

REVUE

BULLETIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

#94
Sept. 2025



Protéger l'enfance

Nicolas Chambon
Directeur de publication
de *Rhizome*
Orspere-Samdarra
Professeur associé
HETSL | HE-SO

Élodie Picolet
Directrice adjointe
de publication de *Rhizome*
Orspere-Samdarra

Protéger l'enfant

Ce numéro de *Rhizome* est consacré non pas à la protection de l'enfance en tant qu'institution, mais bien plus largement à la protection des enfants. Qui protéger, qui protège et de quoi faut-il protéger ? Ce numéro porte une attention particulière à la diversité des âges et des jeunes concernés, à différents titres, par la précarité, la migration, l'accompagnement ou la sortie de l'Aide sociale à l'enfance.

Dénoncer les violences

Les connaissances sur le psychotraumatisme ont considérablement évolué. L'impact persistant des événements traumatiques sur le développement neurobiologique, émotionnel et relationnel est aujourd'hui bien documenté. Les risques sont notamment décuplés lorsque ces événements sont vécus dans les phases de développement de l'enfant et lorsqu'ils sont répétés.



Certaines théories et pratiques ont pu, par le passé, légitimer des comportements inacceptables en attribuant à l'enfant des désirs ou intentions d'ordre sexuel, projetant sur lui des représentations ou des désirs d'adultes. Il est essentiel de rompre aujourd'hui avec ces cadres de pensée et de reconnaître l'enfant comme un être à protéger de toute forme de sexualisation, qu'elle soit agie ou inter-

prétée. Il est donc intenable de continuer à faire silence. Silence sur les violences qui traversent les institutions éducatives, sanitaires, sociales ou judiciaires. Silence sur les formes d'abus banalisées ou disqualifiées. Silence sur les complicités passives et les mécanismes de protection des adultes aux dépens des plus jeunes. Il est devenu urgent de ne plus justifier, ni minimiser, ni euphémiser la domination exercée par les adultes sur les enfants. L'autorité éducative, si souvent invoquée comme un cadre protecteur, peut tout autant servir de masque à des rapports de force inégalitaires, traversés par la violence. Car cette domination laisse des traces. Elle a des conséquences profondes et durables sur la santé mentale des enfants et sur ce qu'ils deviendront en tant qu'adultes. Les travaux sur les expériences d'adversité élargissent le spectre de ce qui peut faire violence au-delà des maltraitances explicites. Ils nous invitent aussi à considérer les violences psychologiques, le harcèlement scolaire, les assignations de genre ou les placements répétés.

Ces violences et leurs effets ne traversent pas seulement les enfants, elles affectent aussi celles et ceux qui, au quotidien, tentent de les protéger. Les professionnels de la protection de l'enfance, exposés à des situations de grande intensité émotionnelle, font face à un risque élevé de traumatisme vicariant. Reconnaître l'impact psychique de ces missions, c'est aussi une manière de soutenir leur engagement et de rappeler que prendre soin des enfants suppose aussi de prendre soin de celles et ceux qui les accompagnent.

Écouter les enfants

Protéger les enfants, c'est aussi les écouter. Cependant, dans les lieux de placement, leur parole est souvent jugée à l'aune de leur âge, de leur genre ou de leur vulnérabilité supposée, plus qu'elle n'est réellement entendue. Lorsqu'elle devient surplombante, la logique de protection peut également se retourner contre eux : elle invalide ce qu'ils disent de leur quotidien, de leurs besoins, de leurs désirs. Se placer à hauteur d'enfant c'est reconnaître leur dignité,

leur capacité à faire expérience, mais aussi que leur parole éclaire autrement les failles du système de protection.

Toutefois, écouter les enfants ne suffit pas à les protéger. Il est tout aussi crucial d'ouvrir des espaces d'écoute pour les adultes en proie à des souffrances psychiques ou à des pensées violentes, y compris sexuelles. Penser la protection de l'enfance en termes de santé mentale, c'est reconnaître que certaines personnes cherchent à ne pas nuire, mais peinent à trouver un espace pour dire. La répression seule ne protège pas. Soigner les adultes en souffrance, c'est aussi protéger les enfants, et donc un enjeu de santé publique.

Penser des politiques de santé publique

La santé mentale des enfants et des jeunes ne relève pas seulement d'une approche clinique. Elle appelle une politique publique qui respecte leur rythme, évite les ruptures, stabilise les lieux de vie et reconnaît leurs capacités. Les situations d'enfants et de jeunes à la rue révèlent moins une défaillance logistique qu'une orientation politique : celle de hiérarchiser les droits de l'enfance au lieu de les garantir à toutes et tous. Gardons notre malaise et notre colère, c'est la preuve que nous résistons encore à l'insoutenable normalisation des enfants à la rue. Penser les procédures en ayant une attention toute particulière à leurs effets sur la santé mentale des individus permettrait de déplacer les lignes, cela engagerait à transformer les politiques migratoires, de l'enfance, mais aussi de lutte contre la précarité afin de les rendre davantage protectrices, stabilisantes et soucieuses du développement psychique des jeunes.

Reconnaître leurs ressources

Les enfants ne sont pas que vulnérables. Leur capacité à jouer, à apprendre, à créer du lien entre eux et à se projeter dans l'avenir témoigne de leurs ressources. Écouter l'enfance, c'est écouter ce qu'elle nous dit du monde que nous construisons : sa vulnérabilité nous oblige, sa force nous appelle et son avenir dépend de notre courage à la protéger. ►

Une parole confisquée ? La voix des jeunes placés en protection de l'enfance

La parole des enfants et des adolescents placés en protection de l'enfance peut facilement être confisquée au prétexte de la protéger. Qu'il s'agisse des adultes en charge de leur éducation dans les lieux de placement ou de ceux qui s'intéressent à la production de connaissances sur ces institutions, à l'instar de chercheurs, entendre la parole des jeunes sur ce qui les concerne en premier lieu, leur point de vue sur le quotidien institutionnel, leurs aspirations et désirs pour l'avenir, demeure difficile car de multiples contraintes pèsent sur les conditions d'une écoute attentive des récits d'usagers d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Cette problématisation est née d'une recherche sociologique menée entre 2021 et 2024, développée à partir d'une enquête ethnographique au sein de trois lieux de placement de la jeunesse dans le cadre d'une thèse de doctorat¹. Cet article entend montrer la manière dont les voix des jeunes placés en protection de l'enfance peinent à se faire entendre par les adultes qui les entourent.

Accéder à la parole juvénile dans les lieux de placement de la protection de l'enfance

Pour les chercheurs en sciences sociales, enquêter auprès de mineurs protégés implique de mettre en œuvre une démarche méthodologique et éthique particulière, répondant aux impératifs habituels (tels que l'information des participants, le recueil du consentement nominatif ou la préservation de l'anonymat), en plus d'une exigence visant à recueillir l'autorisation des représentants légaux à ce que leurs enfants participent à une recherche. Cette exigence soulève une contradiction fondamentale : cela revient à conditionner la participation des jeunes à une recherche qui les concerne directement à l'accord de parents pour partie auteurs de violences envers leurs enfants. L'existence d'une telle exigence demandée par des comités d'éthique ou des délégués à la protection des données personnelles ne devrait pourtant pas conduire à invisibiliser des pratiques incarnées de longue date par les sociologies qualitatives, se référant à un ensemble de gestes et de réflexions conduits au plus près des enquêtés pour construire un cadre éthique in situ². En outre, ce positionnement entend nourrir les travaux de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (Ciivise) en matière de production de connaissances sur l'expérience de la prise en charge de mineurs victimes de

violences sexuelles intrafamiliales. La faisabilité de ces travaux se heurte aujourd'hui à une contrainte majeure : l'obligation de recueillir le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale avant tout entretien avec les jeunes volontaires. Pourtant, le double consentement parental s'avère contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, étant documenté qu'un parent impliqué dans des violences ne souhaite pas que ces dernières soient parlées et pensées avec des tiers. Cette exigence priverait alors les mineurs de la possibilité d'exprimer leur point de vue dans le cadre de recherches respectueuses de leur parole.

La parole d'adolescents « en danger »

Tout d'abord, ce ne sont pas n'importe quels jeunes qui voient leur parole remise en cause par des adultes, eux aussi issus de certaines catégories. Ces adolescents ont été placés par un Juge des enfants, en raison de « difficultés risquant de mettre en danger [leur] santé, [leur] sécurité, [leur] moralité ou de compromettre leur développement physique, affectif, intellectuel et social³ ». Ces difficultés peuvent provenir, d'une part, des adolescents eux-mêmes lorsque les professionnels de l'enfance en danger considèrent qu'ils se mettent en danger par leurs comportements (tels que des fugues ou la consommation de drogues, par exemple) ; d'autre part, de l'environnement familial des jeunes, et c'est alors leur famille qui est considérée comme la source principale du danger. Parmi les adolescents enquêtés, le (risque de) danger était caractérisé par la coexistence de plusieurs facteurs, soit la consommation d'alcool ou de drogues par leurs parents, des absences scolaires répétées, des difficultés d'accès aux soins et à l'hygiène, la maladie psychique d'une mère couplée à l'incarcération d'un père, ou encore le fait de s'être trouvé au cœur d'un conflit parental. La situation de danger était ainsi pleinement avérée lorsque les mineurs avaient des marques de coups et blessures sur le corps, lorsqu'ils faisaient état de violences conjugales au sein du foyer, de sévices corporels ou encore de violences sexuelles.

Ensuite, ce ne sont pas n'importe quelles dimensions de la vie de ces adolescents placés qui font l'objet d'une attention soutenue de la part des adultes qui les prennent en charge, mais bien celles caractéristiques d'une personnalité propre qui constitue singulièrement un individu. Soustraits à la garde de leurs parents, ces jeunes sont contraints par le pouvoir judiciaire à habiter les lieux du placement de manière exclusive, bien qu'a priori temporaire. Les paroles qu'ils y prononcent, les choix qu'ils y reven-

¹ Westeel, F. (2024). *Intimités sous contraintes. Ethnographie d'une jeunesse placée en protection de l'enfance* [thèse de doctorat]. École normale supérieure.

² Cefaï, D. (2010). *L'engagement ethnographique*. École des hautes études en sciences sociales.

³ Article L. 221-1 du Code de l'action sociale et des familles.

4 Piterbraut Merx, T. (2021). L'émancipation des mineur·e·s, une prise en main ? *Délibérée*, 13(2), 51-58.

5 Bresson, M. (2012). La psychologisation de l'intervention sociale : Paradoxes et enjeux. *Informations sociales*, 169(1), 68-75.

6 Extraits du journal de terrain du 24 novembre 2021, au sein d'une maison d'enfants à caractère social.

7 Extraits du journal de terrain du 9 mars 2021, au cours d'un séjour de rupture.

8 Extraits du journal de terrain du 28 avril 2021, au cours d'un séjour de rupture.

9 Rennes, J. (2020). Conceptualiser l'âgisme à partir du sexisme et du racisme. Le caractère heuristique d'un cadre d'analyse commun et ses limites. *Revue française de science politique*, 70(6), 725-745.

10 Blanchard, V. (2019). *Vagabondes, voleuses, vicieuses : adolescentes sous contrôle, de la Libération à la libération sexuelle*. Éditions François Bourin.

diquent et les gestes qu'ils y accomplissent sont alors ceux du privé, du domestique : ils ne peuvent exister ailleurs qu'entre ces murs, sous le regard quasi permanent des professionnels de l'enfance, mais aussi des autres jeunes placés.

Or, quotidiennement, des éducateurs spécialisés, des chefs de service, des directeurs d'établissement, des psychologues ainsi que, dans une moindre mesure, des infirmières, des maîtresses de maison et des surveillants de nuit prennent en charge, valident et discréditent le point de vue de ces adolescents sur leurs pratiques intimes, soucieux de les accompagner au mieux. Dans ces situations typiques du privé, les adolescents tentent alors de faire valoir leurs choix – s'habiller de telle façon, manger tel aliment, visiter tel proche, choisir telle orientation professionnelle – tout en faisant entendre leurs voix.

La parole des jeunes dans les décisions ordinaires qui les concernent

Ce sont les adultes – principalement des éducateurs – qui sont en position de pouvoir « agir » les jeunes bénéficiaires, en les percevant comme des individus dont les capacités cognitives, physiques et affectives ne sont pas « encore » matures. Ce rapport asymétrique, fondé sur la minorité et la vulnérabilité, justifie un traitement différencié des aspirations des jeunes, de leurs besoins et, plus concrètement encore, de leur accès à des lieux, des objets, des goûts, au motif de leur âge. Celui-ci induit des représentations et des pratiques limitantes associées aux enfants : elles convoquent le manque, la faiblesse et l'incapacité tant juridique – le mineur est un incapable – que psychique et physique⁴. Il s'agit là, en effet, d'une caractéristique des représentations sociales de l'enfance qui circulent dans les lieux de placement de la jeunesse : celle du caractère inaccompli de l'individualité de ces jeunes qui s'illustre dans le raisonnement socioéducatif à l'œuvre, fortement structuré par une pensée psychologique et exclusive de l'enfance⁵.

Ainsi, lorsque les adolescents veulent quelque chose, insistent pour adopter une pratique particulière qui s'inscrit dans leur quotidien immédiat, ils doivent composer avec les impératifs d'éducation et de protection qui sont à la base du mandat d'intervention

de leurs éducateurs. De l'hygiène corporelle jusqu'au choix des fréquentations, les pratiques éducatives auxquelles les éducateurs prennent part dans la prise en charge des jeunes placés sont inépuisables. Ce faisant, les éducateurs des lieux de placement fondent leur intervention sur la base de l'autorité que leur confère leur statut d'adulte face à des bénéficiaires mineurs. Or, si celle-ci est rarement revendiquée aussi clairement, elle se cristallise en fait au travers de gestes, de mots, de discours éducatifs énoncés et d'actions opérées à l'égard des comportements juvéniles, comme lorsqu'il s'agit de recadrer l'attitude d'une jeune fille de 17 ans qui, selon les termes de son éducatrice⁶ : « veut devenir femme trop vite » et qui a bien été « rappelée à son statut d'adolescente ». Les professionnels peuvent également procéder à un contrôle accru de l'hygiène corporelle des garçons en comptant le nombre de sous-vêtements dans le panier à linge sale à la fin de la semaine pour vérifier s'ils se sont bien changés, au motif que, je cite un éducateur⁷ : « On part de loin avec eux. Il faut tout reprendre, comme des enfants ». Ou bien encore, ils peuvent interpréter l'intérêt ou le désintérêt des adolescents à l'égard des filles, comme dans les propos de ce chef de service du séjour de rupture à propos d'un jeune⁸ : « Il ne faut pas considérer que ces jeunes à 15 ans ont le même âge que des jeunes de 15 ans. Haroun, par exemple, il est très en retard pour son âge, physiologiquement et physiquement. Haroun ne s'intéresse pas aux filles. Les autres pensent que c'est parce qu'il serait homo, mais sincèrement, moi, au vu des observations que je fais, je ne crois pas. Il est seulement très en retard. » En somme, si l'âge est bien un opérateur pratique à travers lequel les comportements, discours et pratiques juvéniles sont interprétés, il est en réalité loin d'être le seul. Ce sont plus particulièrement les effets qu'il produit sur l'individualité des jeunes placés qui intéressent ce propos, à l'endroit précisément des marges de manœuvre dont ces adolescents disposent pour construire et accomplir des pratiques intimes engageant notamment leurs corps et les relations aux autres. Les professionnels mobilisent, en ce sens « des normes sociales définissant ce qu'il est convenable de faire selon son âge⁹ » et selon son sexe, mais également ce qu'il est convenable de dire ou d'entendre.

Conclusion

Historiquement suspecte¹⁰, la parole de ces enfants s'inscrit dans un régime fait d'un ensemble de normes, de règles et de représentations visant à régir sa portée, sa véracité, sa fiabilité et *in fine*, sa valeur. S'il s'observe à l'échelle d'un rapport de pouvoir de la parole des adultes sur celle des enfants, il est aussi perceptible dans l'accomplissement permanent et méthodique de gestes, d'attitudes et de jugements attribuant une valeur à la parole juvénile, selon les situations et les acteurs en présence. Ce régime s'inscrit ainsi dans une configuration historique dans laquelle les adultes ont à juger des récits enfantins à l'endroit précisément de mineurs considérés comme étant vulnérables et en identifiant ce qui relève du dicible ou de l'indicible. ▶



Suspecter l'inceste, évaluer sa suspicion et enquêter

1 Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. (2021). *Rapport*. Ciivise.

2 En 2020, j'ai réalisé un travail de terrain de près de six mois dans une cellule de recueil des informations préoccupantes (Crip) d'une grande agglomération, et un autre de six semaines dans un service social de la même ville, qui réalise des évaluations sociales demandées par la Crip. Recherche *Dire, entendre et restituer les violences incestueuses (Dervi)*, 2019-2024, financée par l'Agence nationale de la recherche.

3 Crip. (2020). *Rapport d'activité*. Crip. Il n'est malheureusement pas possible de distinguer la part de celles qui ont fait l'objet d'un traitement pénal et d'une enquête de police, de celles qui ont été transmises à un juge des enfants dans le cas de familles déjà suivies. Difficile aussi de savoir de quelle « violence sexuelle » il s'agit et quand elle a été ainsi établie (par le rédacteur de l'information préoccupante ou celui qui l'a reçue), et, plus encore, à quel moment la « violence sexuelle » est considérée comme avoir été « suspectée ».

Évoquer le « déni » et le « silence » autour de l'inceste et déplorer le classement de 73 % des plaintes pour inceste¹, laissant entendre la complicité d'une justice patriarcale comme le font nombre de commentateurs dans l'espace public depuis quelques années, ne permet pas de comprendre précisément pourquoi l'inceste est si courant et si peu repéré malgré sa réprobation apparemment unanime. Pour cela, il faut observer les situations précises où il est question d'inceste. Qu'en est-il donc, par exemple, en protection de l'enfance, quand un inceste est suspecté ?

Depuis la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, les informations préoccupantes concernant des enfants en danger ou en risque de l'être sont regroupées dans les cellules de recueil des informations préoccupantes (Crip) – il en existe une par département. Dans chacune d'elles, une équipe de travailleurs sociaux évalue les situations familiales qui lui sont exposées et orientent les familles soit vers la voie de la protection de l'enfance (éducatif), soit vers la voie pénale, ou les classent².

Si l'information préoccupante annonce des faits passibles d'un traitement pénal – violences physiques, violences sexuelles –, les professionnels de la Crip la transmettent au substitut du procureur afin qu'il saisisse un service enquêteur (soit la police ou la gendarmerie) et prononce éventuellement le placement provisoire de l'enfant. L'enquête consistera à établir les faits et leur auteur. Néanmoins, les professionnels de la Crip sont là pour « filtrer » les suspicions pour le substitut qui ne peut pas ouvrir une enquête de police pour toutes, au risque sinon de surcharger les services concernés et de rendre leur action inopérante.

Ce dispositif, qui a vocation à mieux saisir la maltraitance à enfant, institue ainsi des places et une division des tâches, et conduit à la délégation de la responsabilité du traitement de l'inceste à un autre professionnel toujours plus éloigné de la famille concernée, ce qui minimise les chances de repérer les incestes perpétrés.

Suspensions d'inceste et évaluation de leur pertinence

Ainsi, quand, à partir de propos ou d'attitude de l'enfant le plus souvent, les professionnels de terrain (soit les travailleurs sociaux, les médecins, les enseignants ou les psychologues) suspectent des faits d'inceste, ils transmettent une information préoccupante aux professionnels de la Crip qui, eux, vérifient, en matière pénale, les éléments sur lesquels reposent ces suspicions. Les premiers rapportent les éléments qui leur font craindre une agression sexuelle ou un inceste – qui laisse rare-

ment des traces et sur lequel ils n'ont aucun moyen d'enquêter –, les seconds évaluent la pertinence de leur inquiétude. Les professionnels de la Crip ne portent donc pas leur attention sur l'abus craint par le rédacteur de l'information préoccupante, mais sur les éléments à partir desquels ils peuvent ou non transmettre la « situation » au substitut : « Que décrit l'information à partir de quels éléments ? » et « Respecte-t-elle les critères de saisine de l'autorité judiciaire ? » Ainsi, pour les professionnels de la Crip, les éléments susceptibles de révéler un inceste sont ceux qui permettent d'ouvrir une enquête de police.

À chaque transmission au substitut, les professionnels de la Crip jouent leur crédibilité professionnelle et celle du service. Ils sont ainsi pris entre des professionnels de terrain inquiets pour un enfant et des substituts exigeants sur la nécessité, la faisabilité et la chance de réussite d'une enquête de police. Ils décident de transmettre la « situation » à partir de l'idée qu'ils se font de sa réception par les substituts qu'ils n'ont jamais rencontrés, mais dont ils connaissent les attentes par expérience. Ils prennent également en compte la difficulté des enquêteurs de police à établir des faits d'inceste sans révélation et le nombre important de classements sans suite. Notons qu'en 2020, dans la Crip concernée, les suspicions de violence sexuelle (inceste compris) ont donné lieu à un traitement judiciaire dans près de 87 % des dossiers³.

Les éléments permettant la transmission de la suspicion au substitut

Une information qui rapporte des propos d'enfant tenus à une « autorité » ou à un camarade, éventuellement repris par une personne extérieure à la famille, est immédiatement transmise au substitut. Ces propos décrivent des actes ou des gestes précis commis sur eux ou qui pourraient l'avoir été, et le contexte de la suspicion est clair et bien délimité. Le « 119 - Allo enfance en danger » envoie par exemple une information préoccupante après l'appel d'un père qui relaie ce que sa fille a entendu d'une camarade : « Papa me force à toucher son zizi tous les jours. » Le professionnel transmet comme une évidence l'information préoccupante au substitut. Il m'explique : « Ça part direct au Parquet pour information. C'est allé vite, parce qu'il n'y avait que trois lignes à lire et que c'est systématique. » Les propos de deux jeunes enfants, et d'un père étranger à la famille, crédibilisent la suspicion. Ce qui ne présage pas de la croyance du professionnel que la petite fille est abusée : « C'est courant, ces situations ! Là, on va peut-être découvrir que la petite est en garde alternée, alors "tous les soirs"... » À ce stade, il ne s'agit

À LIRE...

Doyon, J. et Le Caisne, L. (2024). *Inceste(s). Représenter, juger, suspecter*. Presses universitaires de France.

Le Caisne, L. (2024). Itinéraire d'une suspicion d'inceste. La « situation Amrich ». Dans A. E. Demartini, J. Doyon et L. Le Caisne, *Dire, entendre et juger l'inceste. Du Moyen Âge à nos jours* (p. 315-350). Seuil.

pas de croire ou de ne pas croire, mais de suivre une procédure. Une information rédigée par un psychologue auquel un enfant a confié les gestes que lui demande de faire son père – « *caresses sur tout le corps* » et sur le « *zizi* » –, ainsi que son « *dégoût* » et « *sa peur de perdre son cheval si elle le dit* », est aussi transmise sans hésitation au substitut.

Lorsque aucun propos d'enfant n'est rapporté, les professionnels interrogent plus longuement la qualité des éléments d'inquiétude présentés. Les comportements sexualisés de jeunes enfants, possibles révélateurs d'abus sexuels pour les professionnels de terrain, sont par exemple souvent rapportés au développement normal d'enfants de leur âge par ceux de la Crip. Le vocabulaire employé dans la description des faits concernant un jeune enfant peut sembler inadapté et décrédibiliser l'inquiétude du rédacteur. Un professionnel s'étonne ainsi à voix haute de l'information d'un directeur d'école qui signale un enfant qui en a « *sucé* » un autre : « *Attention, il n'a que trois ans, quand même, alors "sucé" !* »

Dans ces cas-là, le professionnel saisit son téléphone et demande des renseignements complémentaires au chef de service qui a cosigné l'information préoccupante : la nature et le contexte des conduites observées, l'attitude des parents s'ils ont été prévenus, les éventuels suivis médicaux... Si les réponses lui semblent de nature à enrichir le dossier, il lui propose de les lui envoyer par écrit. Parfois, il soulignera l'absence de spécificité de la situation décrite et le dossier sera classé.

La « situation » peut aussi être très discutée au sein de l'équipe. C'est le cas lorsque des signes manifestés par un enfant – masturbation excessive, sexualité « *débridée* », mimes d'actes sexuels, approches sexualisées d'autres enfants, voire même accusations d'agression par un camarade – peuvent être tout aussi bien des symptômes autistiques ou d'une pathologie mentale, que des signes d'une agression subie.

Des psychologues rédigent également des informations préoccupantes dans lesquelles ils rapportent les réminiscences ou ressentis de jeunes patients, à propos de gestes passés d'un père, d'un grand-père, parfois d'un oncle ou d'une tante... Les « faits » rapportés – gestes, auteurs, dates – et leur contexte d'énonciation – moment de la thérapie, après quelles paroles énoncées, par qui – ne sont pas suffisamment précis pour permettre aux professionnels de la Crip d'envisager une enquête de police et donc une transmission au substitut. Ils expliquent alors aux rédacteurs leur impossibilité à agir à partir de leur « écrit » et leur proposent d'essayer d'en savoir plus, voire de poursuivre leur travail avec l'adolescent, et de revenir vers la Crip « *quand les souvenirs seront plus précis* ».

Ces informations préoccupantes placent dans l'embarras des professionnels qui savent que ces réminiscences se basent presque toujours sur des faits réels, et qui sont dans l'obligation de transmettre au substitut une information concernant un fait relevant du pénal, mais avec des éléments précis qu'ils n'ont pas. Ils se rappellent alors que le substitut ne pourra pas se saisir de cet écrit et qu'une enquête de police est vouée à l'échec : « *Si on présente ça au*

parquet, il va dire : "Le dossier, il est vide !" » ou « *Une enquête de police, ça donnera quoi ? Rien !* » L'inévitable classement du dossier par le substitut pourrait bien causer un « *traumatisme supplémentaire aux victimes* », car « *là, y a rien, hein !* » D'un commun accord, ils décident de ne pas transmettre l'information préoccupante au substitut.

La suspicion d'inceste, hors d'action des travailleurs sociaux de terrain

Alors que dans le cadre d'une suspicion de maltraitance physique les professionnels de la Crip demandent très souvent, en parallèle à leur transmission de la « situation » au substitut, une évaluation sociale de la famille à un service dédié, ils ne le font jamais dans le cas d'une suspicion d'inceste. Les professionnels de la Crip et les travailleurs sociaux de terrain rencontrés s'accordent sur le fait que l'inceste ne doit être interrogé que par des enquêteurs de police, perçus comme des « *spécialistes qui savent faire parler l'enfant* ». Tous considèrent aussi que l'évaluation sociale perturberait l'enquête qui commence souvent tardivement : mis au courant de la suspicion à son encontre, l'auteur présumé pourrait en effet préparer son audition et faire taire l'enfant. Surtout, contrairement aux coups dont ils supposent qu'ils proviendraient presque toujours d'une posture éducative inadaptée, les professionnels de la Crip considèrent l'inceste comme une « *maltraitance dénuée de toute volonté d'éduquer* » et donc impossible à « *reprenre* » d'un point de vue éducatif : « *[L'inceste], c'est de l'agression pure et simple. [...] On n'est plus dans une question de relations parent/enfant, dans la relation affective. Il se passe quelque chose, il y a une coupure très nette, on ne peut pas le travailler, ça !* » m'explique l'un d'eux. L'inceste est trop destructeur pour être un élément de la vie familiale.

Certes, le substitut du procureur peut demander une évaluation sociale, soit en parallèle à une enquête de police, soit après sa clôture. Mais dans ces deux cas, les travailleurs sociaux évaluateurs seront déchargés de la suspicion d'inceste : si une enquête est menée, elle est prise en charge par les services de police, et n'aura pas à être abordée lors de l'évaluation sociale ; si l'enquête est clôturée, la suspicion n'existe plus et l'inceste est définitivement écarté. Les évaluateurs peuvent travailler.

Ainsi, dans ce dispositif mis en place pour mieux appréhender les maltraitances contre les enfants, la prise en compte d'un possible inceste est entravée par une division des tâches stricte qui conduit les regards de chacun sur la suspicion : les uns, dans l'impossibilité d'enquêter, suspectent et s'inquiètent pour l'enfant, les autres s'inquiètent, en matière pénale, de la qualité de la suspicion.

En outre, les travailleurs sociaux de la Crip et leurs collègues de terrain qui réalisent les évaluations sociales, tous pourtant spécialistes de la famille, considèrent l'inceste comme un acte factuel déconnecté des relations familiales. Ils l'excluent de leur champ de compétence et en abandonnent l'enquête aux inspecteurs de police. Le risque, déjà éminemment important, de passer à côté d'incestes dont les enfants victimes ne parlent pas est ainsi décuplé. ▶

Préserver l'enfance des mineurs protégés

En mars 2021, Adrien Taquet, secrétaire d'État chargé de l'Enfance et des Familles, me confiait la mission de recueillir la parole des enfants protégés par l'Aide sociale à l'enfance. L'enjeu de cette mission, qualifiée d'inédite par la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (Cnape), était d'appréhender la perception qu'ont les enfants protégés de leur accompagnement et de formuler des propositions d'amélioration de cette politique publique complexe qui soient issues des paroles des enfants. Au cours de cette mission, plus de un millier d'enfants furent entendus dans leurs différents lieux d'accueil. En lien avec les départements sélectionnés, la mission s'est déplacée dans des pouponnières, des lieux d'accueil d'urgence, des lieux de vie, des maisons d'enfants et des familles d'accueil.

expriment pour certains un malaise et pour d'autres une grande souffrance face au fait d'être conduits chaque jour à l'école dans une « grosse camionnette blanche » sur laquelle est apposé le logo de l'institution. Les mineurs souhaiteraient que ces logos disparaissent. Ce sujet n'a pas été révélé par la mission alors qu'il est, depuis bien longtemps, récurrent. Cependant, les camionnettes continuent de porter de ces logos. Cet exemple, ainsi que tous ces détails anodins – pour les adultes – partagés par les enfants nous enseignent la nécessité de se placer aussi souvent que possible à hauteur d'enfants afin de questionner le fonctionnement d'une institution à travers la manière dont les enfants et les adolescents perçoivent ses modalités d'organisation. Ceux-ci n'ont jamais manqué de justesse et d'authenticité, cette posture à leur hauteur, en plus d'être une

déclinaison du droit d'expression des mineurs, ne doit pas inquiéter, elle ne peut qu'être vertueuse. Elle nécessite également de donner aux acteurs du quotidien une capacité d'action. À ce sujet, la mission a pu constater qu'une meilleure acceptation du risque éducatif permettrait aux acteurs du quotidien de l'enfant de s'adapter à l'unicité de chaque mineur et des besoins qui en découlent. Cela implique d'accepter le risque, risque qui devrait être partagé entre l'éducateur et la direction. Il a également été constaté que certaines organisations hiérarchiques paralysaient l'action d'acteurs de terrain.

À LIRE...

Arnaud-Melchiorre, G. (2021). À (h)auteur d'enfants. Rapport de la mission La parole aux enfants.

Concernant le recueil de l'expression des enfants, la méthodologie ne comportait pas de questionnaires précis afin de ne pas orienter leur expression. Adaptables à tous les âges de l'enfance, des questions d'ordre général étaient posées aux mineurs, telles que : « Qu'est-ce qui te fait du bien dans ton accompagnement et qui, de fait, pourrait être une bonne idée pour les autres enfants ? Qu'est-ce qui ne te fait pas du bien et que l'on doit, selon toi, arrêter de faire ? » Les enfants et les adolescents pouvaient être rencontrés préalablement au cours d'un repas collectif avant de débiter des entretiens plus personnels ou au cours d'activités diverses. Ils pouvaient aussi utiliser leur environnement ou des objets personnels qu'ils détenaient dans leur chambre (à l'instar d'un doudou) pour s'exprimer. Par ailleurs, nombre d'entre eux ont pu être interrogés au cours d'activités diverses (par exemple, l'équitation, une balade à vélo ou un temps d'expression avec des dessins). Enfin, certains ont aussi été interrogés collectivement au ministère de la Santé, ces moments prenant la forme d'un débat démocratique et se terminant par des visites culturelles.

De façon générale, l'ensemble des mineurs protégés ont exprimé un souhait de normalisation. D'apparence anodine, de nombreux détails de la vie quotidienne altèrent leur qualité de vie. Les mineurs ont formulé le souhait que ces détails puissent évoluer, certains n'ont aucun coût pour les finances publiques et procèdent de l'organisation du service public. À titre d'exemple, les mineurs

Sans en minimiser l'importance, la mission a fait le choix de placer une recommandation comme plus importante que les autres, il s'agit de la nécessité de réinvestir de façon éducationnelle le temps de la nuit. En effet, pour des raisons d'organisation du service et, très certainement, budgétaires, la nuit a presque partout été désinvestie du champ éducatif. Les personnels qui veillent sur les mineurs ne sont pas des professionnels de l'éducation. Or aucune journée ne peut correctement bien se dérouler si la nuit ne s'est pas bien passée, puisqu'une bonne nuit est préalable à une bonne journée. La nuit est un moment de la vie déterminant dans la croissance des mineurs et pour la structuration du cerveau. Une différence notable et constante de bien-être a été constatée sur l'ensemble du territoire national entre les mineurs qui vivent dans des institutions où un acteur éducatif du quotidien est présent la nuit et ceux qui sont veillés par un autre professionnel. ▶

Mathieu Lacambre
Psychiatre
Criavs-LR, équipe de
psychiatrie légale
CHU Montpellier

Ingrid Bertsch
Psychologue
clinicienne
Unité de consultation
psychiatrique post-
pénale
CHU de Tours

Cécile Miele
Psychologue
clinicienne
Service de psychiatrie
adulte, CMP-B
CHU de Clermont-Ferrand

Fabienne Clergue
Secrétaire
coordonnatrice
Crir-AVS Paca
APHM Marseille

**Anne-Hélène
Moncany**
Psychiatre
Criavs-MP
CH Gérard-Marchant

1 Hailes, Y. U. et Danese, F. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839.

2 American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson (5^e éd.).

3 Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children* (p. VII). American Psychological Association.

4 Uzieblo, K. et De Boeck, M. (2022). They Need Somebody, and Not Just Anybody: Help-Seeking Behaviour in Minor-Attracted Persons. Dans K. Uzieblo, W. J. Smid et K. McCartan (eds), *Challenges in the Management of People Convicted of a Sexual Offence*. Palgrave Macmillan, Cham.

5 Service téléphonique d'orientation et de prévention (Stop). Site internet de la Fédération française des Criavs.

6 Depuis 1992 au Royaume-Uni et 2005 en Allemagne.

7 Notamment les auditions publiques de 2018, « Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge », et de 2025, « Mineurs auteurs de violences sexuelles ».

8 Depuis vingt ans, les équipes des Criavs ont développé, dans chaque région, un maillage interdisciplinaire de professionnels à partir de leurs missions d'information, de formation, de supervisions cliniques et juridiques, d'articulation santé-justice et de prévention. La charte internationale des lignes d'écoute francophone, ratifiée en France au ministère de la Santé en 2022 par des équipes belges (SéOS et Stop it Now ! Bruxelles), suisses (Dis no), québécoises (Ça suffit) et française (Stop), formalise l'accompagnement des répondants.

Stop, une helpline pour protéger les enfants en soignant les adultes

Les conséquences des violences sexuelles sont dramatiques sur le développement de l'enfant (elles peuvent, par exemple, être à l'origine d'une dysrégulation émotionnelle, de l'altération des habiletés sociales, de troubles de l'identité ou des apprentissages) et la santé des victimes¹ (des troubles du comportement et des conduites, des addictions, la dépression, mais aussi des pathologies somatiques chroniques en particulier auto-immunes peuvent, par exemple, apparaître).

La pédophilie n'est pas une infraction, mais un trouble psychiatrique caractérisé par une attirance sexuelle pour des mineurs prépubères. Ce diagnostic (et le traitement adapté, conformément aux recommandations en vigueur) peut être porté pour des personnes âgées de plus de 15 ans qui présentent, depuis plus de six mois, des fantasmes, un intérêt ou des comportements sexuels impliquant des enfants prépubères, ayant une différence d'âge d'au moins cinq ans avec la cible de ses attirances sexuelles². Ainsi, le diagnostic de pédophilie peut être envisagé (dès le stade de fantasme) en l'absence de passage à l'acte (l'agression pédosexuelle qui caractérise l'infraction), bien que ce trouble en majore le risque³.

Les personnes attirées sexuellement par des enfants cherchent souvent l'aide et les soins nécessaires pour éviter le passage à l'acte⁴. C'est pourquoi, afin de renforcer la protection de l'enfance et la prévention des violences sexuelles sur mineurs, les professionnels des centres ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (Criavs), réunis au sein de la Fédération française des Criavs (FFCriavs), ont décidé de mettre en place le dispositif Stop, un service téléphonique d'orientation et de prévention avec un numéro d'appel national unique, confidentiel et non surtaxé⁵.



Écouter pour éviter les passages à l'acte

En s'appuyant sur l'expertise d'autres lignes spécialisées en téléphonie sociale et solidaire pour la protection de l'enfance ou des victimes déjà actives en Europe⁶, et répondant aux recommandations qui émanent des professionnels et des politiques impliqués dans la prévention des violences sexuelles et la protection de l'enfance⁷, le principe du projet est simple : proposer une interface opérationnelle et fonctionnelle afin d'éviter tout passage à l'acte. Stop permet d'évaluer et d'orienter les personnes attirées sexuellement par des enfants vers

des dispositifs de soins adaptés. En pratique, selon les besoins identifiés et le niveau de souffrance exprimé, l'appelant est directement orienté vers les services d'urgence (notamment en cas de risque suicidaire) ou le réseau de professionnels compétents de son département de résidence pour une confirmation diagnostique et la mise en œuvre des soins adaptés.

La formation, la supervision et l'accompagnement des répondants, soit des professionnels des Criavs, représentent un enjeu majeur. Ces derniers disposent également d'un réseau de professionnels compétents, ainsi que d'une bonne connaissance des dispositifs d'accueil et de soins existants sur leur territoire⁸.

Au bout du fil

Nous observons, à travers la répétition d'appels d'un même appelant, une difficulté à révéler cette problématique, à cheminer jusqu'à l'échange verbal et, peut-être, la rencontre avec un professionnel. Le plus souvent, le premier appel est interrompu avant la fin du message automatique de présentation de la ligne Stop. C'est en moyenne après le quatrième appel qu'un échange, d'une durée de vingt minutes environ, est possible de vive voix. Concernant le profil des appelants, ils sont, 8 fois sur 10, de sexe masculin et sont âgés de 33 ans en moyenne – avec un écart type de 17 à 89 ans. L'appel est, 7 fois sur 10, justifié par une



9 Bellis, A., Pinède, D., Moulrier, V., Martin-Bertsch, I. et Januel, D. (2024). French national helpline "stop" for minor-attracted persons: First findings. *L'Encéphale*.

10 Taquet, A., Rappaport, C., et al. (2025). *Rapport d'orientation et propositions. Audition publique « Parcours des mineurs auteurs de violences sexuelles*.

POUR ALLER PLUS LOIN...

Le dispositif Stop, service téléphonique d'orientation et de prévention, est un numéro de téléphone national unique, confidentiel et non surtaxé : 0 806 23 10 63 - dispositifstop.fr

Fontan, F. (2020). *Le sous-sol de nos démons* [film documentaire]. Comic Strip Production.

attirance sexuelle envers des mineurs. Le reste des appels téléphoniques concerne des démarches d'information qui peuvent, par exemple, être formulées par une personne condamnée qui cherche un thérapeute, un patient déjà suivi en ambulatoire par des services de psychiatrie qui doute sur un diagnostic comorbide de trouble paraphilique, un membre de la famille inquiet pour un proche (potentielle victime ou agresseur) qui aurait des comportements inquiétants (tels que des comportements sexuels problématiques pour des enfants de moins de 12 ans, ainsi que des comportements ou des gestes inappropriés) ou un professionnel de santé (mais aussi du champ social ou judiciaire) qui sollicite un avis spécialisé ou cherche des ressources pour adresser un patient vers des soins adaptés. Finalement, plus de la moitié des appelants est orientée vers des soins. Depuis sa création et malgré l'absence de campagnes d'information, l'activité de la ligne d'écoute ne cesse de croître⁹ avec des pics de fréquentation selon les périodes (en hiver ou lors de périodes de confinement, par exemple) ou lors de la médiatisation de crimes sexuels impliquant des mineurs (faits divers ou jugements médiatisés). Ainsi, en quelques années, le nombre d'appels annuels de Stop est passé de 1 500 à plus de 3 000. Au total, depuis sa mise en place, 12 000 appels ont été recensés.

Évolutions

Afin d'augmenter le rayonnement et de renforcer l'efficacité du dispositif Stop, mais aussi à condition de disposer des moyens nécessaires, ce dernier doit élargir ses populations cibles (telles que les adolescents, les mineurs présentant des comportements sexuels problématiques, les familles incestueuses) et ses supports (via la mise en place, en ligne, d'un chat, d'un programme de psycho-éducation, d'une thérapie cognitivo-comportementale auto-administrée ou de l'intelligence artificielle conversationnelle)

comme le suggère la récente audition publique sur les mineurs organisée par la FFCriavs¹⁰.

En matière de santé publique et de prévention, après avoir déconstruit les représentations stigmatisantes entravant l'accès aux soins, la communication représente le principal levier pour favoriser et garantir l'utilisation d'un dispositif accessible par la téléphonie et les nouvelles technologies de l'information et de la communication. C'est tout l'enjeu de chaque opportunité qu'il nous faut saisir pour informer, prévenir et éduquer en proposant des ressources ad hoc à des personnes isolées et en souffrance. Quant à ses effets, ils devraient être évalués sur les plans individuels et collectifs dans toutes leurs dimensions (sociales, sanitaires, judiciaires et financières). En attendant, les professionnels des Criavs poursuivent au quotidien leur travail pour réduire le risque de violences sexuelles sur mineur, mais aussi afin d'apporter du soutien et de l'aide adaptés à celles et ceux qui les sollicitent.

Conclusion

Après un important retard en France au développement de supports d'écoute et d'orientation des personnes attirées sexuellement par des mineurs, nous avons pu déployer en quelques années une solution pragmatique, mais incomplète au regard du besoin de nouveaux supports techniques, en particulier adressés aux mineurs, et de la stratification des réponses, selon les besoins. À travers une riche collaboration internationale, nous développons des standards d'évaluation et de suivi pour garantir la qualité d'un service qui nous paraît essentiel et complémentaire aux stratégies actuelles de protection de l'enfance. À ce jour, depuis la mise en place du dispositif Stop, nous estimons qu'environ 6 000 personnes attirées sexuellement par des mineurs ont été orientées vers des soins. Autant de victimes et de violences évitées ? ▶

Le projet habitat jeunes : protéger les plus vulnérables et émanciper tous les jeunes

Enfance et jeunesse ne sont pas seulement deux périodes qui se succèdent ou se chevauchent avec plus ou moins de précision, elles sont aussi l'objet de politiques distinctes. Bien que partageant des objectifs communs en matière de bien-être et d'accompagnement des plus jeunes, il existe une tension constitutive entre les politiques de jeunesse et celles de l'enfance. Ces dernières sont essentiellement abordées sous l'angle de la protection qui repose sur une approche centrée sur la vulnérabilité d'un public spécifique et la nécessité d'une intervention institutionnelle pour protéger les mineurs en danger. Les politiques de jeunesse, peu investies actuellement, adoptent une perspective plus universaliste, visant à accompagner les jeunes vers l'« autonomie » (soit le logement, l'emploi, la formation ou l'engagement citoyen).

Une logique de promotion de l'autonomie

Les foyers de jeunes travailleurs (FJT, ou encore « résidences Habitat jeunes » lorsqu'elles souscrivent au projet associatif du même nom) occupent une place particulière à l'intersection de ces politiques. Ils appartiennent à la famille plus large des résidences sociales et sont conçus comme une solution de logement temporaire pour les jeunes de 16 à 30 ans qui travaillent, sont en formation ou en insertion professionnelle. Ils accueillent des jeunes dits « en mobilité ». L'expression renvoie bien au lexique de capacités positives, présentes dès l'entrée dans le logement, ou à développer au long du séjour. Les FJT s'inscrivent donc dans une logique de promotion de l'autonomie, propre aux politiques de jeunesse, en offrant un cadre de vie semi-collectif avec un accompagnement socio-éducatif adapté à ce moment particulier de transition vers l'âge adulte qui constitue de manière intrinsèque une période de fragilité. Nous parlons alors même de « socialisation par l'habitat ».

**25 % DES
PERSONNES
SANS DOMICILE
FIXE ONT EU UN
PARCOURS EN
PROTECTION
DE L'ENFANCE**

Un cadre protecteur

Toutefois, d'autres caractéristiques de ces établissements offrent un cadre favorable à l'accueil d'une certaine fragilité sociale. Ainsi, les redevances payées par les jeunes sont réglementairement celles du logement social et incluent les charges locatives. Deux tiers des jeunes logés ont des revenus mensuels en dessous du seuil de pauvreté (moyenne nationale), soit une forte précarité économique, susceptible d'en entraîner d'autres. Mettre à l'abri de la grande

pauvreté, permettre l'ouverture des droits et la mobilisation d'aides à travers la gestion locative sociale, ou encore permettre l'accès à des dispositifs intégrés, comme des épiceries solidaires, protège. Les FJT sont également des établissements sociaux¹, et ont à cet égard une attention particulière à la vulnérabilité, tant à travers leur référentiel d'évaluation que par la culture professionnelle de leurs salariés. Une partie des jeunes logés² sont orientés par l'Aide sociale à l'enfance ou la protection judiciaire de la jeunesse, qu'ils soient mineurs ou majeurs, et parmi eux, une part non négligeable a connu un parcours d'exil : les « mineurs non accompagnés (MNA) ». Ces trajectoires peuvent induire des difficultés particulières en matière d'accès aux droits, de choix réel d'études, et avoir des effets graves sur la santé mentale. Rappelons que 25 % des personnes sans domicile fixe ont eu un parcours en protection de l'enfance³.

S'émanciper ensemble

Si pour toutes ces raisons le réseau ne récuse pas la notion de protection pour qualifier ses pratiques, son inspiration philosophique et ses logiques d'intervention ne procèdent néanmoins pas de cette unique dimension. Il propose un paradigme différent, celui de l'éducation populaire. Cette manière de faire et de penser ne contredit pas les principes et approches de l'action sociale ciblée, mais peut entretenir des zones de frictions avec ceux-ci. Dans un contexte de grave crise du logement, qui loger d'abord ? Issus de l'idéal de cohésion sociale de l'après-guerre, les FJT font le pari de la « mixité des publics » comme vecteur d'émancipation des individus et de transformation sociale. Nous parlons d'ailleurs plus volontiers de « brassage social » car la simple juxtaposition de personnes ne produit pas nécessairement d'effets sociaux favorables : il faut animer ce voisinage pour qu'il devienne le terreau vivant du développement de tous. Les équipes socio-éducatives encadrent un collectif favorisant la rencontre d'autres que soi, de trajectoires vues comme singulières avant tout. Il s'agit de poser un cadre qui permette, en plus d'être protégé, de construire un projet commun, aussi humble soit-il, entre ceux qui s'établissent et ceux qui se rétablissent.

La précarisation de la jeunesse, la pression des réservataires de logement en temps de crise, la spécification grandissante des dispositifs et des publics rendent le projet de plus en plus difficile à mener. La capacité des FJT à protéger autant qu'à autonomiser tient pourtant sur cette ligne de crête. ▶

¹ Ils sont régis par le Code d'action sociale et des familles, en plus du Code de la construction et de l'habitation.

² Unhaj. (2023). *Les parcours des jeunes protégé-e-s par l'Aide sociale à l'enfance en Habitat jeunes*. Unhaj.

³ Fondation Abbé Pierre. (2019). *L'État du mal logement en France 2019. Aux portes de la rue : quand l'État abandonne les personnes sortant d'institutions*. Fondation Abbé Pierre.

Les enfants à la rue, enjeux de critérisation dans l'accès à l'hébergement

1 Être « isolée » correspond au fait qu'une personne ne se déclare pas en situation de vie de couple.

2 Article 222.5 du Code de l'action sociale et des familles : « Sont pris en charge par le service de l'Aide sociale à l'enfance sur décision du président du conseil départemental : [...] 4° Les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile. »

3 Article 345-2-2 du Code de l'action sociale et des familles.

4 Ainsi, à titre d'exemples, à Paris, les familles de catégorie 2, 3 et 4 ne sont prises en charge que si une réponse a été apportée aux familles de catégorie 1 (« femme isolée ou famille pour une mise en sécurité suite à des violences conjugales et familiales, grossesses de 3 mois et plus, femmes sortantes de maternité ou avec un enfant de moins de un an, famille avec une personne à mobilité réduite, famille avec une personne présentant une pathologie grave ayant une répercussion sur le quotidien et incompatible avec la vie en rue [ex. : dialyse, cancer] »). À Avignon, en l'absence de titre de séjour, aucun hébergement n'est possible, quel que soit l'âge des enfants. À Valence, le territoire autorise la mise à l'abri de famille avec enfants de moins de un an, avec remise à la rue, quand l'enfant est âgé de un an si aucune autre solution n'a pu être proposée.

5 Les prénoms ont été anonymisés.

6 Quester, H. (acteur). (2000). *Primo Levi* [interview adaptée en fiction]. Émission Atout poche.

Octobre 2024, appel émis par des professionnels du Samu Social 69 à destination du cadre d'astreinte. « Allô, on t'appelle parce qu'on est avec une famille. La mère est avec son compagnon et est enceinte de cinq mois. Sa grossesse est à risque, mais elle n'a pas de document médical l'attestant. Ils ont un enfant de un an et deux mois. »

Entre les lignes se distinguent les portes closes dressées par les catégorisations administratives. Cette mère n'est pas « isolée » et ne peut donc pas prétendre à une prise en charge de la métropole, au titre de l'article 222.5 du Code de l'action sociale et des familles². L'enfant a plus de un an. Son âge ne permet pas, sauf exception, une mise à l'abri immédiate par les services de la préfecture. L'exception se justifierait peut-être par l'état de santé de la mère, toutefois, elle ne dispose pas de certificat à même de le prouver. Ce jour-là, une chance : une faille ou une place libre autorise la mise à l'abri de la mère et de l'enfant. Huit jours plus tard, des jumeaux de 21 mois, présentant un handicap, sont laissés à la rue. Avec leur mère et leur sœur de 6 ans, ils viennent d'être témoins d'une agression au couteau, à proximité de leur lieu de couche.

À Lyon, comme dans les grandes métropoles de France, tandis que l'hébergement d'urgence constitue un droit pour « toute personne en situation de détresse médicale, psychique ou sociale³ », la saturation du parc conduit à un système de priorisation à partir de critères établissant des catégories extra-légales d'ayant droit, dans l'accès immédiat et parfois le maintien en hébergement. Au sein des préfectures, des calculs mathématiques sont effectués afin de fixer les seuils en fonction de la tension sur le parc. Ceux-ci déterminent, en creux, les publics qui n'accéderont pas ou très difficilement à l'hébergement. Les services intégrés d'accueil et d'orientation (Siao) et du 115 portent quant à eux la charge d'effectuer le tri selon les consignes communiquées, celles-ci évoluant selon les saisons, les préfets et la pression de la demande. De plus, les modalités de prises en charge diffèrent selon les territoires⁴. Progressivement, jusqu'à l'extrême, les digues de l'inconcevable ont cédé tout en laissant transparaître des catégorisations administratives. Celles-ci se resserrent sans limite, soit sans appréhender la fragilité intrinsèque liée à la condition de l'être humain, enfant compris.

Novembre 2024, 23 heures. Gare de Lyon Part-Dieu. Nous retrouvons Denise⁵ qui a appelé le 115 pour obtenir une couverture. Sa fille, Sophie, a 3 ans. Au départ de l'intervention, nous savons qu'aucune mise à l'abri ne sera possible dans l'immédiat.

À 3 ans, nous avons franchi depuis longtemps le seuil d'âge pour être prioritaire. Denise explique. Cela fait 15 jours que le mari de son amie les a mises dehors car il travaille désormais la journée. La nuit, l'appartement n'a plus de place pour elles. Tandis que Denise égraine les démarches effectuées (le dépôt du dossier Siao, la demande de logement social, le recours droit au logement opposable [Dalo]) tout en espérant que nous lui répondions qu'il en existe d'autres à même de la sortir de l'enfer, Sophie, la tête dans la capuche de sa doudoune rose, transforme le duvet donné en haltère, en attendant son chocolat chaud. Denise s'inquiète des mercredis à errer, lorsqu'il n'y a pas école. Elle a effectué toutes les démarches. Il lui reste à attendre. « On m'a dit huit mois. Je ne pensais pas qu'on me laisserait comme ça. » Nous expliquons que les hébergements sont saturés. Nous ne précisons pas à cette mère les critères menant à considérer que Sophie est trop grande pour qu'elles soient protégées dans l'immédiat. Au même moment, la petite se cache derrière la poubelle en riant. Si sa mère l'emmène prendre une douche avant l'école, il lui faudra être levée à 6 heures pour se rendre au lieu d'hygiène de la ville. Sinon, à 3 ans, elle portera l'odeur de la nuit sur le béton.

Lors des maraudes, le malaise ressenti est le douloureux prix à payer du refus de la banalisation, parce que les enfants sont avant tout des enfants avant d'être catégorisés sur l'échelle de la vulnérabilité du sans-abrisme. Ce malaise n'est pas l'expression d'une plainte ou d'une lassitude. Il est invité à devenir cri, caisse de résonance des souffrances tues, vacarme à même de conférer visages et voix à celles et ceux qui ne franchissent ni les seuils, ni les catégories, ni les critères. Son origine germe dans la responsabilité à ne jamais s'habituer à observer Sophie jouer avec un duvet devant une gare à 23 heures.

La gestion administrative de la pénurie d'hébergement déshumanise et expose, de facto, à une normalisation du sans-abrisme des enfants, en dépit du droit inconditionnel à l'hébergement et de la Convention internationale des droits de l'enfant. « [S'habituer], en clair, cela signifie perdre de son humanité⁶. » Au seuil d'une bascule sociétale, le malaise des travailleurs sociaux est l'expression sensible d'une posture politique fondée sur le respect universel des droits fondamentaux. Prioriser l'accès à l'hébergement, plutôt que poser un objectif de réduction du sans-abrisme, est un choix politique. C'est celui qui condamne aujourd'hui des enfants à dormir dans la rue. Demain, d'autres choix seront à même de diminuer le sans-abrisme. ▶

1 Marpsat, M. (1999). Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri. *Population*, 54(6), 885-932.

2 Loison, M. et Perrier, G. (2019). Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection. *Déviance et Société*, 43(1), 77-110.

3 Le nom de la structure ainsi que les prénoms des différentes personnes rencontrées dans le cadre de la thèse ont été anonymisés.

4 Coulm, B. (2020). La précarité, un impact majeur sur l'état de santé des femmes enceintes. *Sages-Femmes*, 19(1), 12-17.

5 Gasquet-Blanchard, C. et Sahnoun, L. (2021). La précarisation des femmes enceintes primo-arrivantes comme indicateur du creusement des inégalités sociales de santé en Île-de-France. Dans *Atlas collaboratif de la mégarégion parisienne*. Université de Rouen Normandie.

6 Gasquet-Blanchard, C. et Moine, R. (2021). Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité. *Revue française des affaires sociales*, 3, 225.

Aziliz Le Callonnec

Doctorante en sociologie
Centre Max-Weber
Université Lumière Lyon 2

Chargée d'études
Orspere-Samdarra

Les femmes et les enfants d'abord : quel accompagnement des « femmes sortantes de maternité » ?

Le 15 juillet 2024, la métropole de Lyon suspend toute nouvelle mise à l'abri, que ce soit à l'hôtel ou au sein de ses sites expérimentaux d'hospitalité. Aucune nouvelle prise en charge ne sera actée avant que la collectivité ne revienne finalement sur sa décision un mois et demi plus tard. Pendant ce laps de temps, plusieurs femmes enceintes et sortant de maternité avec leurs nouveau-nés se retrouvent à la rue. Ces mères isolées étaient pourtant jusqu'à présent protégées et prises en charge pour une majorité d'entre elles sur le territoire. Reconnues comme vulnérables au titre de la protection de l'enfance, elles bénéficiaient d'un « avantage sous contrainte¹ » leur permettant tout à la fois d'accéder plus facilement à une mise à l'abri à l'hôtel et d'être hébergées dans de meilleures conditions². Ce constat de femmes se retrouvant à la rue avec leur nourrisson, fait dès l'été 2018 en Île-de-France, avait amené les services de l'État à créer, en 2021, des places dédiées « femmes sortant de maternité » que l'on retrouve au sein du Relais des femmes³, structure dont il sera ici question.

Toutefois, qu'est-ce qui justifie l'apparition de ce nouveau public cible des « femmes sortantes de maternité » ? Comme me l'explique Caroline, chargée de mission au service intégré d'accueil et d'orientation, ces places ont été pensées comme une alternative à l'hôtel « parce qu'à l'hôtel le suivi n'est pas là. Il y a besoin, quand on accueille son enfant, d'avoir une équipe derrière ». Une équipe qui puisse épauler ces femmes et être là en support, l'arrivée d'un enfant étant un moment de vulnérabilité particulièrement important. Cette vulnérabilité est d'ailleurs centrale dans l'accompagnement.

Cet article s'appuie sur une enquête ethnographique menée dans le cadre d'une recherche doctorale au sein du Relais des femmes entre octobre 2022 et décembre 2024. L'équipe pluridisciplinaire, composée de professionnels de l'intervention sociale et de la petite enfance, accompagne au sein d'un hébergement dit en « diffus regroupé », composé de studios individuels, un peu plus de 120 personnes, dont 25 mamans avec leur bébé et le père de l'enfant, quand ce dernier est présent. Pendant plus de deux ans, en immersion, j'ai partagé le quotidien de cette équipe, en menant à la fois des observations in situ de l'accompagnement « en train de se faire » ainsi que des entretiens semi-directifs auprès des professionnels (n=12)

et des partenaires institutionnels et associatifs de la structure (n=14).

Prévenir de potentiels risques de santé pour la mère et l'enfant

Notons tout d'abord qu'héberger ces femmes et ces enfants leur évite des problèmes de santé éventuels et répond ainsi à leur vulnérabilité sanitaire. En effet, plusieurs études montrent que les femmes enceintes en grande précarité sont confrontées à des risques plus importants de complications pendant la grossesse et à des maladies cardiovasculaires⁴. Elles sont également éloignées du système de soin et souffrent d'une insuffisance de suivi de grossesse, les problèmes du quotidien – administratifs et financiers – prenant le pas sur le suivi médical. Ces femmes font également face à des refus de soins fréquents, ce qui accentue leur non-recours. Le fait d'être mises à l'abri en hôtel est également un frein à une bonne prise en charge médicale en raison de l'« hypermobilité » et de l'« instabilité résidentielle » que cela impose⁵.

Il s'agit donc de lutter contre « la fabrique programmée des inégalités de santé⁶ ». Comme le stipule la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement dans le cahier des charges concernant ces nouvelles places, les travailleurs sociaux, outre leurs missions habituelles, doivent veiller à faciliter le suivi sanitaire de ces mères. C'est ce qu'explique Laurence, référente petite enfance quand elle me présente ses missions : « Ça commence déjà au moment de la grossesse, c'est-à-dire de façon très pratique, quand une femme est enceinte, c'est déjà de savoir si elle est suivie par un médecin, si elle est inscrite dans une maternité. Est-ce qu'elle a un médecin traitant ? Est-ce qu'elle a déjà eu d'autres enfants ? Est-ce que sa grossesse se passe bien ? Est-ce qu'elle a besoin de rencontrer d'autres spécialistes en parallèle ? [...] C'est faire le point de là où elle en est, faire le lien avec la protection maternelle infantile (PMI), pour qu'il y ait une sage-femme de la PMI qui vienne voir madame à domicile. [...] Et puis après, si c'est une dame qui vient avec son bébé, c'est un petit peu la même chose : le suivi de grossesse, le suivi pour l'enfant, donc de nouveau avec la PMI, pour prévoir des visites, pour les vaccinations, pour le suivi du poids... Faire le lien avec les puéricultrices de la Maison de la Métropole qui viennent à domicile. Et puis, expliquer déjà tout ça aux dames : qu'il y a des visites qui sont obligatoires, qu'est-ce que c'est qu'un suivi PMI pour l'enfant. Il y a toutes les séances post-accouchement



avec la sage-femme, toutes les séances de rééducation, ça peut être du kiné... Voilà. Et puis donc, après, il y a tout ce qui concerne le soutien plus moral, c'est-à-dire pouvoir répondre à des questions sur pleins de choses : sur l'allaitement, le sommeil, l'alimentation, le jeu, le développement psychomoteur de l'enfant... Toutes ces angoisses qui jaillissent au moment de l'arrivée d'un enfant. » Cette mission de coordination de parcours de soin consiste également pour elle, en tant que référente petite enfance, à soutenir et conseiller ces mères en répondant aux nombreuses questions qu'elles se posent.

Protéger la mère pour prendre soin de l'enfant et de son « bon » développement

Les travailleurs sociaux du Relais des femmes – et en particulier les référentes petite enfance – ont également une mission de soutien à la parentalité qui transparaît dans ce « soutien plus moral » qu'évoque Laurence. Ils sont là pour rassurer ces mères, mais aussi pour répondre à leurs interrogations et préoccupations. Cette réassurance passe notamment par le fait d'être à l'écoute de leurs craintes, de leurs peurs et de leurs angoisses. Les professionnels sont donc là pour rassurer ces femmes et pour leur apporter des conseils, les outiller et les guider, en les aidant notamment à mieux comprendre leur enfant, ses besoins, ses ressentis et ses réactions. « Nous, qu'est-ce qu'on fait ? On verbalise en permanence les besoins des enfants, ce qu'on voit. Et c'est surtout ça qu'on fait. Et parfois les parents, ils les voient les besoins de leur enfant, parfois ils ne les voient pas du tout. Mais du coup, ça peut les aider à mieux comprendre le bon fonctionnement de leur enfant ou ses réactions », m'explique Murielle qui anime le temps parent-enfant de la structure.

La création de ces places d'hébergement répond à un objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé, mais elles ont également une visée préventive en matière de protection de l'enfant puisque c'est « avant tout au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant que les actions auprès de ces femmes sont menées⁷ ». Les professionnels sont donc attentifs à la façon dont mère et enfant se comportent l'un envers l'autre, mais, contrairement à ce que l'on pourrait penser a priori, leur attention n'est pas uniquement tournée vers les nourrissons. Au contraire, les professionnels sont plutôt vigilants à l'égard des mères, de leur état de fatigue, de leur isolement

et sont alertes vis-à-vis d'un potentiel épuisement parental. C'est ce souci et cette attention portée aux mères qui transparaît dans les propos d'Estelle, référente petite enfance, lorsqu'elle évoque la fatigue qu'elle a repérée chez Samara, une des mères qu'elle accompagne qui, selon elle, « n'en peut plus de son petit garçon ». « Tu vois, la famille dont on a parlé en analyse de la pratique professionnelle... On a parlé de Samara, avec Naïm. Du coup, elle interpelle beaucoup parce qu'elle a l'air en déprime totale. Elle n'est pas réactive, elle n'est plus du tout actrice de son projet personnalisé, de son boulot, de rien. [Les collègues] sont très inquiets et ils ont très envie de l'amener voir la psychologue. Et donc moi, j'interviens en disant : "Oui, et Naïm d'ailleurs, il est bougon, il est très ceci mais, en fait, il donne un peu l'impression d'avoir envie de secouer sa maman." C'est une super maman, elle fait le job : il est propre, il est bien nourri, il dort quand il est fatigué, il mange quand il a envie de manger, elle le sort quand il a envie de sortir. Mais, en fait, il n'y a plus de tendresse. C'est une maman qui te dit qu'elle est épuisée [...]. Et, en fait, tu te rends compte qu'elle n'arrive plus à passer du temps avec lui. C'est trop compliqué. [...] Et donc moi, j'ai ça en tête parce que je trouve que le lien devient problématique. Cette maman n'en peut plus de son petit garçon. Ce petit garçon est de plus en plus agité, il a de plus en plus besoin d'attention et, à un moment, il va y avoir rupture. Il y a un moment où elle ne pourra plus répondre parce qu'elle sera trop épuisée, parce qu'il sera dans un état beaucoup trop exacerbé et ça ne va plus se rencontrer. Et là, on sera sur des choses où on se dira : "Mince, on n'a pas fait de prévention, c'est trop tard." »

L'enjeu de l'accompagnement est donc clair : aider Samara à améliorer sa relation avec Naïm avant qu'il y ait une difficulté plus sérieuse pour sa santé psychique, la rendant incapable de s'occuper de son petit garçon et ce, en « reconnai[ssant] à la fois la fragilité de la situation familiale et la capacité du parent à y faire face. Le parent ne voit pas sa fragilité sanctionnée, au contraire il est accompagné de sorte à pouvoir lui-même dégager des mécanismes permettant d'y pallier⁸ ». Ainsi, soutenir la mère revient in fine à protéger l'enfant. L'action des travailleurs sociaux rend compte du souci qu'ils ont de ces mères, qu'il ne s'agit pas de contrôler mais bien de soutenir dans une approche capacitaire, l'objectif étant de les reconnaître comme des sujets à part entière et non uniquement sous le prisme de leur maternité et de leur « si gros ventre⁹ ». En ce sens, l'accompagnement mené par ces professionnels du social relève d'une forme d'éthique du care¹⁰, d'une forme de sollicitude qui transparaît dans les propos d'Estelle et dans son inquiétude vis-à-vis de Samara et de Naïm, qu'elle tente de partager avec le reste de son équipe. Au même titre que ses collègues, elle est détentrice d'une connaissance fine des personnes qu'elle accompagne et a une appréciation sensible de la situation qui lui permet de « reconnaître des signaux d'inquiétudes à partir de seuils de vigilance individuels¹¹ ». Leur inquiétude commune, leurs émotions et leur attachement vis-à-vis des personnes qu'elles accompagnent au quotidien sont autant de preuves de leur engagement. ▶

⁷ Virole-Zadje, L. (2016). Devenir mère, devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France. *Genre sexualité & société*, 16.

⁸ Pothet, J. (2024). *Parentalités incertaines. Ethnographie et sociologie des dispositifs de soutien aux parents*. Presses universitaires de Rennes, p. 119.

⁹ Froideveaux-Metterie, C. (2023). *Un si gros ventre. Expériences vécues du corps enceint*. Stock.

¹⁰ Tronto, J. C. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. La Découverte.

¹¹ Vives, L. (2023). *Loger d'abord les sans-abri. Ethnographie de l'implémentation d'un modèle de réponse au sans-abrisme en France* [thèse de doctorat], p. 359. Université Jean Monnet-Saint-Étienne.

1 Mission nationale mineurs non accompagnés. (2024). *Rapport annuel d'activité 2023*. Le rapport 2024 n'est pas encore publié à ce jour, ce qui ne permet pas d'actualiser plus avant ces données quantitatives.

2 Les jeunes de 13 à 15 ans représentent 31,2 % des MNA en 2023 contre 23,92 % en 2022. En 2023, 1613 jeunes filles sont concernées par un placement contre 1012 en 2022.

3 Cela représenterait 1000 à 1800 jeunes sur l'année 2023 au sein de la métropole de Lyon. Forum Réfugiés. (2024). *Rapport d'activité 2023*. Forum Réfugiés.

4 La recherche, dont les données illustrent cet article, s'est déroulée entre 2022 et 2025 en appui de l'expérimentation d'une équipe mobile santé mentale dédiée aux jeunes migrants isolés de la métropole de Lyon, portée par la fondation OVE. Orspere-Samdarra. (2025). *Projet d'équipe mobile en santé mentale de la fondation OVE à destination des jeunes migrants*. Orspere-Samdarra.

5 Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., et Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe : A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 133, 105865.

6 Risque de mourir ou témoin de la mort de quelqu'un, victime ou témoin d'agression, abus, menaces physiques ou sexuelles.

7 Mission nationale mineurs non accompagnés. (2024). *Rapport annuel d'activité 2023*. Ministère de la Justice.

8 La formulation et l'ordre des questions de la SCID-5, couplé aux effets de comparaison de gravité « objective » des événements produit cet effet.

9 Unicef. (2023). « Je suis venu ici pour apprendre. » *Garantir le droit à l'éducation des mineurs non accompagnés*. Unicef.

Élodie Picolet

Directrice adjointe de publication de *Rhizome*

Psychologue

Orspere-Samdarra

Mineurs non accompagnés, enfants ou migrants ? Effets psychiques d'une catégorisation incertaine

Les quelques données disponibles sur la proportion des mineurs non accompagnés (MNA) en France donnent à voir l'ampleur du phénomène actuel : en 2023, 19370 jeunes ont été reconnus comme nécessitant d'être protégés par l'Aide sociale à l'enfance¹. C'est un nombre sans précédent. Ils tendent, par ailleurs, à être plus jeunes qu'auparavant et les jeunes filles sont de plus en plus nombreuses². Au sein de la métropole de Lyon, 1086 jeunes ont été reconnus MNA en 2023, ce qui en fait le quatrième territoire français le plus concerné par leur accueil. Toutefois, ces données invisibilisent ceux n'ayant pas (encore) été évalués, mais aussi ceux qui, estimés majeurs en première instance, déposent un recours pour contester la décision³.

Une santé mentale à considérer

Leur statut d'adolescents, isolés, concernés par la migration et en situation de grande précarité, font d'eux des nouvelles figures de la vulnérabilité. Les données de prévalence des troubles psychiques chez ces jeunes, réalisées dans divers pays européens, confirment l'enjeu d'une préoccupation pour leur santé mentale. Pourtant, sur ce point, les données françaises sont à ce jour quasiment inexistantes. Ainsi, l'Orspere-Samdarra a mené une recherche auprès des jeunes migrants isolés de la métropole de Lyon, dont le versant clinique visait en premier lieu à explorer et quantifier les troubles psychiques des jeunes accompagnés par une équipe mobile santé mentale dédiée à ce public et, en deuxième lieu, à explorer leurs souffrances psychiques, leurs dimensions de santé mentale positive ainsi que les facteurs y contribuant⁴.

Dans le cadre de cette recherche, un échantillon représentatif de la population accompagnée par l'équipe a été sollicité pour la passation de la SCID-5, d'une part, et d'un entretien de recherche semi-directif, d'autre part. In fine, l'échantillon est composé de 20 jeunes hommes, de 14 à 17 ans, majoritairement originaires de Guinée-Conakry (60 %) et de Côte d'Ivoire (27 %). Une majorité des jeunes interrogés est en recours concernant l'évaluation de leur minorité isolée (73 %). En moyenne, ils sont en France depuis 7 mois et leur trajet migratoire a duré 3 à 6 mois.

Un environnement traumatogène

Au-delà des troubles de stress post-traumatiques, dont la prévalence est de 60 % dans l'échantillon de notre étude, c'est la proportion et le cumul d'événements à potentiel traumatique vécus qui méritent d'être soulignés. Le nombre d'événements de vie stressants (*stressfull life*

events) fait partie des facteurs de risque psychopathologiques les plus robustes d'après les données scientifiques actuellement disponibles sur ce public⁵. Un seul des jeunes rencontré n'en rapporte aucun, les autres décrivent un à sept événements traumatiques tels que définis par le DSM-5⁶. Parmi eux, tous sans exception ont été confrontés à une mise en danger de leur propre vie et 60 % de l'échantillon cumule au moins trois événements traumatiques au cours de leur vie. L'accroissement de la dangerosité des routes migratoires laisse supposer que ces proportions vont encore évoluer dans les mois et années à venir⁷.

Les données qualitatives nous permettent d'aller plus loin sur ces événements. Nous observons que des effets méthodologiques⁸ conduisent les jeunes à évoquer, lors des questions portant directement sur les événements traumatiques, quasi exclusivement les événements vécus dans le pays d'origine ou au décours du parcours migratoire. Toutefois, si l'on relève l'ensemble des événements à potentiel traumatique évoqués au décours des entretiens clinique, la part de ceux vécus en France est considérable. Leurs impacts sur la santé mentale et le quotidien des jeunes sont à souligner. À titre d'exemples, les violences vécues sur les lieux de distribution alimentaire conduisent certains jeunes à se priver de nourriture ; une attaque au couteau dans le métro, ayant blessé un jeune reconnu MNA, les conduits, par identification, à éviter les transports et les sorties non accompagnées, restreignant ainsi plus encore leur liberté de déplacement. Les violences diverses vécues dans le pays d'accueil ont sur eux un effet tout particulier, bouleversant à la fois leur sentiment de sécurité, mais aussi le sens de leur parcours ou plus largement de leur vie.

Un environnement dépressogène

Soixante pour cent des jeunes rencontrés présentent un trouble dépressif et la même proportion évoque des idées suicidaires actuelles ou passées. Parmi ceux-ci, 40 % indiquent que ces idées ont émergé à leur arrivée en Europe ou en France. L'un précise qu'elles ont débuté à son arrivée dans le campement où il dort. Leurs propos soulignent la désillusion à laquelle ces jeunes font face dans le pays d'accueil, liée aux conditions de vie dans lesquelles ils sont, à la temporalité et à l'incertitude des procédures supposées leur assurer une sécurité et plus particulièrement en lien avec leur non-scolarisation. Le sentiment de perdre du temps et de ne pas construire leur avenir remet en question la possibilité d'un avenir meilleur. L'attente de leur reconnaissance de minorité isolée suspend la possibilité d'une scolarisation. Par ailleurs, même les MNA reconnus et dont la

10 Höhne, E., Van Der Meer, A. S., Kamp-Becker, I. et Christiansen, H. (2022). A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(8), 115.

11 Jakobsen, M., Meyer DeMott, M. A., Wentzel-Larsen, T. et Heir, T. (2017). The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ open*, 7(6), e015157.

12 Höhne, E., Van Der Meer, A. S., Kamp-Becker, I. et Christiansen, H. (2022).

13 Mission nationale mineurs non accompagnés. (2024).

loi prévoit l'obligation d'une scolarisation n'ont, dans les faits, pour la plupart pas accès à cette possibilité⁹. Pour 22 % des jeunes rencontrés, les idées suicidaires sont plus avant en lien avec le décès de leurs parents, ce qui attire l'attention sur la clinique du deuil pour ce public. À noter que 47 % des jeunes de l'échantillon ont au moins un parent décédé. Enfin, l'un d'entre eux nous invite à poursuivre le travail d'information et de déstigmatisation des soins psychiques, rapportant avoir développé des idées suicidaires à l'hôpital psychiatrique car il pensait ne jamais en sortir. Des outils informatifs pourraient être développés à leur intention et systématiquement proposés lors des hospitalisations, sans quoi celle-ci induit des effets iatrogènes non négligeables. Le changement de lieu de vie a été évoqué à plusieurs reprises comme ayant permis l'atténuation ou la suppression des idées suicidaires ; ces lieux de vie se sont révélés soutenant soit par leur caractère plus sécurisant soit parce qu'ils ont permis de réduire leur isolement.

Si l'hébergement à l'hôtel est généralement soutenant par son aspect plus sécurisant à l'opposé des campements, il est associé pour certains à un éloignement des liens sociaux qu'ils avaient commencé à développer, contribuant à un isolement délétère à leur bien-être. Cela est particulièrement le cas lorsque la reconnaissance de la minorité isolée des jeunes les conduit à être hébergés dans un autre département au regard de la procédure des clés de répartition. Ainsi, malgré les conditions de vie particulièrement dégradées de ces lieux, certains jeunes ont pu étonnamment décrire un apaisement à leur arrivée sur les campements en rencontrant d'autres jeunes parlant la même langue qu'eux.

Un environnement anxieux

Enfin, si 33 % des jeunes rencontrés remplissent les critères diagnostic d'un trouble anxieux, nous notons que 60 % rapportent des sujets d'anxiété les impactant quotidiennement. Ces derniers sont de trois ordres, soit la famille, la procédure de reconnaissance de leur minorité isolée et la méfiance envers les autres. Les inquiétudes pour la famille concernent des craintes pour leur état de santé et leur contexte de vie, mais aussi pour certains la crainte de les décevoir ou de les inquiéter au regard de leurs conditions de vie actuelles. Il s'agit ici d'une forme de double peine de la précarité dans laquelle ils sont plongés : la vivre et la raconter constituent deux éléments de souffrance cumulés. Cela conduit une partie d'entre eux à dissimuler tout ou une partie de leur réalité à leurs proches. Les impacts de ces dissimulations ou mensonges sont à considérer puisque ceux-ci peuvent créer une distance au sein de la relation avec leurs parents – pour ceux qui ont encore des liens –, relevés dans la littérature comme un facteur de protection important pour leur santé mentale¹⁰. Les impacts sur le développement identitaire des jeunes sont également à envisager.

En ce qui concerne la procédure, les données recueillies mettent du sens sur un élément a priori surprenant relevé dans la littérature scientifique : l'attente et le fait d'être débouté sont identifiés comme des facteurs de risque psychopathologiques¹¹, mais l'obtention d'un statut résidentiel n'agit pas pour autant comme facteur de protection de la santé mentale¹². En effet, parmi les

jeunes rencontrés, même celui qui a obtenu la reconnaissance de sa minorité isolée en première instance exprime une inquiétude importante concernant sa procédure de régularisation future. En effet, s'ils sont protégés pour les quelques années à venir au regard de leur statut d'enfant, l'atteinte de la majorité s'accompagnera de la nécessité d'être alors réévalué dans leur droit au séjour au titre de leur statut de migrant. Par ailleurs, le contexte de saturation des dispositifs de l'ASE semble rendre les ressources octroyées légalement par ce statut plus difficiles à obtenir dans les faits¹³, impactant dès lors le potentiel rassurant de cette reconnaissance une fois obtenue. Quelques-uns des effets concrets de la procédure sur la santé mentale des jeunes sont perceptibles dans les entretiens. Le plus spontanément et fréquemment évoqué par les jeunes est la dégradation de leur santé mentale depuis la remise à la rue survenue dès le retour négatif de leur première évaluation. L'anxiété générée par la procédure est également palpable dans l'état d'agitation rapporté par l'un d'entre eux dans les jours précédant son évaluation. Enfin, ils nous donnent à voir la manière dont cela impacte leur relation aux autres jeunes, produisant de nombreuses comparaisons, sentiment d'injustice, jalousie et critiques des uns envers les autres au regard de cette demande de reconnaissance. Pour certains, chaque obtention du statut par un jeune de leur entourage les renvoie à leur propre incertitude ou échec vis-à-vis de cette demande, réveillant l'anxiété et le désespoir associés.

Enfin, la méfiance envers les autres est tout autant un effet des événements traumatiques vécus sur le parcours migratoire qu'une stratégie de survie développée et maintenue au regard de l'insécurité liée à leur situation de précarité actuelle. Le racisme quotidien qu'ils décrivent les conduit à craindre les interactions avec des inconnus. La peur des autorités et des risques encourus pour leur procédure tend à les rendre méfiants envers toute personne exerçant un pouvoir, dont les contrôleurs des transports en commun. Le fait de ne pas connaître parfaitement les lois du pays rajoute de l'anxiété quotidienne et leur donne davantage de volonté pour apprendre au plus vite afin de s'intégrer et d'éviter tout risque de problème.

Évaluer pour protéger ?

Au-delà des souffrances, ces jeunes nous ont donné à voir la manière dont certaines ressources (telles que la pratique du football, la participation à des cours de français, le fait de faire de nouvelles rencontres ou de fréquenter des lieux comme la bibliothèque) leur permettent de maintenir certaines dimensions de santé mentale positive indispensables pour faire face à un tel contexte. L'espoir, le sentiment d'appartenance, la connaissance et le développement de leurs forces et valeurs notamment persistent malgré l'adversité. Il apparaît alors essentiel de tenir avec eux ces dimensions, en ce qu'elles constituent à la fois des facteurs de protection, de résilience et de rétablissement. Leurs récits nous alertent sur la manière dont la procédure de reconnaissance de la minorité isolée produit des souffrances, sans pour autant être en mesure de protéger leur santé mentale lorsque ce statut leur est enfin accordé. Se demander s'ils sont enfants ou migrants pour savoir comment et de quoi les protéger crée précisément les conditions d'un environnement dangereux pour leur santé et leur santé mentale. ▶

Hélène Breniaux-Quentin
Infirmière puéricultrice
Service de protection maternelle et infantile (PMI) de la métropole de Lyon

Laurent Carol
Médecin
Service de protection maternelle et infantile (PMI) de la métropole de Lyon

Marie Duval
Sage-femme, public en grande précarité
Service de protection maternelle et infantile (PMI) de la métropole de Lyon

Karin Eymery
Infirmière puéricultrice responsable de l'unité santé du nourrisson et du jeune enfant
Service de protection maternelle et infantile (PMI) de la métropole de Lyon

Isabelle Gueriot
Auxiliaire de puériculture
Service de protection maternelle et infantile (PMI) de la métropole de Lyon

L'accompagnement de la protection maternelle et infantile des mères avec leur bébé en maison d'arrêt

La protection maternelle et infantile (PMI) est un service public de prévention et de promotion de la santé physique, psychique et sociale. Ce service de proximité est assuré par les départements. Les professionnels de santé de la PMI proposent des actions à toutes les femmes enceintes, aux (futurs) parents et aux enfants de moins de 6 ans. Une attention particulière et des actions « d'aller vers » sont notamment menées envers les personnes confrontées à une situation de vulnérabilité. Enfin, la PMI participe aux missions de protection de l'enfance lorsqu'il y a une notion de danger pour un mineur. Depuis 1988, une équipe de PMI du Rhône puis de la métropole de Lyon intervient auprès des femmes enceintes et des mères avec leur enfant à la maison d'arrêt de Corbas.

Une unité nurserie en prison

Située dans le quartier des femmes de la maison d'arrêt, en retrait des autres espaces, l'unité nurserie comprend trois cellules individuelles, un espace commun pour le jeu, une cuisine ainsi qu'une petite cour extérieure. Les femmes intègrent la nurserie au maximum au septième mois de la grossesse. Les mères peuvent y rester jusqu'au 18 mois de l'enfant, âge où celui-ci doit quitter le milieu carcéral. Dans le contexte particulier de l'incarcération, la sage-femme, les infirmières puéricultrices, l'auxiliaire de puériculture et le médecin de l'équipe proposent des consultations aux femmes enceintes détenues centrées autour de l'accompagnement à la naissance, ainsi que des consultations pour les nourrissons hébergés auprès de leur mère. Leurs objectifs sont de répondre aux questions et aux besoins des mères concernant leur santé et l'arrivée de leur bébé, de la santé de ce dernier, son éveil et son développement ; d'assurer un suivi médical de prévention ; de favoriser une continuité dans le parcours de santé et de socialisation de l'enfant à l'extérieur ; et, enfin, de préparer ainsi que d'accompagner une séparation éventuelle entre la mère et l'enfant. Notre accompagnement vise également à permettre à la mère d'éprouver une relation de confiance, fondée

sur l'écoute et la valorisation de ses compétences parentales. Nous collaborons avec les autres intervenants de la dyade mère-enfant, dans une approche pluridisciplinaire, afin de créer un maillage large de soutien pour sécuriser autant que possible la mère et lui permettre, à son tour, de sécuriser son enfant.

Devenir mère en détention

À l'image de la population carcérale, les femmes que nous accompagnons sont majoritairement des personnes en situation de précarité sociale, familiale ou psychique. Elles peuvent avoir connu des situations de violences intrafamiliales, être touchées par des mesures de protection de l'enfance (qui les ont concernées elles-mêmes ou leurs enfants) ou bien être dans un parcours migratoire (avec une situation variable quant au droit au séjour : situation régulière ou irrégulière, avec ou sans obligation de quitter le territoire français à l'issue de la période de détention). Ces femmes, souvent isolées, ont un réseau familial ou amical ténu ou éloigné sur lequel elles ne peuvent pas toujours s'appuyer et un parcours de vie marqué par des ruptures qu'elles ne souhaitent pas toujours aborder. Ces spécificités rendent souvent difficile l'élaboration d'une continuité dans leur parcours d'intégration sociale et de soins une fois à l'extérieur. A contrario, la prise en charge médicale et sanitaire de certaines femmes peut être facilitée par le milieu carcéral. En effet, en détention, elles accèdent à un suivi médical global (par exemple, sur le plan diététique, kinésithérapique et psychologique) ainsi qu'à une ou deux consultations mensuelles en lien avec leur suivi de grossesse.

La grossesse est une période de grande sensibilité. L'anxiété des futures mères est accentuée par un contexte de privation de liberté qui isole les femmes de leurs familles, les confronte à l'absence de contact intergénérationnel, ne leur laisse que peu de maîtrise sur leur suivi de grossesse, et les empêche de préparer matériellement l'arrivée de leur bébé. La projection dans le devenir parent au sein de cet univers peut être complexe et ce seul

horizon carcéral à offrir à leur enfant peut engendrer un sentiment de culpabilité chez ces femmes. Notre relation d'accompagnement avec elles se construit en utilisant comme point de départ leurs références (familiales ou culturelles), ce qu'elles veulent bien nous dire de leur histoire, leurs connaissances autour de la parentalité et des besoins du nourrisson. Notre rôle est d'accompagner leurs angoisses, de centrer les entretiens mensuels sur la grossesse et de valoriser leurs ressentis afin de favoriser la projection dans la parentalité.

Valoriser le lien d'attachement, les liens parents-enfant et soutenir la parentalité

Dans l'objectif de permettre au nourrisson de rester auprès de sa mère dans les conditions les plus favorables possibles, nous assurons un étayage et une guidance auprès des mères à la nurserie. L'un des enjeux de notre intervention est de soutenir la relation d'attachement dont nous connaissons aujourd'hui les effets sur l'éveil et le développement physique et psycho-affectif de l'enfant. Nous accompagnons les femmes dans leurs réponses aux besoins de leur enfant selon leurs propres repères, tout en étant attentifs au développement harmonieux de

celui-ci et à repérer des troubles éventuels. En parallèle, même si nous ne rencontrons pas l'autre parent et qu'il est exclu du parcours de grossesse, nous nous efforçons de l'inclure en interrogeant la mère sur son histoire, les liens qu'elle a avec lui et avec l'enfant ainsi que sa place dans son éducation et son développement.

Le milieu carcéral et son organisation nous confrontent, dans notre pratique habituelle, à ses référentiels « d'institution totale ». Cela signifie que nous devons accepter de jouer le rôle d'interface avec

les surveillants et l'administration pénitentiaire. Cela demande une forte mobilisation et une coordination des intervenants. Par exemple, nous pouvons être amenés à faire des prescriptions aux mères afin qu'elles bénéficient des balais à manches longs pour qu'elles n'aient pas mal au dos, mais aussi aux enfants, pour qu'ils aient accès aux petits pots choisis par leur mère. Nous adressons également des demandes au service administratif afin qu'elles obtiennent des jeux et des jouets adaptés à leur enfant. Les délais de réponse ne sont pas immédiats. Répondre de cette manière, ce qui est inhabituel pour nous, aux demandes des mères, valorise leurs

places, leur redonne prise sur la conduite de leur vie et la gestion du quotidien de leur enfant. Cela augmente leur estime d'elles-mêmes au regard de leurs capacités parentales.

Rester connectés avec l'extérieur

Notre intervention se fait dans le souci constant de l'articulation du dedans et du dehors. En effet, les mères sont dans l'impossibilité d'accompagner ou d'amener leur enfant à l'extérieur (lors de visites médicales spécialisées, à la crèche ou dans des espaces de découverte et de loisirs, par exemple). Elles n'ont pas accès aux ressources que peuvent avoir les femmes à l'extérieur concernant des choses simples telles que le choix des vêtements, du matériel de puériculture et des jouets. N'ayant pas accès à Internet, l'équipe amène des documents papier pour qu'elles puissent les choisir. Ainsi, la mère reste la personne « en charge » de ce qui concerne son enfant à l'intérieur ou à l'extérieur de la détention.

Lorsqu'une sortie de détention est anticipée, nous mettons en place un travail à deux niveaux. Tout d'abord, nous intervenons auprès de la dyade à partir du projet du parent. En fonction, nous lui exposons des propositions et des préconisations. Enfin, un travail partenarial est également effectué afin de nous coordonner avec les équipes internes (tels que le service médico-psychologique régional ou le service pénitentiaire d'insertion et de probation, par exemple) et externes (comme le service de PMI du futur lieu d'habitation du/des parents ou de l'Aide sociale à l'enfance). Il nous importe de veiller aux conditions de vie de l'enfant à l'extérieur ainsi qu'aux capacités parentales des mères, en gardant toujours comme boussole la réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant, concernant sa santé, sa sécurité et son développement. En cas de séparation, un travail de coordination pour soutenir la mère, l'enfant et leur lien est engagé. Cette situation particulière suscite des questionnements : comment laisser une trace à la dyade de cette vie commune (par exemple, grâce à un album photos ou des dessins de l'enfant) ? Que souhaiterait transmettre la mère aux personnes qui vont s'occuper de son enfant (par exemple, ses habitudes de sommeil, ses préférences alimentaires ou alors ce qu'il aime ou non) ? Comment gérer les semaines qui précèdent ainsi que le moment de la séparation ? Des questions sur les conditions du nouveau milieu de vie de l'enfant se posent également en lien avec l'autre titulaire de l'autorité parentale ou les personnes-ressources identifiées.

Conclusion

La place de la PMI auprès des mères et de leur enfant en milieu carcéral est nécessaire afin d'accompagner et de promouvoir, dans ce contexte très particulier, la santé de ces femmes, ainsi que le développement et la sécurité de l'enfant. Malgré des ressources entravées pour la mère et son bébé dans ce milieu, nous savons combien permettre à l'enfant de bénéficier d'une relation d'attachement suffisamment sécurisante auprès de sa mère lui donne accès aux meilleures conditions possibles pour bien grandir. ▶



Écouter les adolescents en souffrance

Je m'appelle Julie et j'ai été placée à mes 17 ans. J'ai un trouble psy et, à cet âge-là, je faisais beaucoup de tentatives de suicide. Mes parents ont été négligents avec moi. Une énième tentative de suicide a alerté un interne en psychiatrie qui était de garde ce soir-là et qui me connaissait déjà très bien, puisqu'il était également interne dans le service de pédopsychiatrie dans lequel j'avais été hospitalisée pendant deux ans d'affilée. Ayant également connaissance du profil de mes parents, un signalement a été adressé à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) qui a prononcé un placement.

Des placements marqués par un accompagnement insuffisant

Les structures où j'ai été placée n'accueillaient pas spécifiquement des adolescents concernés par les troubles psy. D'ailleurs, mon trouble n'a jamais vraiment été pris en compte par l'ASE ou dans les foyers. Au contraire, ils avaient plutôt tendance à bien le mettre sous le tapis, ce que j'ai mal vécu. J'avais l'impression que les travailleurs sociaux n'étaient pas à l'aise avec les questions de santé mentale. Ils n'en parlaient pas, ils semblaient aussi peu informés que formés à ce sujet. Par exemple, comme je m'automutilais, j'ai parfois eu le droit à des réactions inadaptées de leur part. Par conséquent, j'ai fait de nombreux passages à l'acte. Lors de mes placements, j'ai souvent ressenti que je devais me débrouiller seule, que je n'avais pas le choix et que j'étais un fardeau ou de trop dans le foyer. Avec le recul, je dirais que l'accompagnement des adolescents est insuffisant au sein de ces dispositifs. Le manque de professionnels souligne à quel point ils sont dépassés. Les jeunes ne reçoivent pas assez d'attention, on ne prend pas assez soin d'eux. Par exemple, certains jours, chaque adolescent passait le temps dans sa chambre à se tourner les pouces et à ruminer.

Je sentais également une différence de traitement de la part des éducateurs entre les garçons et les filles qui avaient tendance à être plus contrôlées, recadrées, voire sexualisées par certains.

Au long de mon parcours à l'ASE, j'ai rencontré des adultes qui m'ont aidé, certains de

manière plus pertinente que d'autres. Je me souviens particulièrement d'une assistante sociale qui a entrepris des démarches pour que je sois reconnue par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Le projet d'intégrer un foyer d'accueil pour les personnes en situation de handicap mental à ma majorité m'a été proposé. Nous sommes allées visiter cet endroit que j'ai trouvé horrible. Les personnes étaient toutes regroupées dans ce lieu, où peu d'activités sont proposées et où elles ne progressent pas parce que personne ne cherche à les faire progresser. Cette assistante sociale s'est battue avec moi pour que je puisse avoir une autre option en sortant du foyer. J'ai ainsi découvert le programme Un chez soi d'abord.

Découvrir et intégrer un dispositif différent

En intégrant le programme, j'ai tout de suite senti qu'il n'était pas comme les autres. Souvent, lorsque l'on est concerné par un trouble psy ou un parcours de vie assez atypique, on a le sentiment d'être un « cas » et de ne pas être « normal ». Parfois, on a du mal à se sentir humain. Cette sensation on la ressent un peu partout, même auprès des psychiatres qui nous suivent, car les consultations sont très focalisées sur les symptômes, le trouble, le risque de rechute ou de mauvaise gestion et la recherche de ce qui ne va pas. Au Chez soi, je me suis toujours sentie bien accueillie, respectée et mise au même niveau que les professionnels. Leur intention et leur regard sont normaux, simplement. Ils me donnent vraiment la parole et m'écoutent, même si je suis en retard. Si j'annule une visite à domicile, ils me rappellent toujours et me disent qu'ils sont présents. Ces temps individualisés sont soutenant et montrent qu'ils pensent à nous et qu'ils sont là quelle que soit la question, l'heure du rendez-vous, ou notre volonté de les voir ou non d'ailleurs. Les pairs-aidants, qui sont parfois passés par les mêmes difficultés que nous et qui ont réussi à les surmonter – ou en grosse partie –, sont de très bons exemples pour les personnes qui souffrent. Avec eux, on se comprend, alors que ça ne serait pas forcément le cas avec un autre professionnel.

Gabin

La naissance de mon fils, Gabin, m'a permis de renouer des liens avec de nombreuses personnes qui ont perçu à quel point j'avais changé grâce à lui. J'ai préparé l'arrivée de mon enfant, je suis devenue responsable et bien organisée. Avant, j'avais tendance à faire des bêtises, je prenais de la drogue, je parlais avec des mauvaises personnes ou je cherchais à me mettre en danger. Avoir vécu ces expériences me donne l'impression d'avoir toujours besoin de faire mes preuves, ne serait-ce qu'envers moi-même. Aujourd'hui, les personnes qui m'entourent sont bienveillantes et respectueuses de l'éducation que je donne à mon fils, bien différente de celle de mes parents. Le fait d'avoir eu des parents plutôt agressifs et violents m'aide à ne pas l'être. Je ne veux pas que mon fils vive ce que j'ai vécu, qu'il se sente comme je me suis sentie et comme je me sens encore parfois à l'heure actuelle.

Pour conclure, prendre le temps et écouter des personnes en souffrance, surtout quand elles sont adolescentes, mais aussi leur faire savoir que quelqu'un est là pour elles, même quand elles dérangent, peut tout changer à leurs yeux. ▶



Interactions entre pairs : quand les relations sociales façonnent le développement de l'enfant

Les relations aux pairs sont souvent moins étudiées que les relations parents-enfant, pourtant elles jouent un rôle clé dans le développement des enfants. Ces interactions influencent leur socialisation et leur bien-être.

La compréhension des autres : le rôle clé de la cognition sociale dans le développement de la prosocialité

Malgré l'idée largement répandue selon laquelle l'individu serait foncièrement égoïste et motivé par ses propres intérêts, de nombreuses études montrent qu'une grande partie des comportements humains sont orientés vers les autres. Dès la petite enfance, les enfants s'engagent dans des interactions sociales et adoptent des comportements prosociaux tels que le partage, l'empathie et l'entraide. Ces compétences se développent progressivement et se renforcent tout au long de l'âge scolaire. L'expérimentation de relations positives avec les autres favorise le développement de la cognition sociale, permettant aux enfants de percevoir, comprendre et réagir aux comportements d'autrui. Cette aptitude leur offre ainsi la capacité de s'autoréguler en fonction des normes du groupe et d'interagir de manière adaptée avec leurs pairs. Une bonne maîtrise de la cognition sociale a des effets positifs sur la qualité des relations interpersonnelles, l'acceptation au sein des groupes de pairs et la réputation sociale. Lorsqu'un enfant cherche à intégrer un groupe, un comportement socialement adapté serait de parler de l'activité que le groupe réalise, « C'est très joli ce que vous avez fait, est-ce que je peux vous aider ? » plutôt que d'interrompre brutalement l'activité avec une remarque comme : « Moi aussi je veux jouer avec vous maintenant ! » Cette dernière attitude, perçue comme intrusive, peut entraîner une exclusion. Les enfants dotés d'une cognition sociale plus développée montrent de meilleures compétences en communication, sont plus adaptés socialement et réussissent mieux académiquement. À l'inverse, des difficultés dans cette sphère peuvent entraîner des problèmes d'adaptation sociale et scolaire. De surcroît, un déficit de sociabilité dès le plus jeune âge est associé à des troubles du comportement persistants durant l'enfance et l'adolescence¹.

Du conflit à l'agressivité

Contrairement à une idée reçue, le conflit peut être constructif. Le concept de conflit sociocognitif décrit les situations où des contradictions entre idées, représentations ou actions surviennent². La manière dont ces conflits sont négociés – via le dialogue, le compromis et la prise en compte du point

de vue d'autrui – peut être une source d'apprentissage et de développement sociocognitif, notamment parce qu'elle s'exerce sans agressivité et grâce à des stratégies adaptées. Toutefois, au cours de leur socialisation, les enfants peuvent manifester différentes formes d'agressivité. Ces dernières émergent vers la deuxième année et sont étroitement liées au développement langagier. Il existe quatre types d'agressivité³ :

- instrumentale (entre 2 et 6 ans), motivée par la volonté d'obtenir ou de conserver un objet ;
- réactive, caractérisée par une impulsivité en réponse à une provocation perçue ;
- relationnelle, qui consiste à exclure ou à nuire aux relations sociales d'un autre enfant (rejet, insultes) ;
- par intimidation, impliquant des violences physiques ou verbales répétées envers une victime sans défense.

Si les deux premières formes résultent d'une régulation émotionnelle en construction, les deux dernières traduisent des comportements antisociaux plus marqués. Ainsi, l'agressivité instrumentale et l'agressivité réactive constituent des passages qu'une grande partie des enfants vont traverser et qui contribuent à l'affirmation de soi, alors que l'agressivité relationnelle et l'agressivité par intimidation ne concernent qu'une partie des jeunes et entravent profondément les relations aux autres.

La comparaison sociale, vecteur d'influence des relations

La comparaison sociale est un processus cognitif où l'individu évalue ses capacités et ses caractéristiques en fonction des autres⁴. Chez l'enfant, ce mécanisme devient plus marqué à l'école primaire, notamment en raison des évaluations académiques. Ces comparaisons influencent l'estime de soi et la perception de sa propre compétence. Au-delà du cadre scolaire, l'enfant utilise ces comparaisons pour se situer socialement. À l'adolescence, l'importance croissante des pairs accentue cette dynamique : les jeunes cherchent à se conformer aux normes du groupe pour être acceptés, au risque de subir une pression sociale. Ceux qui n'y parviennent pas sont plus vulnérables au rejet, augmentant la détresse psychologique et le repli sur soi. Un rejet prolongé peut conduire à des troubles internalisés et externalisés. Toutefois, l'identification à un groupe de pairs et les amitiés solides peuvent jouer un rôle protecteur. Elles offrent un soutien émotionnel face aux difficultés, favorisent le développement des habiletés sociales et constituent un facteur de protection face aux expériences interpersonnelles négatives⁵. ▶

¹ Mormont, É. et Stievenart, M. (2022). La prosocialité limitée chez l'enfant : État des lieux. *Enfance*, 2(2), 217-231.

² Astolfi, J.-P. (2008). *La saveur des savoirs. Disciplines et plaisir d'apprendre*. Presses universitaires de France.

³ Stassen Berger, K. (2012). *Psychologie du développement*. De Boeck.

⁴ Wood, J. V. (1996). What is social comparison and how should we study it? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 520-537.

⁵ Glick, G. C., & Rose, A. J. (2011). Prospective associations between friendship adjustment and social strategies: Friendship as a context for building social skills. *Developmental Psychology*, 47(4), 1117-1132.

Evelyne Mary

Evelyne Mary a passé son enfance dans le sud de la France, entre la côte bétonnée et les vallées sauvages du massif du Mercantour. De longues heures à escalader ou contempler les montagnes, avant de découvrir la vie d'étudiante dans les écoles d'arts appliqués à Paris et d'obtenir un diplôme d'illustration à l'école Estienne. Elle vit depuis une quinzaine d'années en Sud-Ardèche, où elle illustre et écrit des albums jeunesse parus chez différents éditeurs, de la poésie, crée des affiches de spectacles, des images pour la presse... En parallèle, elle explore librement la linogravure, forme petits et grands à cette technique via des stages, et sa production d'estampes est vendue en galerie.

Œuvres publiées dans ce numéro de *Rhizome* :

Cabanes amies, Éditions Rue du Monde (couverture), *Père et fils* (p.2), *Moi, mon ombre*, Éditions L'étagère du bas (p.4), *Panthère 2* (p.7), *Salaise* (p.8), *Liberté* (poème de Paul Eluard), Éditions Rue du Monde (p.9), *Tout pareil !* (p.13), *Fruits* (p.17), *Panthère* (p.18), *Saut Etna* (p.20).

evelynemary.fr

Instagram : @evelyne.mary

RÉSUMÉ DU NUMÉRO

#94

Face à la nécessité de protéger l'enfance, ce numéro explore les conditions concrètes de cette protection à partir des expériences des enfants et des professionnels qui les accompagnent. Il interroge les effets des violences, les exigences d'une véritable écoute et les enjeux d'une politique de prévention en santé mentale. Dans un contexte d'urgence, il appelle à repenser les pratiques, mais aussi à soutenir celles et ceux qui protègent l'enfance au quotidien.



Abonnement sur le site de
l'Orspere-Samdarra

Rhizome est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement.

Directeur de publication :
Nicolas CHAMBON

Directrices adjointes de publication :
Gwen LE GOFF,
Directrice adjointe
Orspere-Samdarra (Lyon)
Élodie PICOLET,
Psychologue, (Lyon)

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de rédaction :
Jean-Marie ANDRÉ,
Professeur de l'EHESP (Rennes)
Marianne AUFFRET,
Directrice de l'Unaj
(Vincennes)
Arnaud BÉAL,
Psychologue (Roanne)
Lotfi BECHELLAOUI,
Pair-aidant en santé mentale
(Lyon)
Raphaël BOULOUNINE,
Coordinateur national d'un
Chez soi d'abord (Paris)
Vanessa EVRARD,
Pair-aidante en santé mentale
(Lyon)

Benoît EYRAUD,
Sociologue (Lyon)
Morgan FAHMI,
Psychiatre (Lyon)
Étienne FABRIS,
Directeur général du GIE
La Ville Autrement (Lyon)
Jean-François KRZYZANIAK,
Patient-expert (Angers)
Émilie LABEYRIE,
Psychologue (Marseille)
Camille LANCELEVÉE,
Sociologue (Strasbourg)
Christian LAVAL,
Sociologue (Lyon)
Antoine LAZARUS,
Professeur honoraire de santé
publique et de médecine sociale
(Gentilly)
Aziliz LE CALLONNEC,
Doctorante en sociologie (Lyon)
Philippe LE FERRAND,
Psychiatre (Rennes)
Fidèle MABANZA,
Poète, formé à la philosophie
(Villefontaine)
Alain MERCUEL,
Psychiatre (Paris)
Éric MESSENS,
Directeur de l'association
Terres rouges (Bruxelles)
Bertrand RAVON,
Sociologue (Lyon)
Serena TALLARICO,
Anthropologue,
docteure en psychologie (Lyon)

Andréa TORTELLI,
Psychiatre (Paris)
Nadia TOUHAMI,
Autrice (Marseille)
Stéphanie VANDENTORREN,
Santé publique France (Paris)
Halima ZEROUG-VIAL,
Psychiatre, directrice
Orspere-Samdarra (Lyon)

Contact rédaction :
Orspere-Samdarra, Le Vinatier
Psychiatrie universitaire Lyon
Métropole
95 bvd Pinel 69678 BRON CEDEX
04 37 91 53 90
orspere-samdarra@
ch-le-vinatier.fr
orspere-samdarra.com

Relecture : Sidonie HAN
Réalisation : Hélène BERTHOLIER
Direction artistique :
Manoël VERDIEL
Imprimerie Courand & associés
82 Route de Crémieu 38 230
TIGNIEU-JAMEYZIEU

Dépôt légal : Septembre 2025
ISSN : 1622-2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 5 000 exemplaires

L'Orspere-Samdarra, observatoire national « Santé mentale, vulnérabilités et sociétés », est dirigé par Halima Zeroug-Vial et est composé d'une équipe pluridisciplinaire.

L'Observatoire est organisé en 3 pôles : recherche, ressource et édition. Il porte les diplômes universitaires « Santé, société et migration », « Dialogues - Médiation, interprétariat et migration » et « Logement d'abord ».

En complément des revues *Rhizome*, découvrez les ouvrages publiés par les éditions Les Presses de Rhizome et commandez-les sur la plateforme Cairn.info.