces échanges existe aussi.
- Enfin l'institution a toujours la possibilité de décharger l'agressivité au niveau de l'Administration ou la Tutelle, ce qui en soi n'est pas négatif mais risque de rendre difficile d'autres types d'échanges. En ce sens la répercussion de certains conflits sociaux détournés de leur objet spécifique peut être source d'agression en chaîne dont l'enfant est finalement la dernière victime - ou surtout source de relâchement de la vigilance des adultes.

IV - Le 4ème temps est bien sûr, le plus important : il s'agit d'étudier, de mettre en place et d'évaluer un certain nombre de méthodes permettant de limiter les risques de négligence dans l'institution. Parmi celles-ci :

- a) la définition claire des objectifs de l'institution avec une étude des moyens utilisés et de leurs retombées physiques et psychologiques, ceci pour l'ensemble et également vis à vis de chaque enfant - et de sa famille,
- b) la reconnaissance implicite et explicite des risques de mauvais traitements et de négligences, ce qui signifie développer des possibilités

d'information mutuelle et affiner les moyens d'observation des équipes quant aux interactions adultes enfants verbales et non verbales (avec des méthodes diverses écrites, orales ou éventuellement audiovisuelles) en très petits groupes.

En corollaire, des lieux et des temps de reprise et d'évaluation des menus faits de la vie quotidienne doivent être aménagés - avec ou sans intervenants extérieurs suivant les cas. Dans ce domaine la formation des personnes doit être continue et ne pas s'arrêter à quelques années ou quelques séances. D'autre part, tous les techniciens (médecins, paramédicaux, administratifs) qui ne sont pas quotidiennement en contact avec l'enfant mais qui sont à même de proposer ou d'imposer leurs vues ou leurs objectifs au personnel directement chargé des enfants, doivent réfléchir particulièrement à leurs attitudes et à leurs paroles qui peuvent, selon les cas, susciter et développer le suivi et la finesse des observations - donc la prévention des risques - ou à l'inverse, bloquer tout échange et dépersonnaliser les enfants.

c) vis à vis des familles, l'ouverture de l'institution et sa transparence, par le moyen de contacts non médiatisés - mais éventuellement préparés ou repris - entre les familles et les personnes ayant en charge la vie quotidienne - est l'un des facteurs possibles d'amélioration de la violence faite aux familles par l'institution qui existe toujours plus ou moins, même lorsque le placement a été réellement demandé par la famille.

b) en dernier lieu, l'institution doit pouvoir vivre des alternatives, c'est-à-dire briser certaines routines, repenser les temps et les rythmes, réaménager les groupes, changer certaines habitudes, c'est-à-dire aussi s'ouvrir sur l'extérieur, organiser des sorties de plus ou moins longue durée (dont les risques sont du reste eux-mêmes à évaluer au regard des bénéfices attendus), enfin bénéficier d'interventions extérieures régulières.