

Quatre observations de résidence alternée

F. Lecat, pédiatre, Paris

Depuis mars 2002, les professionnels de santé ont pu constater l'émergence de nouvelles pathologies chez de jeunes nourrissons et enfants qui sont soumis par la loi à une résidence alternée, même lorsqu'une phase préparatoire est mise en place par décision de justice. Ces enfants résident à part égale chez leur père et leur mère, durant des périodes prolongées, notamment durant les congés estivaux, puis de façon régulière lorsque la résidence alternée est définitive.

Le but de cet article, à partir de quelques cas cliniques, est de réfléchir aux conséquences de ce nouveau mode de garde des jeunes enfants, cinq ans après la mise en application de la loi de mars 2002.

Je suis pédiatre libéral, et ces histoires sont celles de quatre petits patients parmi une douzaine concernés par ce système de garde, âgés pour dix d'entre eux de moins de quatre ans, suivis depuis 2002. Par souci de confidentialité, et au vu de l'extrême sensibilité des situations, le nom et le lieu d'exercice de l'auteur ainsi que les prénoms des enfants ont été volontairement changés.

LOUIS

Louis est le premier enfant de parents jeunes, de bon niveau socioéconomique. Dès les premières visites du nouveau-né, la mère était silencieuse, tendue, le père prenait la parole lorsque je m'adressais à la mère. Le père ne regardait pas la mère et ne s'adressait à elle que pour lui donner des consignes (en particulier de puériculture) concernant l'enfant. A cinq mois, Louis a développé un eczéma, d'intensité moyenne, cédant bien aux traitements locaux. J'ai appris le divorce des parents dans un contexte de violences conjugales, alors que Louis était âgé de sept mois. Les deux parents ayant demandé la garde de l'enfant, une résidence alternée fut rapidement discutée, puis préparée par les différents jugements. Louis résiderait provisoirement chez sa mère, et, dès l'âge de un an, irait dormir chez son père une fin de semaine sur deux, ainsi que huit à quinze jours d'affilée pendant les va-

cances scolaires, plusieurs fois en été (garde alternée effective l'été).

Dès la mise en place des « visites », Louis a présenté des signes de souffrance, physiques et psychologiques. Pendant la première année de ce système de garde (de l'âge de un an à l'âge de deux ans), la mère ne pouvait pas avoir de nouvelles de son fils pendant le temps des visites chez le père. Ce nourrisson était séparé de sa mère, probablement sans que personne ne puisse lui en rappeler l'existence durant les visites. Au retour de chez le père, il n'y avait pas de communication verbale entre les parents, jusqu'à ce que le juge des enfants, à la demande du corps médical, ordonne une médiation, qui fut effective à deux ans.

Au retour de chez le père, de nombreuses et sévères poussées d'eczéma et des troubles digestifs étaient notés, soit à type de diarrhée, soit à type de constipation allant jusque la subocclusion. Un asthme du nourrisson est apparu, évo-

luant crescendo, au rythme des retours de chez le père, et nécessitant un traitement de fond à partir de l'âge de quatorze mois (expertise allergologique négative). Selon la classification du GRAPP, cet enfant avait, à l'âge de deux ans et demi, un asthme persistant modéré (stade 3/4).

Vers douze mois, Louis a présenté des hurlements à mon approche, ce qui a été initialement considéré comme normal vu l'âge. Mais les manifestations se sont amplifiées. Louis hurlait dès qu'il était séparé un instant de sa mère. Quand quelqu'un frappait à la porte, il était pris d'une crise de frayeur intense et restait inconsolable un long moment. Une prise en charge pédopsychiatrique fut alors instaurée. Malgré cela, Louis a présenté durant sa deuxième année des signes d'auto-agressivité. Il se frappait le visage avec les mains, avec une violence telle qu'un œdème du visage aurait été à craindre si Louis n'avait été à chaque fois arrêté à temps. Il essayait

de se cogner la tête contre les murs, se jetait sur le carrelage, et il était parfois impossible de l'empêcher de se blesser, même au milieu de plusieurs autres mères en salle d'attente.

Un travail multidisciplinaire a été organisé autour de Louis, destiné à l'aider à supporter ce système de garde, qui à l'évidence le faisait souffrir. Niant la pathologie de son fils, le père a continué à demander la garde de l'enfant ou la résidence alternée. Selon lui, «c'est chez la mère qu'il est malade, alors c'est la mère qui le rend malade».

ALEXANDRE ET MATTÉO

Alexandre est le deuxième enfant d'un couple marié de niveau socioéconomique moyen. C'est un nourrisson jovial, souffrant d'un reflux gastro-œsophagien bruyant mais non compliqué. Sa mère est triste, très amaigrie, et m'annonce que le couple parental va se séparer. Le grand frère, Mattéo, est âgé de trois ans et demi. Je n'ai pas noté les raisons de ce divorce, mais il me semble qu'il s'agissait d'une histoire d'adultère. Les parents optent d'un commun accord pour une garde alternée. Ils résident dans le même village, ainsi que les deux couples de grands-parents, qui se placent en médiateurs bienveillants. Je suis consulté par les deux parents, séparément, avec les enfants ou sans les enfants, parfois au téléphone. Après le divorce, la mère est restée dans la maison du couple.

MATTÉO, TROIS ANS ET DEMI AU DÉBUT DE LA GARDE ALTERNÉE

Mattéo est très attaché à son père. Il est demandeur de la semaine «papa», même si le fait de quitter sa maman ne lui est pas facile (il verbalise). Tout semble bien se passer, mais, dans l'année qui suit le divorce, on observe le développement d'un rebond d'adiposité précoce conduisant clairement à l'obésité cet enfant jusque-là de corpulence moyenne. Les parents sont minces tous les deux. Il faudra toute l'énergie des familles maternelle et paternelle soudées dans le projet d'éducation pour que Mattéo re-

trouve lentement une corpulence normale, en un an d'efforts. L'école a été mise à contribution. Le médecin scolaire a fait un travail formidable, à la fois de soutien psychoaffectif de l'enfant et de mise en place du «régime» à l'école. La dernière fois que j'ai vu ce garçon, il avait six ans et une corpulence normale. La mère ayant dû déménager loin du père, la garde alternée s'arrêtait là, pour devenir un système de garde classique. Mattéo était en bonne santé apparente, physique et affective, quoique toujours triste après chaque séparation du père. Je n'ai pas eu d'autres nouvelles depuis leur changement de région.

ALEXANDRE, NÉ DANS LA GARDE ALTERNÉE

Le père n'a pas souhaité accueillir à son domicile le nourrisson avant l'âge de trois mois. Il venait voir son fils régulièrement, notamment à chaque changement de semaine du grand frère, et restait un moment au domicile de la mère. A l'âge de trois mois, Alexandre a passé son premier samedi et dimanche chez le père et les grands-parents paternels. Tout semblait s'être bien passé, mais, dans la nuit qui a suivi le retour chez la mère, Alexandre a eu une poussée d'eczéma généralisée et sévère. La mère a appelé son ex-mari et lui a demandé de venir voir le nourrisson. Puis la mère m'a consulté. J'ai demandé que le père m'appelle. Il est venu seul ; il avait compris la probable origine psychosomatique des troubles de son fils. Etonné qu'un si petit enfant puisse exprimer son malaise de façon aussi nette, il m'a demandé conseil sur la conduite à tenir pour que cette garde alternée réussisse. Ce père était bien décidé à paterner son enfant, du mieux possible vu les circonstances. La mère, malgré une dépression tenace, n'a pas fait obstacle, et nous avons pu convenir de visites de jour pour les mois à venir, en attendant que l'enfant soit prêt à passer une nuit chez son père. La santé d'Alexandre ce premier hiver a été moyenne. Il a développé un asthme et une œsophagite de reflux à sept mois. A onze mois, de nouveaux essais de «dormir chez papa» ont

été tentés, avec succès, au début une seule nuit une fois tous les deux mois, en préparant activement la visite, avec l'aide des deux parents et des grands-parents. Puis les familles se sont accordées et ont doucement appliqué une résidence alternée. Si la visite était jugée «difficile», Alexandre était ramené chez sa mère, qui s'est rapidement sentie en confiance dans ce système. Durant sa deuxième et sa troisième année, Alexandre a parfaitement intégré le système de résidence alternée. On a pu noter une tendance à développer des urticaires au retour de chez le père, d'évolution rapidement favorable avec un peu d'antihistaminiques. Personne n'a dramatisé.

Lorsque, du fait de la nouvelle situation maternelle, ce garçon a dû intégrer un système de garde classique, il a semblé totalement indifférent aux événements, comme s'il accordait une faible importance au milieu dans lequel il vivait, puisque de toute façon, m'a-t-il dit, «ça change toujours, et j'y comprends rien». Comme pour son frère Mattéo, je n'ai pas eu d'autres nouvelles depuis leur changement de région.

LAURA

Laura est la seule enfant d'une famille d'excellent niveau socioéconomique et intellectuel.

J'ai appris par la mère, à la visite des deux mois, l'histoire de cette fillette. Le père avait harcelé la mère de Laura pour qu'elle interrompe sa grossesse, et le couple s'était séparé devant le refus de la mère. Laura a été reconnue par son père sans que sa mère en soit informée. Deux mois après la naissance, la mère était assignée en référé par le père, qui demandait la garde alternée. A l'âge de quatre mois, un système de «pré-garde alternée» était mis en place. Les visites du père, ponctuelles, au domicile des grands-parents, se déroulaient deux fois par semaine, dans le silence : le père passait deux heures auprès du nourrisson, sans parler. A neuf mois, les troubles du sommeil ont débuté : hurlements quand on mettait l'en-

fant au lit, multiples réveils nocturnes. Malgré un reflux gastro-œsophagien et un eczéma tenaces, Laura se développait bien, jusqu'à l'âge de onze mois, âge auquel un droit d'hébergement fut accordé au père. Pendant les visites (deux à cinq jours), la mère n'avait aucun contact avec sa fille. Le retour se faisait dans le silence, les parents ne s'adressant pas la parole. Leurs seuls échanges se faisaient, et se font encore à ce jour, par lettres recommandées.

A un an, j'ai noté un ralentissement du développement moteur, sans régression ; l'eczéma était sévère. Une prise en charge pédopsychiatrique fut mise en place à l'hôpital. Laura ne souriait plus. Ma collègue pédopsychiatre proposa une médiation entre les parents (qui fut sans effet apparent sur la suite) et je fis un signalement à ma collègue de PMI. Laura restait immobile, comme « pétrifiée » ; sa motricité fine était de bonne qualité. En consultation, crises de panique dès qu'on la séparait de sa mère. Des troubles digestifs au retour de chez le père étaient notés : diarrhées nauséabondes ou épisodes de constipation. La courbe pondérale de Laura s'était nettement infléchie. Jusqu'à dix-huit mois, les troubles du sommeil et les difficultés alimentaires ont été prépondérants, Laura n'acceptant qu'une alimentation semi-liquide au biberon. Le bilan thyroïdien était normal ; pas de malabsorption ; une carence martiale était supplémentée.

Entre dix-huit mois et deux ans, je repris contact avec ma collègue pédopsychiatre, car l'enfant était mutique et présentait un tableau évident de « dépression du nourrisson » : visage immobile, inexpressif, pâleur, refus d'une approche autre que celle de sa mère, tricotillomanie, hurlements et panique si quelqu'un frappait à la porte, et croissance pondérale nulle. Le père vint me voir, spontanément. J'informais cet homme des difficultés de sa fille et lui demandais d'appliquer quelques consignes afin de préserver l'équilibre de Laura : paroles apaisantes signifiant que la mère n'abandonnait pas l'enfant lors des visites chez lui, accès à l'objet

transitionnel, limite du temps de séparation d'avec la mère à deux nuits. Il m'apparut comme un homme sensible, acceptant les suggestions.

A deux ans et trois mois, Laura ne progressait plus. Elle ne faisait pas d'association de concepts, présentait toujours des troubles de l'alimentation et du sommeil, ne souriait pas. La marche était raide, la course et la montée des escaliers impossibles, sans autre anomalie neurologique. Impression d'enfant « prostrée ». Une prise en charge orthophonique et en psychomotricité a été mise en place. Vers l'âge de deux ans et demi, l'enfant a commencé à se déshabiller dès que la mère franchissait la porte d'une maison autre que la sienne. La peur d'attouchements sexuels a été verbalisée et le père questionné. Il a alors avoué à la mère que, depuis le début des visites, il changeait intégralement l'enfant dès son arrivée chez lui, la lavait et la parfumait, et possédait un autre trousseau de vêtements (pour que l'enfant ne porte plus les odeurs de sa mère). Le sac de Laura revenait intact, aucun vêtement ni jouet n'ayant été déplié. A trois ans, le langage a débuté doucement (niveau : deux ans trois mois). Les épisodes de subocclusion se sont rapprochés, nécessitant de courtes hospitalisations. L'acquisition de la propreté n'a pas commencé. La garde alternée est en préparation juridique. Le père écrit « adorer » sa fille, « ne pas pouvoir se passer d'elle », avoir « besoin d'elle ». L'enfant dit : « eut pas chez papa », c'est sa première association de concepts !

COMMENTAIRES

L'histoire de ces quatre enfants est assez représentative des expériences vécues dans le suivi des patients en résidence alternée (effective ou en phase préparatoire). Il s'agit de quatre jeunes enfants dont les parents résident dans un secteur géographique proche. Les instances judiciaires ont bien conscience que ce mode de garde n'est pas sans danger pour les nourrissons, et une phase préparatoire est presque toujours instaurée en pratique. Quels seraient les

facteurs (fréquemment retrouvés dans les autres histoires) favorables ou défavorables à la réussite d'une résidence alternée ?

□ L'histoire du couple : dans le cas de Louis et de Laura, les parents ont eu peu de temps pour être parents ensemble (pas du tout pour Laura). Les parents d'Alexandre et Mattéo ont trois ans et demi de vie parentale avec l'aîné. A la séparation, ils ont l'expérience d'être parents ensemble, avant de l'être séparément.

□ Le motif de la séparation : dans le cas de Louis et de Laura, la séparation se fait dans un contexte d'accusation de violences conjugales, physiques ou psychologiques. Les parents de Mattéo et Alexandre se séparent sans violence, pour adultère. Dans mon expérience professionnelle, les couples qui se séparent pour adultère (mère ou père), quelle que soit la charge affective exprimée, ont une évolution semblable. Tout se passe comme si ce motif était « protecteur » vis-à-vis des enfants.

□ La capacité de communication du couple : dans le cas de Louis et de Laura, la communication est quasi inexistante. Il faut instaurer un milieu médiatisé pour le départ et le retour de Louis (pas de rencontre entre parents). La communication est réduite pour les parents de Laura à un échange de lettres recommandées (ils se voient mais ne se parlent pas), la mère est donc gravement insécurisée par les visites chez le père. Les parents de Mattéo et Alexandre communiquent facilement, oralement, et se portent secours quand il s'agit des enfants.

□ Le respect, le déni : dans le cas de Louis, il n'y a aucun respect mutuel des parents. Le père de Laura respecte officiellement la mère ; il ne dit aucune parole désobligeante sur son ex-compagne, mais nie son existence même en tant que mère dans les faits (change le trousseau, refuse de lui parler, etc.). Les parents de Mattéo et Alexandre se respectent et s'entraident quand il s'agit des enfants.

□ Le suivi de l'enfant : pour Louis et Laura, le suivi médical se fait par des

praticiens différents selon qu'ils sont chez l'un ou l'autre parent. Le même pédiatre reste le référent de Mattéo et d'Alexandre.

□ Les familles, les grands-parents : les familles de Louis et Laura se livrent une guerre féroce, dont l'enfant est l'enjeu. Les parents ne peuvent pas compter sur leurs ex-beaux-parents pour médier les relations autour de l'enfant. On doit donc mettre en place un milieu neutre (pour Laura, les grands-parents maternels ont offert leur aide, mais le père ne leur parle pas). Les grands-parents d'Alexandre et Mattéo font une alliance autour de leurs enfants séparés et de leurs petits enfants ; ils ne prennent pas parti et offrent leur médiation pour les petits enfants.

□ A quoi correspond la résidence alternée ? Pour Louis, c'est par dépit de ne pouvoir obtenir la garde plénière de son fils (qu'il a demandée), que le père se bat pour la résidence alternée. Pour Laura, la résidence alternée est demandée par le père, qui doit accéder à la paternité

contre l'avis de la mère. La mère a le sentiment que son enfant a été mise en danger par la demande d'IVG du père et la sent encore en danger lorsqu'elle est chez le père. Ce mode de garde lui est imposé et probablement insupportable. Pour les parents de Mattéo et d'Alexandre, la résidence alternée correspond à un projet de vie pour les enfants ; elle est demandée conjointement, s'ajuste aux circonstances (âge, contraintes professionnelles, état de l'enfant), lui conférant ainsi une certaine souplesse.

CONCLUSION

Même dans les meilleures conditions d'application de la résidence alternée chez le jeune enfant (de moins de six ans), on observe des signes de souffrance, physique et psychologique. Les traumatismes induits par ce mode de garde se cumulant avec le traumatisme du divorce, ces enfants semblent se structurer dans une sorte d'indifférence au « lieu où je me trouve », lieu physique et

lieu affectif. Ils développent au pire des tableaux de souffrance physique et psychologique bruyants, allant jusqu'à l'altération des courbes de croissance et de corpulence, comme on l'observait autrefois dans l'hospitalisme ou le nanisme psychosocial. La question de l'avenir psychologique de ces enfants est posée ; que se passera-t-il à l'adolescence ?

Il semble urgent de mettre en place un observatoire précoce et à distance de ce mode de garde, en particulier lorsque l'un des facteurs péjoratifs est présent à la séparation parentale (demande non-conjointe, absence de projet de résidence alternée, séparation précoce ou violente, difficultés de communication du couple, grands-parents non médiateurs et surtout jeune âge de l'enfant).

Enfin les communautés pédiatrique et pédopsychiatrique ont le devoir d'interpeller les autorités judiciaires et législatives sur le sujet, au regard de la courte expérience qu'elles ont de l'application de cette nouvelle loi pour de jeunes enfants. □