

“Mes parents c’est pas des nuls, même le docteur, il écoute ce qu’ils disent”

Interview* du Docteur Maurice Titran, pédiatre.

Le Docteur Maurice TITRAN travaille au sein du Centre d’Action Médico-Sociale Précoce de Roubaix (Nord). Une équipe pluridisciplinaire, accueille 150 enfants de 0 à 6 ans, en file active continue, depuis plus de 18 mois. Le travail auprès des enfants se fait sur rendez-vous, celui auprès des familles se fait en accueil libre, une fois par semaine.

* Propos recueillis par Gladys Mondière

Plus d’un million d’enfants vivent en dessous du seuil de pauvreté, alors que la France se situe au 4^{ème} rang des pays riches. *Dénoncer cette réalité* pour que cela cesse apparaît comme une nécessité.

Mais, comment travailler en pédiatrie dans les milieux défavorisés ? Pour connaître les besoins sanitaires de ces enfants, il faut les rencontrer souvent et éviter les changements d’équipe. Ordinairement, la majorité des rencontres se fait dans l’urgence, l’urgence à répétition, si bien que les familles vont rencontrer rapidement des soignants de garde qu’ils ne reverront plus. Il est donc important d’inverser ces spirales négatives et de mettre en place des stratégies de rencontre, au-delà de l’urgence, avec des professionnels expérimentés. Cela revient à créer des alliances avec les familles et les enfants : bien sûr, se rencontrer quand ça va mal, pour progressivement, pas à pas, se rencontrer quand ça va moins mal et enfin quand ça va bien.

Lors de ces rencontres, il va falloir savoir « calmer le jeu », ne pas participer à la spirale de l’exclusion, travailler le lien. Ce n’est pas la misère qui engendre les troubles du comportement chez un enfant, mais les effets de cette misère (malnutrition, manque d’accès aux loisirs, à la culture...). Il faut savoir que, même quand tout va bien, dans l’année qui suit la naissance, 10 à 15 % des femmes en moyenne font une dépression - dite du post-partum -, et ce chiffre augmente dans les milieux défavorisés. Donner accès aux soins, ouvrir les droits sociaux de la mère, c’est aussi étayer le bébé dans sa relation avec sa mère, c’est l’aider, elle, à prendre conscience de ses compétences et de ses limites : travail délicat et subtil qui nécessite humilité et professionnalisme.

En fait, travailler les stratégies de rencontre, c’est arrêter de se faire

peur les uns et les autres. Du côté des parents, c’est la peur du placement, ou plutôt le fantasme, le plus souvent alimenté par leur propre histoire, qui les empêche de consulter, de demander de l’aide. Dans une moindre mesure, demander de l’aide c’est aussi avouer son incompétence, mettre des mots qui font peur : folie, maladie, psy... Mais les travailleurs médico-sociaux ont aussi leur propre histoire, notamment par rapport à la prise en charge de la misère. Il va leur falloir, eux aussi, déjouer leur propre peur : peur de ne pas déceler des problèmes psychiques, de la perversité, peur de ne pas donner la bonne réponse ...

Curieusement, face aux problèmes des enfants en situation de précarité, ce sont les médecins qui sont le plus souvent interpellés, bien que, à l’évidence, la réponse ne soit que partiellement sanitaire. Le médecin doit marcher au pas des parents, de l’éducateur, du travailleur social, du psychologue, de l’instituteur...

La prévention précoce n’est pas une problématique abordée par la médecine hospitalière. Les médecins de famille, les mieux placés, considèrent la plupart du temps qu’il s’agit du domaine privé. Il est vrai que parler d’éducation, aborder ces questions, ces interactions précoces si primordiales pour le bon développement de l’enfant peut paraître vexant pour les familles. Il n’est pas si facile de rompre avec les habitudes et ne pas considérer de l’ordre de l’intime, de la sphère privée, ce qui peut devenir un problème de santé publique. Les effets des carences affectives précoces sur le long terme sont maintenant bien connus. Il est manifestement nécessaire de les repérer le plus tôt possible sans avoir peur de se « mêler » des affaires des autres alors que l’on ne fait que considérer le dévelop-

pement de l’enfant dans sa globalité, c’est à dire aussi dans ses interactions d’attachement avec ses parents.

Il est important aussi d’évaluer ce que l’on fait, les résultats obtenus et non obtenus. Un des résultats d’un travail d’évaluation du travail au CAMSP de Roubaix, à 5 ans, a mis en évidence que ce sont les parents qui vont mieux. De manière étonnante, le souvenir qu’ils évoquent en premier lieu c’est le séjour de vacances organisé par le CAMSP et non la prise en charge de l’orthophoniste, du kiné, du médecin... Pourquoi ? Et bien, parce que, finalement, c’est dans ce séjour de vacances qu’ils se sont sentis reconnus parents, tout en apprenant à mieux l’être.

C’est bien cela les stratégies de rencontre, petit à petit s’inscrire dans le « ça va plutôt bien ». Dans ce constat, être payé à l’acte constituerait un réel paradoxe, car alors, plus la population irait mal, plus l’institution irait bien. L’accompagnement des enfants et des familles en situation d’exclusion nécessite du temps et de l’approvisionnement réciproque. S’occuper des familles en souffrance, c’est les reconnaître, et par ricochet cette reconnaissance produit un effet direct sur l’enfant : « *mes parents c’est pas des nuls, même le docteur, il écoute ce qu’ils disent* ».

Beaucoup de questions restent encore à approfondir : comment acquérir ce type de compétences dont nous parlons ? Comment trouver des lieux de formation branchés en direct sur la souffrance de l’enfant et de sa famille et encourager les phénomènes d’entraide entre familles ?

En tant que professionnels, il ne s’agit rien de moins que d’être capable de s’évaluer, de changer, de se remettre en cause, en somme, de rester vivants, espérants et disponibles. ■