



Observatoire national de
la protection de l'enfance

Revue de littérature
**« La maltraitance intrafamiliale
envers les enfants »**

Août 2016

*Anne-Clémence Schom,
chargée d'études*

■■■■ La
documentation
Française ■■■■



GIP Enfance en Danger



Revue de littérature
« La maltraitance intrafamiliale
envers les enfants »

ONPE, août 2016

Cette revue de littérature a été réalisée par Anne-Clémence Schom, chargée d'études à l'ONPE.

Sous la direction scientifique de Gilles Séraphin, directeur de l'ONPE, ce document a bénéficié d'une relecture attentive et des suggestions de Cédric Fourcade, d'Elsa Keravel et d'Anne Oui chargés de mission, de Claire Bauduin, Flora Bolter, Louise Genest, Ludovic Jamet, Milan Momic, Adeline Renuy, chargés d'études, et de Françoise Delahaye, documentaliste.

Revue de littérature « La maltraitance intrafamiliale envers les enfants »

**Anne-Clémence Schom,
chargée d'études à l'ONPE**

L'Oned/ONPE propose une revue de la littérature francophone portant sur la « maltraitance intrafamiliale¹ envers les enfants ». Le thème est à la fois fortement documenté, mais aussi au centre de nombreux enjeux aussi bien dans les recherches que dans les pratiques de terrain.

Cette revue de la littérature s'inscrit dans la continuité de l'appel d'offres thématique de l'Oned/ONPE : « Maltraitance(s) en 2013 : comprendre les évolutions (conceptuelles, cliniques, juridiques, professionnelles...) pour mieux y répondre », dont l'objectif était de soutenir des recherches « permettant d'améliorer la connaissance : des situations de maltraitance vécues par les enfants, aussi bien dans le cadre de la famille que dans celui d'institutions ou celui des groupes de pairs ; des actions mises en œuvre pour les prévenir, les repérer ou y répondre ; et des éléments législatifs, réglementaires et de jurisprudence en évolution ou en débat concernant les maltraitances » (appel d'offres thématique 2013 de l'Oned/ONPE²). Trois recherches soutenues et validées par le Conseil scientifique de l'Oned/ONPE ont été présentées le 31 mai 2016 dans le cadre d'une journée d'études³. L'Oned/ONPE a décidé de proposer, en complément, une revue de la littérature francophone sur la « maltraitance intrafamiliale envers les enfants ». L'objectif de cette revue est de proposer un état des lieux des connaissances théoriques et pratiques. En arrière-fond, se trouvent convoquées les controverses suscitées par la disparition dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) des notions d'« enfant maltraité » et d'« enfant victime de mauvais traitements » au profit de celle d'« enfant en (risque de) danger » depuis la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance. La toute récente loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant a introduit le terme de maltraitance⁴ (art. 226-4).

¹ Nous avons choisi de nous concentrer sur la maltraitance intrafamiliale au regard du cadre juridique de la protection de l'enfance en France.

² <http://www.oned.gouv.fr/appel-offre/maltraitances-en-2013-comprendre-evolutions-conceptuelles-cliniques-juridiques>

³ <http://oned.gouv.fr/>

⁴ Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, issue d'une proposition de loi déposée au Sénat le 12 septembre 2014. Cf. : Oned/ONPE. Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [en ligne]. Note d'actualité. Paris : Oned/ONPE, mars 2016.

http://oned.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf

Pour faciliter la lecture et l'accès aux références, nous avons choisi de les ordonner dans un plan thématique répondant aux enjeux posés par les auteurs et praticiens œuvrant auprès des enfants et des familles. Ce plan a également été établi en cohérence avec la chronologie des actions menées auprès des enfants, puisqu'il est apparu au cours des référencements et lectures que les points de vue pouvaient varier aussi bien dans l'utilisation des notions que dans la manière de saisir l'(les) objet(s) d'étude.

Cette revue de la littérature s'adresse à un large public : chercheurs du champ et/ou praticiens et à toute personne en contact plus ou moins direct avec des enfants et des familles et souhaitant se familiariser avec les notions, connaître davantage les situations et les faits qu'elles recouvrent. Cette revue a pour vocation non seulement de proposer des références amenant des éléments de réponses, mais encore de susciter de nouveaux questionnements. Elle est ainsi composée de références de nature différente (articles de revues scientifiques et pratiques/praticiennes ; ouvrages généraux et spécialisés ; rapports de recherche ; travaux universitaires, et particulièrement les thèses de doctorat et d'exercice⁵, etc.) écrites par des auteurs aux fonctions et parcours variés (professionnels/praticiens des différents terrains, chercheurs, experts, etc.) et ancrés dans des disciplines distinctes, donc des épistémologies et des méthodes de travail diverses (sociologie, médecine, psychologie, droit, éducation, etc.). Cette revue ne peut tendre vers l'exhaustivité – tant les références sont nombreuses –, mais en proposant une diversité des approches, nous avons souhaité montrer les enjeux de la prise en compte de ces distinctions et la nécessité d'aborder la maltraitance intrafamiliale sous des angles d'approches complémentaires. Ils constituent autant de facettes du phénomène et permettent d'en révéler toute la complexité.

- **Méthode de sélection des références**

De façon générale, les bases de données disponibles ont été interrogées en utilisant plusieurs mots clefs. Pour approfondir, les bibliographies des principaux ouvrages sur la question ont permis d'identifier d'autres sources pertinentes (importance de leur fréquence d'apparition ; reconnaissance des auteurs dans le champ particulier de la maltraitance ou de la protection de l'enfance). Enfin, les sites internet les plus représentatifs ont été interrogés. Sauf rares exceptions, les références proposées dans cette revue de la littérature répondent à un impératif : les mots issus de la racine « maltrait* » devaient apparaître dans le corps du texte au moins une fois. Ce critère de sélection plutôt souple nous a permis de valoriser certains travaux davantage relatifs à la protection de l'enfance qu'à la maltraitance à proprement parlé. Leur présence nous a semblé nécessaire afin de mieux comprendre les prises en charge et évolutions possibles des enfants et des familles dans des situations de maltraitance intrafamiliale. Le moindre usage du terme de maltrait* dans ces références sera interrogé dans la synthèse.

⁵ Afin de permettre l'accessibilité des références, les articles de revue/ouvrages issus des thèses ont été privilégiés aux thèses elles-mêmes et, pour celles citées, la majorité est disponible en accès libre.

La diversité des références a obligé à choisir des critères de sélection. Le point de départ de la constitution de cette revue de la littérature a été la définition proposée lors de la consultation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁶ sur la prévention de la maltraitance de l'enfant en 1999 :

« La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

La première étape de constitution du corpus utilisé pour cette revue de la littérature a donc consisté en une recension des références postérieures à 2000⁷ à propos de la maltraitance intrafamiliale sur l'/les enfant(s) notamment issues de la définition précitée. Les mots clefs choisis ont alors été : maltrait*+famille ; maltrai*+enfan*. Cette première recherche a été complétée par de nouveaux ajouts de mots clefs en lien avec les quatre formes de maltraitance : physiques, psychologiques, sexuelles, négligences. Nous avons également tenu compte de la pluralité de désignations du phénomène de maltraitance et avons croisé les précédents mots clefs avec ceux de : violences, mauvais traitements, abus. L'exposition aux violences conjugales a également été ajoutée en accord avec les travaux internationaux⁸.

Enfin, suite aux premières lectures et face aux constats des auteurs (importance de la cooccurrence⁹; découverte parfois tardive de la maltraitance chez les enfants placés¹⁰ ; différences de langage retrouvées et absence de représentation des enfants placés dans les premiers résultats), il s'est avéré pertinent de croiser aux premiers mots clefs choisis d'autres en lien avec la manière de saisir le phénomène et le moment de la prise en charge : conséquences/ incidences sur le développement de l'enfant à court, moyen et long termes ; prises en charge/modalités de prises en charge ; origine de la maltraitance ; caractéristiques parentales dégagées par les auteurs. Nous avons également réfléchi à orienter les recherches selon le critère de l'âge afin de mettre en avant

⁶ Organisation mondiale de la santé, Changements sociaux et santé mentale, Prévention de la violence et des traumatismes. *Rapport de la Consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, OMS, Genève, 29-31 mars 1999. Genève : OMS, 1999 (document non publié WHO/HSC/PVI/99.1).*

⁷ Le choix de la date de 2000 comme point de départ pour le choix des références à été fait suite à la parution du rapport de l'OMS, *op. cité*.

⁸ L'Oned/ONPE dans son rapport d'étude propose une synthèse des principaux travaux réalisés : Oned/ONPE (coordonné par SEVERAC N.) *Les enfants exposés à la violence conjugale, Recherche et pratiques. Rapport d'étude.* Paris : Oned/ONPE, 2012. [en ligne]. http://www.oned.gouv.fr/system/files/oned_eevc_1.pdf

⁹ BOUCHARD E.-M., TOURIGNY M., JOLY J. *et al.* Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue d'épidémiologie et de santé publique.* 2008, 56, p. 333-344. Fiche 34.

¹⁰ FRECHON I. (dir.). *Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger. Trajectoires des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans.* Rapport final pour la Mission Recherche du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 2009.

leur spécificité étant donné les constats présentés par les auteurs selon lesquels les jeunes enfants sont statistiquement les plus touchés¹¹.

Nous avons par la suite étendu les recherches aux fratries, à la famille – entendue comme groupe ou système – afin de rendre compte de la complexité des situations évoquées par les auteurs. Ces nouveaux axes ont été particulièrement abordés dans les références concernant ces prises en charge. Enfin, afin de valoriser aussi les potentialités et ressources des enfants décrites par les auteurs, nous avons choisi de proposer une référence sur la « résilience » dans les contextes de maltraitance intrafamiliale.

Nous avons également fait le choix de proposer une section « Revues de la littérature, manuels et ouvrages généraux » afin de répondre au mieux aux besoins des lecteurs. Ces références abordent la maltraitance dans un spectre beaucoup plus large et mettent en perspective les multiples facettes du phénomène, les enjeux qu'il recouvre et les moments de sa prise en charge. Selon les auteurs et les disciplines la part accordée aux thématiques peut varier.

- **Méthode de présentation**

Cette revue de la littérature est composée de 53 fiches de lecture, présentées selon le format utilisé dans les deux autres revues déjà publiées par l'Observatoire¹². Sont ainsi présentés – selon les possibilités offertes – pour chacune la référence bibliographique présentée aux normes ISO 690 (Z 44-005) XX¹³ ; une présentation succincte des auteur(e)s au moment de la publication ; le format de publication et/ou le type de recherche ; les objectifs énoncés par les auteurs ; la méthode envisagée ; la population/l'échantillon étudié(e) ; les principaux résultats et conclusions proposées.

De nouveaux critères jugés pertinents au regard de la thématique abordée ont également été ajoutés afin de spécifier davantage les références proposées. Nous avons ainsi tenu à présenter les auteurs afin de les inscrire dans leurs appartenances institutionnelles et disciplinaires puisque celles-ci influencent aussi l'entrée retenue pour aborder le phénomène et imprègnent leurs propos, définitions et propositions. Dans le même souci et selon un objectif de clarté et de délimitation de ce que l'on peut entendre par « maltraitance intrafamiliale », nous avons, quand cela s'avérait pertinent – ou possible – ajouté les définitions mobilisées par les auteurs à propos de la maltraitance ou d'autres notions permettant sa compréhension.

¹¹ TURSZ A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Seuil, 2010, 420 p. Fiche 9.

¹² Oned/ONPE (coordonné par CHAIEB S.). *Revue de littérature sur les recherches francophones, sur les parcours de placement, la transition à l'âge adulte et le devenir des enfants placés* [en ligne]. Paris : Oned/ONPE, février 2013. http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20131016_revue_de_litterature_0.pdf

Oned/ONPE (coordonné par CAPELIER F.). *Revue de littérature sur l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes sortant du dispositif de protection de l'enfance* [en ligne]. Paris : Oned/ONPE, octobre 2014.

http://oned.gouv.fr/system/files/publication/20141029_revue_de_litterature_autonomie.pdf

¹³ <http://revues.refer.org/telechargement/fiche-bibliographie.pdf>

Enfin, cette revue de la littérature a également donné lieu à la rédaction d'une analyse transversale mettant en avant les similitudes et différences des approches proposées, et un dégagement des principaux enjeux relatifs à la détection, au repérage et à la prise en charge des situations de maltraitance intrafamiliale.

Table des matières

Synthèse transversale	17
I. Approches qualifiant les faits de maltraitance	21
1. Approches catégorielles de la maltraitance	21
2. Lecture symptomatologique à visée diagnostique.....	23
3. Utilisation des approches catégorielles dans la production de données chiffrées.....	24
II. Approches compréhensives de la maltraitance : description et compré- hension d'un phénomène pour une appréciation de la situation globale de la famille	26
1. Modèles compréhensifs des origines de la maltraitance	27
2. Lecture relationnelle de la maltraitance intrafamiliale : apports des théories groupales et systémiques.....	28
3. Extension de la notion d'enfant maltraité à celle d'enfant en danger : les apports des professionnels de la protection de l'enfance et des juges des enfants.....	31
III. De la nécessité de repenser les cadres d'interventions auprès des enfants et des familles	33
1. Un consensus dans les recherches et les pratiques	33
2. Nécessité de construire les conditions du dévoilement.....	34
3. Problématiques émergentes et nouvelles formes de prises en charge	35
a. Prise en compte de la négligence	36
b. Les violences conjugales	37
c. La prise en charge des fratries	38
d. Les apports des neurosciences	39
Conclusion	39
Fiches de synthèse	43
Manuels et ouvrages généraux	45
1. AFIREM, 2007, <i>États des savoirs sur la maltraitance. États généraux de l'AFIREM</i> . Novembre 2005, Paris : Karthala.....	45
2. AYOUN p. et ROMANO H. (dir.) <i>Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant</i> . Toulouse : Érès « 1001 et + », 2013, 294 p.	48
3. GABEL M. et DURNING P. <i>Évaluation des maltraitances. Rigueur et Prudence</i> . Paris : Fleurus psychopédagogie, 2002, 390 p.....	50
4. GERARD M. Guide pour prévenir la maltraitance. [en ligne] Bruxelles : Yapaka, Temps d'arrêt, 2014, p. 62. Disponible sur Yapaka.be.....	52
5. Organisation mondiale de la santé (OMS) et International society for prevention of child abuse and neglect (ISPCAN). <i>Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données</i> . Genève : OMS. 2006, 97 p.	55

6. MACMILLAN H. (éd. thème). Maltraitance des enfants. In TREMBLAY R.E., BOIVIN M. et PETERS R. DeV. (dir.) *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants. 2012. 58
7. REY-SALMON C. et ADAMSBAUM C. *Maltraitance chez l'enfant*. Paris : Lavoisier Médecine Sciences Publications, 2013, 229 p..... 60
8. TORRENTE J. (dir). *La maltraitance. Regards pluridisciplinaires*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et perspectives, 2001, 245 p. 62
9. TURSZ A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Seuil, 2010, 420 p. 64

Recherches par thème 67

I. Contexte historique, juridique et anthropologique 67

10. BEYNIER D, DESQUESNES G. et LOCHON A. *Les violences envers les enfants dans le Perche ornais : une approche par les réseaux personnels de la parentalité en difficulté*. Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'ONPE. 2016..... 67
11. CONTE P. La maltraitance infantile : essai d'une typologie de droit pénal. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2015, 1, p. 91-101..... 70
12. LACHARITE C. Représentation de l'enfant maltraité dans le discours scientifique. Une esquisse de problématisation. In BERGONNIER-DUPUY G. *L'Enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille*. 2005, Toulouse : Érès « Petite enfance et parentalité », p. 63-75. 77
13. SCHULTHEIS F., FRAUENFELDER A. et DELAY C. *Maltraitance : contribution à une sociologie de l'intolérable*. Paris : L'Harmattan, 2007, p. 267. 81

II. Description clinique et statistique 86

14. BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M. *et al.* Abus, maltraitance et négligences : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014, 62, p. 299-312. & BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M. *et al.* Abus, maltraitance et négligences : (2) prévention et principe de prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014, 62, p. 313-325. 86
15. CLÉMENT M.-È., CHAMBERLAND C., TOURIGNY M. *et al.* Taxinomie des besoins des enfants dont les mauvais traitements ou les troubles de comportement ont été jugés fondés par la direction de la protection de la jeunesse. *Child Abuse and Neglect*. 2009, 33, p. 750-765..... 99
16. CLÉMENT M.-È., CHAMBERLAND C. et TROCME N. Épidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec. *Santé, Société et Solidarité*. 2009, n° 1, p. 27-38. 105

17. CORBET E., SEVERAC, N., LE DUFF R. *et al.* Appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s). Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'ONPE. Lyon : CREA Rhône-Alpes, 2015. 272 p... 111
18. DUPONT M., MESSERSCHMITT p., VILA G. *et al.* Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Annales médico-psychologiques*. 2014, vol. 172, n° 6, p. 426-431. 116
19. FRECHON I., GUYAVARCH E. et HALIFAX J. État des lieux de l'enfance en danger, sources et données disponibles en France. *Santé, Société et Solidarité*. 2009, n° 1, p. 39-47. 121
20. FRECHON I., MARQUET L. et SEVERAC N. Les enfants exposés à des « violences et conflits conjugaux ». Parcours en protection de l'enfance et environnement social et familial. *Politiques sociales et familiales*. 2011, n° 105, p. 59-72. 124
21. LAPIERRE S. et DAMANT D. Les mauvais traitements envers les enfants et les adolescents : le point de vue d'enfants et d'adolescents victimes. *Service social*, 2004, vol. 51, n° 1, p. 98-109. 128
22. LASEK-DURIEZ A. et LEAUTE-LABREZE C. Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels). *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2009, 136, p. 838-844. 132
23. LAVERGNE C., CLÉMENT M.-È., DAMANT D. *et al.* Cooccurrence de violence conjugale et de maltraitance envers les enfants : facteurs individuels et familiaux associés. *La revue internationale de l'éducation familiale*. 2011, n° 29, p. 37-61. 134
24. MIREAU E. Maltraitance du nourrisson, le syndrome du bébé secoué. *LAENNEC*. 2008, 1, Tome 6, p. 18-25. 138
25. ROBIN M. et CORCOS M. (dir.) Recueil des phénomènes de maltraitements chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie. Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'ONPE. 2016, 94 p. 141

III. Les origines de la maltraitance 147

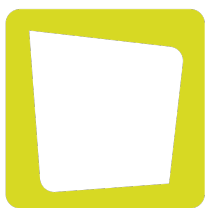
26. DESQUESNES G. et BEYNIER D. Parcours de vie et réseaux personnels de familles dites maltraitantes. *La revue internationale de l'éducation familiale*. 2012, 1, n° 31, p. 97-121. 147
27. ETHIER L. Evolution des enfants négligés et caractéristiques maternelles. *Santé, Société et Solidarité*. 2009, 1, p. 50-59. 152
28. GOLSE B. La maltraitance infantile, par-delà la bienpensée. [en ligne] Bruxelles : Yapaka, 2013, 34 p. 155
29. GOVINDAMA Y. Un état des lieux de la maltraitance des jeunes enfants en France. Les enjeux psychiques dans la relation mère-enfant. *Devenir*. 2014, 4, vol. 26, p. 261-290. 159
30. MISSONNIER S. et ROBINEAU C. La prévention de la maltraitance en périnatalité. In BRACONNIER A. et GOLSE B. *Bébés agressifs, bébés agressés*. Toulouse : Érès « 1001 bébés », 2008 p. 43-62. 163

31. VELLUT N., SIMMAT-DURAND L. et TURSZ A. Accoucher sans donner naissance : les néonaticides, des histoires tues. <i>Recherches familiales</i> . 2015, 1, 12, p. 99-112.	166
IV. Conséquences des maltraitements.....	169
32. BERGER M., CASTELLANI C., NINOREILLE K. <i>et al.</i> Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. <i>Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence</i> . 2010, 58, p. 282–292.	169
33. BONNEVILLE E. Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. <i>La psychiatrie de l'enfant</i> . 2010, 1, 53, p. 31-70.....	174
34. BOUCHARD E.-M., TOURIGNY M., JOLY J. <i>et al.</i> Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. <i>Revue d'épidémiologie et de santé publique</i> . 2008, 56, p. 333-344.	180
35. CASTELLANI C., NINOREILLE K., BERGER M. <i>et al.</i> Visites à domicile et mesure du quotient de développement dans des situations de défaillances parentales précoces. <i>Devenir</i> . 2011, 3, vol. 23, p. 205-238.....	187
36. DE MOURA S. Les représentations de la parentalité chez les jeunes femmes ayant subi des incestes, en fonction des modes de prises en charge. Thèse de doctorat en psychologie : université de Rouen, 2014, 276 p.	193
37. DORAIS M. <i>Ça arrive aussi aux garçons : l'abus sexuel au masculin</i> . Paris : Payot & Rivages, 2008 (2013). 297 p.	200
38. GARRET-GLOANEC N. et PERNEL A.-S. Conséquences des négligences parentales sur les bébés. <i>L'information psychiatrique</i> . 2012, 3, vol. 88, p. 195-207.	208
39. PENG J. L'« Œdipe incestué » : violence de l'inceste et subjectivation. <i>Psychologie clinique</i> . 2014, 1, n° 37, p. 172-185.	213
40. THEIS A. Approche psychodynamique de la résilience : étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil. Thèse de doctorat en psychologie : université Nancy 2, 2006, 306 p.	215
V. Les « prises en charge ».....	220
A. Des enfants	220
41. FAORO-KREIT B. <i>Les enfants et l'alcoolisme parental. La question de la transmission et l'apport de la fratrie comme modèle thérapeutique</i> . Toulouse : Érès « la vie de l'enfant », 2011, 296 p.	220
42. HOURS A. Au fil d'un groupe conte, l'aventure de quelques images. <i>Journal de la psychanalyse de l'enfant</i> . 2015, 1, vol. 5, p. 197-216....	225
43. MOUNIER B. Spécificités des cures d'enfants placés en famille d'accueil : réflexions sur le maintien du lien. <i>La psychiatrie de l'enfant</i> . 2009, vol. 52, p. 517-534.....	229

44. ROMANO H. Le lien fraternel à l'épreuve de l'inceste. <i>La psychiatrie de l'enfant</i> . 2012, 1, vol. 55, p. 225-245.....	231
45. TROUPEL-CREMEL O., PINEL-JACQUEMIN S. et ZAUCHE-GAUDRON C. Fratrie et violence intrafamiliale : la fratrie obstacle ou ressource pour l'enfant ? <i>Archives de pédiatrie</i> . 2009, vol. 16, issue 6, p. 943-945....	235
B. Des parents, de la famille	237
46. BEN HAMED S. <i>Les troubles relationnels mère-enfant : une psychothérapie en milieu judiciaire</i> . Paris : L'Harmattan, 2012, 289 p..	237
47. DERIVOIS D. <i>et al.</i> Parcours et accompagnement de mères victimes de violences conjugales : une étude exploratoire dans le champ de la protection de l'enfance. Rapport de recherche. Paris : Mission de recherche droit et justice, 2015.	243
48. LACHARITÉ C. et FAFARD G. Négligence envers les enfants et actions collectives auprès des parents : l'expérience parentale des besoins des enfants dans l'animation de groupes de parole. In ZAUCHE-GAUDRON C. (dir.) <i>Précarités et éducation familiale</i> . Toulouse : Érès, 2011, p. 391-398.	252
49. LEFEBVRE D. et STEPHANOFF M. Un dispositif de soin pour les familles « hors la loi » de la protection de l'enfance. <i>Le Divan familial</i> . 2013, n° 30, p. 23-36.....	254
50. LE NESTOUR A. et GRANDIN S. Des bébés exposés aux excès ou aux négligences parentales. L'obligation de soins empathiques. <i>Enfances & Psy</i> . 2009, 2, n° 43, p. 32-40.....	256
C. Par les professionnels et les institutions.....	258
51. DE BECKER E., CABILLAU E. et CHAPELLE S. Pratique de réseau et maltraitance d'enfants. <i>Thérapie familiale</i> . 2011, 2, 32, p. 231-251..	258
52. FRASCAROLO F., CARNEIRO C., TISSOT H. <i>et al.</i> Collaboration entre cliniciens et chercheurs autour de la « consultation systémique » : une situation de violence intrafamiliale. <i>Devenir</i> , 2012, 4, vol. 24, p. 315-327.	261
53. MASCARO' R., DUPUIS-GAUTHIER C., JARDRI R. <i>et al.</i> Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. <i>Devenir</i> . 2012, 2, vol. 24, p. 69-115.....	264
Bibliographie générale.....	269



Synthèse transversale



Synthèse transversale

La réalisation de cette revue de la littérature sur la maltraitance intrafamiliale a permis de mettre en avant l'intérêt de cette question aussi bien dans la recherche que dans les pratiques professionnelles, dont témoigne le nombre important de publications et ce dans des disciplines variées. Ainsi, il semble que malgré le déni qui a entouré la maltraitance envers les enfants pendant de longues périodes¹⁴, il y ait aujourd'hui une volonté de questionner cette problématique dans la littérature scientifique nationale et internationale¹⁵.

Cependant, malgré l'attention portée à cette thématique, aucune définition consensuelle de la maltraitance n'a pu aboutir. Cette absence de définition claire se retrouve tout d'abord dans la variété des notions employées et dans la manière de les utiliser. Les termes de « mauvais traitements », « maltraitances », « sévices », « violences », « abus » seront, selon les auteurs et les références, utilisés sans être forcément définis, avec ou sans distinction, pour désigner des phénomènes similaires.

Néologisme apparu dans le dictionnaire en 1987¹⁶, utilisé pour la première fois dans les rapports parlementaires en 1989 – mais absent des textes législatifs de la même année –, le terme de maltraitance conserve donc un statut particulier tant sur le plan scientifique que sur celui de la pratique. Cependant, au vu de l'importance de son utilisation par les acteurs de terrain et dans les recherches, l'utilité de la notion semble admise par tous. Ainsi, le constat d'Hélène Missoffe dans le Rapport 269 d'avril 1989 fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi relatif à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance semble toujours d'actualité :

« La « maltraitance » [est un] néologisme peu gracieux mais fort utile pour désigner l'ensemble des situations et cas de mauvais traitements à mineurs [...]. En effet, il n'existe pas de définition précise de la maltraitance, dans la mesure où, hors les cas limites où la vie de l'enfant est à l'évidence en danger, la notion de mauvais traitements recouvre une multiplicité de comportements très hétérogènes. En outre, l'observation de ce phénomène est encore lacunaire pour diverses raisons, dont l'absence de défini-

¹⁴ « Ambroise Tardieu – médecin légiste – qui, dès 1860, publie une « étude médico légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants ». Après Tardieu en 1860, il faut attendre jusqu'en 1929 la publication d'un rapport de médecine légale sur les sévices envers les enfants par Parisot et Caussade. Puis, ce sont après la Seconde Guerre mondiale les pédiatres et radiologues américains qui décrivent les traumatismes crâniens, puis les fractures multiples, enfin les fractures inexplicables. En 1953, Silverman pose l'hypothèse traumatique de ces lésions multiples et en 1961, décrit avec Kempe le « syndrome de l'enfant battu ». C'est à partir de 1965 que l'école pédiatrique de Nancy prend le relais des Américains (Neimann, Rabouille, Manciaux) et introduit la notion de traumatisme volontaire. Mais c'est Pierre Strauss qui double ses observations cliniques d'investigations psychosociales approfondies. C'est à nouveau aux États-Unis et seulement en 1969 que Pollock étudie la psychopathologie des parents maltraitants et que Kempe met l'accent sur les facteurs environnementaux favorisant l'émergence des sévices. » (P. 28). GABEL M. La Maltraitance faite aux enfants. *Actualité et dossier en santé publique*. 2000, 31, p. 26-34.

¹⁵ Même si cette revue de la littérature porte sur la littérature francophone, nous avons pu observer au travers des bibliographies des différents auteurs le nombre important de publications non francophones.

¹⁶ REY A. (dir.) *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Dictionnaire Le Robert, 1992, 2 640 p.

tion n'est pas la moindre. Malgré tout, les quelques résultats statistiques communément admis donnent une image assez inquiétante de la situation, et prouvent que la lutte contre cette calamité passe par de nombreuses mesures tant les causes en sont diverses. [...] En l'absence d'une définition [...] l'observation du phénomène de la maltraitance se heurte dès l'origine à un problème insurmontable. Ce problème, cependant, n'est pas la seule difficulté qui empêche aujourd'hui de connaître exactement l'étendue du drame de l'enfance maltraitée tant dans son aspect quantitatif que qualitatif. » (p. 11.)

Le travail d'approfondissement réalisé pour cette revue de la littérature mène au constat d'une hétérogénéité importante des approches tentant de décrire la maltraitance intrafamiliale. Il apparaît après la lecture et l'analyse, que même si des points d'accord peuvent être trouvés, des différences entre les publications se maintiennent. Les choix des références et leur organisation dans un plan thématique ont pour objectif, au-delà de l'état des lieux proposé, de mettre en tension les différentes positions des auteurs à propos de la maltraitance intrafamiliale.

Premièrement, la saisie de l'objet d'étude par chaque auteur – et ce quel que soit le mot employé – va entraîner des variations de perception parfois importantes. Cela va différer, principalement, selon que la maltraitance soit décrite par les faits qu'elle recouvre ou par les situations vécues. Même si on ne peut pas opposer *stricto sensu* ces deux approches, il semble que dans un cas la maltraitance soit abordée selon une volonté descriptive alors que dans l'autre elle soit davantage ancrée dans une volonté compréhensive des faits ou comportements relatés¹⁷ et de leurs conséquences. Plus souvent dans la seconde approche, l'expérience des auteurs dans les secteurs de prise en charge et leur part subjective sont beaucoup plus présentes dans les écrits proposés, voire sont revendiquées comme gages de la compréhension du phénomène. Ces différences trouvent aussi leur origine dans les champs disciplinaires mobilisés, chacun ayant leurs propres traditions d'analyse. Ces différences de disciplines ne peuvent toutefois pas à elles seules expliquer celles rencontrées dans les références proposées.

Un autre aspect peut également permettre de les distinguer : les objectifs poursuivis par les auteurs ainsi que le(s) moment(s) de leur engagement dans le parcours de vie de l'enfant maltraité et/ou dans l'accompagnement proposé à sa famille. On peut ainsi constater des différences importantes entre, d'une part, des auteurs dont la volonté est davantage de recenser le nombre d'enfants concernés afin de montrer l'ampleur d'un phénomène – et par conséquent la nécessité de développer les moyens nécessaires aux actions – et, d'autre part, des praticiens engagés dans des services auprès de familles considérées comme à difficultés multiples, éloignées des sphères sociales habituelles¹⁸. Le moment de la prise en charge affecte également les propos. Les praticiens des services de médecine de détection des mauvais traitements (voire réalisant les autopsies) et les professionnels intervenant dans les procédures pénales concernant les parents ou personnes assimilées ne peuvent sans doute pas porter le même regard sur les situations que les travailleurs sociaux engagés dans le quotidien de la famille dans le cadre du soutien à la parentalité. Pour les premiers, une nécessaire dichotomie entre l'enfant victime et le parent fautif¹⁹ semble nécessaire comme appui à la décision quand, pour les autres, il s'agit de chercher avec l'ensemble des membres

¹⁷ Par l'enfant et/ou par les parents.

¹⁸ Cf. SCHULTHEIS F., FRAUENFELDER A. et DELAY C. *Maltraitance : contribution à une sociologie de l'intolérable*. Paris : L'Harmattan, 2007, p. 267. Fiche 13.

¹⁹ Opposition reprise dans BELLON L. À quoi sert un juge des enfants ? *Médecine thérapeutique pédiatrie*. 2011, 1, p. 38-46.

de la famille concernée par la situation aussi bien les facteurs pouvant aider à la compréhension que ceux susceptibles de mobiliser les ressources nécessaires au dépassement des difficultés rencontrées.

Un point particulier semble toutefois faire consensus malgré les différences constatées. Il s'agit de la nécessité affichée par les auteurs de repenser leur cadre de travail habituel et la place à accorder à l'échange pluridisciplinaire et interinstitutionnel, seul à même de permettre une appréhension globale où, professionnellement, chacun reste à sa place et partage son savoir avec l'(les) autre(s) engagé(s).

I. Approches qualifiant les faits de maltraitance

Parmi ces approches, nous retrouvons majoritairement les références issues des champs médicaux²⁰ (à visée diagnostique) et juridiques²¹ (relevant d'une lecture pénaliste des faits de maltraitance). Malgré l'éloignement de ces champs disciplinaires et des pratiques consacrées, un point commun se dégage dans les propos des différents auteurs. Ils tendent tous à adopter une démarche de type catégoriel qui consiste à dégager des critères d'inclusion et d'exclusion permettant de nommer, catégoriser et classer des faits. La maltraitance est décrite à la fois selon les faits pouvant être objectivement décrits et constatés ainsi que par les signes visibles permettant de déduire les faits commis. L'intérêt principal de ces approches réside dans le fait qu'en se voulant objectives, elles tendent à proposer des définitions et classifications concrètes et à offrir des clefs de lectures « partageables ». Elles ont cependant pour limites une moindre prise en compte de la singularité individuelle et une insuffisante considération, pour les acteurs de terrain engagés dans les prises en charge, des questions de seuils et des différences souvent particulièrement ténues entre les formes de maltraitance rencontrées.

1. Approches catégorielles de la maltraitance

La catégorisation de la maltraitance admise de manière consensuelle dans les différentes références – et celle adoptée en première intention pour la constitution de cette revue de la littérature – renvoie à l'établissement par l'OMS des quatre formes principales de la maltraitance, à savoir : les maltraitements physiques, psychologiques, sexuelles et les négligences. En choisissant ce type d'approche, l'accent est mis sur la nature de l'acte commis et moins sur les conséquences parfois spécifiques ou sur les raisons sous-jacentes à son apparition. Cette classification de la maltraitance en quatre formes est issue de la reconnaissance de la maltraitance par la communauté scientifique et particulièrement médicale. En effet, les premiers travaux des médecins ayant eu pour objectifs de faire reconnaître les « sévices » à

²⁰ Cf. notamment : Organisation mondiale de la santé (OMS) et International society for prevention of child abuse and neglect (ISPCAN). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. 2006. Fiche 5 ; TURSZ A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Seuil, 2010, 420 p. Fiche 9 ; REY-SALMON C. et ADAMSBAUM C. *Maltraitance chez l'enfant*. Paris : Lavoisier Médecine Sciences Publications, 2013, 229 p. Fiche 7 ; BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M. *et al.* Abus, maltraitance et négligences : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014, 62, p. 299-312 ; BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M. *et al.* Abus, maltraitance et négligences : (2) prévention et principe de prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014, 62, p. 313-325. Fiche 14. ; LASEK-DURIEZ A. et LEAUTE-LABREZE C. Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels). *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2009, 136, p. 838-844. Fiche 22. ; etc.

²¹ Cf. notamment : CONTE P. La maltraitance infantile : essai d'une typologie de droit pénal. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2015, 1, p. 91-101. Fiche 11.

enfant se sont d'abord intéressés à isoler des formes de lésions retrouvées sur le corps des enfants et associables à des coups directement portés. Progressivement, les autres formes de maltraitance ont pu trouver leur place dans les classifications et être isolées selon les comportements identifiés.

Nous pouvons noter que les négligences – et leur reconnaissance en tant que forme isolée – conservent toutefois un statut particulier en l'état actuel des connaissances. Même si elles ont été retenues par l'OMS comme faisant partie intégrante des maltraitances, leur inclusion semble encore aujourd'hui être source de discussion. Ainsi, il est très fréquent de constater dans les articles et ouvrages des propos tels que « dans un contexte de maltraitance et de négligence... ». On peut ainsi se demander pourquoi, alors que cette forme fait partie intégrante des maltraitances envers les enfants, nombre d'auteurs accentuent leur présence. On peut supposer que c'est la nature même de ce type particulier de maltraitance qui entraîne son statut à part. Selon ces approches, les négligences ne relèvent pas d'actes ou de comportements, mais d'omissions de comportement ou d'attitude ayant des conséquences de natures différentes sur le développement de l'enfant. Elles apparaissent ainsi plus insidieuses, moins cernables, presque invisibles si on ne les déduit pas des conséquences qu'elles entraînent²². Une différence importante est à noter dans le nombre de recherches francophones menées à propos des négligences entre la France et le Québec. Les équipes québécoises ont en effet produit de très nombreux travaux et recherches sur ce sujet, alors qu'en France les recherches à propos des négligences comme formes isolées restent beaucoup plus rares. Les travaux des équipes québécoises mettent en avant la difficulté de définir les négligences tant celles-ci sont fonction de la définition des besoins des enfants. Même si un consensus advient à propos du besoin pour un enfant de construire des relations affectives stables, la définition de ce besoin reste éminemment fonction du contexte sociétal dans lequel elle est produite. Ainsi, à la différence de formes davantage spectaculaires comme les blessures physiques engendrées par des coups portés et identifiables plus clairement, la détection des négligences se fonde sur la définition d'un sujet ou d'un groupe donné de ce qui relève de la bonne satisfaction des besoins affectifs d'un enfant : « L'évolution rapide des représentations sociales à propos des enfants et de leur développement, de même que la diversité des appartenances ethniques ou la différenciation culturelle au sein d'une collectivité, rendent particulièrement difficile l'identification d'un ensemble fixe de besoins fondamentaux des enfants, faisant consensus et pour lequel des actions claires et opportunes peuvent être envisagées pour assurer leur satisfaction²³. »

Enfin, l'approche catégorielle est également retrouvée dans l'approche pénaliste des mauvais traitements, même si les quatre formes décrites par l'OMS ne recouvrent pas chacune une catégorie juridique spécifique. Les juristes vont qualifier les faits ou les actes commis par les parents (ou toute personne assimilée) comme constituant ou non une infraction pénale et vont établir des degrés de sanction selon notamment le caractère de gravité. Cette qualification pourra être complétée de la notion de « circonstances aggravantes ». Par exemple, Philippe Conte, dans son article proposant une typologie de la maltraitance insiste ainsi sur le type de relation qui unit l'enfant victime et l'adulte fautif et détaille pour chaque « acte » commis comment la peine encourue sera aggravée lorsque cette relation est qualifiée comme étant « de confiance ».

²² Cf. notamment : GARRET-GLOANEC N. et PERNEL A-S. Conséquences des négligences parentales sur les bébés. *L'information psychiatrique*. 2012, 3, vol. 88, p. 195-207. Fiche 38.

²³ LACHARITÉ C. *et al.*, 2006, p. 382.

2. Lecture symptomatologique à visée diagnostique

Dans la tradition médicale à visée diagnostique, l'approche catégorielle consiste à identifier l'ensemble des signes permettant de considérer l'appartenance ou l'exclusion d'un patient au sein d'une catégorie diagnostique. On retrouve ainsi dans les manuels et références proposés par des médecins de véritables guides sémiologiques, particulièrement utiles aux praticiens. Il n'est pas étonnant dans ce contexte de retrouver des présentations plus détaillées des maltraitements physiques et sexuelles, beaucoup plus à même d'être décrites dans ce type de classification – lecture sur le corps de l'enfant directement lors de l'examen clinique détaillé (ou indirectement par le biais d'outils comme la radiographie) des marques laissées par les mauvais traitements. À titre d'exemple, dans l'ouvrage de Caroline Rey-Salmon et Catherine Adamsbaum une centaine de pages est consacrée à la description des lésions corporelles de différentes natures, alors que seule une quinzaine de pages détaille la maltraitance psychologique.

Dans ce type d'approche, on retrouve également une tradition d'association entre les quatre formes retenues par l'OMS et les conséquences en termes d'impacts sur le développement de l'enfant et sur l'apparition de troubles psychopathologiques à court, moyen et long termes²⁴. Cependant, malgré la pertinence de reconnaître et de chiffrer ce type d'association (dans une volonté de faire de la maltraitance un problème de santé publique et ainsi de favoriser son inscription dans l'agenda politique et de sensibiliser les médias), celle-ci a également des limites. Définir la maltraitance de l'enfant uniquement en fonction de ces conséquences potentielles peut en effet entraîner l'oubli d'un nombre (important ?) d'enfants maltraités (ou l'ayant été²⁵) et qui n'auront pas développé de troubles (psycho)pathologiques, ni connu d'atteinte à leur développement suffisante pour être remarquée et pouvant être clairement imputable à la maltraitance. On retrouve parmi cette population les enfants présentant des possibilités de résilience.

Dans une visée évaluative, des classifications ont également été proposées afin de mettre en avant les facteurs de vulnérabilités de l'enfant et de ses parents. Ces critères ont l'intérêt majeur de permettre d'avoir des indicateurs de « situations à risque » et incitent alors les praticiens à être attentifs face à certaines situations dans lesquelles des combinaisons de facteurs doivent alerter et pousser à la vigilance. Cependant, comme dans toute démarche préventive relevant de critères énoncés et codifiés, il faut rester vigilant au risque de glissement entre prévention et prédiction²⁶. L'autre limite des facteurs de vulnérabilité – outre le risque de stigmatisation qu'ils peuvent entraîner – est qu'ils ont tendance à laisser à la marge une partie de la population d'enfants victimes de maltraitance. Ces derniers, nés dans des familles où certaines logiques sociales sont mieux maîtrisées, vont rester silencieux pendant des années et ne pourront peut-être jamais parler des mauvais traitements subis. Enfin, malgré le développement de plus en plus important de recherches sur la résilience, demeure dans les travaux une part bien plus importante accordée aux facteurs de vulnérabilité plutôt qu'aux ressources mobilisables aussi bien par l'enfant lui-même que par sa famille.

²⁴ Cf. BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M. *et al.* *Op. cit.* Fiche 14.

²⁵ Cf. ROBIN M. et CORCOS M. (dir.) *Recueil des phénomènes de maltraitements chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie*. Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'ONPE. 2016. Fiche 25.

²⁶ Par exemple : CREOFF M. La protection de l'enfance : impuissance, toute-puissance et recherche de sens. *Enfances & Psy.* 2008, 3, 40, p. 43-47 : « Une société qui n'appuie ses démarches d'aide et de soutien aux familles que sous couvert de la protection de l'enfance ou de la prévention de la délinquance est bien une société stigmatisante et culpabilisante. » ; GARRET-GLOANEC, N. ET PERNEL A.-S. *Op. cit.* : « Intervenir précocement, c'est, face aux professionnels de l'anténatal, venir comme un oiseau de malheur s'autorisant dans la prévention à "prédire", attachant la famille à son passé alors que grossesse et naissance sont des processus mutatifs. Comment prévenir sans tomber dans le dépistage sur des critères pseudoprédicatifs ? » (p. 44).

Une des principales limites observées pour ce type d'approche de la maltraitance à enfant concerne l'absence de signe spécifique permettant d'établir un diagnostic avec certitude. Les signes repérés dans les lieux de pratique et décrits par les auteurs ne peuvent constituer à eux seuls des critères permettant de déterminer avec objectivité la présence effective de mauvais traitements. Les principaux symptômes rencontrés peuvent relever du développement normal de tout enfant, signer la présence d'une maladie somatique ou être apparentés à des événements de la vie de celui-ci n'ayant pas de rapport avec une éventuelle maltraitance.

3. Utilisation des approches catégorielles dans la production de données chiffrées

Les constats issus des recherches à propos de la mesure du phénomène de la maltraitance concourent tous à montrer les difficultés à créer les conditions favorables de leur recueil, les écarts importants retrouvés dans les chiffres produits et ainsi les limites rencontrées dans la production de données chiffrées à propos de la maltraitance intrafamiliale et dans leur comparaison potentielle à des fins de recherches et/ou d'évaluation. Parmi les principales limites constatées dans la production de statistiques relatives à la maltraitance envers les enfants, on retrouve l'absence d'une définition partagée de la maltraitance. Ainsi, selon les seuils et critères retenus pour qualifier les faits de maltraitance, les résultats des études pourront varier de façon importante. Le chiffre de 10 % d'enfants victimes de maltraitance dans les pays à haut revenus²⁷ sera ainsi à questionner quant à sa validité, car malgré la scientificité des méthodes utilisées, celles-ci sont aussi fonction des différentes catégories de mauvais traitements retenues et de leurs conséquences observées. Cependant, ce type d'étude en population générale, au-delà des biais énoncés, permet de prendre en compte d'autres enfants que ceux pris en charge dans les services de protection de l'enfance (retrouvés dans les études dites officielles) et ainsi de s'intéresser à ce qui a longtemps été appelé le « chiffre noir²⁸ » de la maltraitance.

Produire des données statistiques relatives à la maltraitance des enfants demande donc de définir précisément les unités de compte, les sources employées, mais aussi la méthode de collecte et les objectifs poursuivis par les auteurs. Ainsi, il n'est pas équivalent de décrire l'ampleur de la maltraitance et ses conséquences à court, moyen et long termes dans la vie des victimes, de mettre en avant et de comprendre les facteurs ayant contribué à accroître le risque d'être victime de maltraitance ou d'en être l'auteur, ou enfin, de déterminer l'efficacité des programmes de prévention et de prise en charge.

Différentes sources de données sont proposées : récits de vie, dossiers des organismes et des établissements, programmes locaux, etc. Parmi les données recueillies, sont en général retrouvées des données sociodémographiques comme le sexe et l'âge de la personne ; cependant des variations importantes sont observées quant aux données concernant les faits de maltraitements eux-mêmes : la nature/la forme ; les modalités de survenue et la manière dont ils ont été réalisés ; le(s) lieux et date(s) de survenue ; l'/les auteur(s) et donc la relation entre la victime et l'agresseur ; le milieu socioculturel, l'attitude et les comportements du/des auteurs, etc. Parmi ces données potentielles aussi nombreuses que diverses, il faut également déterminer les différentes unités de compte et définir précisément l'objet du dénombrement : les faits de maltraitements, les populations victimes de ces faits, les auteurs, etc.

²⁷ GILBERT R., SPATZ WIDOM C., BROWNE K. *et al.* Child maltreatment 1. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009, 373, p. 68-81.

²⁸ Oned/ONPE (coordonné par GUYAVARCH E.). Note 1 sur l'estimation du « chiffre noir » de l'enfance en danger par le biais des enquêtes de victimation [en ligne]. Paris : Oned/ONPE, 2008.
http://oned.gouv.fr/system/files/publication/note1_chiffrenoir_2008_5.pdf

Les recherches proposant des descriptions de l'ampleur du phénomène varient principalement en fonction de la méthode de recherche employée. Dans son rapport d'élaboration sur la « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir », la Haute Autorité de santé (HAS²⁹) rapporte les résultats d'une revue de la littérature avec méta-analyse qui avait pour objectif « d'estimer la prévalence mondiale de la violence physique chez les moins de 18 ans³⁰. La prévalence globale de la violence physique déclarée était de 0,3 % pour les études dans lesquelles la violence était documentée et de 22,6 % pour les études dans lesquelles la violence était déclarée, sans différence apparente entre les filles et les garçons » (P. 12). La conception de l'étude influence donc de manière importante les résultats produits.

Il existe principalement deux types d'approche : les enquêtes de type rétrospectif qui consistent à interroger en population générale ou dans des échantillons ciblés des adultes (ou enfants suffisamment grands) à propos des vécus de maltraitance passée ; les enquêtes prospectives le plus souvent de type longitudinal qui consistent à analyser la survenue d'un phénomène parmi un groupe de sujets et ce sur une période donnée (dans un temps court ou long). Les premières, qui demandent un dispositif d'enquête plus simple à mobiliser, sont plus fréquentes dans la recherche, mais elles comportent cependant des biais, comme par exemple celui de mémorisation. En interrogeant des adultes sur des faits de maltraitance potentiellement subis, elles font appel aux capacités de souvenir du sujet, et entraînent un risque de reconstruction des récits. Face à la difficulté pour les anciennes victimes de dévoiler les faits de maltraitance et à la réalité clinique qui veut que de nombreuses victimes n'en aient jamais parlé, la fiabilité des résultats obtenus peut être questionnée. Les études prospectives, même si elles présentent des résultats plus solides, souffrent de la complexité et de la lourdeur de leur dispositif d'observation, ce qui explique qu'il soit délicat de les maintenir dans le temps. Quand elles portent sur plusieurs générations, elles permettent en outre – et sont les seules –, d'établir des constats quant à la répétition transgénérationnelle des faits de maltraitance. *A contrario*, les études rétrospectives comportent un biais de visibilité qui, s'il n'est pas considéré, peut conduire à des erreurs importantes. Même s'il existe effectivement des phénomènes de répétition qui ont pu être mis en évidence, il est difficile d'établir une régularité. Par exemple, dans ces recherches, les enfants ayant été maltraités mais n'ayant pas eu d'enfant, sont de fait exclus de l'étude³¹.

Les statistiques relatives à la maltraitance restent toutefois indispensables à favoriser et à valoriser puisqu'elles permettent une meilleure compréhension du phénomène et le développement de moyens à mettre en œuvre pour le prendre en charge. Pour être efficaces, elles doivent toutefois être basées sur des définitions communes des termes employés – même si ceux-ci présentent des limites. Elles doivent alors concourir à l'estimation de la prévalence³² et de l'incidence³³, et être quantitatives, explicatives et évaluatives.

²⁹ Haute Autorité de santé (HAS). Rapport d'élaboration. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014.

³⁰ STOLTENBORGH M., BAKERMANS-KRANENBURG M.J., VAN IJZENDOORN M.H. *et al.* Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse ? A meta-analysis of global prevalence. *Int. J. Psychol.* 2013, 48, 2, p.81-94.

³¹ La thèse réalisée par S. De Moura a montré que parmi les femmes anciennes victimes d'incestes, certaines d'entre elles ne souhaitent pas avoir d'enfant. Cf. DE MOURA S. *Les représentations de la parentalité chez les jeunes femmes ayant subi des incestes, en fonction des modes de prises en charge*. Thèse de doctorat en psychologie : Université de Rouen, 2014, 276 p. Fiche 36.

³² La prévalence étant le chiffrage de l'ampleur du phénomène à un instant donné.

³³ L'incidence étant une mesure sur une période donnée du nombre de nouveaux cas.

En effet, malgré les biais observés dans les études statistiques, les résultats proposés par certaines d'entre elles, de par leur caractère parfois surprenant ou allant à l'encontre des évidences morales, ont permis de construire de nouveaux dispositifs et d'améliorer les prises en charge proposées et aussi d'aller au-delà de certaines « idées reçues ». Par exemple, les études réalisées à propos des différentes formes de maltraitance³⁴ ont permis de mettre en avant l'importance des phénomènes de cooccurrence (coexistence de plusieurs formes de maltraitance). Enfin, les études ont également permis de montrer que les formes les plus spectaculaires³⁵ n'étaient pas forcément celles qui entraînaient les conséquences les plus importantes. Ainsi les négligences ont été isolées par les équipes québécoises³⁶ par exemple comme entraînant des conséquences parfois plus importantes que les violences agies.

II. Approches compréhensives de la maltraitance : description et compréhension d'un phénomène pour une appréciation de la situation globale de la famille

Face à la problématique de la maltraitance intrafamiliale, de nombreux auteurs insistent sur la nécessité de considérer, au-delà du fait lui-même, la situation globale de l'enfant et de la famille. Cette façon d'appréhender la maltraitance des enfants permet de dépasser le manque de spécificité des signes cliniques retenus et d'intégrer à la compréhension les faits et leurs effets présents et potentiels, mais aussi le contexte de vie de l'enfant et de la famille, les caractéristiques de ses parents et de l'ensemble de son environnement relationnel.

Dans ce type d'approche, au-delà des formes de maltraitements retenues, les définitions tendent davantage à évoquer ce qui va constituer des points communs à ces différentes formes, à leurs impacts sur l'enfant et aux caractéristiques parentales, familiales et environnementales. Michelle Rouyer³⁷ propose ainsi pour évoquer l'enfant maltraité : « La souffrance des enfants maltraités ou abusés a un point commun : leurs besoins, leur dépendance, leur fragilité ont été niés par des adultes qui avaient le devoir de les protéger » (p. 25). Marion Robin *et al.*³⁸, pour dépasser l'impossibilité de recourir aux quatre formes, proposent à propos des familles de retenir la notion d' « interactions familiales à risque » pour évoquer les situations de danger relationnel dans lesquelles se trouvent engagés certains enfants/adolescents. La maltraitance est donc considérée dans les interactions/rerelations dans lesquelles elle a lieu, et plus seulement selon les caractéristiques individuelles des différents membres qui composent cette relation.

³⁴ BOUCHARD E.-M., TOURIGNY M., JOLY J. *et al.* Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2008, 56, p. 333-344. Fiche 34. ; TOURIGNY M., GAGNE M.-H., JOLY J. *et al.* Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health*. 2006, vol. 97, n° 2, p. 109-113.

³⁵ Nous entendons, en accord avec la littérature existante, sous le terme de « forme spectaculaire de la maltraitance », celles où le diagnostic peut être posé avec une quasi-certitude, tant les signes observables sans être spécifiques sont assimilables aux conséquences directes de mauvais traitements. Il semble que ce type de situation soit davantage le fait de violences physiques et sexuelles en raison des examens cliniques plus objectifs qui peuvent en être fait et que les diagnostics différentiels pour d'éventuelles maladies somatiques ont pu être établis.

³⁶ Cf. ETHIER L. Évolution des enfants négligés et caractéristiques maternelles. *Santé, Société et Solidarité*. 2009, 1, p. 50-59. Fiche 27.

³⁷ ROUYER M. Psychopathologie de l'enfant maltraité et de sa famille. *Médecine thérapeutique pédiatrie*. 2011, 1, p. 24-30.

³⁸ *Op. cit.*

1. Modèles compréhensifs des origines de la maltraitance

Ce type d'approche propose, plutôt qu'une focalisation sur le symptôme et sur la forme de la maltraitance, de mettre en avant les mécanismes sous-jacents à son développement dans les familles. La plupart des auteurs et praticiens tentant de mettre au jour ces processus précisent que vouloir expliquer, essayer de comprendre ce qui a pu pousser un parent à s'en prendre violemment à son enfant ou ce qui l'a empêché de s'occuper de lui, d'entendre ses besoins ne signifie en rien excuser son comportement, ni nier la nécessité de recourir à la justice et/ou à la protection des différents membres de la famille. Ces approches sont très marquées par les apports des théories psychanalytiques et leurs modèles explicatifs de la psyché dans un continuum entre le normal et le pathologique³⁹. Leur principal intérêt réside dans leur volonté de respecter la singularité de chaque histoire et de ne pas condamner du point de vue moral les attitudes et les agissements des parents à l'égard de leur(s) enfant(s). Les caractéristiques communes aux situations dépassent les quatre formes de maltraitance identifiées par l'OMS et les approches catégorielles ; elles décrivent davantage des modalités relationnelles particulières et des fonctionnements psychiques particuliers, caractérisés notamment par des problématiques d'indifférenciation psychique entre les membres de la famille⁴⁰.

On retrouve également parmi ces approches de nombreux auteurs travaillant auprès de bébés, de très jeunes enfants, voire auprès de futurs parents. Sylvain Missonnier et Christian Robineau⁴¹ précisent que la grossesse et les premières rencontres avec « l'enfant réel » sont pour les deux parents une période de « reviviscence intense de leurs conflits infantiles non résolus, de réactivation des représentations qu'ils ont construites au fil du temps concernant la qualité des liens entretenus, enfants, avec leurs propres parents, de mise à l'épreuve de leur possibilité de s'identifier à de "bons" modèles parentaux, notamment face à d'éventuelles complications de la grossesse ou de l'accouchement, à des défaillances de l'environnement familial ou social, ou à certaines caractéristiques du nouveau-né ou de la relation instaurée avec celui-ci (anomalie fœtale, maladie, cris envahissants, difficultés d'alimentation ou de sommeil, etc.) » (p. 52). Ceci souligne que les racines de la maltraitance se trouvent bien souvent dès l'origine du désir d'enfant et dans les (non-)possibilités de la rencontre parents-enfant pendant la grossesse, à la naissance et aussi dans les premières années de la vie et ce, même si un enfant n'est victime que des années plus tard. Souad Ben Hamed propose, quant à elle, un dispositif d'aide à la parentalité en assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) qu'elle nomme « le roman de la grossesse ». Ainsi, même en accompagnant des familles avec des enfants plus âgés, elle invite les mères à revenir sur les vécus des grossesses et des naissances (d'elle-même et de leurs enfants). Selon elle, ce dispositif qui réinscrit les femmes dans leurs histoires d'enfant puis de mère leur permet d'accéder à leurs difficultés ; plutôt que d'être accusées d'être de « mauvaises mères », elles sont reconstruites dans leurs difficultés à l'être.

³⁹ Ce type d'approche est en effet défini, entre autres, par sa considération de la pathologie comme relevant de modalités particulières de fonctionnement qui ne sont en fait que les avatars du développement normal du sujet, pouvant être compris comme un sorte de grossissement, une forme d'exagération des conduites considérées comme « normales » et qui peuvent ainsi se retrouver chez tout un chacun.

⁴⁰ BEN HAMED S. *Les troubles relationnels mère-enfant : une psychothérapie en milieu judiciaire*. Paris : L'Harmattan, 2012, 289 p. Fiche 46. ; BONNEVILLE E. Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*. 2010, 1, 53, p. 31-70. Fiche 33.

⁴¹ MISSONNIER S. ET ROBINEAU C. La prévention de la maltraitance en périnatalité. In BRACONNIER A. et GOLSE B. *Bébés agressifs, bébés agressés*. Ères « 1001 bébés », 2008 p. 43-62. Fiche 30.

Dans une prise en considération d'un continuum normal-pathologique, ces approches insistent sur la nécessité d'être à l'écoute, chez les parents auteurs, des fantasmes qui bien que présents chez tout un chacun n'ont pas pu – et ce pour diverses raisons (endogènes et exogènes) – faire l'objet du mécanisme du refoulement et être donc maintenus dans les parts inconscientes de la personnalité⁴². Bernard Golse⁴³, dans son ouvrage, propose, dans cette même optique, de réfléchir à l'enfant victime de maltraitance et de s'interroger sur qui est le véritable destinataire de la violence du parent. Il expose que, dans certaines situations, ce n'est pas l'enfant réel qui est visé mais ce que le(s) parent(s) projette(nt) sur lui (l'enfant idéal qu'il(s) aurai(en)t aimé avoir été et qui le(s) renvoie à une blessure narcissique ; l'enfant mauvais, disqualifiant qu'il(s) pense(nt) avoir été, etc.).

Ces approches permettent d'évacuer, dans le temps des prises en charge thérapeutiques, une partie de la problématique de l'intentionnalité. Une part inconsciente du parent peut venir s'exprimer à son insu, et les modèles psychanalytiques proposent, comme une des différences entre le parent maltraitant et celui qui ne l'est pas, une absence de refoulement qui peut finalement survenir dans la vie de chacun. Le parent maltraitant n'est alors pas seulement reconnu sous l'étiquette de la perversion, mais dans la singularité de ses difficultés à devenir parent, la maltraitance en étant un symptôme.

Les principales limites des approches compréhensives des origines reposent sur le manque de clarté pour désigner la maltraitance. Dans les références abordées, le terme de maltraitance est, en général, peu utilisé et la réalité des faits observés semble parfois se noyer aussi dans le vécu subjectif des professionnels et dans les autres concepts utilisés. Sans abandonner les postures professionnelles retenues faites d'implication, de mécanismes contre-transférentiels, il semble que les professionnels pourraient aussi trouver un appui sur les catégories existantes pour étayer leurs décisions et faire appel aux autres professionnels pour dépasser certaines difficultés très importantes relatives aux enjeux inhérents des relations duelles (vécu d'incertitude, des processus d'identification aux familles)⁴⁴. Enfin, ces théories, en étant tournées en grande partie vers le monde interne des sujets peuvent aussi parfois être considérées comme ne prenant pas assez en considération la réalité effective dans la vie de la victime. S'intéresser aux fantasmes sous-jacents ne doit pas entraîner un oubli des réalités matérielle et relationnelle dans lesquelles sont pris aussi bien parents et enfants et qui participent aussi de la survenue de maltraitance.

2. Lecture relationnelle de la maltraitance intrafamiliale : apports des théories groupales et systémiques

Afin de dépasser la seule lecture par les faits commis, l'ensemble des auteurs tente de définir les relations au sein desquelles des conduites maltraitantes peuvent émerger et parfois perdurer. L'intérêt pour la relation qui unit l'enfant et l'adulte se retrouve dans les approches catégorielles précédemment décrites. Comme cela a déjà été dit, Philippe Conte⁴⁵, par exemple, fonde sa typologie sur la définition de la nature de la relation entre l'adulte et l'enfant. On retrouve aussi l'importance donnée à la nature de cette relation chez les médecins. Gérard

⁴² GOVINDAMA Y. Un état des lieux de la maltraitance des jeunes enfants en France. Les enjeux psychiques dans la relation mère-enfant. *Devenir*, 2014, 4, vol. 26, p. 261-290. Fiche 29.

⁴³ GOLSE, B. La maltraitance infantile, par delà la bienpensée. Bruxelles : Yapaka, 2013, 34 p. Fiche 28.

⁴⁴ GABEL M. Un double regard sur la souffrance des professionnels face à l'enfant maltraité. *Journal du droit des jeunes*. 2003, 3, n° 223, p. 36-39.

⁴⁵ *Op. cit.*

Lopez⁴⁶, par exemple, après avoir défini les maltraitances propose un point de vigilance : « Ne pas confondre les violences accidentelles consécutives à un conflit ou une perte de patience et la maltraitance qui est une relation de domination asymétrique dont le but est d'empêcher l'enfant d'accéder à son autonomie ou pire [de] le détruire » (p. 108). Cependant, ces approches, même si elles traitent de la relation, restent très marquées par une approche unidirectionnelle de celle-ci. L'enfant demeure en position de victime et l'adulte en fautif sans que la nature des échanges entre eux ne soit analysée.

De nouvelles manières d'appréhender la maltraitance intrafamiliale se développent dans la littérature et dans les pratiques de terrain. Marqués par les apports des thérapeutes familiaux, les praticiens et les chercheurs vont alors s'intéresser aux modalités relationnelles particulières qui ont lieu au sein du groupe familial qui vont concourir au développement de la maltraitance envers les enfants, à son maintien, sa chronicité et même parfois à sa répétition sur plusieurs générations⁴⁷.

La maltraitance n'est plus considérée comme le(s) fait(s) d'un parent à l'égard de son enfant, mais s'ancre dans des systèmes relationnels complexes. Travaillant à partir des théories systémiques, certains auteurs⁴⁸ proposent de penser la violence intrafamiliale comme traduisant un dysfonctionnement du système familial. Les travaux d'Emmanuel De Becker et al.⁴⁹ au sein des équipes SOS-Enfants en Communauté française de Belgique illustrent ce changement de paradigme dans la perception et la compréhension de la maltraitance intrafamiliale et dans sa prise en charge : « L'épistémologie systémique a contribué à sortir le processus abusif d'une dynamique à deux protagonistes ; dépassant une causalité linéaire, elle a montré les interactions et intrications conduisant à la transgression » (p. 66). Ils privilégient ainsi la notion de « familles à transactions maltraitantes » plutôt que celle de « familles maltraitantes ». Ce changement de terminologie permet le passage d'une représentation figée de la famille dans laquelle la maltraitance est considérée comme relevant de son identité à une terminologie où ce n'est plus la famille qui est maltraitante en elle-même, mais les relations qui y ont lieu. Cette approche permet donc d'insister sur les processus à l'œuvre au sein des relations et non sur les seules caractéristiques individuelles de chacun des membres du groupe.

Ces modèles de compréhension montrent que sont à l'œuvre dans les familles aussi bien les logiques diachroniques (la place de la maltraitance dans l'histoire de la famille) que synchroniques (la place de la maltraitance à un moment précis de l'histoire familiale). Il s'agira ainsi d'étudier les interactions entre l'histoire passée du/des parent(s), leur(s) possibilité(s) de rêver un enfant à venir, leur(s) rencontre(s) avec l'enfant réel, le contexte socioculturel de vie familiale, l'ensemble de l'environnement familial, etc. Les mêmes critères de vulnérabilité que ceux de l'approche catégorielle vont être retenus avec comme différence la prise

⁴⁶ LOPEZ G. Prendre en charge les victimes d'agressions et d'accidents. Accueillir, orienter et traiter. Paris : Dunod, 2014, 225 p.

⁴⁷ DARCHIS Élisabeth, « Violence périnatale dans la parentalité confuse », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2010/2 (n° 55), p. 69-78.

⁴⁸ Par exemple : DE BECKER E., CABILLAU E. et CHAPPELLE S. Pratique de réseau et maltraitance d'enfants. *Thérapie familiale*. 2011, 2, 32, p. 231-251. Fiche 51 ; FRASCAROLO F., CARNEIRO C., TISSOT H. et al. Collaboration entre cliniciens et chercheurs autour de la « consultation systémique » : une situation de violence intrafamiliale. *Devenir*, 2012, 4, vol. 24, p. 315-327. Fiche 52. ; LACHARITÉ C. et FAFARD G. Négligence envers les enfants et actions collectives auprès des parents : l'expérience parentale des besoins des enfants dans l'animation de groupes de parole. In ZAOUCHE-GAUDRON Ch. (dir.). *Précarités et éducation familiale*. Toulouse : Érès, 2011, p. 391-398. Fiche 48.

⁴⁹ DE BECKER E. et al. 2011. *Op cit.* Fiche 51.

en considération des interactions entre les facteurs de vulnérabilité et de ressources, pris individuellement et dans les relations que les membres vont nouer les uns avec les autres. L'étude réalisée par Marie-Ève Clément *et al.*⁵⁰ montre l'intérêt de dégager la constellation de facteurs liés à l'enfant, aux parents et à la famille permettant de mieux classer la population des enfants.

En plus de s'intéresser au système familial et à ses modalités de fonctionnement, les auteurs proposent également de se pencher sur les systèmes institutionnels et sociaux qui l'entourent. Jorge Barudy⁵¹ montre l'intérêt de « cerner les constellations, les écologies qui peuvent conduire à l'émergence d'interactions maltraitantes, et/ou les discours qui les justifient et/ou les mystifient. [...] Mon approche que je définirais plutôt d'«écologique», ne se limitera jamais à considérer le responsable de la violence et/ou de la maltraitance comme «isolé», mais à élargir au maximum le cadre de l'interaction «abusant» – victime. Il s'agira donc de comprendre et de modifier ce phénomène en le considérant dans sa complexité interactionnelle, contextuelle et historique » (p. 3). Gillonne Desquesnes et Dominique Beynier⁵² ont ainsi pu mettre en évidence les différentes morphologies de réseaux personnels dans les familles afin de dépasser la lecture individuelle : « L'analyse des réseaux sociaux permet de passer d'un niveau d'explication lié aux propriétés individuelles à celui des relations et vise à montrer l'influence des structures de relations dans lesquelles l'individu est inséré sur son comportement » (p. 99). Dans leur analyse, ils proposent d'associer les difficultés passées et présentes à la morphologie des réseaux décrits par les participants. Même s'ils n'ont pas pu montrer l'existence d'un réseau en particulier à propos des familles dans lesquelles se produisent des maltraitances, ils ont montré l'intérêt d'intégrer les différents niveaux d'analyse. La prise en compte du réseau large dans lequel évolue la famille permet aussi de dépasser la tentation de faire reposer la responsabilité sur la seule famille et d'interroger le contexte social et surtout le rôle des facteurs socioéconomiques, socioculturels dans le développement de la maltraitance.

Dans ces différents travaux, les professionnels sont aussi considérés comme appartenant aux réseaux et comme faisant groupe avec la famille⁵³ (donc partageant avec ses membres des identifications, des émotions et sentiments, etc.). Cette approche originale a pour avantage de mettre aussi l'accent sur la place prise par les professionnels auprès de ces familles et surtout sur comment les modalités relationnelles des familles vont pouvoir se rejouer auprès des professionnels et ainsi sur l'importance de ne pas travailler seul. Il s'agit de constituer un maillage sociofamilial, en ouvrant sur la notion de « tiers », afin de déjouer les impasses relationnelles et les processus transactionnels dysfonctionnels : travail à partir de la reconnaissance d'un système à plusieurs, où chacun a une place et une mission définies et reconnues par les autres.

⁵⁰ CLÉMENT M.-È., CHAMBERLAND C., TOURIGNY M. *et al.* Taxinomie des besoins des enfants dont les mauvais traitements ou les troubles de comportement ont été jugés fondés par la direction de la protection de la jeunesse. *Child Abuse and Neglect*. 2009, 33, p. 750-765. Fiche 15.

⁵¹ BARUDY J. *La violence individuelle comme organisatrice de la subjectivité individuelle, familiale et sociale : l'approche systémique de la maltraitance d'enfants* [en ligne]. 19 p. http://www.yapaka.be/files/texte/barudy_approche_systmique_malt.pdf

⁵² DESQUESNES G. et BEYNIER D. Parcours de vie et réseaux personnels de familles dites maltraitantes. *La revue internationale de l'éducation familiale*. 2012/1, n° 31, p. 97-121. Fiche 26.

⁵³ Les propositions de C. Lacharité à propos des représentations de l'enfant dans le discours scientifique vont également dans ce sens et questionnent la place du chercheur au sein des réseaux. Cf. LACHARITÉ C. Représentation de l'enfant maltraité dans le discours scientifique. Une esquisse de problématisation. *in* BERGONNIER-DUPUY G. *L'Enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille*. 2005, Toulouse : Érès « Petite enfance et parentalité », p. 63-75. Fiche 12.

On retrouve donc dans ces approches une volonté nette des auteurs de faire dialoguer différents niveaux d'analyse et ainsi de considérer l'ensemble de la complexité de la situation. Les différents niveaux concernent tout d'abord l'individuel, le familial et l'environnemental. Les caractéristiques individuelles de chacun sont ainsi relevées afin de dégager ce qui a pu venir constituer un point de fragilité. Ensuite, c'est l'ensemble de la dynamique familiale qui fait l'objet d'une analyse afin de comprendre comme les difficultés individuelles de chacun des membres ont pu résonner les unes avec les autres et comment leur rencontre dans la relation ont pu entraîner des interactions potentiellement maltraitantes. Enfin, la famille est également entendue dans sa réalité sociale, dans ses appartenances culturelles, amicales qui pourront ou non constituer un étayage. Ces différents niveaux ne vont évidemment pas être analysés indépendamment les uns des autres, puisque dans les approches de type systémiques, c'est l'interaction qui permet la production des analyses.

3. Extension de la notion d'enfant maltraité à celle d'enfant en danger : les apports des professionnels de la protection de l'enfance et des juges des enfants

Le constat d'une moindre utilisation de la notion de maltraitance s'impose à la lecture des références issues de la protection de l'enfance, alors que pourtant une partie des enfants pour lesquels une mesure ou prestation est proposée ont été et/ou sont victimes de maltraitance. Il est intéressant de s'interroger sur la quasi-disparition de cette notion auprès des acteurs qui semblent être parmi les plus engagés dans la protection des enfants maltraités. Cette disparition peut être réfléchie selon des angles divers. Tout d'abord, même si la notion de maltraitance n'est pas utilisée dans les textes législatifs avant 2016, le terme de « mineurs maltraités⁵⁴ » a été quant à lui indiqué à plusieurs reprises dans la loi du 10 juillet 1989. Cependant, à partir de la loi du 5 mars 2007, cette terminologie disparaît du CASF au profit de celle d'« enfant en danger ». De nombreux acteurs du champ et professionnels de l'enfance⁵⁵ se sont inquiétés de cette disparition en postulant qu'elle pourrait engendrer un intérêt moindre pour le phénomène de maltraitance.

Laurence Bellon⁵⁶, juge des enfants, explicite l'intérêt de ce changement de terminologie pour la pratique en protection de l'enfance. Elle précise ainsi que le juge des enfants n'a pas pour fonction de protéger l'enfant maltraité, mais que son intervention est fondée sur la notion plus large d'enfant en danger⁵⁷. Selon elle, la notion d'enfant en danger incite le juge à appréhender la situation de l'enfant dans sa globalité et non pas seulement sous l'angle de l'existence de la violence décrite et attestée par le médecin et imputable à l'un ou les parents fautifs. Elle ajoute : « Alors que la justice pénale se cantonne au duo "parent fautif/enfant victime", le juge des enfants peut analyser la situation de danger de façon plus complexe, en tenant compte de la dynamique parentale et familiale » (p. 40). Ainsi, même si le comportement violent d'un parent sera pris en compte, il s'agira aussi pour le juge d'être

⁵⁴ Anciens articles 67 et 68 du Code des familles et de l'aide sociale.

⁵⁵ CREOFF M. La réforme de la protection de l'enfance : la loi du 5 mars 2007. Le malentendu ?. *Enfances & Psy.* 2013, 3, n° 60, p. 59-65. « La loi du 5 mars 2007, dans son article 3 (art. L. 221-1 du CASF), fait disparaître cette notion et renvoie au critère de danger et de risque de danger, ainsi que la compromission de l'éducation ou du développement du mineur. Le texte n'élabore ni définition de ces notions, ni hiérarchie entre elles. Nous savons que l'évaluation des situations de maltraitance est complexe, que les phénomènes de déni, de sidération, sont souvent à l'œuvre, empêchant les professionnels de repérer, d'évaluer, de traiter. L'éviction de la notion de maltraitance de la loi laisse à penser que le législateur a fait le choix du déni, renvoyant les acteurs de la protection de l'enfance à leur propre subjectivité et à leur seuil de tolérance à la souffrance des enfants » (p. 61).

⁵⁶ *Op. cit.*

⁵⁷ Cf. art. 375 du Code civil.

attentif aux caractéristiques de l'ensemble de l'environnement relationnel de l'enfant afin de déterminer si une action de soutien à la parentalité devra être engagée. La notion de (risque de) danger en protection de l'enfance, plutôt que d'entraîner un oubli de la maltraitance, pourrait ainsi pousser l'ensemble des professionnels concernés – et pas seulement les juges – à intégrer dans leur analyse et leur évaluation davantage que les seuls faits de maltraitances. Cette notion permet ainsi d'accorder une place plus importante à l'ensemble des paramètres ayant pu concourir à l'apparition des faits de maltraitance au niveau des caractéristiques parentales, mais aussi des éléments issus de l'environnement familial élargi et de la qualité des réseaux de solidarité dont dispose la famille⁵⁸ par exemple. Il s'agira également, en plus de s'intéresser à la relation entre l'enfant maltraité et le parent maltraitant, d'évaluer l'ensemble de la dynamique familiale et de s'interroger aussi sur les possibilités pour l'autre parent de garantir la protection de l'enfant concerné, mais aussi des autres membres de la fratrie⁵⁹.

Enfin, la dilution du terme de maltraitance dans les écrits des professionnels de la protection de l'enfance peut aussi être comprise en raison du caractère parfois figé des terminologies proposées qui ne correspondent pas forcément aux réalités du terrain. En effet, les situations dites spectaculaires voire dramatiques relayées dans les médias ne constituent pas à proprement parler le quotidien des travailleurs sociaux qui naviguent davantage dans l'incertitude⁶⁰, la confusion, le manque de réalité objectivable. Ainsi, même si la notion de maltraitance semble se perdre, d'autres terminologies apparaissent pour désigner les réalités vécues et entendues par les professionnels. Chercheurs et praticiens semblent bien davantage se préoccuper des processus psychiques et sociologiques en deçà des formes de maltraitances établies par les classifications afin de proposer des aides aux enfants et aux parents. Dans ce cadre, c'est la notion de risque qui se trouve beaucoup plus effective pour comprendre le travail quotidien des professionnels : « Certes le terme d'"enfances en danger"⁶¹, utilisé, par exemple, dans le langage juridique et les textes de loi, reste relativement vague. Mais, pour tous ceux qui travaillent sur le terrain, il a désormais une signification précise, recouvrant à la fois les enfants effectivement maltraités et ceux, plus nombreux, qui risquent de l'être. [...] La distinction entre le risque et les sévices commis est souvent malaisée, spécialement pour les formes subtiles de maltraitance : négligence, violence psychologique... et même pour les abus sexuels, dont la traduction clinique est souvent pauvre, parce que mal connue, difficile à interpréter. La notion de danger transcende cette séparation théorique, d'ailleurs artificielle, tant on sait que les enfants effectivement maltraités risquent fort de l'être à nouveau, parfois sous une autre forme. En outre – et ce point est encore plus important – la maltraitance a, comme toute pathologie, une histoire naturelle, qu'il convient de bien connaître pour agir le plus en amont possible : le traitement des cas avérés est long, difficile, aléatoire. La prévention est essentielle, qui peut permettre d'éviter le passage du risque au mauvais traitement⁶². »

⁵⁸ Cf. DESQUESNES G. et BEYNIER D. *Op. cit.* Fiche 26.

⁵⁹ Cf. notamment : AYOUB p. et ROMANO H. (dir.) *Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant*. Toulouse : Érès « 1001 et + », 2013, 294 p. Fiche 2.

⁶⁰ SCHULTHEIS *et al.* *Op. cit.* Fiche 13.

⁶¹ Il est également à noter que la terminologie « (risque de) danger » a été retenue par les auteurs du premier ouvrage *L'Enfant Maltraité* (1982) pour sa dernière édition de 2002, *Enfances en danger*.

⁶² MANCIAUX M. Maltraitance : évolution du concept, définition, épidémiologie. *Médecine thérapeutique pédiatrie*. 2011, 1, p. 3-9, (p. 5).

III. De la nécessité de repenser les cadres d'interventions auprès des enfants et des familles

En se décalant du schéma classique victime-auteur et en pensant aux conséquences pour l'ensemble de la famille – et pas seulement pour l'enfant victime directe de la maltraitance –, les recherches et les pratiques mettent de plus en plus l'accent sur la nécessité de repenser les cadres de travail et les façons de percevoir les situations en considérant aussi bien de nouvelles formes possibles de maltraitance à enfant, de nouvelles victimes potentielles que les ressources de chaque famille.

1. Un consensus dans les recherches et les pratiques

Malgré les différences qui peuvent être observées dans la manière de considérer la maltraitance intrafamiliale, un point constitue un réel consensus entre les auteurs : la confrontation à la maltraitance et sa prise en charge nécessitent de repenser et d'adapter les modalités habituelles de travail des professionnels et leur représentation à propos de l'enfant et de la famille. En effet, face à la violence potentielle des situations rencontrées et face à cet « intolérable⁶³ » que constitue la maltraitance envers les enfants, les cadres de travail couramment admis demandent à être repensés et adaptés en permanence.

Dans cette optique, les modèles de compréhension plurifactoriels et pluridisciplinaires sont des soutiens particulièrement importants pour penser et élaborer les prises en charge – que ce soit lors des diagnostics, lors de la détection ou dans les offres thérapeutiques ou éducatives qui peuvent être proposées à l'enfant considéré comme victime ainsi qu'à l'ensemble de son groupe familial (ses parents, mais aussi ses frères et sœurs). Emmanuel De Becker et Stéphane Chapelle⁶⁴ résument cette idée : « On ne peut cerner toutes les questions qui émanent du vaste champ des maltraitances intrafamiliales ; la complexité est telle qu'il y aura lieu, lors de chaque nouvelle rencontre de famille, que les professionnels adaptent leur canevas de travail et leurs représentations à la singularité des individus, qu'ils soient enfants ou parents. [...] Soulignons que travailler seul avec une famille maltraitante fait courir le risque de cautionner certains actes, le clinicien ne pouvant gérer tous les aspects de loyauté, d'alliance, voire de coalition » (p. 66).

Ainsi les médecins, même s'ils semblent privilégier une approche davantage catégorielle pour la description des signes permettant de révéler la maltraitance, précisent tous l'importance de les associer aux éléments relevant du contexte de vie de l'enfant et du dévoilement. Dans chacune des références mentionnées, il est précisé et noté l'importance à accorder à la manière dont les adultes en charge de l'enfant et l'ayant amené en consultation vont pouvoir expliciter le déroulé de l'événement ayant conduit à l'atteinte (physique, sexuelle) ou à l'état général de l'enfant. Ainsi, un discours manquant de cohérence, des versions contradictoires proposées, un retard à la consultation, une méfiance exacerbée sont autant de nouveaux indicateurs permettant d'étayer les premières intuitions issues de l'examen clinique dans un contexte où les signes spécifiques propres à la maltraitance ne peuvent être clairement définis.

⁶³ Expression reprise de SCHULTHEIS F. *et al.* *Op. cit.* Fiche 13.

⁶⁴ DE BECKER E. et CHAPPELLE S. L'accompagnement systémique des familles abusives. *Thérapie familiale*. 2010, 1, vol. 31, p. 65-78.

La rencontre avec l'enfant maltraité n'est pas neutre pour les professionnels. À la fois porteur de l'histoire de l'enfant – souvent émaillée de difficultés multiples, voire de violences extrêmes – les professionnels peuvent être happés par les problématiques des familles⁶⁵.

Emmanuelle Bonneville⁶⁶ montre également combien ces enfants vont faire revivre aux adultes les accueillant et prenant soin d'eux leur propre souffrance dans les liens qui pourront se constituer. Ainsi, même si certains enfants vont présenter des symptomatologies bruyantes, nombreux sont ceux qui ne présenteront pas de particularité au regard d'enfants considérés comme « sains »/qui n'ont pas vécu d'expérience traumatique. Pour un œil non aguerris, mais surtout dans un temps court, ces enfants n'exprimeront pas leur souffrance. Celles-ci seront au contraire « déposées » dans les adultes évoluant avec eux au quotidien, ayant pu créer avec eux des liens de confiance. Bruno Mounier⁶⁷ explique comment il a dû revoir les modalités thérapeutiques qu'il proposait habituellement lors des thérapies d'enfants afin d'accueillir les enfants placés. N'étant plus seulement, en tant que thérapeute, limité à une écoute du monde interne lors de la séance, il propose aussi des actions dans le réel : courriers et rencontres des parents ; accueil de l'assistante familiale à chaque consultation ; courriers adressés au juge des enfants, etc. Danielle Lefebvre et Marina Stephanoff⁶⁸ proposent un dispositif clinique pour les visites médiatisées dans lequel la posture des thérapeutes/accompagnants suppose une empathie et un accueil dit inconditionnel de la famille. Il est primordial, selon elles, de dépasser les jugements et les réticences à propos des actes commis. Elles proposent ainsi de recourir à des « actions signifiantes » (actions qui parlent d'elles-mêmes) afin que d'autres modalités d'échanges puissent émerger au sein de la famille rencontrées.

L'ensemble des auteurs insistent ainsi sur l'importance de travailler à plusieurs, de faire appel à d'autres pour analyser et comprendre les situations rencontrées. France Frascarolo *et al.*⁶⁹ présentent un dispositif original pour prendre en charge les familles dans lequel praticiens et chercheurs s'engagent ensemble dans un partenariat fructueux pour chacun et pour la famille.

2. La nécessité de construire les conditions du dévoilement

Cette nécessité de repenser les cadres d'intervention est aussi en lien avec les constats des praticiens et des chercheurs concernant le retard du dévoilement des faits de maltraitance. Au travers de différentes références, apparaît en effet la difficulté pour les victimes (enfants, mais aussi adultes ayant subis des mauvais traitements durant leur enfance) de verbaliser aussi bien les faits subis que le cortège de sensations et d'émotions associées. Nombreux sont les exemples proposés dans la littérature où les victimes n'ont jamais parlé ou alors des mois, voire des années plus tard. La recherche menée par Dupont *et al.* à l'unité médico-judiciaire (UMJ) de Paris montre les différences entre les délais de consultation dans les contextes d'agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales. En dehors du contexte familial les faits sont majoritairement révélés rapidement (quelques jours après dans 80 % des cas), alors que dans le cadre intrafamilial 60 % des situations analysées concernent un

⁶⁵ GABEL M. 2003. *Op. cit.*

⁶⁶ BONNEVILLE E. *Op. cit.* Fiche 33.

⁶⁷ MOUNIER B. Spécificités des cures d'enfants placés en famille d'accueil : réflexions sur le maintien du lien. *La psychiatrie de l'enfant*. 2009, vol. 52, p. 517-534. Fiche 43.

⁶⁸ LEFEBVRE D. & STEPHANOFF M. Un dispositif de soin pour les familles « hors la loi » de la protection de l'enfance. *Le Divan familial*. 2013, n° 30, p. 23-36. Fiche 49.

⁶⁹ FRASCAROLO F. *et al.*, *Op. cit.* Fiche 52.

dévoilement des années après. Michel Dorais⁷⁰ s'est intéressé aux raisons pour lesquelles les victimes n'ont pas pu révéler les faits plus tôt. Il a pu mettre en évidence le sentiment de honte ressenti par les victimes ; la peur de perdre l'amour des parents ; la non-reconnaissance par l'enfant du caractère interdit des violences subies comme autant de raisons pouvant expliquer ce silence.

Il apparaît alors que les conditions offertes à la victime pour pouvoir verbaliser et les modalités d'accueil proposées pour la révélation aussi bien émotionnelles que matérielles sont autant de conditions nécessaires au dévoilement. Jenyu Peng⁷¹ montre dans sa recherche comment certains présupposés théoriques des professionnels peuvent parfois, au lieu de soulager les victimes, les plonger dans un profond désarroi, vécu comme une nouvelle maltraitance.

Enfin, la difficulté pour les victimes de libérer leur parole est particulièrement bien illustrée par les résultats de la recherche menée par Isabelle Frechon *et al.*⁷². En voulant initialement étudier les trajectoires des prises en charge des enfants confiés à l'ASE, les auteures ont mis en évidence que dans de nombreuses situations les formes de maltraitance vécues sont révélées très tard par les jeunes, une fois que ceux-ci sont protégés. Les jeunes révèlent les vécus de maltraitance au décours des prises en charge proposées en protection de l'enfance. Ainsi, ces faits n'ont pas fait partie de la qualification initiale du danger et ne se sont pas retrouvés dans les motifs immédiats du placement. Même si ces résultats amènent à se poser des questions sur l'efficacité des dispositifs de l'ASE lors des évaluations⁷³, ils permettent également de mettre en évidence la nécessité pour l'enfant de trouver les conditions favorables au dévoilement. Au regard des recherches proposées sur la parole de l'enfant victime, il semble aussi possible de penser que les lieux de placement sécurisants permettent à l'enfant de trouver la confiance nécessaire pour exprimer son vécu.

3. Problématiques émergentes et nouvelles formes de prises en charge

Au fur et à mesure du développement des connaissances concernant la maltraitance intrafamiliale, de nouvelles problématiques ont progressivement trouvé un écho dans les recherches et les pratiques. Sans que celles-ci soient forcément nouvelles en tant que telles, elles ont connu une reconnaissance progressive dans le champ scientifique. Parmi elles, on retrouve à la fois des formes de maltraitements qui, même si elles étaient connues, ont été documentées plus tardivement comme les négligences, mais aussi des formes potentiellement traumatisantes nouvellement admises comme être exposé aux violences et conflits conjugaux ou aux

⁷⁰ DORAIS M. Ça arrive aussi aux garçons : *l'abus sexuel au masculin*. Paris : Payot & Rivages, 2008 (2013). 297 p. Fiche 37.

⁷¹ Peng J. L'« Œdipe incestué » : violence de l'inceste et subjectivation. *Psychologie clinique*. 2014, 1, 37, p. 172-185. Fiche 39.

⁷² FRECHON I., Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger. Trajectoires des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans, Rapport final remis à la MIRE, 2009. « C'est ainsi que certaines formes de maltraitance sont fortement sous-estimées si l'on s'en tient aux motifs de prises en charge. Un quart des jeunes a révélé au moins une forme de maltraitance au cours de la prise en charge. [...] Ce sont les violences sexuelles qui forment la maltraitance la plus souvent révélée une fois que les enfants sont protégés. [...] Les violences physiques sont aussi souvent révélées une fois l'enfant placé mais dans une moindre mesure car il s'agit d'une forme de maltraitance que les professionnels évaluent avec plus de certitudes que toutes les autres formes de maltraitance : les coups cela se voit. [...] Notons par contre le taux relativement bas des violences psychologiques qui est une forme de maltraitance qui ne se révèle quasiment pas une fois l'enfant protégé » (p. 115).

⁷³ Cf. CORBET E., SEVERAC, N., LE DUFF R. *et al.* Appréciation des situations de maltraitements(s) intrafamiliale(s). Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'ONPE. Lyon : CREAL Rhône-Alpes, 2015. 272 p. Fiche 17.

violences familiales. Enfin, pour faire face à la complexité de la maltraitance, des innovations dans les pratiques ont aussi été pensées afin d'améliorer la prise en charge des enfants et de leur famille.

a. *Prise en compte de la négligence*

Comme indiqué précédemment, la négligence reste difficile à définir et semble peu efficiente comme catégorie de maltraitance, d'où la difficulté de son repérage et de sa prise en compte⁷⁴. Moins que d'autres, la catégorie des négligences fait l'objet d'un consensus pour les praticiens et les chercheurs. Les auteurs ayant choisi de centrer leurs recherches et/ou pratiques sur la négligence trouvent un point d'accord sur la gravité de ses conséquences à court, moyen et long termes. Nombre d'entre eux considèrent même la négligence comme la forme de maltraitance la plus dommageable pour l'enfant. Louise Ethier⁷⁵, en reprenant les travaux de Nico Trocmé *et al.*⁷⁶, va plus loin en considérant la négligence comme étant la caractéristique commune à toutes les formes de maltraitance⁷⁷.

Les travaux recensés diffèrent cependant sur les critères déterminants permettant de qualifier la négligence et de la délimiter précisément comme une forme de maltraitance. Plusieurs tendances se dégagent parmi les références proposées : certains auteurs centrent principalement leur propos sur la non-satisfaction des besoins de l'enfant ⁷⁸ (*cf. infra.*), tandis que d'autres vont concentrer leur regard sur les conséquences pour le développement de l'enfant.

Pour Charlotte Castellani *et al.*⁷⁹, la négligence correspond à des moments de désintérêt par rapport aux besoins d'un nourrisson sans qu'il y ait « d'atteinte volontaire » de la part du parent dont l'enfant est insuffisamment touché, câliné, bercé. Pour Xavier Benarous *et al.*, elle « renvoie au fait qu'un parent ne veille pas au développement de l'enfant – s'il est en position de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger. La négligence se distingue donc des situations de pauvreté en ceci qu'elle ne survient que dans les cas où la famille ou les tuteurs disposent de ressources raisonnables » (p. 301).

L'équipe de Nicole Garret-Gloanec⁸⁰ définit la négligence comme étant due à « l'incapacité, de la part du parent, de répondre aux besoins de l'enfant, de telle manière que son développement serait entravé et sa sécurité malmenée » (p. 197). En proposant une telle définition, ces praticiens insistent sur les effets que cette dernière produit : « Il n'y a pour nous négligence qu'en fonction des effets sur l'enfant et non en fonction uniquement des critères

⁷⁴ Cf. notamment : CORBET *et al. Op. cit.* Fiche 17.

⁷⁵ ETHIER L. *Op. cit.* Fiche 27.

⁷⁶ TROCME N., FALLON B., MACLAURIN B., *et al. Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 : Données principales.* Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2005. 148 p.

⁷⁷ Nous pouvons noter que certains auteurs diffèrent dans cette prise de position, puisqu'ils considèrent comme forme commune à toutes les autres davantage la maltraitance psychologique que la négligence. Par exemple, Marc Gérard propose : « les mauvais traitements psychologiques [...] sont présents à des degrés divers dans toutes les formes de maltraitance » (p. 44). GERARD M. Guide pour prévenir la maltraitance. Bruxelles : Yapaka, Temps d'arrêt, 2014, 62 p. Fiche 4.

⁷⁸ À ce propos, il faut noter qu'en France, dans le cadre de la feuille de route protection de l'enfance 2015-2017 du ministère chargé de la famille une démarche de consensus sur les besoins de l'enfant devrait permettre de stabiliser ou consolider une base commune sur ces éléments.

⁷⁹ CASTELLANI C., NINOREILLE K., BERGER M. *et al.* Visites à domicile et mesure du quotient de développement dans des situations de défaillances parentales précoces. *Devenir.* 2011, 3, vol. 23, p. 205-238. Fiche 35.

⁸⁰ GARRET-GLOANEC N. et PERNEL A-S. *Op. cit.* Fiche 38.

parentaux. » Ce type de définition permet alors de s'éloigner du risque de normalisation des comportements et attitudes des parents à l'égard des enfants. Les travaux de certains auteurs québécois s'inscrivent dans cette perspective et, partant, reformulent ce que pourraient être des contenus et des méthodes de prise en charge de ces familles. En précisant que « la négligence envers les enfants a traditionnellement été considérée selon une approche de type comportemental, centrée sur la conduite inadéquate des parents (et, en particulier, des mères) » (P. 391), Carl Lacharité *et al.*⁸¹ proposent donc des approches alternatives et radicalement différentes de prises en charge des familles centrées sur la reconnaissance des besoins de l'enfant (*cf infra*). Ces prises en charge s'appuient sur différentes stratégies d'animation dans des groupes de parole de parents lors de situations de négligences envers les enfants afin de surmonter les obstacles et, finalement, d'aider les parents à construire un savoir collectif de ce que signifie « être parent » et avoir des enfants dans les conditions particulières dans lesquelles ils vivent.

b. Les violences conjugales

L'exposition aux violences conjugales a progressivement été reconnue comme faisant partie intégrante des maltraitements. Cependant, sa reconnaissance comme une forme isolée fait encore débat. L'OMS ne l'a pas intégrée à sa classification, alors même que de nombreux auteurs le font ; on la retrouve ainsi clairement notée comme cinquième forme de maltraitance dans *l'Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*⁸². Il est à noter que le dissensus ne concerne pas la reconnaissance des conséquences sur le développement de l'enfant d'une exposition aux violences conjugales, mais davantage son isolation comme une forme à part entière ; certains auteurs préférant la considérer comme faisant partie des violences psychologiques. Encore une fois, le véritable enjeu de ces échanges se situe sur la reconnaissance de ces violences par l'opinion publique, les médias et les politiques ; sa reconnaissance en tant que cinquième forme pouvant avoir comme potentiel effet de fournir les moyens nécessaires aux travaux et recherches à mener pour continuer de documenter ce phénomène en raison des conséquences observées sur le développement de l'enfant.

Dans tous les cas, il est largement admis aujourd'hui que la violence conjugale n'implique pas les seuls parents. À un premier niveau, l'enfant va, sans être à proprement parlé acteur de la situation, vivre dans un climat de violence, de conflits qui va avoir des répercussions sur sa possibilité de se développer harmonieusement. L'enfant, qu'il soit ou non spectateur des scènes de violences entre ses parents, ressentira des conflits de loyauté, des doutes quant à ses liens avec eux, et pourra ressentir une culpabilité importante (d'être responsable de leur conflit, de ne pas avoir protégé celui qui semble en être victime, etc.). Marion Robin *et al.*⁸³ précisent « qu'il paraît même presque plus compliqué psychiquement pour un jeune d'être témoin impuissant de violences entre ses parents, que d'être lui-même victime de violence de la part d'un parent (comme si, dans ce dernier cas, il pouvait au moins développer des comportements de répétition pour reprendre le contrôle de la violence, et en être à l'origine à sa façon...) » (p. 49). L'enfant a une place centrale dans la dynamique, car même si la violence conjugale a effectivement lieu

⁸¹ LACHARITÉ C. et FAFARD G. Négligence envers les enfants et actions collectives auprès des parents : l'expérience parentale des besoins des enfants dans l'animation de groupes de parole. In ZAUCHE-GAUDRON C. (dir.) *Précarités et éducation familiale*. Toulouse : Érès, 2011, p. 391-398. Fiche 48.

⁸² MACMILLAN H. (ed. thème). Maltraitance des enfants. In TREMBLAY R.E., BOIVIN M. et PETERS R. DeV. (dir.) *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants. 2012. Fiche 6.

⁸³ ROBIN M. *et al.* *Op. cit.* Fiche 25.

entre les conjoints, elle est aussi prise dans l'ensemble de la dynamique relationnelle dans la famille. Il est d'ailleurs possible que l'enfant soit pris à parti dans le conflit par l'un, l'autre ou les deux parents. Derivois *et al.*⁸⁴ appellent dans leur recherche à prêter une attention particulière aux mères d'enfants placés dans ces contextes, en raison des sentiments d'inquiétude très présents chez les enfants, qui les empêchent de mettre à profit le placement. Des modalités originales peuvent être soumises aux mères (groupes de parole et de Photolangage, cafés thématiques, accompagnements chez le coiffeur, entretiens individuels) et s'avéraient être des outils très pertinents pour les pratiques quotidiennes d'accompagnement des familles en MECS.

Un dernier point peut être soulevé à propos de l'exposition aux violences conjugales et plus globalement aux violences en général. Les recherches restent encore assez marquées par les différences de genre et les femmes victimes sont nettement représentées par rapport aux hommes. Ceci reste compréhensible du fait de la moindre importance des hommes victimes dans les statistiques et donc dans les pratiques, mais cela ne doit pas entraîner un oubli de leur situation. Ceci peut aussi être mis en lien avec l'histoire de la reconnaissance des maltraitances et violences en général qui ont souvent en premier lieu concerné les violences physiques avant de s'intéresser aux violences psychologiques – les hommes victimes de violence conjugale pouvant être davantage victimes de phénomènes d'emprise psychologique que de violence agie. Leur reconnaissance semble toutefois un enjeu important dont les recherches et les pratiques doivent se saisir.

c. La prise en charge des fratries

On remarque dans les recherches récentes sur la maltraitance une attention plus soutenue portée aux fratries, et ce, qu'un seul enfant soit victime de maltraitance, seulement certains ou bien l'ensemble de la fratrie⁸⁵. Véritable groupe d'appartenance, lieu de nombreuses expérimentations relationnelles, le groupe fraternel mérite que d'autres travaux lui soient consacrés. Les recherches de l'équipe de Toulouse⁸⁶ sur l'attachement et le fraternel mettent en avant l'importance des liens d'attachement construits entre frères et sœurs. On retrouve ces liens nommés et valorisés dans la nouvelle loi⁸⁷. Une vigilance doit toutefois être pointée à ce sujet au regard des constats de la littérature. Il semble en effet relativement risqué de s'appuyer de manière trop importante sur les ressources fraternelles, comme l'illustrent en premier lieu les travaux sur les phénomènes de « parentification » des enfants victimes. Ces travaux doivent alerter sur le risque de faire reposer sur un enfant la responsabilité, même symbolique, du bien-être, de la sécurisation de son ou ses puinés. Enfin, différents travaux ont également mis en avant la complexité à l'œuvre au sein des groupes fraternels. H. Romano⁸⁸ montre comment la révélation d'un abus sexuel par un membre de la fratrie va conduire à une réorganisation du

⁸⁴ DERIVOIS D. *et al.* Parcours et accompagnement de mères victimes de violences conjugales : une étude exploratoire dans le champ de la Protection de l'Enfance. Rapport de recherche. Paris : Mission de recherche droit et justice, 2015. Fiche 47.

⁸⁵ Cf. GERARD M. *Op. cit.* Fiche 4. : « Jusqu'à présent, nous n'avons pas traité de la question de la fratrie. Dans toutes les formes de maltraitance, les frères et sœurs de l'enfant vers qui se porte la suspicion de maltraitance sont bien évidemment concernés. Il arrive qu'ils soient tous maltraités, mais également qu'un seul enfant soit exposé à la violence ou à la négligence » (p. 43).

⁸⁶ TROUPEL-CREMEL O., PINEL-JACQUEMIN S., ZAUCHE-GAUDRON C., 2009, Fratrie et violence intrafamiliale : la fratrie obstacle ou ressource pour l'enfant ? *In Archives de pédiatrie*, vol. 16, issue 6, p.943-945. Fiche 45.

⁸⁷ Article L221-1 du CASF modifié par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 – art. 12 : « 8° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant ».

⁸⁸ ROMANO H. Le lien fraternel à l'épreuve de l'inceste. *La Psychiatrie de l'enfant*. 2012, 1, vol. 55, p. 225-245. Fiche 44.

groupe fraternel et ce même si les autres frères et sœurs n'ont pas été des victimes directes. Elle met en évidence les sentiments vécus par les frères et sœurs et particulièrement l'ambivalence entre envie (être à la place de la victime étant associé à être aimé davantage par le parent) et culpabilité (de ne pas avoir vu, entendu, protégé ou même d'en être responsable). Dans un esprit complémentaire, les travaux de R. Scelles *et al.*⁸⁹ ayant pour terrain d'enquête des établissements « SOS Villages d'Enfants » ont aussi montré comment les problématiques en jeu dans le groupe familial pouvaient se réactualiser dans la dynamique fraternelle dans les lieux de placement, dans le cadre de regroupement de fratrie. Loin de remettre en question ce type de pratique, il est ainsi nécessaire au travers des différents résultats de recherches et des constats des praticiens sur le terrain d'interroger les limites et les avantages de l'accueil en commun et de l'éloignement temporaire.

d. Les apports des neurosciences

Enfin, un regard nouveau est également apporté par les recherches issues des neurosciences et par les articulations qui peuvent être proposées entre ces disciplines et les champs d'intervention de la protection de l'enfance et de la prévention⁹⁰. Ces arguments sont notamment relayés par les recherches des équipes du CHU de Saint-Etienne. En croisant des évaluations des interactions précoces avec la mesure du cortisol salivaire dans des contextes de défaillances parentales précoces, ces équipes tentent de mettre en évidence l'importance d'interventions précoces auprès des enfants et des familles, tant les conséquences sur le développement de l'enfant peuvent être importantes. En reprenant d'autres travaux issus des neurosciences, ils argumentent l'intérêt de la prévention précoce du point de vue de la neuroprotection des enfants. En effet, les conséquences de traumatismes relationnels précoces peuvent avoir des atteintes sur la mise en place de l'architecture cérébrale des jeunes enfants qui, si ces problématiques ne sont pas considérées à temps, pourront avoir des effets durables à long terme.

Conclusion

Au travers des différentes références et de la synthèse qui peut en être proposée, apparaît l'utilité autant de la notion de la maltraitance intrafamiliale que des différentes approches qui peuvent en être proposées. La seule condition semble être que celles-ci soient articulées les unes avec les autres dans une prise de conscience réflexive des intérêts et des limites de chacune d'elles. En effet, l'invention de ce néologisme, même s'il peut être jugé maladroit ou fourre-tout, a permis et permet encore la reconnaissance du phénomène, aussi bien dans l'agenda politique et scientifique que dans la création, le renouvellement et la poursuite des expériences pratiques et de recherche.

Même si l'absence de définition claire et générale peut sembler parfois regrettable, la maltraitance ne semble pas pouvoir être enfermée dans une définition univoque et figée, tant les réalités qu'elle recouvre demandent à être sans cesse interrogées et reprises à la lumière des apports de chacun. Considérer la maltraitance comme un processus relationnel à l'œuvre entre parent(s) et enfant(s) (relation elle-même inscrite et fonction d'une famille, elle-même

⁸⁹ SCELLES R., ZAOUCHE-GAUDRON C. et DELCROIX S. Améliorer l'accompagnement des enfants : pour une meilleure analyse de la dimension fraternelle. Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'Oned/ONPE. 2010.

⁹⁰ Cf. BERGER M., CASTELLANI C., NINOREILLE K., *et al.* Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2010, 58, p. 282–292. Fiche 32.

au sein d'un contexte sociétal donné) aide à la considérer dans toute sa complexité et ainsi à s'intéresser à l'ensemble des facteurs concourant à sa survenue et aux différents niveaux d'analyse nécessaires⁹¹. Seules des approches concertées (médicale, sociale, sociologique, épidémiologique, juridique, etc.) favorisent des démarches à la fois descriptives, compréhensives et évaluatives nécessaires à la bonne prise en charge des enfants et des familles. La notion de maltraitance est donc à l'intersection/interface de différents champs disciplinaires dont aucun ne peut prétendre détenir l'exclusivité pour l'appréhender. Plutôt que de mettre dos à dos les différentes approches décrites, il s'agit donc davantage de les faire dialoguer les unes avec les autres.

Par les approches catégorielles, des faits – qui ont pour certains ont été longtemps ignorés ou dont on a refusé la reconnaissance – sont mis en évidence. Les approches statistiques pour quantifier les phénomènes peuvent conduire à une prise de conscience par tous, aussi bien de l'ampleur de la maltraitance que de ses conséquences pour les victimes, les auteurs mais aussi pour l'ensemble de la société. Cette prise de conscience, participant à une inscription de ce sujet sur l'agenda politique, permet aussi l'obtention de moyens pour assurer des prises en charge de qualité, à la hauteur des situations rencontrées. Et même si elles ne permettent pas à elles seules de prendre en charge l'enfant victime de maltraitance, elles assurent toutefois une relative objectivité nécessaire pour assurer une prise en charge pertinente des situations. Bien que la subjectivité et l'implication soient aussi des critères indispensables, il semble qu'au regard des difficultés rencontrées sur le terrain face à la violence et à la confusion, les professionnels ont besoin d'outils leur permettant des allers-retours permanents entre recul et implication afin ne pas se laisser déborder, happer par des identifications trop massives aux enfants ou aux parents. Les approches compréhensives de la maltraitance, en questionnant les processus psychologiques et sociologiques en deçà des formes habituellement retenues, permettent quant à elles de dépasser les clivages enfants victimes-parents fautifs et interformes. Ces distinctions de forme ne sont en effet pas toujours effectives dans les pratiques quotidiennes auprès des enfants et des familles. Les frontières poreuses entre chacune d'elles, les présences de cooccurrence importante retrouvées dans les recherches rétrospectives indiquent qu'il reste nécessaire de dépasser ces distinctions pour en comprendre les points communs, particulièrement pour en prévenir la survenue ou la répétition.

Dans cette optique, des approches complémentaires, pluriprofessionnelles et pluri-institutionnelles semblent indispensables. Chaque professionnel, gardien et garant à la fois d'un savoir et d'une lecture subjective, doit pouvoir trouver sa place dans les échanges. Il semble qu'un passage par une forme de catégorisation soit nécessaire afin de pouvoir prendre du recul – même s'il est relatif – et de pouvoir ainsi proposer des évaluations pertinentes des situations. Un enfant accueilli en protection de l'enfance et dévoilant par la suite des faits d'abus sexuels intrafamiliaux devra être reçu dans les services concernés aussi bien dans le domaine médical que judiciaire, au risque que sa parole soit une nouvelle fois niée. Cela n'entachera pas son accueil en protection de l'enfance, voire même pourra donner un nouveau souffle au travail engagé par la reconnaissance qui lui sera offerte de sa subjectivité. Aussi, même si, en l'état actuel de la recherche, aucun signe spécifique ne peut être clairement énoncé et que la présence de certains symptômes dépasse largement la forme de maltraitance identifiée, il ne peut être affirmé avec certitude que des particularités propres à chacune de ces formes n'existent pas.

⁹¹ LACHARITÉ C. 2005. *Op. cit.* Fiche 12.

Les différentes éditions de l'ouvrage princeps *L'Enfant maltraité* ont répondu et répondent encore à la nécessité de diversifier les approches pour améliorer la prise en compte et en charge de la maltraitance envers les enfants. La deuxième édition de l'ouvrage et son plan en quatre parties (Définir, Reconnaître et Comprendre ; Agir ; Évaluer et Évoluer) en sont de très bons exemples et restent d'une rare actualité par sa saisie de l'ensemble des facettes du phénomène et ce, selon différentes approches, corps de métiers et disciplines.

Les situations de maltraitance intrafamiliale exigent des démarches réflexives. Faire régulièrement le point semble le seul moyen de comprendre le phénomène dans sa complexité et pas seulement selon les réactions et émotions qu'il engendre chez les différents acteurs des champs concernés, mais aussi dans l'univers social et médiatique.

Pour conclure, la maltraitance intrafamiliale est un phénomène complexe nécessitant un approfondissement pluridisciplinaire, des recherches à la fois ciblées et générales, des formations adaptées initiales et continues, des services travaillant en réseaux acceptant de considérer les familles concernées comme étant partie prenante et partie constituante de celui-ci.

Les démarches concertées et réflexives à engager ne doivent pas seulement se maintenir dans l'illusion d'un « angélisme⁹² » voulant faire disparaître le phénomène de la maltraitance à enfant, mais accepter que celui-ci fasse potentiellement partie de chaque rencontre entre adulte et enfant du fait de la nécessaire ambivalence qui existe dans cette relation. Il est donc nécessaire de créer et de développer des prises en charge à la fois protectrices et préventives, loin de tout raisonnement causal et prédictif, donnant à chaque famille, enfant, parents, la chance d'être accueillis pour ce qu'il est, et accepté aussi dans la réalité de sa situation et de sa parole.

⁹² GOLSE B. Dialogue université-associations pour des propositions effectives contre la maltraitance à enfants, Sorbonne Paris Cité, Paris, 30 septembre 2014. Paris.

Dans l'ensemble des fiches de synthèse proposées dans cette revue de la littérature, les termes employés à propos de la maltraitance sont ceux retenus par les auteurs.



**Fiches
de synthèse**

Manuels et ouvrages généraux

La présente section de cette revue de la littérature propose une présentation d'ouvrage généraux, guides et manuels à propos de la maltraitance. Les présentations proposées sont ainsi particulièrement succinctes et à la différence des autres fiches de lecture dans cette revue, elles n'aborderont pas les résultats de façon détaillée. Elles reprennent pour beaucoup les éléments présentés en 4^e de couverture, introduction, préface des ouvrages. L'objectif de cette section est donc d'inviter le lecteur à se référer à ces ouvrages pour avoir un aperçu plus global du phénomène de la maltraitance.

1. Afirem, 2007, États des savoirs sur la maltraitance, états généraux de l'Afirem. Paris : Karthala. Novembre 2005.

- **Les auteurs**

Les auteurs de cet ouvrage sont pour beaucoup des membres de l'Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée, créée en 1979 par un ensemble de professionnels de sensibilités différentes (médecins, juristes, travailleurs sociaux, psychologue, sociologues, policiers...), tous impliqués dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des enfants maltraités.

- **Type de recherche et format de publication**

Ouvrage collectif proposant des contributions autour des états généraux de la maltraitance de l'Afirem qui se sont tenus à Paris les 17 et 18 novembre 2005.

- **Objectifs**

Par l'organisation de ses états généraux, l'Afirem souhaitait proposer à l'ensemble des professionnels concernés un lieu d'échange et de débat sur les mauvais traitements à enfants, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sexuels. « Cet ouvrage reflète un foisonnement d'idées et de points de vue, parfois contradictoires, de la part de politiques et des professionnels. Il resitue les normes et les limites existantes entre les exigences du processus éducatif et les données de la maltraitance, entre les besoins affectifs des enfants et les allégations d'abus sexuels, entre la protection et la pénalisation, etc. » (4^e de couverture).

- **Principaux thèmes abordés dans l'ouvrage et perspectives**

« Ces journées ont permis de faire un bilan sans complaisance des nombreuses avancées et des connaissances actuelles, mais aussi de prendre acte des impasses et des questions qui restent

à résoudre. Parallèlement, il s'est avéré nécessaire d'interroger comme facteurs de risques éventuels l'évolution présente de la parentalité et un contexte sociétal en pleine mutation » (4^e de couverture).

➤ **Les thématiques considérées comme « à questionner » (p. 7) :**

- l'importance de la prévention aussi bien primaire que secondaire. Vigilance au risque de ne se concentrer que sur la seconde (dépistage et prise en charge) ;
- l'importance de l'articulation entre protections sociale et judiciaire dans sa dimension complémentaire civile et pénale ;
- l'importance de l'accompagnement socio-éducatif et thérapeutique de l'enfant, même si sa temporalité ne correspond pas toujours à celle des parents et du cadre judiciaire ;
- l'importance d'interroger les représentations des adultes (parents et professionnels) à propos de la place de l'enfant, de ses besoins, de son intérêt et de la fonction qu'il peut occuper pour chacun ;
- l'importance du cadre institutionnel qui doit garantir aux professionnels des conditions favorables à la prise de recul, à la mise à distance de leurs affects, à la capacité de penser et ensuite d'agir dans la réflexion et l'élaboration plutôt que dans le passage à l'acte.

➤ **Plan des différents chapitres :**

1. **Paroles de politiques** : rénovation du dispositif de protection de l'enfance ; réforme de la protection de l'enfance ; mission sur la famille et les droits des enfants ; schéma départemental de Paris.
2. **Principes et savoirs fondateurs** : approches anthropologique : les structures de système de parenté dans le monde ; approche philosophique autour du concept ; approche psychanalytique : paradoxes et complexités des normes, des frontières et des limites ; la loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance, enjeux pour les familles et les professionnels ; penser la maltraitance ; clin d'œil linguistique.
3. **Bases et applications juridiques et judiciaires** : complexité des normes ; impact de la médiatisation sur les professionnels de l'enfance ; référentiel des mesures et missions de la PJJ ; Oned/ONPE.
4. **Paradoxes et complexités des temps nécessaires** : présentation ; la temporalité dans les processus psychiques en protection de l'enfance ; travailler avec le temps en placement familial ; le temps dans l'institution judiciaire.
5. **Judiciarisations de la maltraitance** : présentation ; l'action de la brigade de protection des mineurs de Paris ; la fragilité de la fonction de juge des enfants ; les experts et le juge des enfants ; l'expertise en justice ; l'examen dans les unités médico-judiciaires.
6. **Séparation et liens familiaux** : prévention, soutien à la parentalité ; de la visite à la rencontre ; relations et liens entre parents et enfants placés en PFS ; les fils des vilains petits canards ; les enfants de parents malades mentaux.
7. **Autour des abus sexuels** : sexualité des enfants ou abus sexuel ? ; entretien d'évaluation chez les enfants de moins de 4 ans supposés victimes d'abus sexuels ; le qu'en dit-t-on ? ; l'indication d'une approche familiale et ses limites dans les problématiques d'abus sexuels intrafamiliaux.

8. **Adolescence** : violence et maltraitance : les parents en situation de rupture et de maltraitance avec leurs adolescents ; travail dans un centre pour adolescents ; adolescents très difficiles : quand les institutions décident de se parler ; adolescence et maltraitance relationnelle. une expérience de jeu avec des adolescents délinquants.
9. **Prise en charge et soins** : présentation ; prise en charge des auteurs ; l'hôpital et l'accueil des enfants ; les unités d'accueil (CHU et CHG) ; accompagnement de l'enfant dans les procédures ; prises en charge et soins autour de l'audition protégée dans les cas d'abus sexuels sur les mineurs en Italie ; intervention en milieu ouvert.
10. **Pratiques professionnelles** : comment être bientraitant en pluridisciplinarité ; les paroles des soignants ; autour des pratiques professionnelles.
11. **Médias, formation** : un nouveau programme d'éducation pour prévenir la violence entre les jeunes ; la place de la protection de l'enfance dans la formation initiale des travailleurs sociaux ; formation des assistantes familiales.
12. **Nouveaux regards** : influence du milieu sectaire sur le développement ; nouvelles formes de parentalité ; des familles conformes et subversives à la fois ; violences conjugales et maltraitance à enfant ; l'enfant témoin de la violence conjugale.
13. **Cultures traditionnelles et maltraitements** : la culture en migration les populations migrantes africaines ; aspects culturels au Viêt-Nam et en Asie.
14. **... Et en Europe** : à la recherche du dispositif idéal ; audition protégée dans le cas d'abus sexuels sur mineurs en Italie ; la collaboration entre le judiciaire et les travailleurs psycho-médico-sociaux en matière de maltraitance et d'abus sexuels en Belgique.

2. **AYOUN P. et ROMANO H. (dir.). *Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant.* Toulouse : Érès « 1001 et + », 2013, 294 p.**

- **Les auteurs**

Patrick Ayoun et Hélène Romano ont dirigé la rédaction de cet ouvrage.

- **Type de recherche et format de publication**

Ouvrage collectif s'appuyant sur l'expérience de l'association Docteurs Bru.

- **Objectifs**

Cet ouvrage propose une approche sur la place des mères dont les filles ont subi un inceste père-fille, lorsque la mère s'est révélée défaillante dans sa fonction protectrice. Les auteurs considèrent ce thème comme ayant été « trop ignoré ou évité » du fait des multiples enjeux qu'ils soulèvent : la sexualité, la transgression de cet interdit fondamental qu'est l'inceste. Ils proposent de répondre à différentes questions parmi lesquelles : « Qui sont ces mères qui n'ont pas su préserver leur enfant ? Qui n'ont pas su voir ? Ou qui n'ont rien dit ? Quelle est la nature du lien mère-enfant ? ».

À l'initiative de l'association Docteurs Bru⁹³, cet ouvrage se propose de modifier le regard des lecteurs sur « la fonction maternelle exposée au risque de l'inceste père-fille et d'ouvrir de nouveaux espoirs pour améliorer de façon décisive la prise en charge éducative ou thérapeutique des jeunes filles victimes d'inceste puisque selon eux : « envisager le travail de reconstruction psychique de l'enfant victime d'inceste ne peut se faire sans la compréhension des enjeux à l'œuvre du côté de la mère, mais surtout sans porter attention à ce que nous disent et expriment ces jeunes victimes » (p. 11).

L'approche choisie est pluridisciplinaire (histoire, droit, anthropologie, travail social, psychiatrie, psychologie, psychanalyse) dans une visée complémentaire.

- **Principaux thèmes abordés dans l'ouvrage et perspectives**

L'ouvrage est organisé en deux parties :

- la première propose des approches théoriques, universitaires ou cliniques pluridisciplinaires (histoire, anthropologie, droit, psychologie, psychanalyse) permettant de comprendre le contexte, les enjeux lorsque la mère n'a pas rempli son rôle protecteur, et de mettre en évidence la nécessaire prise en compte de la mère dans l'intérêt de la reconstruction de l'enfant ;

Chapitres proposés dans cette partie :

- La mère peut-elle être regardée comme la principale protectrice de l'enfant ? (Yvonne Knibiehler).
- La notion de mère protectrice dans les révélations d'inceste : approche anthropologique (Dorothee Dussy).
- L'obligation légale de la mère de protéger ses enfants (Adeline Gouttenoire).

⁹³ « Créée en 1996 grâce à la volonté de la docteure Nicole Bru, présidente de l'association, la maison d'accueil Jean Bru est le seul établissement de ce type en France. Il repose sur un projet expérimental qui propose d'accueillir et de faire vivre ensemble des jeunes filles ayant vécu les mêmes types d'agressions sexuelles incestueuses » (p. 10).

- Tu peux compter sur moi (Martine Lamour).
 - Figures des mères non mises en cause (Hélène Romano).
 - L'importance des mères dans la prise en charge de l'inceste père-fille (Patrick Ayoun).
 - Les pères auteurs face au silence des mères (Luc Massardier).
 - Inceste et maternité : revue de la littérature (Soraya De Moura Freire, Hélène Romano, Régine Scelles).
- la seconde partie est consacrée aux témoignages de professionnels de la protection de l'enfance qui mènent des expérimentations de travail avec les mères, dans le cadre d'une aide éducative apportée à l'enfant victime d'inceste et ordonnée par un juge des enfants.

Chapitres proposés dans cette partie :

- La main tendue du juge civil s'impose sur le glaive du juge pénal (Robert Adam).
- Le travail avec les mères de jeunes filles victimes d'inceste et confiées à la maison d'accueil Jean Bru (Annick Guimard, Laurent Ducrocq).
- Travailler avec les mères lorsque l'enfant vit dans son milieu familial (Dominique Belin-Nunez, Marie-Jo Vellutini).
- Un accompagnement éducatif de mineures victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales (Françoise Eyherart, Charlotte Barat-Scherer).

3. GABEL M. et DURNING P. *Évaluation des maltraitances. Rigueur et prudence*. Paris : Fleurus psychopédagogie, 2002, 390 p.

- **Les auteurs**

Sous la direction de Marceline Gabel et Paul Durning, cet ouvrage rassemble des contributions d'auteurs français, québécois, américains et belges qui présentent des instruments d'évaluation des maltraitances, en usage ou en expérimentation, en examinant les objectifs visés, les cadres théoriques de référence et les difficultés méthodologiques.

- **Objectifs et principaux thèmes abordés dans l'ouvrage**

« Ce livre [...] s'oppose à l'idée répandue, notamment parmi les professionnels français, que les instruments tels que les échelles et les tests sont inutiles et qu'il faut s'en remettre exclusivement au sens clinique des intervenants ou à la pluridisciplinarité. Mais, dans le même temps, il s'inscrit en faux contre la fascination d'autres professionnels, anxieux de ne pas s'en remettre à leur seul jugement ou à leur seule intuition, pour des outils construits, traduits ou adaptés avec ou sans validation sérieuse.

Il s'agit donc d'embrasser les différents problèmes posés par l'évaluation dans les situations de maltraitance. Une avancée significative sur cette difficile question suppose de clarifier les objectifs visés et a conduit à préciser le vocabulaire utilisé et à expliciter les cadres théoriques de référence.

Le livre présentera un état de la question et exposera de manière plus développée les instruments les plus sérieux théoriquement et qui ont fait l'objet de procédures acceptables de validation. Mais l'ouvrage ne saurait se réduire à une présentation d'une série d'instruments, car ce serait prétendre que ceux-ci permettent d'identifier les enfants maltraités et que le problème de l'évaluation se réduit à une question d'instruments, alors que, notamment, la question des dispositifs institutionnels est essentielle. Après une présentation des enjeux et une discussion des questions de méthode par Paul Durning, Marceline Gabel rappelle les pratiques institutionnelles du système de protection des enfants en danger en France. Elle s'attache à comprendre les résistances à l'évaluation tant des professionnels eux-mêmes que de leurs institutions. Pour parvenir à réduire ces résistances, quelques voies seront proposées. C'est au prix de ces efforts que mentalités et pratiques pourront évoluer pour un meilleur service aux enfants et à leur famille.

Suit un ensemble de sept chapitres présentant des instruments organisés selon la personne interrogée : parents, enfants ou professionnels. Ces instruments, créés et validés dans des cultures différentes, doivent être replacés dans leurs contextes et ne sont pas proposés comme des modèles. Ils contribuent à ouvrir le débat sur l'évaluation notamment diagnostique, au sein des équipes et des institutions, par les professionnels eux-mêmes à un moment où l'accès des dossiers aux familles va se généraliser et imposer une plus grande objectivité. La coconstruction des outils présentés par des chercheurs et des professionnels n'est pas habituelle en France où clinique et expérience professionnelle adossées à une théorie généralement admise prédominent (voir les contributions de Maurice Berger, Walter Hellinckx et Hans Grietens). Les outils d'origine nord-américaine illustrent bien la démarche de recherche universitaire à laquelle les professionnels sont initiés tant au Québec (Louise Ethier et ses collègues, ou encore Ercilia Palacio-Quintin) qu'aux États-Unis (Joel S. Milner *et al.*). L'exercice le plus avancé recourt même à l'intelligence artificielle.

Pour terminer, une table ronde, synthétisée par Pascale Breugnot, a rassemblé formateurs, travailleurs sociaux, pédopsychiatre et responsables de services pour débattre de l'écart entre l'utilisation exclusive d'un outil d'évaluation et l'évaluation de plusieurs professionnels au filtre de leur histoire personnelle et institutionnelle. »

4. GÉRARD M. Guide pour prévenir la maltraitance. [en ligne] Bruxelles : Yapaka, Temps d'arrêt, 2014, p.62. Disponible sur Yapaka.be.

- *L'auteur*

Marc Gérard est pédopsychiatre. Il a participé en Belgique à la création des équipes multidisciplinaires spécialisées dans les situations de maltraitance d'enfants. Il a dirigé le centre SOS Enfants de l'université libre de Bruxelles, au CHU Saint-Pierre, a participé à de nombreux programmes et partenariats européens et a réalisé des recherches et travaux.

- *Type de recherche et format de publication*

Ouvrage.

- *Objectifs*

Proposer un guide à destination de toute personne susceptible de rencontrer des enfants en situation de maltraitance intrafamiliale de façon plus ou moins directe, sans qu'il s'agisse d'un public spécialisé impliqué dans la prise en charge de ces enfants. L'objectif de ce guide est de communiquer de manière claire et concise les points d'attention qui aident à voir, à entendre et à décider si une situation relève ou non de la maltraitance et s'il elle mérite d'être signalée.

Double but :

- Aider le lecteur à bien cerner ce qu'il peut contribuer à éviter (axe de la prévention) ;
- Réagir à bon escient pour enrayer des comportements destructeurs lorsqu'ils paraissent exister (axe de la prise en charge).

- *Définitions des termes employés*

L'auteur réserve le terme de **maltraitance** « aux formes interpersonnelles intimes » de violence et de négligence qui ont lieu au sein de la famille⁹⁴ et dont les conséquences sont graves pour l'enfant ou l'adolescent. La maltraitance des enfants recouvre plusieurs grandes catégories : maltraitements physiques, négligences lourdes, abus sexuels, maltraitements psychologiques. L'auteur précise : « Chacune de ces catégories connaît diverses définitions, plus ou moins larges et plus ou moins extensives. Aucune d'entre elles n'échappe à une part de subjectivité, à la participation d'un jugement. Et des questions de seuil se posent : à partir d'où y a-t-il maltraitance ? À partir de quand peut-on la suspecter ? Plus malaisé encore : comment en mesurer les risques ? » (p. 7).

Au sein de chaque catégorie, il existe une gradation continue allant de formes bénignes à des formes extrêmes. La gravité est liée à la durée, à la fréquence, à l'intensité, mais aussi aux conséquences. Un acte violent posé une fois peut avoir des conséquences plus ou moins graves, selon les circonstances et les blessures encourues.

La maltraitance est un processus dont la gravité va croissant, parfois à bref délai. Elle peut s'arrêter spontanément sans avoir créé un dommage important. Cette éventualité est très rarement observée en l'absence d'une action extérieure.

⁹⁴ « Pour l'essentiel, notre objet porte sur la maltraitance en milieu familial, qui est un fait majoritaire. Mais en dehors du milieu familial, des enfants sont aussi victimes de violences ; on parlera plus volontiers de violence en milieu scolaire ou entre pairs, de violence institutionnelle, de violence extrafamiliale » (p. 7).

La relation d'un parent avec un enfant est l'une des composantes du système relationnel familial et c'est justement au sein de cette relation que les faits qualifiés de maltraitance sont majoritairement observés. Les interactions entre un parent et un enfant sont soumises à l'influence permanente de multiples éléments, familiaux et sociaux, passés et présents, imaginaires et réels. Normalement, le système familial assure une régulation constante de ces interactions et maintient un état d'équilibre et la relation parent-enfant ne subit pas de distorsions graves. Il est donc nécessaire d'insister sur le caractère multifactoriel des causes de la maltraitance : celles-ci ne doivent pas être ramenées à un schéma linéaire : adulte-auteur/enfant-victime.

Le champ de la maltraitance, malgré sa complexité et les interrogations qu'il suscite – au plan juridique, au plan préventif, au plan diagnostique, au plan des fins et des moyens, au plan éthique, collectivement et individuellement – ne prend de sens que s'il s'appuie sur deux principes unificateurs essentiels :

- L'état de souffrance de l'enfant est le repère prioritaire à chaque étape des interventions.
- Les parents doivent bénéficier d'une écoute et d'une aide appropriée à leurs souffrances et difficultés personnelles.

La prise en compte des facteurs de vulnérabilité et leur identification pour le dépistage, les aides préventives ou le traitement revêtent un grand intérêt.

La difficulté de l'évaluation :

- la multiplicité des facteurs à prendre en compte/la complexité des situations : nécessité des niveaux d'observation et d'analyse multiples ;
- la possibilité de coexistence de plusieurs formes de maltraitance : le plus visible n'est pas forcément le plus essentiel ni le plus déterminant dans l'origine d'une maltraitance, ni dans ses conséquences : « Une maltraitance suspectée peut en cacher une autre, insoupçonnée » ; « Les répercussions psychologiques peuvent être plus sérieuses que les traces observables » (p. 8).

Deux formes de prévention :

- Primaire : mesures qui visent à éviter l'éclosion.
- Secondaire : vise à l'arrêt des faits déjà observés.

• Principaux thèmes abordés dans l'ouvrage et perspectives

Pour chaque forme de maltraitance l'auteur propose des indicateurs et indices permettant la détection et la prise en charge :

- une typologie (exemple : négligences de type physique ; éducative ; médicale ; affective) ; une présentation des formes particulières qui peuvent être retrouvées (exemple : syndrome de Münchhausen par procuration) ; une présentation des critères particuliers liés à l'âge de l'enfant ;
- les éléments à retenir comme signes d'alerte : les indices de la souffrance de l'enfant au niveau de l'attachement ; du développement psychomoteur (perte des capacités scolaires antérieures ; des signes de régression : énurésie, encoprésie) ; comportemental (exemples : les comportements bruyants et dérangeants : provocation, opposition, violence, inconduites graves ; les comportements plus discrets et silencieux : retrait, isolement inhabituel, plaintes physiques) ; manifestations de peurs (mouvements de défense et de protection, sursauts, état d'alerte durable) ;

- l’attitude des parents avant, pendant et après le dévoilement (déli, refus de coopérer ; aide médicale recherchée tardivement ; version donnée de l’accident ne correspond pas aux observations ; versions discordantes selon les moments et les interlocuteurs ; indifférence ; agitation importante ; minimisation des faits et de la responsabilité) ;
- les caractéristiques familiales, conjugales, de l’enfant/de la fratrie constituant des facteurs de risque ;
- les modalités de recueil de la parole de l’enfant (accueillir les paroles spontanées et encourager l’enfant à en dire plus par des formulations ouvertes, empathiques, neutres et surtout non suggestives).

Enfin, le dernier chapitre de l’ouvrage concerne l’impact sur les professionnels et la nécessaire mobilisation d’un réseau soutenant les professionnels et permettant de prendre en charge au mieux l’enfant et sa famille.

5. Organisation mondiale de la santé (OMS), International society for prevention of child abuse and neglect (ISPCAN). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. Genève : OMS, 2006. 97 p.

- *Les auteurs*

Le guide a été rédigé par Alexander Butchart et Alison Phinney Harvey du département Prévention de la Violence et des Traumatismes de l'OMS ; Marcellina Mian, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada, et Tilman Fűrnis, hôpital universitaire de Münster, Allemagne. Tony Kahane en a assumé la révision technique.

- *Type de recherche et format de publication*

Le Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données, est une publication conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (Isplan). L'élaboration et la publication du guide ont bénéficié du soutien financier du gouvernement belge et du Global Forum for Health Research. La traduction en français a été réalisée par l'Agence de la santé publique du Canada.

- *Objectifs*

Le principal objectif du guide est de fournir des conseils techniques pour la mise en place de politiques et de programmes de prévention de la maltraitance des enfants⁹⁵ et de services aux victimes, qui tiennent pleinement compte des données existantes sur l'efficacité des interventions et recourent aux principes scientifiques de l'approche de santé publique, afin en dernier lieu de favoriser la mise en œuvre d'interventions scientifiquement vérifiables et de leur évaluation.

Il s'adresse donc aux décideurs et aux planificateurs de programmes qui œuvrent à l'échelle nationale, provinciale et municipale dans les secteurs de la santé, des services sociaux et des services juridiques.

- *Définitions des termes employés*

« La **maltraitance des enfants** renvoie aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants, ainsi qu'à leur exploitation commerciale ou autre. Elle a lieu dans des contextes nombreux et divers. [...] Sa dynamique et les facteurs qui la déclenchent, ainsi que les stratégies de prévention efficaces diffèrent selon l'âge des victimes, le contexte dans lequel elle a eu lieu et le lien entre la victime et l'auteur de la violence. La violence envers les enfants, perpétrée par des adultes au sein de la famille, est l'une des formes les moins visibles de maltraitance d'enfants, car elle se produit le plus souvent dans l'intimité de la vie domestique, mais elle n'en est pas moins largement répandue dans toutes les sociétés. La maltraitance des enfants par les parents et les

⁹⁵ Le guide s'intéresse à la maltraitance des enfants âgés de 0 à 14 ans dans un contexte privé (à la maison, par exemple) et qui est le fait des parents ou d'autres membres de la famille. Cette tranche d'âge de 0 à 14 ans a été choisie parce que les études montrent que, vers 14 ans, le risque de violence de la part de l'un des parents ou d'un autre membre de la famille est largement dépassé par le risque de violence de la part de pairs ou d'autres personnes ne faisant pas partie de la famille. Le contexte privé a été retenu parce que, contrairement aux contextes institutionnels et publics où les politiques et codes de conduite préventifs peuvent être appliqués et contrôlés, il nécessite un ensemble spécifique de stratégies de prévention. Ces stratégies doivent combiner le respect de l'autonomie et de la vie privée individuelle, d'une part, avec le besoin d'une intervention pour le bien commun et au nom des enfants pris individuellement, d'autre part.

personnes qui s'en occupent soulève des difficultés particulières dans la conception de stratégies de prévention et de services aux victimes, étant donné que les auteurs des mauvais traitements sont aussi source d'affection pour les enfants. [...] Dans les cas extrêmes, la maltraitance des enfants peut mener à la mort. Dans la majorité des situations de maltraitance, les blessures corporelles sont de conséquence moins grave sur le bien-être des enfants que les conséquences psychologiques et psychiatriques, et les incidences à long terme sur le développement neurologique, cognitif et affectif et la santé en général » (7).

- **Principaux thèmes abordés et perspectives**

Chapitre 1. – Description du phénomène de la maltraitance des enfants

Définition des différentes formes de violences retenues (physique, sexuelle, psychologique, négligence) ; aperçu de l'ampleur, des répercussions et du coût de la maltraitance.

Chapitre 2. – Méthodes de collecte de données utilisables pour réaliser et contrôler une action préventive et fournir un service

Distinction entre :

- les systèmes enregistrant des données sur les cas de maltraitance d'enfants constatés par les services disponibles ;
- les études épidémiologiques recourant à des méthodes d'enquête de population pour identifier tous les cas de maltraitance et pas seulement ceux qui se présentent aux services disponibles.

Recommandations :

- réaliser des études à grande échelle sur les enfants et les adultes sous l'angle de leur exposition à la maltraitance, ainsi que sous l'angle d'autres facteurs négatifs, sur leurs comportements à risque et sur leur actuel état de santé ;
- les systèmes de collecte de données des établissements de soins doivent accorder la priorité d'une part, aux données aidant à garantir une gestion cohérente des cas et le suivi des cas individuels dans le temps et en fonction des différents fournisseurs de services ; d'autre part, aux données portant sur un nombre relativement petit d'éléments constants dans tous les cas enregistrés.

Chapitre 3. – Promotion de la prévention de la maltraitance des enfants

Nécessité de réaliser de nouveaux efforts en matière de prévention en fonction des données relatives aux interventions efficaces, prometteuses ou incertaines, afin de satisfaire aux critères des études d'évaluation des résultats.

Description de stratégies de prévention aux niveaux individuel, familial, communautaire et sociétal. Formulation de recommandations pratiques sur la manière de concevoir une intervention en tant qu'étude d'évaluation des résultats, avec un tableau contenant une liste de suggestions pour des résultats possibles immédiats, à moyen terme et à long terme.

Chapitre 4. – Les services aux enfants victimes de maltraitance et à leur famille

« Le rôle des fournisseurs de services est d'apporter des soins de façon à minimiser les conséquences des actes de maltraitance ou de négligence qui se sont produits et de déterminer les actions qui pourraient prévenir des violences futures » (p. 54).

Recommandations pour les interventions à destination des enfants maltraités – respectant leurs besoins et leur niveau de développement – et des familles pour la détection, la protection et la prise en charge ; importance de la formation des professionnels pour recueillir la parole

de l'enfant victime ; mise en évidence du manque de données sur l'efficacité des services de protection de l'enfance (les évaluations doivent s'intéresser à l'impact à court et à long terme des services sur l'utilisateur) ; importance de l'articulation entre les services de prévention et de protection ; privilégier une détection précoce de la maltraitance afin de minimiser le risque de maltraitance ultérieure et d'en prévenir les conséquences à long terme pour la santé et du point de vue social ; l'accent doit être porté sur la détection de la maltraitance chez les très jeunes enfants, public très à risque et incapable de la signaler par eux-mêmes.

Chapitre 5. – Conclusions et recommandations

Mise en relief des recommandations sur l'utilisation des données dans le cadre des interventions, sur la conception des programmes d'intervention et sur les services aux victimes. Lorsque l'on intervient de manière systématique dans les cas de maltraitance d'enfants en recourant à ces recommandations, les interventions qui en résultent, fondées sur des données, produiront à leur tour des données sur l'efficacité des stratégies de prévention et des services aux victimes.

6. **MACMILLAN H. (ed. thème). Maltraitance des enfants. In TREMBLAY R.E., BOIVIN M. et PETERS R. DeV. (dir.) *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants. 2012.**

- **L'auteure**

Harriet MacMillan, M.D., McMaster University, Canada, est éditrice au développement du thème présenté. Elle est pédopsychiatre et conduit ses recherches sur les violences familiales.

- **Type de recherche et format de publication**

L'encyclopédie sur le développement des jeunes enfants est produite par le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) et par le Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants (RSC-DJE). Outil en perpétuelle évolution, elle propose une présentation des connaissances scientifiques les plus récentes sur le développement des jeunes enfants, de la conception à l'âge de 5 ans. Elle s'adresse aux décideurs politiques, aux planificateurs et prestataires de services et aux parents. Elle regroupe des articles, écrits par des experts de renommée internationale.

La partie présentée est celle consacrée à la maltraitance des enfants⁹⁶. Elle a bénéficié du soutien financier de The Lawson Foundation. Elle est composée de différents articles et d'une synthèse.

- **Définitions**

Selon les auteurs, « la maltraitance fait référence à toute forme de violence, d'abus ou de négligence commise par des adultes envers des mineurs » (p. 4). Ils en retiennent 5 types :

1. **La violence physique** désigne toute utilisation délibérée de force physique contre un enfant qui constitue une menace à la santé, au développement et/ou au respect de soi de ce dernier. La gamme des actes de violence physique s'étend de formes plus douces de violence (par ex. : pousser et bousculer) à des formes plus sévères (par ex. : étrangler et frapper).
2. **L'agression sexuelle d'enfants (ASE)** fait référence à tout acte sexuel commis contre un enfant par une personne qui en est responsable. L'acte peut être seulement tenté ou être complété et il peut y avoir contact ou non lors de l'interaction.
3. **La négligence** survient lorsque l'adulte responsable de l'enfant ne satisfait pas ses besoins primaires, qu'ils soient physiques, émotifs, médicaux/dentaires ou éducatifs. La négligence est aussi en cause lorsque l'enfant n'a pas accès à une nutrition, une hygiène et un logis adéquats ou que sa sécurité n'est pas assurée.
4. **La violence psychologique** désigne les actions qui causent ou ont le potentiel de causer des effets adverses sur la santé et le développement émotif de l'enfant. Le comportement de l'adulte responsable peut ainsi prendre des formes variées : rejeter l'enfant, l'isoler, l'ignorer, le terroriser, le corrompre ou l'exploiter.
5. **La violence conjugale (VC) (aussi appelée violence domestique)** est aussi considérée comme une forme de maltraitance parce que les enfants qui y sont exposés présentent des problèmes similaires à ceux qui sont directement victimes de violence physique.

⁹⁶ <http://www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/theme-complet>

- **Objectifs**

Proposer un état des lieux actualisé des connaissances scientifiques à propos de la maltraitance des enfants : ses formes, ses conséquences, sa prévention et sa prise en charge.

- **Principaux thèmes abordés :**

« La maltraitance des enfants, soit la violence sous toutes ses formes, peut causer de graves préjudices à leur développement, avec des répercussions à long terme. Il est essentiel d'en comprendre les ramifications en tant que parents et société afin de la prévenir, de la détecter et, ultimement, de l'enrayer sous toutes ses formes ».

Les thèmes abordés sont :

- la violence physique à l'égard des enfants ;
- la négligence à l'égard des enfants ;
- l'agression sexuelle d'enfants ;
- la violence psychologique ;
- la prévention de la maltraitance des enfants et des séquelles connexes ;
- maltraitance envers les enfants et impacts sur le développement psychosocial : épidémiologie ;
- violence familiale et impacts sur le développement social et affectif des jeunes enfants.

7. REY-SALMON C., ADAMSBAUM C. *Maltraitance chez l'enfant*. Paris : Lavoisier Médecine Sciences Publications, 2013, 229 p.

- **Les auteures**

Ouvrage réalisé sous la coordination de :

Caroline Rey-Salmon, pédiatre des hôpitaux, médecin légiste, expert national, service des urgences médico-judiciaires, Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris ;

Catherine Adamsbaum, professeure des universités, praticien hospitalier, service de radiologie pédiatrique, hôpital Bicêtre, AP-HP, faculté de médecine Paris-Sud, Le Kremlin-Bicêtre.

- **Type de recherche et format de publication**

Ouvrage collectif. Une cinquantaine d'auteurs issus des secteurs de la santé et de la justice ont contribué à la rédaction des différents chapitres.

- **Définitions des termes employés**

Un **enfant maltraité** est un enfant « victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ».

- **Objectifs**

L'objectif de l'ouvrage est d'améliorer la connaissance du problème de santé publique que constitue la maltraitance à enfant afin de mieux reconnaître les situations et de mieux cibler les interventions à proposer.

Ce livre est à destination des médecins mais aussi de tous les professionnels de la santé, qu'ils soient étudiants, futurs spécialistes ou praticiens en exercice. Il est construit comme un guide pratique permettant d'appréhender, d'évaluer, de diagnostiquer et éventuellement de signaler les situations de maltraitance à enfant rencontrées sur leurs lieux d'exercice. Les données contenues dans cet ouvrage leur permettront de vérifier la pertinence de leurs inquiétudes, de connaître les autres professionnels auxquels s'adresser, mais aussi d'agir dans une optique de prévention.

Il s'adresse également en dehors du milieu médical à toute personne concernée par des situations de maltraitance : professionnels de la petite enfance ; intervenant du secteur social, judiciaire ou associatif pour la protection de l'enfance.

- **Principaux thèmes abordés dans l'ouvrage et perspectives**

L'ouvrage propose d'aborder les différents aspects de la maltraitance chez l'enfant, de la période foetale à l'adolescence, en insistant sur les éléments diagnostiques, parfois trompeurs, et les diagnostics différentiels à envisager quand des situations se présentent aux praticiens.

Les différents chapitres abordent :

- les définitions, les approches historique et épidémiologique de la maltraitance ;
- les lésions d'organes retrouvées : lésions tégumentaires, squelettiques, du cerveau et de la moelle, viscérales, cervicofaciales, buccales et du cuir chevelu ;
- des descriptions des différentes formes de maltraitance : agressions et mutilations sexuelles ; soumissions chimiques ; carences et négligences ; maltraitance psychologique ; syndrome de Münchhausen par procuration ;

- les formes particulières de maltraitance selon l'âge : le fœtus (toxicomanie, alcoolisme, etc.) ; l'adolescent ;
- points particuliers tels que les lésions anatomopathologiques ou l'imagerie *post mortem* ;
- les stratégies diagnostiques et les recommandations ;
- le positionnement du soignant ;
- la compréhension des dispositifs de protection de l'enfance en danger ;
- un recueil des principaux textes de loi nécessaires aux praticiens (ceux permettant la qualification des maltraitances commises, ceux sur le secret professionnel et ceux relatifs à la protection des mineurs).

8. TORRENTE J. (dir). *La maltraitance. Regards pluridisciplinaires*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et perspectives, 2001, 245 p.

- *L'auteur*

Joseph Torrente, pédopsychiatre et psychopathologue du travail, a assuré la direction de l'ouvrage.

- *Type de recherche et format de publication*

Ouvrage collectif.

- *Objectifs*

Proposer une pluralité de points de vue sur la prise en charge des enfants victimes de maltraitance en France et à l'étranger, et surtout sur les difficultés rencontrées dans l'objectif de mettre en avant que la réponse à la maltraitance nécessite la coopération des différents professionnels concernés par le sujet. En effet, à partir des contrastes, voire des contradictions, observées dans les pratiques, un des objectifs de l'ouvrage est de mettre en avant la richesse afférente aux différents points de vue proposés. L'ouvrage, plutôt que de proposer des définitions ou conduites à tenir, a pour ambition d'inviter le lecteur à avoir une réflexion sur ses pratiques en considérant que « le traitement de maltraitance est un chantier ouvert » et ne doit pas se laisser gagner par « l'idée – le fantasme – de son éradication pure et simple ». Ainsi « plutôt que d'agir contre la maltraitance, il semble plus utile d'agir [...] pour les enfants maltraités » (p. 15).

- *Principaux thèmes abordés dans l'ouvrage et perspectives*

La maltraitance à l'égard des enfants est un phénomène complexe, aux dimensions multiples et parfois contradictoires en raison de la tendance de chaque professionnel à analyser la situation de la place qu'il occupe. Ainsi les différences de perception des situations sont inévitables : « seulement, pour travailler ensemble, il paraît indispensable de partir du postulat qu'aucun professionnel n'a totalement et définitivement raison, tant en ce qui concerne la société qu'en ce qui concerne un individu singulier ».

Deux niveaux sont nécessaires pour penser la maltraitance :

- un **niveau vécu, personnel et individuel** : « s'il est vrai que certains symptômes alertent plus particulièrement les professionnels, il n'en reste pas moins que chaque enfant vivra sa souffrance et répondra à la maltraitance à sa manière ». (p. 8) ;
- un **niveau social** dans lequel vont s'inscrire les modalités de traitement de l'acte maltraitant : « c'est un problème social car la société doit exprimer clairement sa position de refus face à un phénomène intolérable, ce qu'elle fait à travers diverses mesures et par le soutien de structures chargées de lutter contre la maltraitance, de prendre en charge ses victimes, de punir et/ou de traiter ceux qui l'exercent » (p. 8).

► **Thèmes abordés dans l'ouvrage :**

Les répercussions de la maltraitance sur les équipes professionnelles qui en ont la charge :
« Les symptômes d'un enfant battu peuvent être difficilement supportés par les équipes qui en ont la charge » (p. 12).

1. Les effets psychiques de la maltraitance au niveau cognitif, affectif et social (I. Mailllochon)
2. Synthèse de la lecture psychanalytique de l'inceste, traité comme paradigme de la maltraitance dans l'optique particulière de montrer le problème de la transmission intergénérationnelle en vue d'y remédier. (P^r C. Epelbaum).
3. Abord de la maltraitance par la déscolarisation considérée autant comme le symptôme de l'enfant qui par sa violence a provoqué son exclusion que comme symptôme de l'institution qui n'a pas (pu) trouvé(er) d'autre mode de réponse (D^r M. Grappe).

Trois niveaux d'actions possibles pour aborder la maltraitance :

1. **Les actions thérapeutiques** : deux manières différentes (pratiques française et anglo-saxonne) de prendre en charge les enfants maltraités ou des familles maltraitantes sont exposées. La première (E. Cleyet-Marel) concerne la psychothérapie d'un enfant et montre le déroulé du travail dans le temps des séances (rythmes, aller-retour et avancées). La seconde (J. Oxman-Martinez) expose la mise en place d'un protocole proposant des échelles d'évaluation et de planification d'actions programmées d'aide aux familles négligentes.
2. **Le soutien au travail social** : mise en avant de la lourdeur de la tâche des travailleurs sociaux, enseignants et autres professionnels de l'enfance et de l'importance et la nécessité de lieux d'élaboration des pratiques. Les possibilités d'actions en milieu scolaire (P.-A. Doudin et M. Erkohen Marküs) ; l'aide possible à apporter aux travailleurs sociaux sur leurs propres pratiques afin de sortir des impasses inextricables (S. Feliculis) ; plaider en faveur d'approches multidisciplinaires pour l'édification d'une théorie globale du travail social (A. Coen).
3. **Les politiques publiques** (abord des pratiques dans leurs contextes sociopolitiques) : expériences d'actions multiples d'aide aux familles négligentes et appels aux politiques publiques (E. Palacio-Quintin) ; rapport sur l'état dit déplorable des enfants abandonnés au Brésil (L. N. Dobrianskyj-Weber) ; mise en garde contre des actions publiques qui favoriseraient l'aspect répressif aux dépens des actions soignantes (D^r Marneffe) ; mise en avant des dangers d'une législation qui rassure les responsables politiques, mais qui peut par son pléthorisme, compromettre le travail de terrain (M. Gabel).

9. **TURSZ A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Seuil, 2010, 420 p.**

- **L'auteure**

Anne Tursz est pédiatre, épidémiologiste et directrice de recherche à l'Inserm, mène ses travaux dans le cadre du Centre de recherche, médecine, sciences, santé et société (Cermes – Inserm U750, CNRS UMR 8169n EHES). Elle est membre du Collège du Haut Conseil de santé publique et experte auprès du programme « Prévention de la violence et des traumatismes » de l'OMS.

- **Type de recherche et format de publication**

Ouvrage.

- **Définitions**

Toutes les définitions présentées ci-après sont issues du glossaire, définition proposée par l'auteure (p. 395) :

- **Enfant en risque** : tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité.
- **Enfant maltraité** : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violence psychologique, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.
- **Enfant en danger** : catégorie regroupant les enfants en risque et les enfants maltraités.

- **Objectifs**

Dans cet ouvrage, l'auteure propose un état des lieux montrant que la maltraitance envers les enfants en France est un véritable problème de société et de santé publique⁹⁷, qui selon elle, est « très largement sous-estimé et qui touche probablement entre 5 % et 10 % des enfants dans toutes les classes sociales » alors même que ses conséquences sont « redoutables ».

L'auteure soutient et argumente que le repérage précoce des enfants maltraités est essentiel, mais que le système de santé reste démuné : manque de formation des médecins, crainte du signalement des cas de maltraitance, etc.

S'appuyant sur l'étude concernant « des morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an »⁹⁸ mais aussi sur différents articles, documents, statistiques et autres rapports, l'auteure tente de mettre en évidence la réalité du phénomène de la maltraitance envers les enfants en France ainsi que les différents dysfonctionnements entraînant un retard du repérage et du signalement laissant des enfants dans des situations de danger parfois très important.

⁹⁷ L'auteure précise dès l'introduction : « Le fait de penser la violence en termes de santé publique est un phénomène récent. [...] En France, la violence a toujours relevé traditionnellement du champ d'action des ministères de l'Intérieur et de la Justice et non de la Santé. Ce n'est qu'à partir de 2002 que la situation a évolué, notamment à la suite de la publication du rapport intitulé « Rapport mondial sur la violence et la santé », proposant un double constat, épidémiologique et économique » (p. 21).

⁹⁸ Recherche menée par le Cermes sous la responsabilité scientifique d'A. Tursz : TURSZ A., CROST M., GERBOUIN-REROLLE p. et al. *Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France : quelle est la part des homicides ? Bull. épidémiol. hebd.* 2008, 3-4, p. 25-28.

- **Principaux thèmes abordés dans l'ouvrage**

Première partie. – Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an

1. L'enquête
2. La sous-estimation des homicides de nourrissons
 - Il existe bien des sous-estimations des infanticides en France
 - Quels sont les mécanismes de cette sous-estimation ?
3. Les enfants décédés de MSV et leurs familles
 - Les caractéristiques des enfants et de leur décès
 - Les caractéristiques des familles
 - Les auteurs des faits
 - Les parents mis en cause : les néonaticides ; le syndrome du bébé secoué ; les homicides

Deuxième partie. – Que sait-on de la maltraitance envers les enfants en France ?

1. Fréquences et caractéristiques générales de la maltraitance
 - La production de données et les organismes impliqués : les institutions productrices de chiffres sur la mortalité et la morbidité par maltraitance ; les institutions qui effectuent le traitement statistique des chiffres de signalement d'enfants en danger ou maltraités.
 - Les chiffres et leur interprétation : l'enfance en danger et maltraitée ; le recensement des actes de violence à l'école ; la maltraitance institutionnelle ; peut-on à partir de ces données, estimer la fréquence de la maltraitance ?
2. Les facteurs de risque de la maltraitance
3. Les conséquences de la maltraitance
 - Les conséquences à long terme
 - Les conséquences à court terme

Troisième partie. – Le système de santé face à la maltraitance envers les enfants

1. Le corps médical et la maltraitance : aspects historiques
2. Les moyens du système de santé pour lutter contre la maltraitance
 - Le système médical et médico-social de prévention dans l'enfance : la protection maternelle et infantile ; le carnet de santé, outil de liaison ; la santé scolaire
 - Les politiques périnatales et leur rôle dans la lutte contre la maltraitance : les politiques périnatales en France depuis 1970 ; la technicisation et ses dérives ; le « Rapport Molénat » et le plan Périnatalité 2005-2007 ; le rôle des contraintes budgétaires
3. Des domaines prioritaires pour l'action des professionnels de la santé
 - La participation au repérage et au signalement des cas de maltraitance : le repérage ; le signalement ; la collaboration entre secteur
 - La participation à la prévention très précoce
 - L'expertise médicale et médico-légale lors de l'analyse judiciaire des cas
 - La contribution des médecins à la connaissance épidémiologique de la maltraitance
4. L'amélioration de l'action des professionnels de la santé par la formation

Quatrième partie. – Pourquoi la maltraitance et sa méconnaissance perdurent-elles en France ?

1. Ne pas voir, ne pas dire : la négation de la maltraitance
 - La maltraitance dans les documents des professionnels de santé publique
 - Une visibilité de moins en moins grande de la maltraitance dans les statistiques
 - Un véritable négationnisme ? L'exemple de la controverse sur le syndrome du bébé secoué
2. Ne pas savoir : le rejet de la recherche, la hantise des dépistages
 - Les controverses récentes autour des dépistages et de la santé mentale de l'enfant : l'expertise collective de l'Inserm, « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » ; l'étude de la MGEN dans les écoles primaires à Paris
 - Peut-on sortir de l'impasse ?
3. La maltraitance d'État
 - Le choix de la répression
 - Des choix économiques nuisibles pour les enfants
 - Le sort des enfants de l'immigration
 - Le populisme
4. Quel statut pour l'enfant ?

Recherches par thème

I. Contexte historique, juridique et anthropologique

10. BEYNIER D, DESQUESNES G. et LOCHON A. *Les violences envers les enfants dans le Perche ornais : une approche par les réseaux personnels de la parentalité en difficulté*. Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'ONPE. 2016.

- ***Les auteurs***

Dominique Beynier, Gillonne Desquesnes et Annie Lochon sont respectivement professeur, maître de conférences et doctorante en sociologie à l'université de Caen-Normandie.

- ***Type de recherche et/ou format de publication***

Le projet de recherche s'est appuyé sur une recherche action commandée par le conseil départemental de l'Orne, ayant pour origine le malaise ressenti par les professionnels d'une circonscription départementale face au constat d'une augmentation des cas de violences sexuelles envers les enfants. Rapport de recherche validé par le conseil scientifique de l'ONPE.

- ***Objectifs***

La recherche s'organise autour de trois axes :

- comprendre le sens de ce qui est présenté comme une augmentation des cas de violences envers les enfants sur le territoire ;
- cartographier et comprendre l'environnement social des familles où se produit la maltraitance et/ou la négligence à partir de l'analyse des réseaux sociaux (Social network analysis) et en particulier des réseaux personnels (personal network) ;
- réfléchir sur l'évolution des pratiques et des postures professionnelles, à partir de la restitution des résultats de l'enquête et en collaboration avec les acteurs volontaires de la protection de l'enfance du territoire.

- ***Définitions des termes employés***

Approche sociologique de la maltraitance, notion marquée par un flou sémantique, dont le succès et l'extension sémantique révèle un nouveau rapport à l'enfant (L. Gavarini). En termes d'analyse de réseaux personnels des familles, les chercheurs font l'hypothèse de la présence, pour les familles suivies par l'administration sociale du Perche, de configurations

relationnelles de type « disloquées » (réseau personnel de taille restreinte, caractérisé par des liens manquants, l'inclusion de personnes décédées et d'intervenants sociaux par ailleurs pourvoyeurs de soutien émotionnel).

- **Méthode et population**

Plusieurs approches ont été mises en œuvre :

- recueil de données chiffrées sur les années 2008-2012, consultation d'une quarantaine de dossiers, entretiens semi-directifs avec 50 professionnels occupant des niveaux hiérarchiques différents dans les diverses institutions impliquées dans la protection de l'enfance ;
- interviews directives de 20 personnes volontaires (dont deux couples) et suivies en protection de l'enfance (suivi de secteur, prestation d'Aide éducative à domicile (AED), mesure d'Assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) ou placement des enfants), sur leur histoire et contexte de vie, leur réseau de relations, leurs pratiques de sociabilité et leurs liens de soutien ;
- tenue de réunions-discussions avec les professionnels impliqués dans l'étude, dans une perspective de recherche-action.

- **Résultats**

➤ **Du recueil de données chiffrées auprès des diverses institutions**

Il ressort que les données du service social de l'inspection académique de l'Orne montrent sur la circonscription départementale enquêtée une hausse des IP ayant pour motif les violences envers les enfants entre 2008 et 2012. Cependant, les chercheurs notent que les cas de violences signalées par l'Éducation nationale sont en hausse également dans les autres secteurs géographiques. Les chiffres fournis par la Gendarmerie nationale (fichier 4001) montrent sur la circonscription départementale enquêtée des violences sexuelles sur mineurs (pas forcément commises par un membre de la famille) plus nombreuses que sur les autres secteurs. Les IP traitées par le conseil départemental sur la même période, pour lesquelles il n'existait pas de fichier informatisé comprenant le motif de l'IP, montrent une augmentation des IP sur la circonscription départementale enquêtée en 2009 et 2010 avant une baisse en 2011 et 2012. En l'absence d'une transmission des tableaux de bord des tribunaux et compte tenu du caractère partiel du recueil de données, les chercheurs ne valident pas l'hypothèse d'une augmentation de la maltraitance dans la circonscription départementale enquêtée, ni celle d'un territoire où se produirait plus de maltraitance qu'ailleurs.

Les chercheurs observent que les professionnels ne distinguent pas forcément la maltraitance du danger et que le risque de danger demeure un vocable qui ne fait pas consensus. Les définitions que les professionnels donnent de la maltraitance sont variées, elles renvoient le plus souvent à la violence soit physique, soit psychologique, cette dernière ayant une acception large qui pourrait englober la plupart des situations familiales rencontrées. Les professionnels rangent aussi dans la maltraitance les conséquences des séparations conjugales et tous les comportements perçus comme non conformes ou manquant à la fonction parentale. Les professionnels repèrent la maltraitance en s'appuyant sur leur expérience (la notion « d'intuition » des professionnels est retrouvée à toutes les étapes de la maltraitance) et les échanges avec les pairs, grâce à un ensemble de signes qui prennent sens (Serre, 2009). Les autres termes et instances introduits par la loi 2007 demeurent encore relativement méconnus.

➤ Du côté des familles

Les réseaux de relations personnelles portent les marques des trajectoires individuelles chaotiques et des événements de vie difficiles souvent cumulés (violences subies durant l'enfance, placement, séparations et violences conjugales, absence d'emploi, problèmes d'alcool, etc.). Les réseaux personnels obtenus présentent des formes diverses, sans uniformité de structure pour les chercheurs. Les réseaux denses et de taille restreinte sont associés avec les négligences et la présence de handicap chez le parent comme chez l'enfant. Ces réseaux contiennent des membres choisis de la parentèle (les brouilles familiales sont nombreuses), des amis en nombre variable, de manière ponctuelle des collègues et des intervenants sociaux. Certains d'entre eux contiennent aussi des personnes importantes mais décédées. Un personnage nouveau apparaît par rapport aux travaux antérieurs des chercheurs : il s'agit du voisin avec qui les liens sont multiplexes (représentant de la communauté villageoise d'autrefois (Mendras)). La sociabilité reste interne, tournée vers la vie du foyer, la participation aux associations est peu fréquente, certains déclarent se sentir seuls mais les chercheurs ne peuvent affirmer que toutes les familles sont socialement isolées.

Pour les interviewés, il existe du soutien institutionnel (pour l'aide morale, la confiance et les conseils) qui se cumule avec l'aide des proches souvent insuffisante. Les réseaux de soutien les plus pauvres sont en lien avec les négligences et la question du handicap chez les parents comme chez les enfants et des plurimaltraitements. Les réseaux les plus soutenant ne sont pas en lien avec une forme déterminée de maltraitance, les chercheurs notent que la diversification des rôles y est plus importante. Le soutien social reçu, dans tous les domaines, émane en premier lieu des amis, qui sont les personnages centraux en termes de soutien. De façon générale, les relations familiales demeurent instables, complexes, ambivalentes et conflictuelles, ce qui limite le soutien familial vu comme la « forme élémentaire de solidarité » (Pitrou). S'il apparaît une faiblesse du soutien social reçu, l'aide échangée dans ces réseaux est aussi peu élevée. Les relations d'aide avec les membres significatifs du réseau manquent de réciprocité. Enfin, les résultats interrogent la nature du lien conjugal : les personnes en couple n'estiment pas toutes recevoir du soutien moral de leur partenaire ni lui en donner.

➤ Pistes d'actions

Trois pistes d'actions ont été retenues lors de la restitution aux professionnels : la création de groupes de parole pour les parents, l'appropriation de l'« outil réseau » pour accompagner les familles et une restitution dans un but pédagogique des résultats sur les réseaux personnels.

11. CONTE p. La maltraitance infantile : essai d'une typologie de droit pénal. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2015, vol. 1, p. 91-101.

- **L'auteur**

Philippe Conte est professeur à l'université Panthéon-Assas (Paris-II) et directeur de l'institut de criminologie et de droit pénal de Paris.

- **Type de recherche et format de publication**

Article de revue proposant une typologie de la maltraitance en droit pénal.

- **Objectifs**

À partir des textes déjà existants, l'auteur étudie comment le droit pénal français assure la protection des mineurs contre la maltraitance et respecte ainsi les directives de la Cide. Il montre que la totalité du spectre de la maltraitance est couvert par l'arsenal répressif français, bien que la notion de maltraitance soit absente du Code pénal :

« Il est donc exact que la France a tenu, en matière pénale, les engagements qui sont les siens en application de la Convention internationale des droits de l'enfant. La maltraitance infantile est une préoccupation majeure du législateur, qui a non seulement multiplié les incriminations en la matière, mais aussi utilisé tous les autres procédés juridiques existants afin de réprimer, mais aussi de prévenir les différentes formes de violences, d'agressions, d'abandon ou d'exploitation dont les mineurs peuvent être les victimes » (p. 100).

- **Résultats**

➤ **Maltraitance et droit**

Constat de l'auteur : l'inconfort du pénaliste pour éclairer avec les lumières du droit la maltraitance en raison des flous de la définition, de la variété des comportements impliqués sous cet unique vocable et la pluralité des victimes potentielles desdits comportements.

La définition juridique du phénomène de maltraitance est absente du Code pénal, dans lequel on ne retrouve qu'une « liste hétéroclite d'infractions où il est question du mineur » (p. 93). La difficulté première du juriste sera alors de « devoir trier celles qui relèvent du concept de maltraitance » (*ibid*). Mais, dans ce cas, il sera confronté à un retour au point de départ à savoir : qu'est-ce que la maltraitance ? et retombera inmanquablement dans le flou, la variété et l'hétérogénéité.

Afin de clarifier, il pourra se reporter à la Cide :

- article 19, paragraphe 1 : recommandation qui sans utiliser explicitement l'expression de maltraitance, paraît au moins en exprimer l'idée : « Les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié » ;
- article 34 : complète le premier, dans le cas particulier de la violence sexuelle : « Les États parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes

d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. À cette fin, les États prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

- que les enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale⁹⁹ ;
- que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales ;
- que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacle ou de matériel de caractère pornographique. »

Selon l'auteur, la Cide est issue de compromis politiques sur les formulations retenues qui conservent une imprécision. Il semble alors que toutes les infractions, ou presque, dont les mineurs sont victimes pourraient, d'une façon ou d'une autre, se rattacher à la maltraitance.

➤ Regroupement source de clarifications

À partir de la liste hétéroclite, il est possible de faire apparaître des regroupements. L'auteur propose ainsi trois modalités principales de la maltraitance infantile :

- les « violences » *lato sensu* (physique, psychologique, sexuelle) commises à l'encontre d'un mineur ;
- l'« abandon » du mineur ;
- l'« exploitation » du mineur¹⁰⁰.

Par un travail de rapprochement avec les infractions du Code pénal, l'auteur identifie des infractions dites moins « claires » (abandon et exploitation) et d'autres que l'on peut exclure de la maltraitance infantile (substitution d'enfants¹⁰¹ ; non-représentation de l'enfant¹⁰² ; soustraction du mineur¹⁰³).

Pour mieux approcher le phénomène, il est nécessaire d'inclure une composante supplémentaire de nature criminologique – et non juridique : « la maltraitance paraît devoir se limiter aux hypothèses où, entre ses deux protagonistes, existe une relation "censée être de confiance", comme entre les parents et leur enfant, le médecin ou l'infirmier et le malade, l'éducateur et l'adolescent qui lui est confié, le directeur de l'école ou l'instituteur et les élèves, etc. Selon l'auteur, la manifestation juridique du rapport censé être de confiance est l'existence d'un rapport d'autorité, de droit ou de fait entre le mineur et son agresseur.

Enfin, plus qu'une simple approche répressive de la maltraitance, il s'agit de pouvoir lui joindre une approche préventive. En effet, les articles 19 et 34 de la Cide assignent aux États le devoir de « protéger », les mineurs contre ce phénomène ou de prendre toutes mesures pour l'« empêcher ».

Ainsi relèvent de la maltraitance infantile « toutes les infractions qui tendent à prévenir ces comportements, en ce que leur consommation juridique est indépendante d'une atteinte effectivement réalisée aux intérêts de l'enfant, [...] et même en l'absence d'un lien d'autorité entre le coupable et sa victime » (p. 94).

⁹⁹ Précision en note de bas de page : « La restriction à une activité "illégal" est pour le moins surprenante » (p.93).

¹⁰⁰ « Sans doute ce dernier terme est-il, à son tour, des plus imprécis, mais il a le mérite d'insister sur le caractère influençable du mineur, dont il est aisé d'abuser, avec cette conséquence d'importance que la maltraitance n'est pas incompatible avec l'éventuel consentement de la victime — ainsi en matière sexuelle, notamment. » (p.93).

¹⁰¹ Article 227-13, Code pénal.

¹⁰² Article 227-5, Code pénal. Adde pour l'absence de notification d'un changement de domicile, article 227-6, Code pénal.

¹⁰³ Article 227-7, 227-8, Code pénal.

➤ Typologie de droit pénal de la maltraitance

Méthode retenue : Définition en catégorie d'infraction, des infractions les plus spécifiques (le cœur du dispositif pénal de protection) à celles qui le sont le moins.

1. Les infractions de maltraitance : infractions spécifiques

Les infractions de maltraitance couvrent un champ étendu :

- les plus spécifiques, parce qu'imputables aux seuls parents ;
- les intermédiaires pouvant être imputables aux parents ou aux personnes qui leur sont assimilées en raison de l'autorité qu'elles exercent sur la victime ;
- les moins spécifiques imputables même à des tiers parce qu'il existe un rapport de confiance ou parce qu'elles tendent à prévenir la maltraitance.

a. Les infractions de maltraitance imputables aux seuls parents

L'existence du rapport de confiance entre parents et enfants entraîne que « toutes les infractions qui ne peuvent être le fait que d'un père ou d'une mère sont donc à même de relever de la maltraitance si, du moins, elles sont le moyen de réprimer des comportements qui s'y rattachent, et encore plus, si elles tendent à les prévenir » (p. 94).

Exemples : Les abandons de famille¹⁰⁴ constituent une catégorie entendue et recouvrent des comportements de nature très diverse :

- abandon matériel ou moral d'enfant¹⁰⁵ : le but de le rattacher à la maltraitance est de protéger la victime dans sa santé et sa sécurité. Il s'agit alors de réprimer une violence physique *lato sensu*, mais aussi de garantir sa moralité et son éducation. L'infraction consiste alors dans ce cas « pour le parent à “se soustraire à ses obligations légales” : il manque à son devoir d'éducation, en ne veillant pas, par exemple, aux fréquentations de l'enfant, en lui donnant un modèle de conduite aux effets délétères¹⁰⁶ [l'alcoolisme, la toxicomanie, l'inconduite notoire¹⁰⁷], en le confiant à une secte dangereuse¹⁰⁸, en n'exerçant pas son droit de visite et d'hébergement, etc. Le délit passe donc indifféremment par des actes de commission ou des abstentions. Mais il faut que, par son comportement, le parent soit allé jusqu'“au point de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de l'enfant” : une menace en ce sens est suffisante, si bien qu'un dommage effectif n'est pas requis ». Le délit appartient donc à la catégorie des infractions formelles.

b. Les infractions de maltraitance imputables aux parents ou à des personnes assimilées

Ces délits peuvent être imputés non seulement à un parent, mais aussi à toute personne exerçant l'autorité parentale sur un mineur de moins de 15 ans, voire une simple autorité de

¹⁰⁴ L'abandon pécuniaire, supposant le défaut de paiement d'une pension ou assimilée, n'équivaut pas à une maltraitance selon l'auteur. Intégrer cette infraction reviendrait à donner un contenu évanescent à la maltraitance.

¹⁰⁵ Article 227-17.

¹⁰⁶ V. Cass. crim., 9 avr. 2008, pourvoi n° 07-88-601.

¹⁰⁷ Article 378-1, Code civil : « alcoolisme, toxicomanie, inconduite notoire ».

¹⁰⁸ Cass. crim., 11 juill. 1994, B. n°269.

fait dès lors qu'elle est continue. Cette prise en considération de l'autorité, de droit ou simplement de fait, permet de caractériser ce rapport « censé être de confiance » qui conditionne le recours à la notion de maltraitance. À titre d'exemple, l'auteur cite le fait de ne pas inscrire un mineur dans une école après mise en demeure de l'État ; la privation d'aliments ou de soins ; l'inceste.

c. Les infractions de maltraitance imputables à des tiers

Leur rattachement à la maltraitance dépend de l'existence entre la victime et son agresseur d'un lien de confiance présumé, dont l'équivalent juridique est, nous l'avons vu, un rapport d'autorité, de droit ou de fait. En revanche, il faut intégrer ici aussi à l'étude, en raison de leur but, toutes les infractions qui visent à prévenir la commission d'infractions de maltraitance infantile, seraient-elles imputables à des tiers n'ayant aucun pouvoir d'autorité sur le mineur. Les infractions à évoquer ici sont par conséquent hétéroclites, d'autant plus que plusieurs d'entre elles concernent non seulement les enfants, mais, plus largement, les personnes vulnérables¹⁰⁹ ou d'autres victimes encore.

– Les infractions de maltraitance imputables à des tiers et limitées au cas des seuls mineurs

- Les atteintes sexuelles commises sur un mineur de moins de 15 ans (leur simple tentative étant incriminée). Il n'est pas nécessaire que le mineur ait subi un préjudice pour que l'auteur soit punissable¹¹⁰. Les conditions sont les mêmes dans les cas de corruption de mineurs dont le but est d'altérer le sens moral du mineur dans le domaine de la sexualité, en troublant son sens ; pour les propositions sexuelles à un mineur de moins de 15 ans par un moyen de communication électronique (la seule sollicitation est réprimée) ; la simple tentative de fixer ou d'enregistrer l'image ou la représentation d'un mineur présentant un caractère pornographique, même si les faits n'ont pas été commis en vue d'une diffusion¹¹¹.
- L'atteinte à l'intégrité morale du mineur – en dehors du domaine de la sexualité seule : fabrication, transport, diffusion, commerce d'un message de caractère pornographique ou violent lorsque ce message est susceptible d'être vu par un mineur¹¹² que le résultat poursuivi est ou non été atteint. L'interdiction est faite dans les publications destinées à la jeunesse, de tout contenu présentant un danger pour elle en raison de son caractère pornographique ou lorsqu'il est susceptible d'inciter à la discrimination ou à la haine contre une personne déterminée ou un groupe de personnes, aux atteintes à la dignité humaine, à l'usage, à la détention ou au trafic de stupéfiants ou de substances psychotropes, à la violence ou à tous actes qualifiés de crimes ou de délits ou de nature à nuire à

¹⁰⁹ La catégorie des personnes vulnérables — définies juridiquement comme celles qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de l'âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse —, voire, encore plus largement, d'autres victimes qui ne sont pas spécialement en position de faiblesse.

¹¹⁰ De même, l'incitation infructueuse, par des offres, des promesses ou la proposition de dons, présents ou avantages, à commettre une atteinte sexuelle est incriminée : article 227-28-3, Code pénal. (trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende).

¹¹¹ Article 227-23, alinéa 1^{er}, Code pénal.

¹¹² Article 227-24, Code pénal (3 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende).

l'épanouissement physique, mental ou moral de l'enfance ou la jeunesse¹¹³.

- L'incitation à l'abandon d'un enfant né ou à naître : le fait de provoquer les parents ou l'un d'eux à un tel abandon dans un but lucratif, de don, de promesse ou sous la menace ou l'abus d'autorité ; le fait dans un but lucratif de s'entremettre entre une personne désireuse d'adopter et un parent désireux d'abandonner son enfant né ou à naître¹¹⁴ ; le fait de s'entremettre entre un couple désireux d'accueillir un enfant et une femme acceptant de porter en elle cet enfant en vue de le leur remettre.
- L'incitation adressée au mineur lui-même pour qu'il se soumette à une mutilation sexuelle¹¹⁵ par des offres ou des promesses, par la proposition de dons, présents ou avantages quelconques, ou encore par des pressions ou contraintes de toute nature. L'incitation faite directement à autrui, par l'un de ces mêmes moyens, à commettre une mutilation sur mineur est également qualifiée¹¹⁶.

– Les infractions de maltraitance imputables à des tiers non limitées au cas des seuls mineurs

- La non-dénonciation de privations, mauvais traitements ou atteintes sexuelles infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne vulnérable¹¹⁷. Il n'est pas exigé que la dénonciation ait été en mesure d'empêcher la maltraitance ou son renouvellement, ni d'en limiter les effets¹¹⁸. Toute personne ayant connaissance de cette maltraitance doit en informer les autorités judiciaires ou administratives. La seule exception concerne ceux qui sont astreints au secret professionnel¹¹⁹, libres de dénoncer ou de s'en abstenir lorsque ce secret est opposable à l'institution judiciaire¹²⁰.
- Le recours à la prostitution d'un mineur ou d'une personne vulnérable en échange d'une rémunération ou d'une promesse de rémunération¹²¹. Le délit est juridiquement consommé dès avant que le coupable parvienne à ses fins.
- Abuser frauduleusement de l'état d'ignorance ou de faiblesse pour conduire un mineur ou une personne vulnérable à un acte ou à une abstention qui leur sont gravement préjudiciables¹²².

¹¹³ Article 2, loi 16 juillet 1949 sur les publications destinées à la jeunesse.

¹¹⁴ Article 227-12, alinéa 2, Code pénal. (1 an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende).

¹¹⁵ Article 227-24-1, alinéa 1^{er}, Code pénal. (5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende).

¹¹⁶ Article 227-24-1, alinéa 2, Code pénal. (mêmes peines que dans le cas précédent).

¹¹⁷ Article 434-3, Code pénal. (3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende).

¹¹⁸ Cass. crim., 6 sept. 2006, Dr. pén. 2006, n°149

¹¹⁹ Article 434-3, alinéa 2, Code pénal.

¹²⁰ Ainsi du secret médical : Cf. Cass. crim., 27 avr. 2011, pourvoi n°10-82200. Mais tel n'est pas le cas du secret professionnel des membres d'un service éducatif auquel un mineur a été confié sur décision du juge des enfants : Cass. crim., 8 oct. 1997, B. n° 329.

¹²¹ Trois ans d'emprisonnement, 45 000 € d'amende.

¹²² Article 223-15-2, Code pénal. (3 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende).

- Violation des obligations ou interdictions imposées par le juge aux affaires familiales à la suite de violence exercée au sein d'un couple par un ancien conjoint, un ancien partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou un ancien concubin. La personne protégée peut être l'adulte anciennement lié à l'auteur mais aussi un enfant.

2. Les infractions commises avec maltraitance

Ce sont des infractions « communes » car elles n'ont pas vocation première à prévenir ou à réprimer la maltraitance infantile mais faisant l'objet d'un traitement juridique particulier afin d'atteindre ces objectifs :

- tantôt l'infraction en cause est plus étendue que celle protégeant les majeurs,
- tantôt le lien de l'infraction avec la maltraitance a des effets sur les peines :

- soit le Code pénal prévoit une peine aggravée :

1. La victime est un mineur de moins de 15 ans

Exemples : enlèvement et séquestration¹²³; vente de stupéfiants¹²⁴; corruption de mineur¹²⁵; prostitution d'un mineur¹²⁶; provocation au suicide¹²⁷; travail forcé et infractions qui s'en rapprochent¹²⁸ (conditions de travail et d'hébergement contraires à la dignité, obtention de service non rétribués équitablement, réduction en servitude).

2. La victime est un mineur ou une personne vulnérable

Exemples : les multiples infractions dirigées contre l'intégrité physique de la victime (meurtre¹²⁹, diverses violences¹³⁰, tortures et actes de barbarie¹³¹). S'y ajoutent, notamment, des hypothèses de maltraitance sexuelle, comme le viol¹³² et les autres agressions sexuelles¹³³, le harcèlement sexuel¹³⁴, ainsi que des infractions multiples illustrant une exploitation de la victime, comme la traite des êtres humains¹³⁵, le proxénétisme¹³⁶, la réduction en esclavage et l'exploitation d'une personne réduite en esclavage¹³⁷,

¹²³ Article 224-5, Code pénal. (selon les cas, réclusion criminelle à perpétuité au lieu d'une réclusion de 30 ans ; réclusion criminelle de 30 ans au lieu d'une réclusion de 20 ans).

¹²⁴ Article 222-39, al. 2, Code pénal (emprisonnement de 5 ans porté à 10ans).

¹²⁵ Article 227-22, al. 3, Code pénal (10 ans d'emprisonnement et 1000 000 € d'amende).

¹²⁶ Article 225-12-2, al. 6, Code pénal.

¹²⁷ Article 223-13, al. 2, Code pénal.

¹²⁸ Article 225-15, II, III, Code pénal.

¹²⁹ Article 221-4, 1° (3°), Code pénal.

¹³⁰ Articles 222-8, 1° (2°), 222-10, 1° (2°), 222-12, 1° (2°), 222-13, 1° (2°), 222-14, Code pénal.

¹³¹ Articles 222-3, 1° (2°), 222-4, 1° (2°), Code pénal.

¹³² Article 222-24, 2° (3°), Code pénal (mineur de moins de quinze ans).

¹³³ Article 222-29, 1° (2°), Code pénal (mineur de moins de quinze ans).

¹³⁴ Article 222-33, III, 2° (3°), Code pénal.

¹³⁵ Article 225-4-2, 1° (2°), Code pénal.

¹³⁶ Article 225-7, 1° (2°), Code pénal.

¹³⁷ Article 224-1 C, 1° (2°), Code pénal.

l'exploitation de la mendicité¹³⁸ ou de la vente à la sauvette¹³⁹.
Figure enfin dans cette série le harcèlement moral¹⁴⁰.

3. L'auteur est un parent ou une personne assimilée en raison de l'autorité qu'elle exerce

Exemples : atteinte sexuelle sur mineur de moins de 15 ans¹⁴¹, viol¹⁴² et autres agressions sexuelles¹⁴³, proxénétisme¹⁴⁴, traite des êtres humains¹⁴⁵, réduction en esclavage et exploitation d'une personne réduite en esclavage¹⁴⁶, exploitation de la vente à la sauvette¹⁴⁷ et de la mendicité¹⁴⁸, recours à la prostitution de mineur¹⁴⁹,

- soit il instaure à l'encontre du coupable une peine complémentaire spéciale : interdiction d'exercer une activité impliquant des mineurs ; obligation pour les parents d'accomplir un stage de responsabilité parentale¹⁵⁰.

¹³⁸ Article 225-12-6, 1° (2°), Code pénal.

¹³⁹ Article 225-12-9, 1° (2°), Code pénal.

¹⁴⁰ Article 222-33-2-2, 2° (3°), Code pénal.

¹⁴¹ Article 227-26, 1°, Code pénal (ascendant, personne ayant autorité de droit ou de fait).

¹⁴² Article 222-24, 4°, Code pénal (ascendant, personne ayant autorité de droit ou de fait), 5° (personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions).

¹⁴³ Articles 222-28, 2°, et 222-30, 2°, Code pénal (ascendant, personne ayant autorité de droit ou de fait), articles 222-28, 3°, et 222-30, 3° (personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions).

¹⁴⁴ Article 225-7, 5°, Code pénal (ascendant, personne ayant autorité sur la victime, personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions).

¹⁴⁵ Article 225-4-2, 8°, Code pénal (ascendant, personne ayant autorité sur la victime, personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions).

¹⁴⁶ Article 224-1 C, 3°, Code pénal (ascendant, personne ayant autorité sur la victime, personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions).

¹⁴⁷ Article 225-12-9, 5°, Code pénal (ascendant, personne ayant autorité sur la victime, personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions).

¹⁴⁸ Article 225-12-6, 5°, Code pénal (ascendant, personne ayant autorité sur la victime, personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions).

¹⁴⁹ Article 225-12-2, 3°, Code pénal (personne abusant de l'autorité qu'elle confère ses fonctions).

¹⁵⁰ Article 131-35-1, Code pénal, V, notamment article 222-45 (violences, agressions sexuelles, trafic de stupéfiants), article 223-18 (exposition d'autrui à un risque), article 224-9 (réduction en esclavage et exploitation d'une personne réduite en esclavage, enlèvement et séquestration), article 225-20 (traite des êtres humains, proxénétisme, recours à la prostitution de mineurs, exploitation de la mendicité et de la vente à la sauvette), article 227-29 (délaissement de mineur, abandon de famille, etc.), article 321-9 (recel de chose et infractions assimilées), Code pénal.

12. LACHARITÉ C. Représentation de l'enfant maltraité dans le discours scientifique. Une esquisse de problématisation. In BERGONNIER-DUPUY G. *L'Enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille*. 2005, Toulouse : Érès « Petite enfance et parentalité », p. 63-75.

- **L'auteur**

Carl Lacharité, Gredef, Trois-Rivières, Québec, Canada.

- **Type de recherche et format de publication**

Chapitre d'ouvrage collectif.

- **Contexte et Objectifs**

Les discours scientifiques, et notamment ceux en provenance des sciences sociales, s'inscrivent nécessairement dans un contexte historique et sociopolitique et reposent sur des valeurs et des conceptions implicites (à propos de l'être humain, des relations sociales, de la société, etc.). Le discours des chercheurs œuvrant dans certains domaines particuliers est investi de représentations, qui s'expriment avec plus ou moins d'intensité en fonction des enjeux sociaux auxquels il est rattaché, comme c'est le cas de la maltraitance.

Des études existent sur l'analyse du discours des professionnels confrontés à ces situations mais aucune ne s'est penchée sur le discours lui-même des chercheurs dans ce champ. L'objectif de l'article est de s'interroger sur le discours scientifique portant sur la maltraitance pour en préciser sa forme à un moment historique donné et aussi pour expliciter en quoi il constitue un certain type de réponse à un certain type de problème.

- **Méthode**

Deux types de matériaux sont utilisés pour l'analyse du discours scientifique sur la maltraitance :

- l'expérience de chercheur de l'auteur et de ses proches collègues au cours des quinze dernières années en lien avec l'évolution du contexte sociopolitique entourant la recherche sociale au Québec. Ce matériel a pour objectif de situer le discours portant sur la maltraitance, les enfants maltraités et les parents qui les maltraitent et de construire des modèles d'implication du chercheur ;
- l'analyse du contenu d'un manuel portant sur la maltraitance à partir des éléments de ce modèle.

- **Résultats**

➤ **Les modèles d'implication du chercheur**

Étude du positionnement du/des chercheur(s) face à l'objet de recherche, aux participants à la recherche, aux auditoires concernés mais aussi face au processus de recherche lui-même.

Identification d'une trajectoire divisible en trois phases correspondant à trois modèles d'implication du chercheur :

1. **Le modèle traditionnel de la position du chercheur : les discours ne sont pas replacés dans le contexte ayant permis leur production**

Contextualisation du phénomène de la maltraitance et des personnes touchées par celui-ci, mais pas du discours des chercheurs. Les conditions de production de la réflexion et du discours sont

passées sous silence. Les chercheurs en tant qu'acteurs sociaux ne s'incluent pas dans le phénomène. Il en est de même des discours et des actions des différents auditoires des chercheurs.

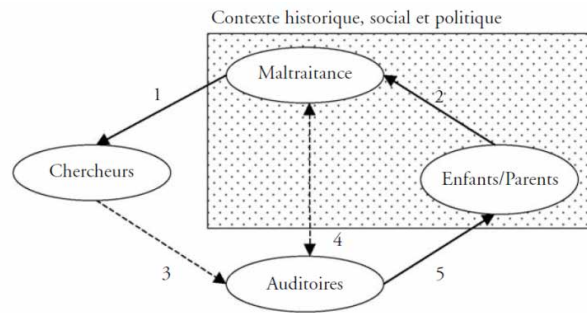


Figure 1. Modèle traditionnel de la position du chercheur.

Source : LACHARITÉ C. Représentation de l'enfant maltraité dans le discours scientifique. Une esquisse de problématisation. In BERGONNIER-DUPUY G. *L'Enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille*. 2005, Toulouse : Érés « Petite enfance et parentalité », p. 63-75, (p. 65).

Recueil d'informations sur et auprès des enfants et des parents touchés dans l'objectif de mieux connaître le phénomène de la maltraitance (la cible principale du travail). Enfants et parents ne sont vus qu'à travers une perspective totalisante : ils sont soit maltraités, soit maltraitants.

Rapport unidirectionnel et unidimensionnel avec les auditoires. L'objectif est de diffuser les résultats de la recherche devant des auditoires constitués majoritairement de professionnels ou d'acteurs institutionnels. Les chercheurs ne considèrent pas les participants à leur recherche comme étant des interlocuteurs pertinents et ils ne se perçoivent pas eux-mêmes comme ayant un rôle direct dans la vie de ces personnes. En conséquence, ils ne voient pas l'intérêt de développer des savoirs, des habiletés et des procédures qui permettraient aux parents et aux enfants de contribuer à l'avancement des connaissances sur la maltraitance autrement qu'en acceptant de se soumettre au protocole de recherche proposé.

Le discours scientifique est conçu aussi pour valider, ajuster voire corriger les représentations ou savoirs que les auditoires se sont constitués eux-mêmes. Les connaissances scientifiques se posent comme un savoir-vérité servant d'étalon aux autres types de savoirs à propos de la maltraitance et des personnes touchées par ce problème.

2. Le modèle particulièrement contextualisé : intérêt pour les pratiques

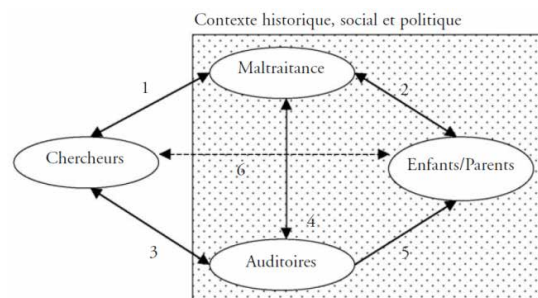


Figure 2. Modèle partiellement contextualisé de la position du chercheur.

Source : LACHARITÉ C. Représentation de l'enfant maltraité dans le discours scientifique. Une esquisse de problématisation. In BERGONNIER-DUPUY G. *L'Enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille*. 2005, Toulouse : Érés « Petite enfance et parentalité », p. 63-75, (p. 67).

En plus d'inclure des connaissances sur le phénomène de la maltraitance, le discours scientifique comprend également une réflexion sur les pratiques sociales des auditoires envers les

enfants et les parents touchés par la maltraitance. Les conditions sociales et politiques ne sont plus simplement vues comme étant des conditions de vie affectant les enfants et les parents touchés par la maltraitance mais comme englobant aussi les auditoires « concernés » auxquels les chercheurs s'adressent.

Certains chercheurs vont eux-mêmes s'impliquer en tant qu'acteurs sociaux directs auprès des parents et des enfants touchés par la maltraitance et le statut de « chercheur-praticien » est de plus en plus revendiqué. Des mesures sont prises pour faciliter la rencontre des deux univers (recherche et pratiques) et créer une synergie : obligation de faire une démonstration de la pertinence sociale des études dans les demandes de subvention de recherche, financement d'infrastructure pour des équipes de l'université/milieu, création d'instituts de recherche intégrés aux établissements de services, bourses pour des chercheurs œuvrant au sein d'établissements de services, etc.

Ce modèle et ses caractéristiques ont entraîné un autre phénomène : l'importance de baser ces pratiques sur des données probantes (*evidence-based practices*). Cela correspond à la volonté de hiérarchiser les facteurs d'influence des pratiques afin de trouver les possibilités de sortie de la « cage contextuelle » qui s'est peu à peu construite autour des pratiques sociales. Les connaissances scientifiques sont vues comme étant des moyens de se libérer de l'influence de certains facteurs contextuels qui orientent les pratiques (par exemple : les valeurs, les idéologies, les modes, les intérêts corporatistes, etc.).

3. Le modèle saturé : perspective subjectivante

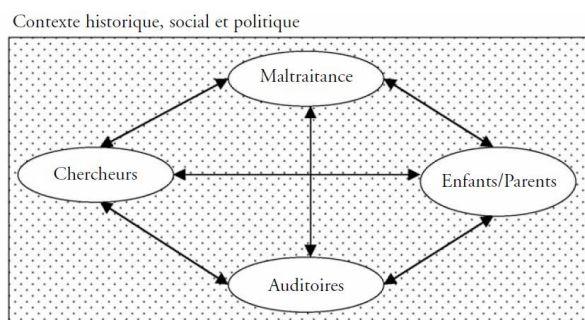


Figure 3. Modèle saturé de la position du chercheur.

Source : LACHARITÉ C. Représentation de l'enfant maltraité dans le discours scientifique. Une esquisse de problématisation. In BERGONNIER-DUPUY G. *L'Enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille*. 2005, Toulouse : Érès « Petite enfance et parentalité », p. 63-75, (p. 70).

Le discours scientifique sur la maltraitance est conçu comme étant produit non pas uniquement par des conditions d'ordre scientifique mais également par des conditions psychologiques, sociales, politiques, culturelles et historiques. Les chercheurs et leurs discours n'occupent plus une position privilégiée par rapport à celle des auditoires auxquels ils s'adressent ou à celle des personnes touchées par la maltraitance. Ils sont davantage conscients des enjeux sociaux, politiques et éthiques liés à la production et l'utilisation de leur discours.

À l'intérieur d'un modèle saturé, les chercheurs tentent d'intégrer dans leur objet de recherche non seulement le phénomène lui-même de la maltraitance, mais aussi les « sujets », au premier plan, de ce phénomène – les enfants et les parents. Cette « subjectivation » de la maltraitance peut même aller plus loin et inclure d'autres acteurs : les membres des auditoires concernés et les chercheurs eux-mêmes peuvent aussi être conçus comme étant des « sujets » de ce phénomène.

➤ **Analyse d'une forme de discours scientifique : l'Apsac Handbook on Child Maltreatment**

Manuel proposant un discours scientifique typique du modèle partiellement contextualisé (modèle 2) : l'idéal de la pratique est fondé sur des résultats empiriques et ceux-ci sont traduits en applications immédiates.

C'est majoritairement le phénomène (maltraitance, abus, protection) qui est décrit, alors qu'il est très peu fait mention des parents et des enfants impliqués dans les situations.

Présentation de l'analyse des chapitres de l'ouvrage – principaux écueils :

- hégémonie dans les cadres conceptuels et de références choisis, dans le choix des sources des travaux recensés et dans les méthodes de collecte de données, de la perspective psychologique de l'enfant maltraité et du parent qui maltraite. Accent mis sur les aspects sombres des expériences de maltraitance et discours centré sur l'inadaptation et la psychopathologie ;
- l'enfant est uniquement évoqué de manière structuraliste : sont alors abordés le développement (de l'enfant), la dépression (de l'enfant), l'attachement (de l'enfant), etc. ;
- l'enfant maltraité est considéré comme un être passif, comme une victime ; les réussites et compréhensions qu'il peut réaliser sont absentes du discours (représentation similaire pour le parent maltraitant) ;
- l'enfant maltraité est conçu comme ayant une carrière psychosociale le conduisant du jeune enfant maltraité victime passive à l'adolescent « réactionnaire » pour arriver à un état d'adulte irresponsable, immature, insensible, inadapté.

• **Conclusion**

Nécessité de poursuivre la démarche entreprise pour toutes références scientifiques (publications, colloques, conférences).

Nécessité de construire un cadre de pratique réflexive s'adressant au chercheur lui-même : le fait de concevoir sa position comme étant nécessairement contextualisée entraîne des conséquences d'ordre conceptuel, méthodologique, analytique et éthique. Une telle démarche permettrait de constituer une avancée importante, non seulement pour la production d'un savoir sur le phénomène mais également pour l'articulation de modes d'action visant à améliorer le bien-être des enfants et le soutien aux figures parentales.

13. SCHULTHEIS F., FRAUENFELDER A. et DELAY C. *Maltraitance : contribution à une sociologie de l'intolérable*. Paris : L'Harmattan, 2007, p. 267.

- **Les auteurs**

Franz Schultheis est professeur de sociologie à l'université de Saint-Gall.

Arnaud Frauenfelder est docteur en sociologie, chercheur et chargé d'enseignement à l'université de Genève.

Christophe Delay est assistant d'enseignement et de recherche à l'université de Genève.

- **Type de recherche et format de publication**

L'ouvrage est issu d'une recherche¹⁵¹ mandatée par le Grand Conseil de l'État de Genève, réalisée par l'équipe de chercheurs du département de sociologie de l'université de Genève (12 étudiants en fin d'études de sociologie, 2 assistants de recherche, 1 professeur). L'étude devait répondre à une question préoccupante pour diverses institutions sociales chargées de la protection de l'enfance : l'augmentation importante des cas de maltraitance signalés par l'Office de la Jeunesse sur le territoire du canton de Genève¹⁵².

- **Objectifs**

Principe de départ des auteurs : La maltraitance en tant que fait social n'existe qu'à partir du moment où ce phénomène est repéré institutionnellement. Les auteurs ont souhaité s'interroger sur les transformations évolutions du rapport social à la maltraitance envers les enfants en demandant pourquoi « une société telle que la nôtre choisit, à un moment historique spécifique, un événement appelé depuis peu "maltraitance" pour en faire le symbole parfait de tout ce qui lui paraît intolérable et d'organiser autour de la figure emblématique de l'enfant à protéger un dispositif institutionnel complexe de régulation des rapports familiaux d'un côté et de l'ordre social de l'autre » (p. 17). La maltraitance est ainsi considérée comme un « laboratoire sociologique » pour approcher la représentation sociale de l'enfant et de sa place dans notre société.

Les objectifs :

1. Restituer le processus de construction d'une « évidence morale » autour de la nécessité de lutter contre la maltraitance.
2. Mettre en évidence la manière dont ce consensus moral fait place à des pratiques institutionnelles (dépistage et prise en charge) caractérisées par de profondes incertitudes et hésitations et interrogations sur les signes objectifs (difficulté à « mesurer » la « bonne » et « mauvaise volonté » des parents, etc.).
3. Montrer que derrière la régulation institutionnelle du phénomène se joue la mise en place d'un « nouveau modèle éducatif qui n'est pas neutre socialement ni culturellement » (p. 39) et qui impose de nouvelles exigences normatives et de nouvelles contraintes sur le « métier de parent ».

¹⁵¹ SCHULTHEIS F., FRAUENFELDER A., DELAY C., avec la coll. STASSEN J.-F., ION G. La maltraitance envers les enfants : entre fausses évidences et enjeux sociaux ignorés. Analyse sociologique des transformations du rapport social à l'enfance dans le canton de Genève depuis 1990. Rapport final destiné à la commission de contrôle de gestion du Grand Conseil (République et canton de Genève), université de Genève, 2005.

¹⁵² Les auteurs font référence aux indicateurs statistiques officiels disponibles sur le territoire de l'État de Genève depuis le début des années 1990, dont la constante et forte augmentation dépasse de loin le niveau repéré dans d'autres cantons suisses.

4. Mettre en évidence le malaise des professionnels confrontés à une « mission impossible » en raison des ambivalences associées aux phénomènes (« un consensus moral faussement évident »).

- **Méthode**

Les auteurs ont réalisé une enquête de terrain ethnographique qui consiste en une observation et une analyse distancée et réflexive d'un terrain proche permettant d'appliquer un ensemble de méthodes de recherche selon les phénomènes empiriques successivement rencontrés. Pour cela, les auteurs ont mobilisé l'approche qualitative et exploratoire dite de la « *grounded theory* »¹⁵³, qui consiste en « un va-et-vient permanent entre théorisations et observations, développement d'hypothèses de recherche et confrontation de celles-ci avec la réalité empirique, travail conceptuel et travail de récolte de données ».

Des entretiens individuels avec les professionnels du champ et des analyses de contenu de sources écrites (dossiers des familles, sources publiques officielles) ont été réalisés.

- **Population d'étude**

Trente-et-un professionnels (médecins, travailleurs sociaux, juges, psychologues) issus des services de santé de la jeunesse (SSJ), de protection de la jeunesse (SPJ), du tuteur général (STG), du service médico-psychologique (SMP).

Trente-quatre dossiers transmis par les responsables de trois services de l'Office de la jeunesse (OJ) sur la base des critères suivants : dossiers anciens et récents, familles suisses et étrangères, pluralité des cas de maltraitance (négligence, maltraitance physique, abus sexuel, etc.).

- **Résultats**

La maltraitance recouvre, selon les auteurs, une réalité contradictoire et marquée par de fortes ambivalences. Il y aurait ainsi, selon eux, un décalage important entre les statistiques en constante augmentation, l'opinion publique – caractérisée par une évidence morale considérant la maltraitance comme intolérable – et les pratiques de dépistage et des décisions d'intervention marquées par les doutes et les incertitudes.

➤ **Statistiques en constante augmentation et conséquences sur l'évolution du rapport social à la maltraitance**

– **Risque de l'utilisation non réflexive des données**

L'objectivité apparente des chiffres entraîne généralement l'oubli du caractère construit – et pas seulement donné – de ces données et ainsi l'oubli que leur variation dans le temps ne peut pas être simplement comprise comme une croissance du phénomène rencontré. Elle est aussi fonction d'autres évolutions : des changements réels au niveau des pratiques familiales et du traitement des enfants ; des formes de dépistage et de contrôle de plus en plus efficaces ; des définitions divergentes données à la « maltraitance » et une sensibilité publique accentuée face à des actes représentés comme banals auparavant et qualifiés de traitements intolérables ensuite.

¹⁵³ GLASER B., STRAUSS A. *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. Chicago : Aldine Publishing Company, 1967, p. 1-30.

– **Sentiment d’insécurité et ampleur du dispositif de protection : paradoxe de l’augmentation**

Selon les auteurs, le canton de Genève dispose d’un des systèmes de protection les plus ambitieux et systématique (investissements collectifs, programmatiques politiques) et pourtant, le sentiment d’insécurité ou de malaise face à l’enfance en danger s’y avère, selon eux, nettement plus virulent qu’ailleurs. Ainsi, la corrélation entre importance de la protection sociale et juridique et sentiment de sécurité ne peut être établie. Au contraire, il apparaît que l’importance des dispositifs institutionnels soit davantage en lien avec une baisse du niveau de tolérance et une plus grande réceptivité pour les faits relevant de la maltraitance.

– **Signification du mot, rayonnement sémantique et caractère des faits assimilés**

L’élargissement constant du champ sémantique du mot maltraitance et son usage parfois inflationniste font que des formes de vie et de comportements familiaux considérés auparavant comme faisant partie de la vie intime et des affaires de famille plus ou moins banales deviennent une préoccupation sociétale, voire d’État (inscription sur les agendas politiques, par exemple).

➤ **La reconnaissance de la maltraitance : une nouvelle forme de contrôle social ?**

– **La difficulté du métier de parent et la normalisation des pratiques éducatives**

Selon les auteurs, les parents sont aujourd’hui pris au piège entre des contraintes normatives parfois paradoxales (avoir de l’autorité sans être autoritaire ; faire respecter les normes sans sanctionner les transgressions ; dans les interactions enfant-parent, négocier au lieu de commander, etc.) et des accusations et culpabilisations diverses (être trop laxiste/autoritaire, trop envahissant/individualiste).

– **Inégalité de compréhension et d’appropriation des normes**

Les inégalités en matière de ressources matérielles et culturelles semblent créer de nouveaux clivages entre ceux qui disposent des savoirs et du savoir-faire en éducation et ceux qui n’en disposent pas ou ne trouvent pas les conditions de vie pratiques pour pouvoir les exercer. Selon les auteurs, « le critère de bienveillance risque par là de refléter une forme de distinction sociale retraduite en distinction morale (p. 28) ». Il semble aussi important de questionner la relation ambivalente que peuvent entretenir les familles des milieux modestes et d’origine étrangère avec une institution mal connue et intimidante (p. 26) pour éviter que cette dernière ne se transforme en une sorte de « police des familles ».

– **Le manque de protection des familles visées**

Ces familles sont souvent marquées par un niveau de vulnérabilité et de précarité considérable, dotées d’un niveau de ressources linguistiques et de compétences culturelles en dessous de la moyenne et donc mal armées pour se défendre par rapport à des interventions institutionnelles aux rouages compliqués, parfois difficile à appréhender. Il semblerait important d’offrir aux familles une instance médiatrice de conseil et de défense pour mieux connaître leurs droits, pour mieux comprendre ce qui leur arrive et ainsi réduire leur sentiment d’être exposées sans défense à une « raison d’État abusive et arbitraire ».

➤ **Les pratiques et les professionnels**

– **La maltraitance : une nébuleuse pour les acteurs de terrain et le règne de l’incertitude**

La maltraitance ne saurait désigner une catégorie de délit univoque, aisément identifiable et identifiée.

Les professionnels sont régulièrement confrontés à l'incertitude, aux doutes quant aux décisions à prendre que ce soit pour le repérage (où commence et où s'arrête la maltraitance ?) et/ou pour les prises en charge. Les frontières à définir sont variables, d'autant plus lorsque les situations présentées s'éloignent des « grosses situations » qui, elles, font consensus.

– **Développer des dispositifs d'accompagnement et de soutien aux familles en difficulté sous formes d'institutions faciles d'accès (à proximité et à seuils faibles)**

Ceux-ci permettraient aux parents en difficultés matérielles ou éducatives de chercher rapidement du soutien, avant qu'elles ne prennent une forme multiple. Il s'agirait également de promouvoir des dispositifs prenant en charge l'ensemble de la problématique familiale alors que pour l'instant les professionnels se trouvent souvent contraint d'isoler la question de la vulnérabilité de l'enfant de celle de son contexte familial.

– **La nécessaire reconnaissance du travail effectué par les professionnels de terrain**

Les professionnels en contact direct avec les enfants « en risque » et les familles « à risque » effectuent un travail délicat, précaire et risqué. Il est nécessaire de rendre ces caractéristiques de leurs activités visibles publiquement et d'assurer la reconnaissance des responsabilités prises, pour ne pas ajouter une dévalorisation médiatique à des professionnels déjà fragilisés par la difficulté de leur mission.

– **Le risque de la standardisation du dépistage et de l'intervention**

La standardisation de l'évaluation – réalisée à partir d'indicateur type – viendrait à l'encontre du type de diagnostic habituellement élaboré par les acteurs, basé sur leur « expertise quotidienne » et leur compétence personnelle d'analyse et d'interprétation des signes. Il s'avère nécessaire de défendre une évaluation approfondie et systématique au « cas par cas » et un encadrement personnalisé et individualisé.

– **Maintenir la logique subsidiaire dans les interventions des professionnels**

Les acteurs les plus proches des situations concernées doivent jouer un rôle prioritaire par rapport aux niveaux supérieurs de la hiérarchie institutionnelle et doivent posséder des marges d'action suffisamment larges et autonomes pour pouvoir parvenir à une évaluation pertinente de la situation et prendre les décisions adéquates (dont entreprendre des démarches judiciaires lorsqu'elles s'avèrent nécessaires).

➤ **Pour une nouvelle compréhension de la maltraitance : un phénomène complexe dont l'ensemble des facteurs doivent être intégrés dans l'analyse**

Les auteurs proposent de réserver le concept de maltraitance à la qualification d'actes mettant en danger manifeste la santé physique et/ou psychique d'un enfant en évitant de l'appliquer comme un « concept passe-partout » et « attrape-tout » face à des pratiques quotidiennes de la vie familiale souvent anodines. Les auteurs en appellent ainsi à une attitude retenue mais vigilante chez les professionnels face à toutes pratiques familiales se situant hors des normes caractéristiques « de la "normalité" de la culture familiale main stream de nos civilisations industrielles avancées » (p. 22).

Les situations rencontrées nécessitent des approches à la hauteur de leur complexité et des stratégies d'actions professionnelles modérées, évitant de bruler les étapes. Face à ces réalités sociales complexes et multiformes marquées par l'ambivalence, les instances

politiques responsables doivent offrir les moyens de tenir compte publiquement des enjeux fondamentalement ambivalents, sinon contradictoires (caractéristiques de ces situations et des interventions proposées en réponse) plutôt que d'afficher une vision moralisatrice facile et réductionniste, ce qui permettrait d'avancer dans la compréhension des difficultés rencontrées par les parents.

II. Description clinique et statistique

14. BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M., et al. Abus, maltraitance et négligences : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014, 62, p. 299-312. & BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M., et al. Abus, maltraitance et négligences : (2) prévention et principe de prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014, 62, p. 313-325.

- **Les auteurs**

X. Benarous, A. Consoli, M. Raffin et D. Cohen exercent dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris.

- **Type de recherche et format de publication**

Article, comportant deux parties.

- **Objectifs**

Proposer une revue de la littérature récente sur la maltraitance :

Première partie de l'article : rappel de la prévalence des différents types de maltraitance infantile ainsi que leurs conséquences médicales, psychologiques et sociales à long terme.

Seconde partie : repérage et évaluation des principales stratégies de dépistage et d'intervention recommandées.

- **Définitions des termes employés**

Enfant maltraité – Enfant à risque – Enfant en danger (p. 301¹⁵⁴) :

L'enfant maltraité : « victime de violence physique, [de] cruauté mentale, [d']abus sexuel, [de] négligence lourde ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ».

L'enfant à risque : « connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité ».

L'enfant en danger : terme retrouvé dans le Code civil équivalant « à la notion de *maltreatment* retrouvée dans les études anglo-saxonnes » qui recouvre « à la fois la maltraitance et les enfants à risque ».

Les différents types de maltraitance (p. 301¹⁵⁵) :

« Abus physique : actes commis par un tuteur qui entraînent des dommages corporels ou risquent d'en entraîner ; abus psychique ou émotionnel ou cruauté mentale : ne pas veiller à offrir un environnement convenable et positif, et de commettre des actes qui nuisent à

¹⁵⁴ Reprise par les auteurs de la définition de l'ODAS : Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. Paris : Publication de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée, 2007.

¹⁵⁵ D'après BUTCHART A., KAHANE T., PHINNEY-HARVEY A., et al. Preventing child maltreatment : a guide to taking action and generating evidence. Geneva : WHO, 2006.

la santé et au développement affectifs de l'enfant. Parmi ces actes, [...] le fait de limiter les mouvements d'un enfant, le dénigrement, le fait de ridiculiser, les menaces et l'intimidation, la discrimination, le rejet et d'autres formes non physiques de traitements hostiles ; abus sexuel : actes que commet un tuteur sur la personne d'un enfant pour en retirer un plaisir sexuel ; négligence grave ou carence de soins : renvoie au fait qu'un parent ne veille pas au développement de l'enfant – s'il est en position de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger. La négligence se distingue donc des situations de pauvreté en ceci qu'elle ne survient que dans les cas où la famille ou les tuteurs disposent de ressources raisonnables. » Dans les différentes formes de maltraitance, les auteurs ajoutent l'exposition à la violence conjugale (p. 301) sans la définir.

- **Résultats**

Première partie de l'article :

➤ **Prévalence**

– Constat d'une sous-estimation des comportements de maltraitance

Deux méthodes différentes pour évaluer la fréquence de la maltraitance :

- Études de victimation : recherche via des autoquestionnaires des comportements de maltraitance chez des parents ou chez des enfants assez âgés pour y répondre.
- Données officielles (médicales : CepiDC ; Protection sociales : ASE, Odas, CRIP ; sphère judiciaire : saisine aux parquets, au juge des enfants ; Snated).

Variation d'un facteur 10 des estimations recueillies selon la méthode envisagée¹⁵⁶. Consensus de la communauté scientifique pour encourager la réalisation d'études prospectives qui permettent de renforcer les arguments en faveur d'un lien de causalité et d'éviter les biais de mémorisation retrouvés dans les études rétrospectives¹⁵⁷. Des auteurs recommandent également de croiser les deux méthodes pour optimiser la fiabilité des résultats¹⁵⁸.

– Épidémiologie

Selon les formes de maltraitance :

Abus physique : entre 4 à 16 % des enfants¹⁵⁹.

Abus sexuel : 5 à 15 % des garçons et 15 à 30 % des filles. 5 à 10 % des garçons et 5 à 10 % des filles : un viol dans l'enfance¹⁶⁰. Méta-analyse de 2004 : sous-estimation probable de la prévalence réelle compte tenu de la sous-déclaration des cas d'abus sexuel¹⁶¹.

Abus psychologique : environ 10 % des enfants y sont exposés¹⁶².

¹⁵⁶ GILBERT R., WIDOM C.S., BROWNE K. *et al.* Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009, 373, p. 68-81.

¹⁵⁷ TURSZ A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. *Arch. Pediatr.* 2009, 16, 936-9.

¹⁵⁸ GILBERT R., WIDOM C.S., BROWNE K. *et al.* *Op cit.*

¹⁵⁹ GILBERT R., WIDOM C.S., BROWNE K. *et al.* *Op cit.*

¹⁶⁰ GILBERT R., WIDOM C.S., BROWNE K. *et al.* *Op cit.*

¹⁶¹ ANDREWS G., CORRY J., SLADE T. *et al.* Childsexual abuse. Comparative quantification of health risks. Geneva : WHO, 2004.

¹⁶² GILBERT R., WIDOM C.S., BROWNE K. *et al.* *Op. cit.* ; FINKELHOR D. *Childhood victimization. Violence, crime and abuse in the lives of young people.* Oxford : Oxford University Press, 2008. ; EDWARDS V.J., HOLDEN G.W., FELITTI V.J. *et al.* Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents : results from the adverse childhood experiences study. *Am. J. Psychiatry.* 2003, 160, p. 1453-60.

Négligence grave : entre 1 à 15 % des enfants¹⁶³. Résultats d'enquêtes dans lesquelles l'enfant ou ses parents rapportent une absence persistante de soins ou une répétition de situations au cours desquelles un enfant a été blessé par manque de surveillance. Variation importante du taux compte tenu de la définition plus équivoque de la négligence par rapport aux autres types de maltraitements¹⁶⁴.

Être témoin de violence entre les partenaires du couple : entre 10-20 % des enfants¹⁶⁵.

Comorbidité : de 36 à 91 % selon le type de maltraitance (les abus émotionnels ne sont isolés que dans 1,2 % des situations)¹⁶⁶. Dans 30 à 60 % des situations où l'enfant est témoin de violences conjugales, on retrouve d'autres formes de maltraitance¹⁶⁷.

Répétitions : 22 % des enfants maltraités avaient déjà été signalés dans les vingt-quatre mois précédents¹⁶⁸. Facteurs de risque associés à la répétition : facteurs de risques persistants chez l'enfant (handicap ; troubles du comportement, retard mental et trouble des apprentissages ; maladie somatique chronique) ; chez les parents (existence d'un trouble psychiatrique ; abus de toxique) ; les signes de précarité sociale (faible revenu, niveau d'éducation, contacts répétés avec les services sociaux) ; association de plusieurs types de maltraitance et en particulier la négligence.

Fratrie : la maltraitance limitée à un seul enfant de la fratrie concerne 44 % des enfants exposés à la maltraitance ; les conflits et séparations conjugales, l'abus d'alcool et de drogues chez l'un des parents et la criminalité familiale sont associés à la maltraitance de tous les enfants de la famille¹⁶⁹.

– Association à d'autres événements de vie

Les enfants ayant été exposés à un type de maltraitance sont plus à risque que les autres enfants d'être victimes d'autres types d'événements de vie difficile et ceci est corrélé à la sévérité de la maltraitance¹⁷⁰.

– Évolution

Diminution globale des abus physiques et sexuels dans les pays à hauts revenus. Mais malgré cette tendance, de grandes différences selon le type de maltraitance :

- Diminution de moitié des cas d'abus physiques et sexuels entre 1995 et 2005¹⁷¹ ;

¹⁶³ GILBERT R., WIDOM C.S., BROWNE K. *et al. Op. cit.* ; Children's bureau. *Child maltreatment 2006*. Washington DC : US Government Printing Office, 2008. 237 p.

¹⁶⁴ STRAUS M.A. et KANTOR G.K. Definition and measurement of neglectful behavior : some principles and guidelines. *Child Abuse and Neglect*. 2005, 29, p. 19-29.

¹⁶⁵ GILBERT R., WIDOM C.S., BROWNE K. *et al. Op. cit.*

¹⁶⁶ LAU A.S., LEEB R.T., ENGLISH D. *et al.* What's in a name ? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 2005, 29, p. 533-51.

¹⁶⁷ HERRENKOHL T.I., SOUSA C., TAJIMA E.A. *et al.* Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse*. 2008, 9, p. 84-99.

¹⁶⁸ FLUKE J.D., SHUSTERMAN G.R., HOLLINSHEAD D.M. *et al.* Longitudinal analysis of repeated child abuse reporting and victimization : multistate analysis of associated factors. *Child Maltreat*. 2008, 13, p. 76-88.

¹⁶⁹ HAMILTON-GIACHRITSIS C.E. et BROWNE K.D. A retrospective study of risk to siblings in abusing families. *J. Fam. Psychol.* 2005, 19, p. 619-24.

¹⁷⁰ FINKELHOR D. *Op. cit.*

¹⁷¹ FINKELHOR D. *Op. cit.* ; US Department of Health and Human Services. *Op. cit.* ; SIDEBOTHAM P. An ecological approach to child abuse : creative use of scientific models in research and practice. *Child Abuse Rev.* 2001, 10, p. 97-112.

- Hausse des cas d'abus psychologiques et de négligence grave recensés ainsi que de l'association à d'autres formes de violence domestique.

En France, alors que le nombre d'enfants en risque augmente, la prévalence des enfants maltraités s'est stabilisée depuis 2000, avec une diminution du nombre d'abus sexuels (-22 % entre 2000 et 2006) et une augmentation des abus émotionnels signalés (+ 142 % entre 2000 et 2006) (Odas, 2007).

► Conséquences de la maltraitance

– Conséquences sur le développement cérébral

Les traumatismes précoces affectent en particulier les régions cérébrales impliquées dans la réponse à un stimulus menaçant : évaluation des effets du stress répété et précoce sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et le système nerveux autonome¹⁷² ; études transactionnelles sur l'hyperactivité amygdalienne en imagerie fonctionnelle et diminution des récepteurs aux glucocorticoïdes dans l'hippocampe en cas de traumatismes précoces¹⁷³. Réversibilité de cette influence par des soins de maternage¹⁷⁴.

La variabilité interindividuelle aux événements traumatiques précoces est expliquée par le polymorphisme des gènes impliqués. Le génotype modulerait l'influence de l'environnement sur les mécanismes impliqués dans la synaptogénèse et la plasticité neuronale¹⁷⁵.

Études sur le rôle des facteurs endocriniens et neurotrophiques en cas de traumatismes précoces : dérégulation hormonale en cas de nanisme psychoaffectif (déficit fonctionnel en hormone de croissance) ; variation du taux de récepteurs intracellulaires à l'ocytocine (neuropeptide jouant un rôle dans les mécanismes d'attachement précoce) en fonction des comportements de maternage¹⁷⁶.

Outre le système de régulation au stress, l'ensemble des fonctions perceptives, cognitives, du langage et de la communication peuvent être affectées en cas de déprivation sensorielle. Le type de structure anatomique impliquée dépendrait aussi de la période de survenue de la maltraitance et le retentissement neurobiologique ne se limite pas à une fenêtre temporelle précoce mais s'étend tout au long de la maturation cérébrale (traumatismes sexuels entre 3 et 5 ans : diminution du volume hippocampique ; entre 9 et 10 ans : davantage d'anomalies du corps calleux ; entre 14 et 16 ans : anomalie du cortex préfrontal¹⁷⁷).

Ces résultats sur les modifications neurobiologiques suite à des maltraitements doivent être intégrés dans un modèle interactionniste : « Les abus peuvent entraîner, soit directement soit indirectement par l'intermédiaire des troubles psychopathologiques causés, des difficultés relationnelles, sociales et scolaires qui altèrent la qualité des échanges avec le milieu, lui-même

¹⁷² TEICHER M.H. et SAMSON J.A. Childhood maltreatment and psychopathology : a case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am. J. Psychiatry.* 2013, 170, p. 1114-33.

¹⁷³ COHEN D. Traumatismes et traces : données expérimentales. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2012, 60, p. 315-23.

¹⁷⁴ COHEN D. Probabilistic epigenesis : an alternative causal model for conduct disorders in children and adolescents. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010, 34, p. 119-29.

¹⁷⁵ COHEN D. *Op. cit.* ; MIRESCU C., PETERS J.D., GOULD E. Early life experience alters response of adult neurogenesis to stress. *Nat Neurosci.* 2004, 7, p. 841-6.

¹⁷⁶ CHAMPAGNE F., DIORIO J., SHARMA S. *et al.* Naturally occurring variations in maternal behavior in the rat are associated with differences in estrogen-inducible central oxytocin receptors. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2001, 98, p. 12736-41.

¹⁷⁷ TEICHER M.H., SAMSON J.A. *Op. cit.*

indispensable pour le développement des aptitudes émotionnelles, sociales et le contrôle de l'impulsivité ; de fait la survenue de troubles du comportement (comme des conduites sexuelles à risque) potentialise encore davantage le risque d'événements de vie négatifs et peut engendrer de véritables cercles vicieux, qui expliquent en partie qu'une minorité de patients concentrent les facteurs de risque psychosociaux les plus graves » (p. 306).

– Retentissements sur la santé physique

Association entre maltraitance physique dans l'enfance et un mauvais état de santé général à l'âge adulte ; diverses maladies spécifiques comme l'hypertension artérielle¹⁷⁸. Association entre maltraitance et obésité, avec un risque plus important pour les victimes de négligence grave. Association moins forte entre maltraitance et survenue d'autres pathologies somatiques (douleurs chroniques¹⁷⁹ et plaintes fonctionnelles digestives¹⁸⁰).

– Retentissements sur la sphère sociale et relationnelle : les troubles des conduites sociales

Plus grande fréquence des comportements délictueux chez les enfants victimes de maltraitance avec davantage d'arrestations dans l'enfance (31 % versus 19 %), puis à l'âge adulte (48 % vs. 36 %)¹⁸¹. Association dépendant de l'âge de l'enfant, de la période de survenue et du type de maltraitance subie¹⁸².

La répétition des maltraitements subies dans l'enfance au sein du foyer à l'âge adulte : les mécanismes psychiques impliqués traduiraient la difficulté dans la construction passée des figures d'identifications parentales et une défaillance des imagos parentales convoquées lors de l'accès à la parentalité¹⁸³.

Widom C.S. (1989) ; Ehrensaft M.K., Cohen P., Brown J., *et al.* (2003)¹⁸⁴ : résultats en faveur de mécanismes d'imitation et d'apprentissage social de l'expression de la violence conjugale. Association entre trouble des conduites, abus physique et négligence dans l'enfance et violence contre sa partenaire à l'âge adulte. Association entre exposition à la violence conjugale et survenue de violence conjugale à l'âge adulte contre la partenaire, indépendamment des troubles des conduites.

Troubles des comportements sexuels : étude prospective chez des sujets âgés de 29 ans¹⁸⁵. Association abus physiques, sexuels ou un contexte de négligence grave dans l'enfance et une

¹⁷⁸ DANESE A., MOFFITT T.E., HARRINGTON H. *et al.* Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease : depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2009, 163, p. 1135-43.

¹⁷⁹ WALSH C.A., JAMIESON E., MACMILLAN H. *et al.* Child abuse and chronic pain in a community survey of women. *J. Interpers. Violence.* 2007, 22, p. 1536-54.

¹⁸⁰ TALLEY N.J., BOYCE P.M. et JONES M. Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism ? A population-based study. *Gut.* 1998, 42, p. 47-53.

¹⁸¹ WIDOM C.S. The cycle of violence. *Science.* 1989, 244, p. 160-6.

¹⁸² BANYARD V.L., WILLIAMS L.M., SIEGEL J.A. The long-term mental health consequences of child sexual abuse : an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *J. Trauma. Stress.* 2001, 14, p. 697-715. ; MAXFIELD M.G., WIDOM C.S. The cycle of violence : revisited 6 years later. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1996, 150, p. 390-5.

¹⁸³ DE BECKER E. Comment la maltraitance intrafamiliale se répète-t-elle ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 2007, 55, p. 185-93.

¹⁸⁴ EHRENSAFT M.K., COHEN P., BROWN J., *et al.* Intergenerational transmission of partner violence : a 20-year prospective study. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2003, 71, p. 741-3.

¹⁸⁵ ARRIOLA K., LOUDEN T., DOLDREN M. *et al.* A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse and Neglect.* 2005, 29, p. 725-46.

activité sexuelle plus précoce, davantage de grossesses pendant l'adolescence, un taux d'avortement supérieur, un risque plus élevé de maladie sexuellement transmissible et davantage de prostitution. Ces risques sont majorés en cas d'abus sexuels répétés ou en cas d'association à d'autres événements de vie négatifs pendant l'enfance¹⁸⁶.

– Impacts sur l'éducation et l'emploi

Association entre maltraitance et niveau éducatif plus bas, des difficultés plus grandes pour accéder à l'emploi et des salaires moins élevés. La qualité de vie de ces enfants à long terme est moins bonne comme en témoignent les résultats des enquêtes sur la scolarité et la vie professionnelle¹⁸⁷.

– Retentissements psychologiques

• Troubles du comportement pendant l'enfance et l'adolescence

Un effet cumulatif des différents types de maltraitements sur la survenue de troubles du comportement¹⁸⁸. Prévalence importante de TDAH avec davantage de forme comorbide d'un trouble oppositionnel avec provocation ou d'un trouble des conduites¹⁸⁹. Les enfants souffrant de TDAH sont aussi plus à risque de maltraitance (environnement familial souvent plus conflictuel ; retentissement familial des troubles du comportement ; tempérament impulsif souvent retrouvé chez les apparentés). Cependant, il existe une similarité du tableau clinique entre les manifestations comportementales d'un syndrome post-traumatique et les signes cliniques du TDAH. C'est l'évolution des troubles par le changement d'environnement et/ou la mise à distance des événements traumatiques qui permettra la différenciation¹⁹⁰ entre les deux entités.

• Troubles dépressifs

Risque de dépression amplifié à l'adolescence et à l'âge adulte. La dépression est associée à tous les types de maltraitements. Les études ont mis en évidence une relation dose-effet avec davantage de dépression dans les contextes les plus sévères¹⁹¹.

• État de stress post-traumatique (ESPT)

Association entre état de stress post-traumatiques et maltraitance dans l'enfance. Widom (1999)¹⁹² : chez des sujets âgés de 29 ans, victimes de maltraitance avant 12 ans : 23 % d'ESPT en cas d'abus sexuel, 19 % en cas d'abus physique, 17 % en cas de négligence, 10 % dans la population témoin. Le risque vie entière élevé. Le risque de survenue d'un trouble anxieux à l'âge adulte serait multiplié par 1,8 en cas de maltraitance¹⁹³.

¹⁸⁶ DUMARET A.C., GUERRY E. et CROST M. Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2011, 59, p. 289-98. ; AFIFI T.O., ENNS M.W., COX B.J. et al. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am. J. Public Health*. 2008, 98, p. 946-52.

¹⁸⁷ PROSSER L.A. et CORSO P.S. Measuring health-related quality of life for child maltreatment : a systematic literature review. *Health Qual. Life Outcomes*. 2007, 5, p. 42.

¹⁸⁸ THORBERRY T.P., IRELAND T.O. et SMITH C.A. The importance of timing : the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Dev. Psychopathol.* 2001, 13, p. 957-79.

¹⁸⁹ COHEN D. *Op. cit.*

¹⁹⁰ WEBB E. Poverty, maltreatment and attention deficit hyperactivity disorder. *Arch. Dis. Child*. 2013, 98, p. 397-400.

¹⁹¹ ANDREWS G., CORRY J., SLADE T. et al. *Op. cit.*

FERGUSON D.M., BODEN J.M., HORWOOD L.J. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*. 2008, 32, p. 607-19.

¹⁹² WIDOM C.S. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am. J. Psychiatry*. 1999, 156, p. 1223-9.

¹⁹³ TEICHER M.H., SAMSON J.A. *Op. cit.*

- **Trouble de la personnalité**

Existence d'un lien entre survenue d'abus dans l'enfance et développement d'un trouble de la personnalité (dépendante, évitante, obsessionnelle¹⁹⁴, borderline¹⁹⁵, antisociale¹⁹⁶, histrionique et narcissique) mais sans association démontrée entre spécificité d'un type de traumatisme et survenue d'un type de personnalité. Association entre la sévérité de la maltraitance et la gravité des symptômes présentés¹⁹⁷.

- **Conduites autoagressives**

Les abus physiques et sexuels sont associés à un risque multiplié par 2 de tentative de suicide à l'âge adulte (prévalence durant la vie entière de 19 % contre 8 % chez les témoins¹⁹⁸). Augmentation du risque avec l'accumulation d'épisodes de maltraitance (incluant l'exposition aux violences conjugales).

Selon les études, différences dans l'association avec les automutilations : étude prospective¹⁹⁹ montre une association importante alors qu'une revue de la littérature rétrospective montre une association faible²⁰⁰.

- **Addictions**

Le risque de se voir diagnostiquer une addiction à l'âge de 29 ans est plus important chez les adultes ayant subi des maltraitements dans l'enfance en comparaison des témoins²⁰¹. Un effet cumulatif des différentes formes de maltraitance sur le risque de rapporter une consommation élevée d'alcool ou de drogue à l'âge adulte²⁰².

- **Autres troubles psychiatriques**

Absence d'association entre maltraitance infantile et trouble psychotique à l'âge adulte²⁰³.

La surestimation de la participation psychotraumatique dans la survenue de trouble autistique peut en partie être expliquée par la ressemblance entre les troubles de l'attachement

¹⁹⁴ CASPI A., VISHNE T., SASSON Y. *et al.* Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder : case control study. *Isr. J Psychiatry Relat. Sci.* 2008, 45, p. 177-82.

¹⁹⁵ LOBBESTAEL J., ARNTZ A. et SIESWERDA S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.* 2005, 36, p. 240-53.

¹⁹⁶ MAXFIELD M.G. et WIDOM C.S. *Op. cit.* ; FERGUSSON D.M., BODEN J.M., HORWOOD L.J. *Op. cit.* ; LOBBESTAEL J., ARNTZ A. et SIESWERDA S. *Op. cit.*

¹⁹⁷ GIBB B.E., WHEELER R., ALLOY L.B. *et al.* Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *J. Personal Disord.* 2001, 15, p. 505-11.

¹⁹⁸ ST AMAND A., BARD D.E., SILOVSKY J.F. Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems : practice elements and out-comes. *Child Maltreat.* 2008, 13, p. 145-66. ; FERGUSSON D.M., BODEN J.M., HORWOOD L.J. *Op. cit.*

¹⁹⁹ YATES T.M., CARLSON E.A., EGELAND B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev. Psychopathol.* 2008, 20, p. 651-71.

²⁰⁰ MERRICK M.T., LITROWNIK A.J., EVERSON M.D. *et al.* Beyond sexual abuse: the impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreat.* 2008, 13, p. 122-32.

²⁰¹ WIDOM C.S., MARMOSTEIN N.R., WHITE H.R. Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychol. Addict Behav.* 2006, 20, p. 394-403.

²⁰² BAIR-MERRITT M.H., BLACKSTONE M. et FEUDTNER C. Physical health out-comes of childhood exposure to intimate partner violence : asystematic review. *Pediatrics.* 2006, 117, p. 278-90.

²⁰³ MORGAN C. et FISHER H. Environment and schizophrenia : environ-mental factors in schizophrenia : childhood trauma - A critical review. *Schizophr. Bull.* 2007, 33, p. 3-10.

désorganisés marqués par l'inhibition et les stéréotypes motrices avec la sémiologie autistique typique²⁰⁴.

Études prospectives : association entre troubles du comportement alimentaire et abus sexuel²⁰⁵ ; association entre diminution des fonctions cognitives (dont déficit mnésique à l'âge adulte) et abus émotionnel et négligence grave²⁰⁶.

Deuxième partie de l'article

➤ Repérage des situations de maltraitance – la sous-déclaration : un problème majeur

Les auteurs indiquent qu'en France « le taux de signalement varie entre 2,7 à 11,8 pour 1000 enfants [...] avec une grande variabilité entre les départements mais aussi selon les organismes de recueil » (p. 314²⁰⁷).

– Facteurs associés au retard ou à l'absence de signalement

- Crainte des conséquences négatives sur la relation avec la famille.
- Perception négative de l'effectivité globale du service social : retour insuffisant sur les dossiers ; difficulté perçue de communication avec les services sociaux²⁰⁸.
- Difficulté de définition du seuil d'intervention dans les situations de négligence ou d'abus psychologique²⁰⁹ : celui-ci étant fonction de ce qui est considéré comme un comportement acceptable vis-à-vis d'un enfant et des visions des besoins de l'enfant²¹⁰.

– Critères favorisant le signalement retenus dans les études recensées

- Soutien d'autres professionnels pour déclarer une situation dans laquelle existe une suspicion²¹¹.
- Création de programmes de dépistage pour identifier les enfants nécessitant une évaluation par un pédiatre expérimenté²¹² : identification de marqueurs d'évaluation (âges de l'enfant, type de blessure, répétition ou histoires peu compatibles avec les lésions observées).

²⁰⁴ RUTTER M. et O'CONNOR T.G. English and Romanian Adoptees (ERA) study. Are there biological programming effects for psychological development ? Findings from a study of Romanian Adoptees. *Dev. Psychol.* 2004, 40, p. 81-94.

²⁰⁵ BREWERTON T.D. Eating disorders, trauma, and comorbidity : focus on PTSD. *Eat Disord.* 2007, 15, p. 285-304.

²⁰⁶ MAJER M., NATER U.M., LIN J.M. *et al.* Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults : a pilot study. *BMC Neurol.* 2010, 10, p. 61.

²⁰⁷ ODAS et Education nationale. D'après : TURSZA A. 2009. *Op. cit.*

²⁰⁸ BAGINSKY M. *Schools social services and safeguarding children. Past practice and future challenges.* London : NSPCC, 2007.

²⁰⁹ JONES R., FLAHERTY E.G., BINNS H.J. *et al.* Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse : report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics.* 2008, 122, p. 259-66. ; LINDBERG D.M., LINDSELL C.J. et SHAPIRO R.A. Variability in expert assessments of child physical abuse likelihood. *Pediatrics.* 2008, 121, p. 945-53.

²¹⁰ HYMEL K.P. When is lack of supervision neglect ? *Pediatrics.* 2006, 118, p. 1296-8.

²¹¹ FLAHERTY E.G., SEGE R.D., GRIFFITH J. *et al.* From suspicion of physical child abuse to reporting : primary care clinician decision-making. *Pediatrics.* 2008, 122, p. 611-9.

²¹² WOODMAN J., PITT M., WENTZ R. *et al.* Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. *Health Technol Assess.* 2008, 12, p. 1-95.

CHANG DC, KNIGHT VM, ZIEGFELD S, *et al.* The multi-institutional validation of the new screening index for physical child abuse. *J. Pediatr. Surg.* 2005, 40, p. 114-9.

- Évaluations systémiques en milieu ambulatoire à l'aide de questionnaires (Adverse Childhood Experiences »²¹³, « Trauma-Symptom Checklist for Children »²¹⁴, « Childhood Trauma Questionnaire »²¹⁵, et « Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised »²¹⁶, ou d'entretien semi-structuré²¹⁷). *Limites de ces questionnaires* : résultats positifs mais peu généralisables, compte tenu de la taille des échantillons ; les interventions de dépistage ciblé chez les enfants les plus à risque (pathologie mentale ou un abus de substance chez les parents, par exemple) sont encore peu étudiées.
- Promouvoir la formation continue des professionnels de l'enfance sur le repérage des signes d'alerte²¹⁸ : exercer les médecins à la rédaction d'informations préoccupantes ; enseigner les facteurs de risque et de repérage : rappeler le cadre médico-légal et l'obligation de signaler les cas de maltraitements ou de fortes suspicions avec des indices graves, précis et concordants selon l'article 434-3 du Code pénal.
- Promouvoir le travail de retour sur dossier (*feedback*) pour renforcer l'efficacité perçue et la confiance dans les services de protection de l'enfance afin d'instaurer un travail en réseau efficace qui faciliterait les signalements ultérieurs.

Préconisations de l'Oned/ONPE²¹⁹ :

- Instauration d'un repérage actif tout au long du suivi chez les enfants pour qui une mesure de protection est déjà prise.
- Porter davantage d'attention aux autres membres de la fratrie qui sont de fait particulièrement à risque.
- Mieux tenir compte du sexe et de l'âge de l'enfant dans le dispositif de repérage.

➤ **Les différentes formes de l'accompagnement selon les situations et stratégies thérapeutiques proposées lors de situations de maltraitance infantile**

- Reconnaître les maltraitements vécus et encourager la mise en récit des expériences : restauration d'une position subjective, dégagement de l'impact émotionnel du vécu traumatique et réarticulation des affects clivés²²⁰.

²¹³ DUBE S.R., ANDA R.F., FELITTI V.J. *et al.* Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001, 286, p. 3089-96.

²¹⁴ BRIERE J., JOHNSON K., BISSADA A. *et al.* The trauma symptom checklist for young children (TSCYC) : reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse and Neglect*. 2001, 25, 1001-14.

²¹⁵ BERNSTEIN D.P., STEIN J.A., NEWCOMB M.D. *et al.* Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*. 2003, 27, p. 169-90.

²¹⁶ WOLFE V., GENTILE C., MICHENZI T. *et al.* The children's impact of traumatic events scale : a measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behav Assess*. 1991, 13, p. 359-83.

²¹⁷ LANKTREE C.B., GILBERT A.M., BRIERE J. *et al.* Multi-informant assessment of maltreated children : convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse and Neglect*. 2008, 32, p. 621-5.

²¹⁸ TURSZA. 2009. *Op. cit.* ; GILBERT R., KEMP A., THOBURN J. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009, 373, p. 167-80.

²¹⁹ SERPAHIN G. Observatoire nationale de l'enfance en danger. Enfance en danger, enfance maltraitée : mieux cerner le phénomène pour mieux agir. Intervention du 4 juin 2013. Paris : Sénat, 2013.

²²⁰ DE BECKER E., 2007. *Op cit.*

- Encourager l'identification des personnes soutenantes dans l'entourage pour permettre la construction de relations stables et sécurisantes : adultes transitionnels, tuteur de résilience²²¹.
- Poursuivre le suivi au long cours chez les enfants les plus fragilisés.
- Attention à porter à la comorbidité psychiatrique et ne pas se focaliser uniquement sur une compréhension exclusivement psychopathologique et adaptative au contexte de maltraitance²²².
- Encourager la multidisciplinarité pour définir les champs d'intervention et de compétences des différents professionnels intervenants au niveau social et au niveau médical afin de s'assurer d'une compréhension globale de l'enfant (exemple des Équipes « SOS enfants » en Belgique²²³).

➤ **Présentation des résultats des études consacrées à l'évaluation des interventions sociales auprès des enfants victimes de maltraitance avérée**

En placement extrafamilial ou lors d'intervention à domicile : mise en évidence de la réversibilité importante des troubles présentés ; des effets bénéfiques sur le développement et l'état de santé général à l'âge adulte.

– **Mesures associées au maintien à domicile**

Objectifs : prévenir la récurrence des abus quand l'agresseur vit toujours avec l'enfant est essentiel et implique de des interventions basées sur la promotion des compétences parentales :

- Programme PCIT (*parent-child interaction therapy*) : évaluation des interactions parents-enfants : les interventions pratiquées pendant vingt-huit mois ont montré une diminution du nombre de nouveaux signalements d'abus physique (36 versus 49 %) ²²⁴
- Différences de prises en charge selon le type de maltraitance :
 - En cas d'abus sexuels : les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale centrées sur le traumatisme ont le meilleur niveau de preuve²²⁵.
 - En cas d'abus émotionnel : thérapies centrées sur les biais d'attribution des parents, les représentations négatives qu'ils ont de l'enfant ainsi que les attentes vis-à-vis de la relation avec l'enfant (intervention visant à améliorer la sensibilité maternelle et l'attachement mère-enfant).

²²¹ ROMANO H. Être un adulte transitionnel ou comment permettre à l'enfant de se dégager de l'impact du trauma. *Dialogue*. 2010, 189, p. 121-30.

²²² KAYSER C., JAUNAY E., GIANNITELLI M. *et al.* Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2011, 59, p. 393-403.

²²³ HAEVESOETS Y.M. La souffrance des familles maltraitantes à l'épreuve de l'intervention : vers une éthique de l'intervention médico-psycho-sociale. *Évol. Psychiatr.* 2003, 68, p. 509-29.

²²⁴ CHAFFIN M., SILOVSKY J.F., FUNDERBURK B., *et al.* Parent-child interaction therapy with physically abusive parents : efficacy for reducing future abuse reports. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004, 72, p. 500-10.

²²⁵ MACMILLAN H.L., THOMAS B.H., JAMIESON E. *et al.* Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect : a randomized controlled trial. *Lancet*. 2005, 365, p. 1786-93. ; GERSHATER-MOLKO R.M., LUTZKER J.R., WESCH D. Using recidivism data to evaluate Project Safecare: teaching bonding, safety, and health care skills to parents. *Child Maltreat.* 2002, 7, p. 277-85.

- En cas de négligence : différents programmes évalués (resilient peer treatment, imaginative play programme, multi systemic therapy, day treatment intervention)²²⁶. Limites à l'extrapolation des résultats : faiblesse des échantillons utilisés, absence de groupe témoin, utilisation de critères de jugement intermédiaires.

– Mesures associées à une séparation du milieu familial

- Études observationnelles (enfants placés dans un contexte de maltraitance vs enfants maintenus au domicile) : moins de comportements antisociaux, moins d'absentéisme scolaire, de meilleurs résultats scolaires, de meilleures stratégies d'adaptation [67] ainsi qu'une meilleure qualité de vie²²⁷.
- Études comparant placement en familles élargies vs. en familles d'accueil : un effet plus positif des premières, avec moins de risque d'être maltraité, moins de rupture de logement, de meilleurs résultats sur les comportements après un ajustement sur les symptômes internalisés initiaux²²⁸.
- Études françaises sur le devenir à l'âge adulte de sujets ayant été placés dans l'enfance : résultats globalement similaires à ceux retrouvés dans les études anglo-saxonnes (une situation professionnelle et résidentielle proche des témoins d'âge et de milieu social comparables²²⁹). Principaux résultats : l'importance de la stabilité du placement pour rendre possible la création de nouveaux liens d'attachement et d'identification chez l'enfant ; la nécessité d'offrir un soutien psychologique et social au-delà de la période de placement, voire au-delà de la majorité de l'enfant²³⁰.
- Études longitudinales sur les effets de la réunification : les enfants retournant vivre dans leur famille d'origine présenteront par rapport à ceux restant en famille d'accueil davantage de symptômes externalisés et de comportements à risque, de moins bons résultats scolaires, davantage de comportements délictueux, ainsi que plus d'événements de vie difficiles²³¹. Risque de décès 5 fois plus élevé pour les enfants retournant au domicile familial²³².

²²⁶ ALLIN H., WATHEN C.N. et MACMILLAN H. Treatment of child neglect : a systematic review. *Can. J. Psychiatry*. 2005, 50, p. 497-504. ; BAKERMANS-KRANENBURG M.J., VAN IJZENDOORN M.H., JUFFER F. Lessis more : meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol. Bull.* 2003, 129, p. 195-215.

²²⁷ DAVIDSON-ARAD B., ENGLECHIN-SEGAL D. et WOZNER Y. Short-term follow-up of children at risk : comparison of the quality of life of children removed from the home and children remaining at home. *Child Abuse and Neglect*. 2003, 27, 733-50.

²²⁸ TAUSSIG H.N. et CULHANE S.E. Contextual influences on mental health and behavioral outcomes of children in foster care. In: Poster session presented at the 15th international conference on mental health services research, National institute of mental health. 2002.

²²⁹ FRECHON I. et DUMARET A.C. Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2008, 56, p. 135-47.

²³⁰ SAMSON B. Les enfants de l'aide sociale à l'enfance, 20 ans après. *Arch Pediatr*. 2007, 14, p. 735-7. ; DUMARET A.C., GUERRY E. et CROST M. Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2011, 59, p. 289-98.

²³¹ SINCLAIR I., BAKER C., WILSON K., et al. *Foster children : where they go and how they get on*. London : Jessica Kingsley, 2005.

²³² BARTH R.P., BLACKWELL D.L. Death rates among California's foster care and former foster care populations. *Child Youth Serv. Rev.* 1998, 20, 577-604.

➤ **Intervention précoce ciblée auprès des familles cumulant des facteurs de risques psycho-sociaux**

Constat : hétérogénéité très importante aussi bien des études évaluant les interventions que des interventions elles-mêmes.

Prévention de l'abus physique et de la négligence : les visites répétées à domicile des mères à haut risque de maltraitance (primipares, faibles revenus).

- Le Nurse-Family Partnership²³³ (États-Unis) [76,77] : diminution de 32 % des visites aux urgences et de 15 % de la fréquence des abus et des situations de négligences graves.
- L'Early Start Programme²³⁴ (Nouvelle-Zélande) : diminution de 8 % la fréquence des hospitalisations pour blessure, abus sévères et négligences graves, et division par 3 du taux d'abus physiques rapporté par les parents.

Programme d'entraînement aux aptitudes parentales :

Dans les pays anglo-saxons :

- Triple P (*Positive Parenting Program*)²³⁵ : interventions auprès de parents sous forme de guidance parentale. Groupe des parents ayant bénéficié de ce programme : Diminution des maltraitances documentées, des placements extrafamiliaux et des lésions traumatiques liées à la maltraitance comparé aux autres groupes de parents.
- Programme de prévention des traumatismes cérébraux chez le nourrisson dans les hôpitaux américains (prévention du syndrome du bébé secoué) : intervention éducative (support vidéo, poster et prospectus) : diminution de la prévalence des traumatismes cérébraux dans les soixante-six mois qui ont suivi l'introduction du programme (22,2 contre 47,5 cas pour 100 000 naissances)²³⁶.

Au niveau européen :

- En France : Programme CAPEDP²³⁷ auprès de 440 femmes primipares de faibles revenus pour évaluer l'efficacité d'accompagnement spécifique au domicile (du troisième trimestre de la grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant) comparative-ment au suivi médico-social proposé.

²³³ OLDS D., HENDERSON Jr. C.R., COLE R., *et al.* Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior : 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998, 280, p. 1238-44. ; OLDS D., ROBINSON J., O'BRIEN R., *et al.* Home visiting by paraprofessionals and by nurses : a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2002, 110, p. 486-96.

²³⁴ FERGUSSON D.M., GRANT H., HORWOOD L.J. *et al.* Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics*. 2005, 116, p. 803-9.

²³⁵ PRINZ R.J., SANDERS M.R., SHAPIRO C.J. *et al.* Population-based prevention of child maltreatment : the US Triple P system population trial. *Prev. Sci.* 2009, 10, p. 1-12.

²³⁶ DIAS M.S., SMITH K., DEGUEHERY K. *et al.* Preventing abusive head trauma among infants and young children : a hospital-based, parent education program. *Pediatrics*. 2005, 115, 470-7.

²³⁷ DUGRAVIER R.A., GUEDENEY A., SAIAS T. *et al.* Le groupe de recherche CAPEDP. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009, 57, p. 482-6.

- Programme « Interreg IV-A-Programme transfrontalier de prévention et de promotion de la santé mentale »²³⁸ : accompagnement des enfants pendant les deux premières années de vie grâce à des visites au domicile. Cette intervention a montré des effets positifs dans un essai comparatif incluant 91 familles pour 49 enfants exposés au programme.

Ces interventions ont montré un effet significatif sur plusieurs indicateurs (développement psychomoteur, compétences parentales, estime de soi chez les parents, attachement parents-enfant, recours aux services d'aide et de soin) mais leur effet sur la maltraitance est rarement évalué spécifiquement.

²³⁸ FIDRY E., CLAUDON p., SAAD SAINT-GILLES S. *et al.* Prendre soin du bébé et de sa famille : une expérience de recherche-action en périnatalité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014, [in press].

15. CLÉMENT M-È., CHAMBERLAND C., TOURIGNY M. et al. Taxinomie des besoins des enfants dont les mauvais traitements ou les troubles de comportement ont été jugés fondés par la direction de la protection de la jeunesse. *Child Abuse and Neglect*. 2009, 33, p. 750-765.

- ***Les auteures***

Marie-Ève Clément : département de psychoéducation et de psychologie, université du Québec en Outaouais, Québec, Canada.

Claire Chamberland : École de service social, université de Montréal, Québec, Canada.

Marc Tourigny : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, département de psychoéducation, université de Sherbrooke, Québec, Canada.

Micheline Mayer : Centre jeunesse de Montréal, institut de recherche pour le développement social des jeunes, Québec, Canada.

- ***Type de recherche et format de publication***

Cette étude a reçu le soutien financier du centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants financé par Santé Canada. Article.

- ***Constat préliminaire***

Les recherches étiologiques sur la maltraitance partent le plus souvent d'une approche écologique et transactionnelle pour tenter de déterminer les facteurs individuels, familiaux, sociaux et culturels en cause dans l'occurrence des situations d'abus ou de négligence envers l'enfant.

Mais l'étude isolée des formes de mauvais traitements et la classification des familles sur cette base peut toutefois présenter certaines limites, et cela tant du point de vue de la recherche que de l'intervention :

- les études montrent que les mauvais traitements se présentent souvent sous plus d'une forme ;
- les caractéristiques familiales, de même que leur impact sur le développement de l'enfant, diffèrent selon la présence d'occurrence unique ou multiple de mauvais traitements ;
- l'étude isolée des facteurs de risque associés à une forme de mauvais traitements ne peut, à elle seule, rendre compte de la complexité des situations et des dynamiques familiales.

À ce jour, très peu d'études ont traité l'étiologie des mauvais traitements de manière inductive plutôt que déductive, en intégrant les différentes catégories d'abus et de négligence dans l'analyse, au même titre que les variables parentales, familiales et sociales.

- ***Objectifs***

L'objectif de cette étude est de développer une taxinomie des besoins des enfants et de leur famille ayant fait l'objet d'un signalement retenu où la sécurité et le développement ont été jugés fondés suite à l'évaluation par un intervenant de la direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Il s'agit de dégager la constellation de facteurs liés à l'enfant, aux parents et à la famille permettant de mieux classer la population des enfants retenus à la DPJ et de vérifier les liens entre

les profils obtenus et les services identifiés par les intervenants pour venir en aide aux familles selon les besoins identifiés.

Selon cette approche, les formes de mauvais traitements ne sont pas traitées comme des variables indépendantes mais comme des variables liées à l'exercice du rôle parental ; elles sont donc intégrées dans l'analyse statistique au même titre que les autres variables.

- **Population**

Cette étude exploite les données de l'étude d'incidence sur les signalements à la DPJ du Québec (EIQ-2003), première étude canadienne d'incidence des cas de violence et de négligence envers les enfants²³⁹.

Au total, ont été inclus dans l'étude 2 254 enfants dont le premier signalement a été retenu et pour lesquels les faits ont été jugés fondés et la sécurité et le développement de l'enfant compromis suite à l'évaluation par la protection de la jeunesse. Dans les familles pour lesquelles plus d'un enfant avait été signalé, seul le premier enfant a été considéré, en conséquence l'unité d'analyse de la présente étude est le premier enfant signalé dans la famille. Compte tenu des données manquantes pour certaines variables intégrées dans le modèle, les analyses ont porté sur un échantillon total de 2 079 enfants.

- **Méthode**

Sept cents intervenants en protection de la jeunesse et responsables des signalements retenus ont rempli le questionnaire d'enquête pour chaque enfant inclus dans l'étude.

► **Questionnaire d'enquête**

Le questionnaire vise à documenter les caractéristiques du signalement, de l'enfant, des figures parentales cohabitant avec lui, de son milieu de vie et des décisions prises.

Les différentes variables recueillies ont été regroupées en quatre domaines :

1. Facteurs liés au développement de l'enfant connus ou soupçonnés par l'intervenant

Âge et sexe, problème à la naissance lié à l'abus d'alcool et de drogue de la mère, problème cognitif ou moteur (retard développemental/intellectuel, handicap de l'ouïe, de la vue ou de la parole ainsi que tout retard cognitif ou de langage identifié chez l'enfant au moment de l'évaluation), problème de santé chronique, problème d'apprentissage/déficit de l'attention/hyperactivité, problème psychiatrique, problème d'externalisation (trouble relationnel, comportement à risque pour sa sécurité, impulsivité et manque de contrôle sur ses émotions), problème d'internalisation (dépression/anxiété, retrait social/isolement/timidité excessive, humeur dépressive ainsi que anxiété/insécurité) et troubles du comportement fondés.

2. Facteurs liés à l'exercice du rôle parental et aux mauvais traitements subis par l'enfant

Abus physique fondé, abus sexuel fondé, négligence fondée, mauvais traitements psychologiques fondés, abandon fondé, blessures ou atteintes à la santé physique de l'enfant (ecchymoses, coupures, éraflures, brûlures, fractures, traumatisme crânien et autres problèmes de santé physique), chronicité (durée des mauvais traitements fondés de six mois ou plus), prise en charge antérieure au cours des cinq dernières années et signalement antérieur retenu.

²³⁹ TROCMÉ N., FALLON B., MACLAURIN B. *et al.* *Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 : Données principales.* Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2005. 148 p.

3. Facteurs liés aux problématiques des parents et au fonctionnement familial

Victime de mauvais traitements dans l'enfance, victime de violences conjugales, problème de toxicomanie, implication dans des activités criminelles, problème de santé mentale, problème de santé physique, retard mental, collaboration inadéquate, niveau de scolarité inférieur au secondaire, présence d'un conflit de garde, problème lié à une séparation ou un divorce.

4. Facteurs liés aux conditions de vie et à l'intégration sociale

Problème de soutien social, problème économique, revenu inférieur à 15 000 dollars canadiens, absence d'un revenu de travail, mobilité résidentielle (deux déménagements ou plus au cours de l'année précédant l'étude), famille monoparentale, famille de grande taille (plus de deux enfants dans la fratrie), logement non sécuritaire et parent né hors Canada.

Ont également été recueillies les variables liées aux services susceptibles de répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille :

- pour l'enfant : service psychiatrique/psychologique, suivi psychosocial, service interne du centre de la jeunesse, programme de traitement de l'abus d'alcool/drogue, soins de santé, programme de loisirs, service de soutien académique, programme spécialisé en éducation et ressources d'hébergement ;
- pour les parents : service psychiatrique/psychologique, suivi psychosocial, service interne du centre de la jeunesse, programme de traitement de l'abus d'alcool/drogue, soins de santé, programme sur les habiletés parentales, service de répit, aide alimentaire, aide matérielle, groupe d'entraide, service de formation et d'insertion d'emploi, ressources d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et autres ressources d'hébergement pour personnes en difficulté.

➤ **Analyses statistiques : analyses factorielles par étapes successives**

Des analyses factorielles ont été réalisées pour définir des groupes d'enfants dont les caractéristiques individuelles présentent une corrélation plus forte entre elles qu'avec celles des enfants des autres groupes.

• **Résultats**

Suite aux analyses factorielles réalisées, les auteurs proposent 4 nouveaux groupes :

➤ **Groupe 1 : Enfants victimes de violence familiale (n = 313 enfants, soit 15 % de l'échantillon)**

Il s'agit en majorité d'enfants victimes d'abus physique (84 %), en particulier de discipline physique abusive (56 %) ou de brutalité impulsive irrationnelle du parent (30 %). Ces enfants présentent souvent des blessures ou une atteinte à leur santé physique suite aux mauvais traitements infligés (67 % *versus* 19 % des enfants de l'échantillon).

Les enfants du premier groupe sont plus souvent victimes de mauvais traitements psychologiques fondés (45 %), notamment l'exposition à la violence conjugale (19 %), le rejet, le dénigrement ou la désapprobation de la part du parent (16 %).

Ce qui démarque aussi ce groupe des autres, c'est la présence plus élevée d'au moins un parent cohabitant avec l'enfant né hors Canada (38 %)²⁴⁰.

²⁴⁰ Les auteurs précisent que cette situation pourrait refléter la présence de valeurs et de normes culturelles davantage patriarcales propres à certaines cultures.

Au niveau du fonctionnement familial, des conditions de vie et de l'intégration sociale : les familles de ces enfants présentent un niveau plus élevé de violence conjugale (44 %) mais qui, autrement, ne présentent pas d'autres difficultés apparentes.

Analyse des auteurs : les modes de résolution de conflits semblent se caractériser par le recours à la violence physique, témoignant de la présence de relations de pouvoir et de rapport sociaux hommes-femmes et parents-enfants plus traditionnels²⁴¹. Les interventions sont principalement nécessaires auprès des parents par le biais de programmes d'entraînement et d'éducation parentale qui s'avèrent être des stratégies prometteuses²⁴². On constate d'ailleurs que les services identifiés par les intervenants pour venir en aide à ces familles sont d'ordre psychosocial, renforçant ainsi l'idée du rôle des attitudes et cognitions parentales et de l'importance d'intervenir à ce niveau.

➤ **Groupe 2 : Enfants présentant des difficultés multiples (n = 764 enfants, soit 37 %)**

Ce deuxième groupe comprend majoritairement des **garçons (63 %)** âgés en moyenne de 14 ans, qui présentent des difficultés multiples : problèmes d'apprentissage ou d'hyperactivité (35 %), des problèmes d'externalisation (70 %), des problèmes psychiatriques (8 %) et des troubles de comportement fondés (92 %).

Les difficultés identifiées concernent essentiellement l'enfant et les intervenants rapportent moins de difficultés liées aux capacités parentales et à l'intégration sociale, comparativement aux autres groupes. Néanmoins les familles de ces enfants montrent plus de difficultés à collaborer (77 %) que les parents des autres groupes.

Près des deux tiers des parents de ces enfants ont subi des mauvais traitements dans l'enfance.

Analyse des auteurs : le constat d'une faible proportion d'enfants victimes de mauvais traitements – alors que les mauvais traitements sont souvent associés aux troubles de comportement de l'enfant, à titre de précurseur ou de conséquences²⁴³ – semble montrer que les mauvais traitements ne sont pas toujours associés aux troubles du comportement et que les deux peuvent agir de manière différentielle.

La qualité de la relation parents-enfant pourrait davantage expliquer les troubles de comportement, révélant la présence d'un certain désengagement de la part des parents de ce groupe. Des études ont d'ailleurs montré que les adolescents présentant des troubles de comportement sont plus susceptibles de vivre des relations négatives avec leurs parents (familles à faible cohésion, problèmes de communication, peu de temps passé ensemble).

Comme les enfants de ce groupe présentent des besoins évidents, il est possible que les intervenants de par leur culture clinique qui priorise les besoins de l'enfant ont sous-évalué la présence et l'impact potentiel des difficultés parentales ou familiales, ce qui pourrait expliquer la faible prévalence des difficultés rencontrées chez les familles de ce groupe. Il y aurait lieu d'examiner l'influence possible des expériences de mauvais traitements dans l'enfance du parent sur la qualité de sa relation actuelle avec l'enfant. Enfin, l'établissement d'une alliance thérapeutique avec le parent semble être un enjeu majeur avec ce groupe compte tenu de la difficulté observée au niveau de la coopération des parents.

²⁴¹ CHAMBERLAND C. *Violence parentale et violence conjugale. Des réalités plurielles, multi-dimensionnelles et interreliées*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'université du Québec, 2003.

²⁴² COWEN S.P. Effectiveness of a parent education intervention for at-risk families. *Journal of Family Violence*. 2001, 6, 2, p. 73-82.

²⁴³ WHITBECK L.B., HOYT D.R. et YOKER K.A. A risk-amplification model of victimization and depression symptoms among runaway and homeless adolescents. *American Journal of Community Psychology*. 1999, 27, p. 273-296.

➤ **Groupe 3 : Enfants victimes de négligence chronique intergénérationnelle (n = 364 enfants, soit 18 %)**

Ce groupe rassemble de jeunes enfants et présentant des atteintes à leur développement, dont des : problèmes cognitifs ou moteurs (64 %) ou des problèmes d'apprentissage ou d'hyperactivité (56 %). L'incidence des problèmes d'externalisation et des troubles de comportement de ces enfants est moins élevée que dans le deuxième groupe.

La quasi-totalité de ces enfants sont victimes de négligences (90 %), parmi lesquelles des négligences éducatives (47 %), un défaut de supervision ou de protection de l'enfant qui entraîne des préjudices physiques (24 %) ou des comportements socialement mal adaptés (25 %).

Les situations de ces enfants ont plus souvent fait l'objet d'un signalement (30 %) ou d'une prise en charge antérieure (27 %) comparativement à celles des autres groupes.

Par ailleurs, les caractéristiques physiques et cognitives des parents apparaissent davantage problématiques : retard mental (24 %), problèmes de santé mentale (45 %) problèmes de santé physique (22 %).

La quasi-totalité des parents (96 %) ont vécu des mauvais traitements dans leur enfance.

Concernant les conditions de vie familiale, il s'agit d'enfants issus de familles qui présentent plusieurs difficultés apparentes : difficultés diverses liées aux conditions de vie et à l'exclusion sociale ; familles monoparentales (49 %) et de grande taille (46 %), qui présentent des problèmes de soutien social (65 %) et pour lesquelles les intervenants déclarent plus souvent un problème d'ordre économique (64 %) et une absence de revenu due travail (71 %).

Analyse des auteurs : Ce groupe s'apparente étroitement aux situations de négligence chronique²⁴⁴. Les problèmes de santé mentale ou de déficience des parents ont sûrement un impact direct sur leur capacité à prendre soin de l'enfant à plus long terme. Les intervenants ont ainsi recommandé plus souvent des « services d'aide concrète » (aide alimentaire, matérielle, répit parental, etc.), appuyant ainsi les résultats obtenus et la nécessité d'intervenir de manière plus intense et à plus long terme auprès de ces familles en raison de la chronicité des situations. Il apparaît nécessaire d'intervenir également auprès des enfants de ce groupe en vue de prendre en charge les problèmes de développement identifiés.

➤ **Groupe 4 : Enfants victimes de conditions de vie difficiles et du mode de vie chaotique des parents (n = 628 soit 30 %)**

Il s'agit d'enfants très souvent victimes de négligence parentale (82 %), de mauvais traitements psychologiques (33 %), et notamment à la suite d'exposition à la violence conjugale (24 %).

Ces enfants sont plus jeunes que ceux des autres groupes (6 ans et demi en moyenne) et présentent peu de difficultés apparentes, ils ont en particulier moins de problèmes d'externalisation, de troubles du comportement, de problèmes psychiatriques, de problèmes d'internalisation et de problèmes cognitifs ou moteurs.

Leurs familles présentent divers problèmes liés aux conditions et au mode de vie des parents (problème économique, faibles revenus, absence d'un revenu du travail et mobilité résidentielle).

²⁴⁴ ÉTHIER L.S., COUTURE G. et LACHARITÉ C. Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*. 2004, 19, 1, p. 13–24. Cette étude a montré que l'histoire de victimisation dans l'enfance de la mère et le nombre élevé d'enfants dans la famille figurent parmi les facteurs de prédiction de la chronicité des situations de négligence parentale et que la présence de retard mental est plus importante dans les cas de négligence chronique comparativement aux situations transitoires.

Analyse des auteurs : La négligence parentale est souvent accompagnée de mauvais traitements psychologiques résultant en partie d'une exposition à la violence conjugale.

L'analyse des caractéristiques de ce groupe révèle la présence d'une dynamique familiale complexe et précaire caractérisée par la toxicomanie, la criminalité, la mobilité résidentielle, la pauvreté et l'instabilité conjugale ou la violence conjugale.

La proportion importante que représente ce groupe à la DPJ appuie l'importance de penser des prises en charge par le biais de collaborations entre les établissements qui offrent des services spécialisés (en toxicomanie, en violence conjugale) ou avec les organismes qui agissent sur les conditions de vie des individus²⁴⁵.

Les résultats indiquent également que les enfants de ce dernier groupe obtiennent les moyennes les plus basses pour la majorité des scores factoriels de services identifiés par les intervenants. Ce constat pourrait s'expliquer par la priorité des services en protection de la jeunesse qui est accordée davantage à l'enfant qu'au parent ; rappelons d'ailleurs que les enfants de ce groupe présentent moins de problèmes comparativement à ceux des autres groupes.

- **Conclusion**

La nature des mauvais traitements/troubles du comportement fondés joue un rôle central dans la composition des groupes qui s'articulent autour d'une ou plusieurs situations particulières qui menacent la sécurité et le développement des enfants, que ce soit l'abus physique ou les mauvais traitements psychologiques (premier groupe), les troubles de comportement (deuxième groupe), la négligence (troisième groupe) ou le style de vie des parents (quatrième groupe).

L'analyse des quatre regroupements permet d'identifier les multiples besoins des enfants et de proposer des interventions spécifiques à la configuration des variables, qu'elles soient liées au développement de l'enfant, à l'exercice du rôle parental, aux parents comme adulte ou au fonctionnement familial ainsi qu'aux conditions de vie et à l'intégration sociale.

Les résultats de cette étude soulèvent la pertinence de développer des programmes non seulement sur la base d'une problématique principale, mais aussi sur la base d'une connaissance plus approfondie des dynamiques familiales sous-jacentes. Le motif de signalement ne suffit pas à lui seul à définir un groupe et à identifier les interventions appropriées.

- **Limites identifiées par les auteurs**

- L'objectivité de la mesure ;
- l'absence de mesures standardisées des problèmes (exemple : problèmes cognitifs ou moteurs chez l'enfant) ;
- des données basées sur le jugement des intervenants et donc sujettes à des biais d'interprétation, même si cette limite peut-être contrebalancée : ce dernier aspect représentant une force du point de vue de la validité écologique, les données décrivant une réalité ;
- l'étude d'incidence a documenté uniquement la présence ou non des divers profils familiaux retenus à la protection de la jeunesse et non leur sévérité ou leur intensité.

²⁴⁵ LESSARD G., LAVERGNE C., CHAMBERLAND C. *et al.* Conditions for resolving controversies between social actors in domestic violence and youth protection services: Toward innovative collaborative practices. *Children and Youth Services Review*. 2006, 28, p. 511–24.

16. CLÉMENT M-È., CHAMBERLAND C. et TROCMÉ N. Épidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec. *Santé, Société et Solidarité*. 2009, n°1, p. 27-38.

- **Les auteurs**

Marie-Ève Clément est professeure, département de psychoéducation et de psychologie, université du Québec en Outaouais.

Claire Chamberland est professeure, école de service social, université de Montréal.

Nico Trocmé est directeur du Centre de recherche sur l'enfance et la famille, université McGill.

- **Type de recherche et format de publication**

Article.

- **Contexte**

L'observation épidémiologique des mauvais traitements à l'égard des enfants doit être documentée à partir de sources d'informations diverses dans le but d'obtenir un portrait plus représentatif des situations de victimisation familiale vécues par les enfants, les sources prises isolément ayant tendance à n'aborder qu'un seul aspect d'un phénomène ou une population trop limitée.

- **Définition des termes employés**

Les situations de mauvais traitements qui nécessitent une intervention sont définies par l'article 38 de la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Elles concernent les situations les plus sévères qui menacent la sécurité et le développement de l'enfant ou présentent dans certains cas, un risque sérieux de compromission. Cet article précise les actes d'omission ou de commission portant atteinte à l'enfant²⁴⁶ :

- l'abandon ;
- la négligence physique : omission de répondre aux besoins alimentaires, vestimentaires, d'hygiène ou de logement ;
- la négligence sanitaire : omission, ou risque sérieux d'omission, de procurer les soins de santé physique ou mentale nécessaires ;
- la négligence éducative : omission, ou risque sérieux d'omission, de fournir une surveillance ou un encadrement nécessaire pour assurer la scolarisation ;
- les mauvais traitements psychologiques : lorsque l'enfant subit de façon grave ou continue des comportements tels que l'indifférence, le dénigrement, le rejet affectif, l'isolement, les menaces, l'exploitation et l'exposition à la violence conjugale ;
- l'abus sexuel : lorsque l'enfant subit, ou encourt un risque sérieux de subir, des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique ;
- l'abus physique : lorsque l'enfant subit, ou encourt un risque sérieux de subir, des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables.

²⁴⁶ Gouvernement du Québec (2006). *Projet de loi n° 125 – Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec.

- **Objectifs**

Article proposant une revue de la littérature sur les études épidémiologiques concernant la maltraitance et la violence envers les enfants au Québec, selon différents niveaux d'investigation inspirés de recherches américaines. Les avantages et limites propres à chaque niveau sont exposés, ainsi que les recommandations futures pour permettre une veille de l'ampleur du phénomène de la maltraitance à enfant en milieu intrafamilial ainsi qu'un suivi longitudinal.

- **Résultats**

Les différentes sources d'informations et les différentes données disponibles pour étudier le phénomène

➤ **Premier niveau : études réalisées auprès des services de protection de la jeunesse sur l'ampleur des mauvais traitements qui leur sont signalés**

Ce premier niveau est étudié à partir des définitions issues de la clinique et de la recherche ainsi que de la collecte des données qui s'effectue auprès des intervenants sociaux. Il s'intéresse aux cas les plus sévères de maltraitance.

1. ECI 1998 : l'« Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants » (ECI-1998)²⁴⁷

Première étude donnant des estimations nationales sur la maltraitance.

Étude réalisée en 1998 auprès de 700 intervenants œuvrant dans près de 50 services de protection, sélectionnés sur la base d'un échantillonnage à plusieurs degrés. L'échantillonnage final a permis l'établissement du taux annuel d'incidence (premier signalement) et une définition du profil de la maltraitance d'enfant faisant l'objet d'enquêtes au Canada.

2. EIQ : l'« Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées aux directeurs de la protection de la jeunesse au Québec »²⁴⁸

Étude réalisée suite à l'ECI-1998, à partir du portrait plus complet de la maltraitance en surreprésentant le nombre de cas étudiés, dans 4 provinces de Canada (Terre-Neuve, Québec, Ontario et Colombie-Britannique). Dans cette étude, les situations de maltraitance ont été documentées par le biais d'un questionnaire d'enquête complété par les intervenants, portant sur 5 problématiques :

- l'abus physique : discipline physique abusive ; privation physique excessive ; restriction physique excessive ; brutalité ou impulsivité ; syndrome du bébé secoué ;

²⁴⁷ TROCMÉ N., MACLAURIN B., FALLON B. *et al.* *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Rapport final. Ottawa (Canada) : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 2001. 188 p.

²⁴⁸ TOURIGNY M., MAYER M., WRIGHT J. *et al.* *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ)*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP), 2002, 212.

- l’abus sexuel : relation sexuelle complète ; tentative d’obtention d’une relation sexuelle ; l’attouchement ou caresses aux parties génitales ; exhibitionnisme/voyeurisme ; harcèlement sexuel ; exploitation sexuelle ;
- la négligence (physique ; éducative ; défaut de supervision de l’enfant entraînant un préjudice physique, sexuel, ou des comportements socialement mal adaptés ; défaut de procurer un traitement à l’enfant pour un problème mental, émotionnel ou développemental) ;
- l’abandon (dû à l’absence des parents ; suite à un placement ; refus d’assurer la garde de l’enfant) ;
- les mauvais traitements psychologiques (menaces d’abus ou comportements susceptibles de stimuler la peur de l’enfant ; rejet et dénigrement ; indifférence affective ; ignorance ou non-approbation ; exposition à la violence conjugale).

Ont été identifiées 9448 situations de mineurs pour mauvais traitements et troubles du comportement. Résultats : 4774 signalements ont été retenus pour évaluation et concernent :

Tableau 1 : Taux d’enfants signalés (%) selon le type de mauvais traitements identifiés

Négligence	Mauvais traitements psychologiques	Abus physique	Abus sexuels	Abandon
7,8	3,4	3,3	1,7	0,8

Source : Tourigny M., Mayer M., Wright J. *et al.* (2002). *EIQ : Étude sur l’incidence et les caractéristiques des situations d’abus, de négligence, d’abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ)*. Montréal, Centre de liaison sur l’intervention et la prévention psychosociale (CLIPP). 212 p.

3. ECI 2003 : second cycle de l’étude pancanadienne (deuxième édition de l’ECI-1998)

Reconnu aujourd’hui comme un projet de surveillance nationale des cas de maltraitance signalés aux services de protection de la jeunesse du pays. Sa reconduite a permis de décrire non seulement l’incidence des signalements et le portrait des enfants, mais également l’évolution du phénomène sur une période de cinq ans (accroissement des signalements fondés).

Principaux résultats obtenus : augmentation significative des taux de mauvais traitements signalés : passage de 21,5 à 38,3/1000 enfants (+ 78 %) de 1998 à 2003.

Tableau 2 : Taux d’enfants signalés (%) selon le type de mauvais traitements identifiés en 1998 et 2003

Types de mauvais traitements	1998	2003
Négligence	3,6	6,4
Abus physique	2,6	5,3
Violence psychologique	0,9	3,2
Exposition à la violence familiale ¹	1,7	6,2
Abus sexuels ²	0,9	0,6

¹ Les cas d’exposition à la violence conjugale ont été explicitement inclus en 2003, et non 1998.
² Le recul constaté pour les abus sexuels n’est pas statistiquement significatif.

Source: Tourigny M., Mayer M., Wright J. *et al.* (2002). *EIQ : Étude sur l’incidence et les caractéristiques des situations d’abus, de négligence, d’abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ)*, Montréal, Centre de liaison sur l’intervention et la prévention psychosociale (Clipp). 212 p.

Limites de l'ECI-2003 : L'exclusion de la plupart des données québécoises rend impossible le calcul de taux provinciaux et les comparaisons avec le reste du pays. Au Québec, les données pour cette deuxième enquête ont été tirées directement du système de données administratives, entraînant un biais lié aux données manquantes et une difficulté à mettre en commun les informations disponibles avec celles recueillies par le questionnaire de collecte des données standardisées dans les autres juridictions²⁴⁹.

Avantages des études de premier niveau

- Capacité à intégrer dans un système de surveillance la trajectoire des enfants signalés et pris en charge par les services.
- Projet réalisé par une collaboration entre chercheurs institutionnels et universitaires : il assure la qualité et la standardisation des données informatisées recueillies par les intervenants dans le cadre de leur pratique.
- Plus qu'une simple exploitation des données administratives, « ces études offrent un certain contrôle quant à la qualité des informations et à la duplication des situations signalées » (p. 29).

Limites des études de premier niveau

- Documentation uniquement des cas les plus sévères de maltraitance : représentation d'une part limitée de la maltraitance intrafamiliale dont sont victimes certains enfants.
- Enjeux méthodologiques liés à la qualité des données et à la création d'un identifiant unique permettant le croisement avec d'autres banques de données (hospitalière, scolaire) ou le suivi de la trajectoire des enfants.

➤ **Deuxième et troisième niveaux : études qui documentent l'incidence de la maltraitance et de la violence du point de vue des professionnels ayant un pouvoir d'enquête (procureurs, policiers²⁵⁰ – niveau 2) et des professionnels œuvrant directement auprès des enfants et des familles (médecins, enseignants – niveau 3).**

1. Étude de Guay D., Lavergne C., Mayer M. (2002). *Ampleur des menaces au bien-être des enfants en contexte familial – Faisabilité d'une stratégie d'enquête*. Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 68.

Étude de faisabilité, en 1997, d'une stratégie d'enquête d'incidence de la maltraitance auprès de professionnels œuvrant en milieu scolaire. Analyse de la situation de 1 807 enfants âgés de 5 à 14 ans, dans 9 écoles primaires francophones de milieux socio-économiques diversifiés de l'île de Montréal sur la base des questionnaires renseignés par 62 professionnels (un questionnaire par enfant).

Résultats : estimation de 57 enfants ayant vécu des menaces quant à leur bien-être selon une norme considérée comme « à risque » par le personnel scolaire, soit un taux de 31,5 ‰; et de 16 enfants ayant connu des menaces quant à leur bien-être « avec conséquences » modérées ou sévères, soit un taux de 8,6 ‰.

²⁴⁹ Toutefois, ECI – 2008 a permis d'identifier les signalements au Québec.

²⁵⁰ Au moment de l'écriture de l'article, aucune donnée de recherche sur la maltraitance, issue d'enquêtes auprès des professionnels ayant un pouvoir d'enquête n'avait été recueillie au Québec.

**Tableau 3 : Taux d'enfants (%) selon les formes de maltraitance –
 parmi celles couvertes par l'enquête – observées par le personnel scolaire**

Négligences éducatives	Négligences physiques	Abus physique	Abus psychologique	Abus sexuel
16	15,5	1,7	1,7	0,6

Source : Guay D., Lavergne C., Mayer M. (2002). *Ampleur des menaces au bien-être des enfants en contexte familial – Faisabilité d'une stratégie d'enquête*. Montréal. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 68.

➤ **Quatrième niveau : études réalisées en population générale**

Documentation de la prévalence²⁵¹ de la violence envers les enfants qui sont connus de la communauté (voisinage, famille, etc.), mais pas nécessairement des services de protection de la jeunesse.

La violence envers les enfants dans ces enquêtes* : « englobe des conduites à la fois de nature physique et psychologique selon un continuum de gravité, allant des comportements “sévères” à des comportements considérés plus “mineurs” tels que l’agression psychologique et la punition corporelle²⁵² » (p. 33).

Les enquêtes réalisées par l'Institut de la statistique du Québec :

Deux enquêtes représentatives de la population des enfants québécois vivant au moins la moitié de leur temps avec une figure maternelle sont mentionnées, et ont permis de documenter la prévalence annuelle et l'évolution quinquennale de la violence physique et psychologique sur mineurs. Enquêtes réalisées par entretiens téléphoniques par un institut de sondage. Des études préalables ont permis de valider la stratégie d'enquête et de mettre à l'épreuve la traduction du questionnaire d'enquête (Parent-Child Conflict Tactics Scales (PCCTS)²⁵³.

1. Clément M.É., Bouchard C., Jetté M., Laferrière S. (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec – 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 117.

Enquête menée en 1999 auprès de 2 469 figures maternelles (exemples : mère biologique, conjointe du père, tutrice). Résultats au cours d'une année (taux de prévalence annuel) : 47,8 % des enfants sont victimes d'au moins une forme de violence physique mineure. 6,6 % d'au moins une forme de violence physique sévère. 78,9 % d'agression psychologique (pas de documentation de l'exposition aux violences conjugales).

²⁵¹ « La mesure de l'ampleur est désignée “prévalence” plutôt qu'incidence parce qu'il est difficile, voire impossible, d'affirmer qu'il s'agit de nouveaux cas de maltraitance ou de violence familiale. », p. 29, d'après HELIE S., CLÉMENT M.É. et LARRIVÉE M.-C. Epidemiological Considerations in the Conceptualization and Utilization of «Prevalence» and «Incidence Rate» : A Reply to Brownridge and Halli, 1999. *Journal of Family Violence*. 2002, 18, 4, p. 219-25.

²⁵² Les termes « punition corporelle » ou « violence physique mineure » sont utilisés en alternance dans ces enquêtes pour désigner l'ensemble des conduites considérées légales et acceptées au Québec et au Canada au terme de l'article 43 du Code criminel canadien, d'après TROCMÉ N., DURRANT J., MARWAH I. *et al. Les abus physiques envers les enfants en contexte de punition*. Feuillet d'information du CEPB #8F. Ottawa : Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, 2004.

²⁵³ STRAUS M.A., HAMBY S.L., FINKELHOR D. *et al.* Identification of Child Maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales : Development and Psychometric Data for a National Sample of American Parents. *Child Abuse and Neglect*. 1998, 22, 4, p. 249-70.

2. Seconde édition : Clément M.È., Chamberland C., Côté L., Dubeau D., Beauvais B. (2005). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec – 2004*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 159.

Étude réalisée en 2004 auprès de 2 échantillons indépendants : 3 148 figures maternelles et 953 figures paternelles²⁵⁴.

Résultats – Évolution du phénomène : violence physique mineure sur l'enfant par un adulte du ménage moins souvent déclarée par les mères en 2004 (43 % en 2004 contre 48 % en 1999) ; conduites répétées d'agressions psychologiques plus souvent déclarées par les mères (52 % des mères déclarent 3 épisodes ou plus d'agression psychologique contre 48 % en 1999).

Deux autres études réalisées en 2002 et 2006 auprès d'échantillons représentatifs d'adultes québécois.

Malgré de fortes limites méthodologiques, la prévalence d'agression sexuelle pendant l'enfance est estimée à 16 % dans ces deux enquêtes.

Avantage des études en population générale :

- Elles permettent d'identifier les situations de violence et de maltraitance envers les enfants qui ne sont pas signalés aux services de protection.

Limites des études en population générale :

- La stabilisation observée des résultats ou la diminution des phénomènes de maltraitance peuvent être un artéfact et s'expliquer par la réticence des mères à déclarer les formes de violence (par exemple, pour les punitions corporelles) ;
- biais d'autodéclaration : biais de subjectivité dans les réponses entraînant un risque de sous-estimation des phénomènes observés.

²⁵⁴ Résultats exploratoires pour la figure paternelle, donc non présentés dans l'article.

17. CORBET E., SEVERAC, N., LE DUFF R. et al. **Appréciation des situations de maltraitances(s) intrafamiliale(s). Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'Onpe. Lyon : Creai Rhône-Alpes, 2015. 272 p.**

- **Les auteurs**

Éliane Corbet est directrice déléguée du Creai Rhône-Alpes.

Nadège Séverac est sociologue consultante, chercheuse associée au Cerlis (UMR 8070), Paris-Descartes.

Rachelle Le Duff est conseillère technique au Creai Bretagne.

Olivier Duchosal est juriste consultant.

- **Type de recherche et format de publication**

Rapport de recherche validé par le conseil scientifique de l'Onpe.

- **Objectifs**

La recherche vise à comprendre :

- comment les professionnels, dans leurs pratiques, et notamment dans leurs écrits, évaluent et identifient les situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s) ;
- quels sont les indicateurs et critères qui permettent la caractérisation en situation de maltraitance.

- **Définition des termes employés**

Une première partie du rapport offre une approche conceptuelle qui interroge la notion de **maltraitance**. Après un rappel des conditions d'émergence du syndrome de Sylverman, le rapport reprend la définition internationale des mauvais traitements stabilisée par l'OMS au début des années 2000, en soulignant 3 éléments qui la caractérisent :

- la classification de la maltraitance en 4 catégories répertoriant pour 3 d'entre elles des dimensions constitutives de l'intégrité du sujet et des conduites « transgressives », et pour la dernière l'absence de mobilisation d'un adulte pour la survie de l'enfant ;
- l'accent mis plus sur les effets avérés ou potentiels sur l'enfant que sur l'intentionnalité de l'auteur dans ses comportements ;
- le contexte du dévoiement d'une relation définie par une « responsabilité » ou un « pouvoir » à l'égard de l'enfant.

Un rappel de l'historique de la construction de la notion de **danger** et de ses critères en droit français met en évidence que cette définition repose sur une succession d'anthologies de l'enfant associées à des reformulations des rapports entre État et famille : enfant abîmé et corruptible du XIX^e siècle, qui est « enlevé » de sa famille avec la mesure de déchéance ; enfant inadapté de la première moitié du XX^e siècle, avec une logique de surveillance/tutélarisation de la famille ; enfant considéré comme personne en développement de la période plus récente, pour lequel il s'agit de coconstruire avec la famille.

Le rapport oppose une logique anglo-saxonne qui désigne comme « mauvais traitements » les situations d'inadéquation des pratiques parentales et sous-tend une philosophie de l'action visant un changement de ces pratiques, et une logique française mettant plutôt l'accent sur

la gravité des actes et traitant la maltraitance à partir d'une philosophie morale. S'appuyant sur une connaissance qui émerge de trois décennies de recherches sur la question, à savoir le caractère « non dit » ou « caché » de la maltraitance, ce travail souligne que pour que la maltraitance soit « vue », il faut être formé afin que ce qui est vu soit reconnu comme un signe.

- **Méthode**

La recherche associe une démarche quantitative (analyse de contenus d'un échantillon de dossiers) et qualitative (observation de la démarche d'analyse des professionnels dans les écrits). Le terrain de recherche s'est tenu dans deux départements (Côtes-d'Armor et Isère) ayant formé leurs professionnels au référentiel d'évaluation diagnostique en protection de l'enfance élaboré par le Creai Rhône-Alpes et 4 départements et validé en 2010. Toutefois, l'utilisation de ce référentiel pouvait être encore partielle concernant l'échantillon des rapports d'évaluation étudiés.

- **Matériau de recherche et outils d'analyse**

- Un échantillon de rapports d'évaluation, à partir du tirage au sort de 50 dossiers dans chacun des 2 départements sur la base de 21 dossiers ayant une orientation de protection administrative, 21 ayant une orientation de protection judiciaire, 8 ayant une orientation autre. Au final, ont pu être analysés 75 dossiers ;
- un échantillon de rapports de mesure judiciaire d'investigation éducative de 42 mesures dont 13 confiées à un service public et 29 à un service associatif, choisies à partir d'un panel de 120 ordonnances de magistrats en fonction de la gravité des motifs ;
- l'observation des échanges lors de 3 réunions de concertations suite aux évaluations.

La grille d'analyse du processus d'évaluation construite par les chercheurs vise à identifier : la stratégie d'évaluation mise en œuvre, la caractérisation de la situation, la qualification de la situation au regard du danger et des maltraitances associées, la mobilisation des parents.

Les contenus des rapports ont été repris sous forme de tableau de caractérisation des situations, visant à rendre compte, par type de critères du danger, des faits et de leurs effets sur l'enfant formalisés dans le rapport, de la caractérisation – ou de son absence – de ces faits et effets par les évaluateurs, de la caractérisation par le chercheur de ces faits et effets.

Les situations sont enfin représentées sous forme de cadrans pour les situer selon leurs constituants de danger et construire une typologie.

Une représentation graphique sous forme de « frise temporelle » de la répétition de faits observés ou de successions d'évaluations dans le cadre de l'information préoccupante a été utilisée ; elle illustre la durée d'exposition de l'enfant et permet de comprendre la chronologie de certains rapports.

- **Résultats**

- **Résultats en termes de stratégie d'évaluation, rédaction des rapports et codification des situations, pour les 75 dossiers d'informations préoccupantes**

La démarche évaluative n'est pas explicite dans certains rapports, certains rapports font état de signes qui n'ont pas été investigués ; d'autres rendent compte des questionnements et hypothèses de recherches qui ont guidé la stratégie d'évaluation. Près de la moitié des évaluations ont été conduites en trois mois ou moins.

Les sources d'information sont faiblement diversifiées. Le plus souvent (88 % des dossiers), l'évaluation est conduite par plusieurs professionnels, mais uniquement par des personnels des services sociaux départementaux (hors ASE et PMI). Le nombre de fois où la famille a été vue pour entretien sur la situation n'est pas lisible dans 24 dossiers. La visite à domicile n'est pas systématique, elle n'est pas mise en place dans 14 dossiers à minima. Dans 25 dossiers, il n'est pas fait mention d'entretien avec les enfants. L'école est un acteur très souvent contacté, près de 8 rapports sur 10 font état de tels contacts. Un accès au carnet de santé de l'enfant est très rarement mentionné. Des demandes de consultation médicale ou paramédicale sont demandées dans plus d'un quart de l'échantillon.

Les rapports d'évaluation ne comportent pas systématiquement une qualification du danger ou du risque : elle est explicite dans 20 dossiers, absente dans 18 ; dans 37 dossiers, les chercheurs n'ont pas pu « trancher » sur cette qualification par les évaluateurs.

Dans 1 dossier sur 6, l'avis des parents sur l'analyse des difficultés n'est pas mentionné. Le fait que les parents expriment ou non une demande d'aide est renseigné dans plus de trois quarts des dossiers (58 sur 75), le plus souvent (20 sur 58) les parents n'expriment pas de demande.

En termes de codification des situations, en vue notamment de la transmission d'informations à l'Onpe, la mise en parallèle des nomenclatures utilisées par les 2 départements met en évidence des disparités de codification, tant pour la caractérisation du danger, que pour celle des contextes familiaux.

➤ Description des situations de l'échantillon des rapports d'évaluation d'IP

Type d'information	Taux de renseignement dans les dossiers IP (75 dossiers)	Nombre/pourcentage d'enfants concernés (170 enfants)
Informations relatives au comportement de l'enfant		63,5 %, (108) dont la moitié rencontre des difficultés internes ou externes
Prise en charge de la santé des enfants	39 dossiers renseignés	52,9 % (90 enfants, dont 23 font l'objet d'une réponse insuffisante ou inadéquate)
Suivi du développement de l'enfant	50 dossiers renseignés	70 % (soit 119 enfants dont 37 ont des difficultés avec mobilisation insuffisante ou absente des parents)
Niveau scolaire des enfants		72,3 % (soit 123 enfants)
Renseignements administratifs et configurations familiales	État civil de la mère présent dans 72 dossiers, du père dans 65. Autorité parentale renseignée dans 73 dossiers	
Conditions de logement	31 dossiers dont sans problème dans 23	
Situation économique du foyer principal	33 dossiers	
Qualité du réseau relationnel des parents	45 dossiers	

Type d'information	Taux de renseignement dans les dossiers IP (75 dossiers)	Nombre/pourcentage d'enfants concernés (170 enfants)
Évaluation des difficultés personnelles d'un des parents	Mentionnée pour la mère dans 24 dossiers, pour le père dans 28.	
Problématiques conjugales des parents	51 dossiers mentionnent des difficultés, 17 une bonne entente parents /ou l'absence de problématique conjugale	
Exposition violences conjugales	30 dossiers	66 enfants
Exposition à des relations familiales gravement conflictuelles	27 dossiers	40 enfants
Exposition à violences physiques	23 dossiers	38 enfants
Exposition à des négligences	13 dossiers	19 enfants
Expositions à des violences psycho/émotionnelles	19 dossiers	29 enfants
Exposition à des abus sexuels	7 dossiers	10 enfants

Source : CORBET E., SEVERAC, N., LE DUFF R. et al. Appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s). Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'Onpe. Lyon : Creai Rhône-Alpes, 2015. 272 p.

➤ Analyse qualitative des dossiers

Sur ce plan, l'objectif de la recherche est de décrire ce qui est dans les rapports d'évaluation et d'essayer d'en comprendre les raisons. La grille d'analyse reprend, par dossiers, ce qui se rapporte au dialogue des évaluateurs avec la famille (« trilogie des perceptions », selon le référentiel Creai), d'une part, et ce qui se rapporte au travail d'observation, d'analyse, de caractérisation par les évaluateurs de ce qui leur est dit et donné à voir, d'autre part.

Les chercheurs ont appliqué 4 clés de lecture à ce matériau :

- la recherche du « degré d'intérêt porté à l'enfant » auquel a été préféré le concept de « sensibilité parentale » issu de la théorie de l'attachement et consistant à reconnaître et répondre aux manifestations de l'enfant ;
- l'identification des facteurs de risque et des facteurs de protection propres à la famille ;
- la problématisation des situations selon que l'enfant est mis au centre en tant que *puer* (sujet jeune, ayant des besoins spécifiques) ou *filius* (considéré dans une configuration familiale consistant en un système de places définissant des identités spécifiques et dans des interactions familiales spécifiques) ;
- l'orientation des situations selon les principes de la loi de 2007 (action de prévention, mesure administrative ou mesure judiciaire), l'analyse des dossiers montrant que ce qui fait la différence aujourd'hui entre orientation administrative et judiciaire renvoie toujours à un principe de progression dans la gravité du danger (ou exposition croissante à la maltraitance).

L'analyse débouche sur l'identification de trois niveaux de danger observés, la population des enfants exposés aux violences conjugales se retrouvant de manière transversale à ces trois niveaux :

- des situations orientées vers la non-nécessité d'une mesure de protection, niveau défini par les chercheurs comme « absence de danger ou de risque », le risque pouvant être ponctuel ou pas réellement évalué. Selon les chercheurs, il s'agit dans leur corpus de situations où, en règle générale, le risque est lié à la nature des liens et plus précisément au jeu des identités dans le système familial. Pour certaines de ces situations de risque, une sous-évaluation de la violence conjugale est notée ;
- des situations orientées vers une mesure administrative, niveau défini par les chercheurs de « danger significatif », dans lesquelles deux populations apparaissent : des adolescents à la dérive, des enfants exposés aux violences conjugales. S'agissant des adolescents à la dérive, les chercheurs observent que, dans ces situations, les évaluations apparaissent marquées par le point de vue parental au sens où la problématique familiale est occultée et individualisée dans la personne de l'adolescent qui incarne cette problématique (position des évaluateurs « en miroir » des parents qui ne sont pas questionnés sur ce qu'ils n'évoquent pas). Les évaluations semblent brèves, laissant dans l'ombre des facettes propres à l'adolescent (école peu rencontrée, santé rarement abordée), et s'achèvent sur un « lissage » où sont recensés des écarts à la norme non problématisés ;
- des situations orientées vers une mesure judiciaire, avec deux populations également : des enfants uniquement négligés – situés par les chercheurs à un niveau de danger chronique – et des enfants exposés aux violences conjugales et « multimaltraités », niveau qualifié par les chercheurs de « danger critique ». Les chercheurs observent que dans ces situations ce qui fait la différence entre situations judiciairisées ou non renvoie à la sensibilité maternelle, avec dans un certain nombre de situations, une faible « objectivation des ressources » dans l'évaluation. Ceci peut conduire à ce qu'un rapport de force asymétrique entre les conjoints soit ramené à un conflit symétrisé, c'est-à-dire à une incapacité des parents à s'entendre posée comme cause première de la souffrance des enfants plutôt que l'exposition à la violence ;

Il reste, par ailleurs, un ensemble de situations transverses et hétérogènes.

Un dernier résultat est en lien avec les difficultés d'identification des situations de négligences, caractérisées par une forme d'invisibilité nécessitant une observation fine de signaux faibles : les chercheurs évoquent un processus de production des négligences, repéré *via* des « informations préoccupantes récurrentes » et une temporalité qui participe à l'aggravation des situations et à un processus de production de handicap. Les chercheurs soulignent l'impérieuse nécessité de mieux conceptualiser le phénomène des négligences, en l'articulant autour de 3 axes (les besoins de l'enfant, les rapports entre satisfaction des besoins et développement, et les réponses aux besoins) et en s'appuyant sur l'approche développementale. Ils rappellent que les problématiques d'attachement et de sensibilité parentale sont considérées au cœur de la négligence « sévère et chronique » et sont à penser comme des déterminants de leur processus de production.

18. DUPONT M., MESSERSCHMITT P., VILA G. et al. Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Annales médico-psychologiques*. 2014, vol. 172, n°6, p. 426-431.

- **Les auteurs**

Mélanie Dupont est psychologue clinicienne à l'unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu et doctorante à l'université Paris-Descartes, (PCPP EA 4086).

Paul Messerschmitt est pédiatre, spécialiste en psychiatrie, médecin attaché aux urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu de Paris, expert près la cour d'appel de Paris, ancien chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Armand-Trousseau, Paris.

Gilbert Vila est pédopsychiatre, responsable du centre de victimologie pour mineurs (CVM), Hôpital Armand-Trousseau, Paris.

Dominique Bohu est pédopsychiatre, centre de victimologie pour mineurs (CVM), hôpital Armand-Trousseau, Paris.

Caroline Rey-Salmon est pédiatre, médecin légiste, urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu, Paris, expert près la cour d'appel de Paris.

- **Type de recherche et format de publication**

Étude prospective, menée de juin 2008 à décembre 2010 à l'unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu, à Paris, avec le soutien de la fondation Pfizer pour la santé de l'enfant et de l'adolescent. Article scientifique publié dans une revue médicale.

- **Définitions des termes employés**

Le « **syndrome d'accommodation des agressions sexuelles** »²⁵⁵ : désigne le processus de révélation des agressions sexuelles, dont les principales étapes identifiées sont : dénégation ; hésitation/minimisation/mise à distance ; divulgation ; rétractation et réaffirmation finale²⁵⁶.

Alaggia²⁵⁷ décrit d'autres modes de dévoilement (accidentel, intentionnel ou suggéré /arraché) et les différents modes d'expression utilisés par les victimes : moyens comportementaux et verbaux indirects, révélations volontairement retenues ; révélations possibles grâce à des souvenirs retrouvés.

Les auteurs cités ont également travaillé sur les délais de révélation pour distinguer les facteurs prédictifs du dévoilement : perception que l'enfant a de sa responsabilité dans les faits, la relation intra- ou extrafamiliale avec l'agresseur, les caractéristiques de la victime (âge, sexe), les influences communautaires ainsi que les attitudes culturelles.

- **Objectifs**

Clarifier les facteurs de révélations de faits d'agressions sexuelles sur mineurs selon les types de relations entretenues entre l'agresseur et la victime au moment des faits. Comparaison des caractéristiques des victimes et des facteurs de révélation entre les agressions sexuelles intra-familiales et extrafamiliales.

²⁵⁵ SORENSEN T. et SNOW B. How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare*. 1991, LXX, p. 3-15.

²⁵⁶ BRADLEY A.R. et WOOD J. How do children tell ? The disclosure process in child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*. 1996, 20, p. 881-91.

²⁵⁷ ALAGGIA R. Many ways of telling: expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse and Neglect*. 2004, 28, p. 1213-27.

- **Population d'étude**

Deux-cent-vingt mineurs français présumés victimes d'agression sexuelle et reçus sur réquisition judiciaire à l'unité médico-judiciaire.

		Part (%)
Sexe	Fille	78,2
	Garçon	21,8
Classe d'âge	Moins de 4 ans	1,4
	4-8 ans	18,7
	9-13 ans	20
	14-18 ans	41,8
	> 18 ans	18,1
Délais de révélation	Quelques jours	4
	Quelques semaines	8
	Plusieurs mois	31
	Plusieurs années	47
	Non caractérisé (jeune âge de la victime présumée, difficultés de langage)	10
Types d'agression	Attouchements sexuels	34
	Pénétrations sexuelles	53
	Exhibitions	6
	Visionnage de vidéos pornographiques	6
Caractéristiques de l'agression	Agresions intrafamiliales / extrafamiliales	48,2 / 51,8
	Agresseur de sexe masculin	98
	Fait unique	34
	Agresions commises en réunion	10
	Différence d'âge agresseur-victime comprise entre 16 et 40 ans	54

Source : DUPONT M., MESSERSCHMITT P., VILA G. *et al.* « Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs ». *Annales médico-psychologiques*. 2014, vol. 172, n° 6, p. 426-31.

- **Méthode**

Un questionnaire comportant des items sur la révélation a été rempli par les médecins somaticiens et pédopsychiatres du service. Il explore : les données sociales, antécédents de vie, médicaux et psychopathologiques, données sur l'agression, sur l'agresseur et le devenir de la victime sur les plans psychopathologique, scolaire, social et sur son environnement familial.

Des items concernent la révélation : mode de dévoilement, contexte ayant permis la révélation, motivations de la victime à révéler, délais entre les faits et la révélation, auteur et dépositaire de la révélation, suites judiciaires de la révélation et impact de la révélation dans la vie de la victime et de sa famille.

- **Résultats**

- **Caractéristiques des mineurs et des situations (agressions intrafamiliales et extrafamiliales)**

On retrouve un ensemble de critères communs, pour lesquels aucune différence significative n'a pu être établie entre les deux groupes « agressions intrafamiliales » et « agressions extrafamiliales » : sexe des victimes ; type d'agression ; mode d'information des autorités judiciaires.

- **La révélation**

La déclaration spontanée (82 %) est faite à/aux : la mère (28 %) ; copains/copines (14 %) ; un soignant (11 %) ; un membre de la famille (9 %) ; un policier (8 %) ; la structure scolaire (6 %).

Les facteurs facilitant le dévoilement : changements dans les comportements qui ont alerté l'entourage (10 %) ; des témoins ayant assisté et interrompu l'agression (3 %) ; une audition policière pour d'autres faits ou suite à une plainte d'une autre victime (4 %).

- **Les contextes favorisant la révélation (77 %) :**

- L'intervention d'un tiers : un proche de la victime (23 %) ; un professionnel de santé (11 %) ; le milieu scolaire (7 %) ;
- la plainte d'une autre victime (8 %) ;
- un suivi psychologique : (11 %) ;
- un nouveau contact direct avec l'agresseur (11 %).

- **Les motivations à l'origine de la révélation :**

- Le soulagement (42 %) ;
- la volonté d'arrêter de subir (16 %) ;
- le besoin de reconnaissance d'un statut de victime (16 %) ;
- le souhait d'une condamnation de l'agresseur par la justice (18 %) ;
- la protection d'autres victimes potentielles (9 %).

- **Les facteurs entravant la révélation :**

- Le manque de soutien de l'entourage : les parents ne croient pas la révélation (7 %) ;
- le refus que les faits soient connus (10 %) ;
- les révélations multiples aux proches avant d'aboutir à une procédure judiciaire (20 %) ;
- le maintien de la situation d'agression du fait de l'entourage malgré une révélation (6 %).

- **Les suites de la révélation :**

- Une plainte (72 %) ;
- un signalement (26 %).

- **La situation de la victime après la révélation :**

- Le maintien dans son lieu de vie habituel (85 %) ;
- le placement immédiat en institution, famille d'accueil, ou chez un autre membre de la famille (10 %) ;
- absence d'information (5 %).

– **La rétractation :**

- La révélation est un mensonge (2 %) ;
- la révélation est un instrument dans la guerre conjugale que se livrent les parents (3 %).

– **Les émotions décrites par les victimes :**

- Le soulagement (49 %) ;
- un sentiment de honte (18 %) ;
- une grande ambivalence des émotions (15 %).

– **Attitude des familles suite à la révélation :**

- Empathique (54 %).

➤ **Les facteurs de révélation dans les agressions intrafamiliales et extrafamiliales**

Les auteurs ont également fait apparaître les différences existantes dans la manière de révéler et dans les suites de la révélation, selon que l'agression s'est déroulée au sein de la famille ou hors du contexte familial. Une première différence concerne l'âge des victimes au moment des faits, puisqu'elles sont en moyenne plus jeunes dans le cadre intrafamilial (9 ans) que dans le cadre extrafamilial (12 ans).

– **Agressions sexuelles intrafamiliales (48 %)**

Elles sont révélées plus tardivement (plusieurs années : 60 %) par les victimes, et en général à une personne extérieure (surtout l'institution scolaire : 82 %). L'histoire du dévoilement est caractérisée par une grande complexité (85 % des révélations complexes sont des dévoilements d'agressions intrafamiliales) et ponctuée de nombreuses révélations douloureuses avant d'aboutir à une procédure judiciaire. La révélation aux autorités est suivie de mesures judiciaires telles que le placement en dehors du domicile familial (en foyer, famille d'accueil ou chez un autre membre de la famille). Une grande ambivalence des émotions persiste pour la victime et des conflits parentaux/familiaux éclatent (80 %). Les dévoilements sont considérés comme un réel processus, au sens d'un enchaînement d'événements. Les victimes d'agression intrafamiliale ont besoin de beaucoup de temps pour révéler, matérialisé par les étapes d'un processus, et restent de ce fait longtemps isolées de toute prise en charge. Cette solitude amplifie les troubles psychopathologiques. La révélation serait alors un facteur primordial dans l'apparition ou non de troubles psychologiques à la suite aux faits.

Facteurs entravant la révélation : allers-retours émotionnels, peur des conséquences sur le quotidien et pour la famille (86 %), culpabilité, ambivalence des émotions.

– **Agressions sexuelles extrafamiliales (52 %)**

Les faits d'agression en dehors du contexte familial sont révélés rapidement (quelques jours, 80 %), selon une histoire marquée par peu d'événements particuliers et plus empreinte de spontanéité, notamment dans le cadre d'agression par un inconnu. Les pères et les policiers sont perçus comme une aide précieuse et sont majoritairement les dépositaires de la révélation quand l'agresseur est inconnu (26,1 % aux policiers et 33,3 % aux pères). Les parents adoptent une attitude empathique, accompagnant de manière active et soutenante (69 % contre 31 % lors d'agressions intrafamiliales).

Les révélations se caractérisent comme un événement psychique plus ponctuel – plutôt que comme un processus. Elles semblent beaucoup moins influencées par des facteurs internes

et externes (60 % des révélations n'entraînent pas de sentiments particuliers). Les victimes d'agression extrafamiliale, du fait de leur révélation rapide, sont prises en charge rapidement sur le plan médico-psychologique, judiciaire et socio-éducatif.

19. FRECHON I., GUYAVARCH E. et HALIFAX J. État des lieux de l'enfance en danger, sources et données disponibles en France. *Santé, Société et Solidarité*. 2009, n° 1, p. 39-47.

• *Les auteures*

Isabelle Frechon est chargée de recherches au Centre national de la recherche scientifique ; chercheuse associée, INED.

Emmanuelle Guyavarch est chargée d'études à l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (Oned/ONPE).

Juliette Halifax est chargée d'études à l'Oned/ONPE.

• *Type de document*

Article proposant un état des lieux des sources et des données chiffrées disponibles en France à propos de l'enfance en danger.

• *Contexte et Objectifs*

L'observation de l'enfance en danger effectuée à partir de différentes sources de données nationales présente différentes limites : le caractère trop gestionnaire, le choix des unités de compte, des données agrégées impossibles à apparier. Ces limites entraînent de nombreuses difficultés pour estimer le nombre d'enfants pris en charge en protection de l'enfance. La pluralité des sources met en avant l'absence d'exhaustivité des bases, mais aussi l'interférence entre certaines.

Partant de ce constat, l'objectif de l'article est de présenter les sources de données concernant l'enfance en danger en identifiant pour chacune les apports et les limites.

En fin d'article, les auteures présentent les estimations réalisées par l'Oned/ONPE dans ses rapports annuels ainsi que la méthode employée.

• *Résultats*

Les sources de données disponibles en France approchant directement ou indirectement le phénomène de l'enfance en danger sont :

- les ministères : Intérieur, Justice (tableau de bord des tribunaux pour enfants), Éducation nationale (volet « enfants en danger » du recueil de données chiffrées communes aux personnels sociaux et de santé) et Solidarités, Santé et Famille ;
- un groupement d'intérêt public (GIP) ;
- le SNATED²⁵⁸ (rapport d'activité) ;
- l'ODAS (enquête sur les signalements).

Deux groupes de données sont identifiées :

- les données en amont d'une prise en charge : appels téléphoniques reçus au SNATED, statistiques de signalement de l'ODAS ;
- les données qui recensent les mesures décidées pour ces enfants une fois la prise en charge actée : DREES et DPJJ.

²⁵⁸ Rappel des activités du SNATED : accueil des appels en vue d'un dépistage dans une optique de protection et transmission des informations préoccupantes aux services des conseils généraux ou signalement direct au parquet selon la situation.

➤ **Les données en amont de la prise en charge :**

– **Le SNATED : les données à propos des demandes d'aides**²⁵⁹

Le rapport d'activité du SNATED propose une présentation statistique détaillée des appels téléphoniques reçus par le service et de leur contenu en matière de population concernée.

Unité d'observation retenue : l'appel téléphonique, collecte des données en temps réel par les écoutants.

Variabes recueillies (pour caractériser le profil des appelants) : l'objet de l'appel, la nature et la forme des mauvais traitements, le profil des enfants victimes (sexe, âge, environnement familial), l'auteur des mauvais traitements et enfin les réponses données par le SNATED aux appelants.

Apport : La notoriété du SNATED permet le recueil de nombreuses données.

Limite : Ces données ont un caractère de connaissance du phénomène d'enfance en danger très limitées car elles sont basées sur l'appel téléphonique et non sur les enfants eux-mêmes (par exemple, un appel peut concerner plusieurs enfants et le SNATED peut recevoir plusieurs appels pour un même enfant. Ainsi une évolution du nombre d'appels ne signifie pas forcément une évolution du nombre d'enfants victimes).

– **L'ODAS : statistique des signalements d'enfants en danger**

Les enquêtes de l'ODAS²⁶⁰ portent sur les signalements traités par les conseils départementaux donnant lieu à une évaluation pluridisciplinaire à l'issue de laquelle était décidée soit une mesure judiciaire soit une saisine judiciaire. Les départements fournissent annuellement à l'ODAS le nombre de signalement d'enfants en danger permettant des remontées de données agrégées observées en flux²⁶¹.

Limites :

1. Les définitions retenues par l'ODAS à propos de :
 - « L'enfant en danger » : regroupe « les enfants en risque » et « les enfants maltraités ». Il y a donc emploi du vocabulaire juridique seulement pour la première catégorie ;
 - le « signalement » : interprétations diverses, selon les départements, du périmètre du signalement.
2. Obligation d'identification du « risque principal » par signalement : mais, dans la réalité, une part importante d'enfants est victime de plusieurs types de violence de manière simultanée sans qu'aucune hiérarchie entre ces différents types ne puisse être établie.

➤ **Les données en aval de la décision de prise en charge : les données sur les mineurs et les jeunes majeurs (18-21 ans) pris en charge en protection de l'enfance.**

Limite de cette démarche : les sources de données proviennent de deux ministères²⁶² auxquels les institutions sont rattachées. Cela provoque un risque d'interférence partielle de ces deux bases puisqu'un grand nombre de prises en charge décidées par le juge des enfants est financé par l'ASE.

²⁵⁹ Les auteures précisent que le SNATED est en train de modifier, au moment de l'écriture de l'article, son logiciel de recueil de données afin de pallier la première difficulté et de limiter les effets de la seconde.

²⁶⁰ Cf. ODAS. *L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique*. Paris : ODAS, 1994, 110 p.

²⁶¹ Du 1^{er} au 31 décembre de chaque année.

²⁶² En raison de la bipolarisation de la protection de l'enfance en France entre institutions judiciaires et ASE

– Enquête sur les bénéficiaires²⁶³ de l'ASE

Questionnaire de la DREES remplis par les départements chaque année.

Remontée de données agrégées sur le nombre de bénéficiaires pris en charge physiquement (placés en établissement ou en famille d'accueil) et en milieu ouvert (suivis à domicile).

Limites : l'unité de compte correspond à la mesure et non à l'enfant. Il y a alors un risque de double comptage pour les enfants bénéficiant d'une double prise en charge.

– Le logiciel de gestion de l'activité et des mesures éducatives (GAME) du ministère de la justice

Comptage des mesures qui sont prises en charge par les éducateurs après qu'elles aient été prononcées par les juridictions et confiées à la PJJ. La saisie a lieu dans chaque structure publique de la PJJ.

Limite : l'unité de compte correspond à la mesure et non à l'enfant.

– Tableaux de bord des tribunaux pour enfants (ministère de la Justice)

Mise en ligne par le ministère de la Justice des statistiques par juridiction permettant d'appréhender le nombre de mineurs en danger, en cours de suivi par les juges des enfants.

Apports : informations précises puisqu'il s'agit des enfants et non des mesures.

Il est en plus possible de confronter le nombre de mesures en cours décidées par la justice avec le nombre de mineurs pris en charge à la même date et donc d'avoir les informations nécessaires à l'estimation des doubles comptes.

➤ L'estimation du nombre d'enfants en danger en France : Oned/ONPE

Le rapport annuel de l'Oned/ONPE propose une estimation annuelle du nombre de mineurs et de jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure, à partir des données agrégées de la DREES (l'enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'Aide sociale à l'enfance), de la DPJJ (données issues du logiciel GAME, envoyées tous les ans sous forme de tableaux récapitulatifs) et des tableaux de bord des tribunaux pour enfants.

Apports :

La **Méthode** d'estimation est donc basée à la fois sur des données qui évoluent et sur une évaluation du taux de doubles mesures (placement physique et mesures en milieu ouvert) dont l'estimation est calculée à partir des données judiciaires et extrapolée à l'ensemble des mesures et aux jeunes majeurs.

L'unité de compte correspond au nombre d'enfants plutôt qu'à l'addition du nombre de mesures de prises en charge.

Limites : risque de surestimation car la pratique d'une double mesure est plus fréquente lors de décisions judiciaires que lors de décisions administratives.

²⁶³ « Bénéficiaire » correspond à toutes les mesures financées par l'ASE, que la décision d'origine soit administrative ou judiciaire. Ne sont pas prises en compte les mesures financées par la PJJ et les mesures de protection des jeunes majeurs.

20. FRECHON I., MARQUET L. et SEVERAC N. Les enfants exposés à des « violences et conflits conjugaux ». Parcours en protection de l'enfance et environnement social et familial. *Politiques sociales et familiales*. 2011, 105, p. 59-72.

- **Les auteures**

Isabelle Frechon est sociodémographe, CNRS-Laboratoire Printemps (UMR8085) ; Institut national d'études démographiques (INED).

Lucy Marquet est démographe, université de Bordeaux – INED.

Nadège Severac est sociologue.

- **Type de recherche et format de publication**

Article réalisé à partir de résultats de l'Étude longitudinale sur l'accès à l'autonomie des jeunes en protection de l'enfance (ELAP). Il s'agit d'une étude des trajectoires d'une cohorte de 809 enfants nés au milieu des années 1980 et ayant connu au moins un placement avant l'âge de 10 ans dans l'un des deux départements français participant à cette étude.

- **Objectifs**

L'objectif de l'article est de souligner les spécificités familiales et individuelles des jeunes pris en charge en protection de l'enfance et exposés à des violences et conflits conjugaux (VCC).

L'article apporte des éléments de connaissance sur les enfants en danger de deux ordres :

- leurs trajectoires de prises en charge en protection de l'enfance ;
- leurs caractéristiques, notamment en termes d'exposition à de graves affrontements conjugaux.

- **Contexte**

À propos de l'incidence sur l'enfant de l'exposition aux violences conjugales :

Études (menées depuis 30 ans) en Amérique du Nord²⁶⁴ : elles ont permis de mettre en évidence les effets de l'exposition à la violence conjugale pour les enfants et surtout la gravité potentielle de leurs répercussions. En effet, l'ensemble des pans du développement de l'enfant sont susceptibles d'être affectés, avec un retentissement important sur le fonctionnement psychologique et social à l'âge adulte.

Études françaises : à partir des années 2000, grâce à l'enquête ENVEFF (sur les violences faites aux femmes), une première mesure de l'ampleur du phénomène et de la gravité de la violence conjugale a pu être effectuée (Jaspard et al., 2003)²⁶⁵. Le rapport Henrion²⁶⁶ (2001) soulignait déjà la quasi-inexistence des recherches françaises sur la thématique, mais rappor-

²⁶⁴ Principale étude recensée dans l'article : LESSARD G. ET PARADIS F. *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : recension des écrits*. Québec : Institut national de la santé publique du Québec, 2003.

²⁶⁵ JASPARD M., BROWN E., CONDON S. et al. *Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale*. Paris : La Documentation française, 2003.

²⁶⁶ HENRION R. *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*. Rapport commandité par le ministère de la Santé. Paris : La Documentation française. 2001.

tait aussi les conséquences néfastes de l'exposition à la violence pour les enfants, identifiées dans la littérature internationale. Novelli et Heim (2006)²⁶⁷ ont mis en évidence que les enfants exposés ne sont pas seulement des témoins des violences, mais des victimes du fait qu'ils sont partie prenante des interactions violentes.

Un décalage important est toutefois constaté entre les pratiques de terrain – qui prenaient déjà en considération ces aspects – et le peu de recherches sur le sujet. La préoccupation des professionnels relative aux enfants en situation de violence conjugale existait donc antérieurement.

- **Définitions des termes employés**

Les auteures distinguent deux notions : le conflit et la violence (p. 60) qui renvoient, selon la littérature, à des dynamiques conjugales distinctes :

- **les situations conflictuelles** : « les deux protagonistes sont en capacité de faire valoir leurs points de vue et leurs intérêts, quitte à s'affronter, ce qui peut parfois se traduire par un acte de violence d'un conjoint envers l'autre » ;
- **les situations de violence conjugale** « renvoient à une dynamique de prise de pouvoir d'un conjoint sur l'autre, dont la violence (sous toutes ses formes) est le moyen, raison pour laquelle elle se répète cycliquement allant la plupart du temps en s'aggravant. Déstabilisée, fragilisée, isolée, la victime est progressivement mise sous emprise, elle en vient à avoir peur de son conjoint et à se plier à son contrôle ».

- **Population d'étude**

Cohorte de 746 enfants²⁶⁸. Pour faciliter la lecture de leur article, les auteures ont distingué les catégories suivantes pour les comparaisons :

- les « **enfants VCC** », n = 141 : enfants exposés à des violences et conflits conjugaux, que l'exposition ait été mentionnée ou non à la première mesure. Les professionnels ont pris connaissance, au cours de la prise en charge, de l'existence de violences et/ou conflits conjugaux passés ou présents (par exemple, lors d'un retour en famille), sans que cela ait motivé la mesure de protection ;
- les « **enfants non VCC** », n = 605.

Et

- Les « **enfants motif VCC** », n = 110 : enfants pour lesquels cette exposition fait partie des facteurs ayant motivé une mesure de protection. À ce motif s'ajoutent dans 85 % des cas des « conditions d'éducation défailtantes » et/ou des « mauvais traitements » pour argumenter la décision de protection ; pour les 15 % restants s'ajoutent des problèmes de comportements de l'enfant

²⁶⁷ NOVELLI C. et HEIM C. Les enfants victimes de violences conjugales. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2006, 36, p. 185-207.

²⁶⁸ La cohorte initiale comptait 809 enfants (tous nés au milieu des années 1980, et ayant connu au moins un placement avant l'âge de 10 ans, dans deux départements français). Parmi l'ensemble de la cohorte, 63 enfants étaient « mineurs étrangers isolés », ce qui suppose des particularités qui amènent à les retirer des analyses.

dans de nombreuses situations, même si pour certaines aucun autre motif n'est précisé. L'« exposition aux VCC » n'est donc pas un motif de placement en soi, mais il apparaît pour mieux qualifier le danger²⁶⁹ ;

- les « **enfants sans motif VCC** », n = 636.

- **Méthode**

Méthode d'enquête biographique de type *fiche ageven*²⁷⁰ permettant de reconstituer les trajectoires/parcours de prise en charge des enfants et ainsi de les étudier (pour chaque mesure de protection ont été notés la date de début et de fin, le type de mesure, le type de prise en charge et les motifs d'entrée et de sortie). L'ensemble des raisons ayant motivé toute nouvelle décision ont été recueillies afin de caractériser la situation dans sa globalité. Pour plus d'un enfant sur cinq, la trajectoire de prise en charge a nécessité la lecture du dossier de l'aide sociale à l'enfance et de celui du tribunal pour enfant rattaché. Associé à cette trajectoire institutionnelle, un ensemble de variables permettant de mieux connaître la composition de la famille et les contacts entretenus avec les parents ont été recueillis²⁷¹.

Les trajectoires des deux populations ont été comparées afin de dégager les caractéristiques individuelles et familiales des enfants ayant été exposés aux VCC et pris en charge en protection de l'enfance, et ceux exposés aux VCC et pris en charge en protection de l'enfance pour ce motif.

- **Résultats :**

- **Caractéristiques des « enfants VCC »**

Les « enfants VCC » exposés à des violences et à des conflits conjugaux constituent un groupe spécifique parmi les enfants placés présentant des caractéristiques particulières :

- une majorité de garçons (54 % contre 46 % de filles) ;
- des fratries particulièrement nombreuses (47 % d'entre eux ont au moins quatre frères ou sœurs (ou demi-frères ou demi-sœurs), contre 33 % pour les « enfants non VCC ») et plus fréquemment placés (72 % des « enfants VCC » ont au moins un frère ou une sœur placé contre 40 % pour les « enfants non VCC ») ;
- des parents plus jeunes à l'arrivée de leur premier enfant (en moyenne un an plus jeune que les parents des « enfants non VCC ») ;
- des difficultés parentales plus fréquentes, notamment des problèmes d'alcool pour les deux parents et des difficultés rencontrées pendant l'enfance²⁷² et des

²⁶⁹ Les auteures indiquent (p. 61) que l'époque à laquelle les mesures de protection des enfants ont été prises n'est pas sans conséquence sur l'appréhension des dissensions conjugales par les intervenants : encore peu de campagnes de sensibilisation sur les effets sur les enfants ; aucune distinction n'est possible entre conflit et violence conjugale en raison de l'absence de formation et donc de repères dotant les professionnels d'une « grille de lecture, mais aussi en raison du mandat spécifique des professionnels de la protection de l'enfance et au type de public qu'ils sont amenés à rencontrer. Les intervenants en protection de l'enfance entrent dans la situation familiale par l'enfant en souffrance, plutôt que par une demande de l'adulte qui peut ne pas souhaiter se confier à un intervenant social ; la dynamique conjugale se révèle ainsi beaucoup moins lisible.

²⁷⁰ VIVIER G. La fiche ageven : un outil adapté à la collecte de trajectoires. 14^e colloque de l'AIDELF, université d'Aveiro, Portugal, 2006. (www.erudit.org/livre/aidelf/2006/001404co.pdf).

²⁷¹ FRECHON I. (dir.) *Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger. Trajectoires des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans*. Rapport final pour la Mission Recherche du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 2009.

²⁷² C'est-à-dire ayant subi des mauvais traitements et/ou ayant été placé pendant l'enfance.

problèmes psychologiques ou psychiatriques pour les mères, en particulier chez les enfants entrés jeunes en protection de l'enfance ;

- des mauvais traitements, en particulier violences physiques, violences psychologiques et négligences lourdes, plus fréquents chez les « garçons VCC » (30 % des « garçons VCC » ont connu au moins deux formes de mauvais traitements, contre 10 % des « garçons non VCC ») ;
- des négligences lourdes plus fréquentes chez les « filles VCC » (19 % contre 10 % chez les « filles non VCC »).

➤ **Caractéristiques des « enfants motif VCC »**

Concernant les enfants protégés pour VCC, dits « enfants motif VCC », ils présentent également des caractéristiques spécifiques :

- une entrée plus précoce dans les dispositifs de protection (8 ans en moyenne lors de la première mesure de protection pour les « enfants motif VCC », contre 11 ans pour les autres enfants protégés) ;
- des placements plus longs (8 ans en moyenne pour les « enfants motif VCC », contre 5 ans pour les autres enfants protégés) et plus précoces (10 ans en moyenne au premier placement pour les « enfants motif VCC », contre 12 ans pour les autres enfants protégés) ;
- des parcours longs et chaotiques marqués par :
 - des durées de prises en charge plus longues (10 ans en moyenne pour les « enfants motif VCC » contre 7 ans pour les autres enfants protégés) ;
 - des allers et retours surtout les premières années : tentatives de retours en famille suivies de re-placement – un certain temps s'écoule entre le retour en famille souvent motivé par la fin du danger constaté au domicile (avec ou sans aide éducative) et le re-placement rendu nécessaire par le constat d'une réexposition au danger (43 % des « enfants motif VCC » ont connu au moins un retour temporaire en famille contre 29 % des autres enfants protégés) ;
 - une multiplicité de lieux de placement (43 % des « enfants motif VCC » ont connu trois familles d'accueil ou plus, contre 31 % pour les autres enfants protégés, et 38 % des « enfants motif VCC » ont connu au moins trois foyers, contre 26 % des autres enfants protégés).

21. LAPIERRE S. et DAMANT D. Les mauvais traitements envers les enfants et les adolescents : le point de vue d'enfants et d'adolescents victimes. *Service social*, 2004, vol. 51, n° 1, p. 98-109.

- **Les auteurs**

Simon Lapierre est doctorant en travail social, Centre for the Study of Safety and Well-being School of Health and Social Studies University of Warwick, Royaume-Uni.

Dominique Damant est professeure titulaire, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), École de service social, université de Laval.

- **Type de recherche et format de publication**

Recherche exploratoire²⁷³ menée entre septembre 2001 et juin 2003 auprès d'enfants et d'adolescents victimes de mauvais traitements et exposés à la violence conjugale, financée par le Fond québécois de recherche sur la société et la culture. Article présentant les premiers résultats de l'enquête.

- **Définitions des termes employés**

La définition des **mauvais traitements** englobe les abus physiques, psychologiques et sexuels ainsi que la négligence²⁷⁴. La **négligence** est définie comme l'« omission chronique » de fournir « les soins minimaux dans un ou plusieurs domaines du fonctionnement de l'enfant »²⁷⁵. Dans l'article, les auteurs s'intéressent aux travaux menés sur les points de vue des jeunes confrontés aux violences conjugales car la violence conjugale et les mauvais traitements peuvent être définis comme étant deux aspects du phénomène de la violence familiale²⁷⁶ et parce que ces deux problèmes sont souvent présents de façon concomitante au sein des mêmes familles²⁷⁷.

- **Objectifs**

L'objectif de cette recherche est de présenter le « point de vue²⁷⁸ » des jeunes sur les mauvais traitements qu'ils ont subis.

²⁷³ LAPIERRE S. *La concomitance de la violence conjugale et des mauvais traitements envers les enfants : le point de vue d'enfants et d'adolescents*, Mémoire de maîtrise non publié, Québec, université Laval, École de service social, 2003.

²⁷⁴ D'après CORBY B. *Child Abuse: Toward a Knowledge Base*, 2^e éd., Buckingham : Open University Press, 2000.

²⁷⁵ LACHARITÉ C. et ROBIDOUX S. « La qualité de la relation conjugale, le soutien du conjoint et la détresse parentale des mères négligentes ou à risque sur le plan psychosocial ». In TESSIER R., TARABULSY G.M. et ÉTHIER L. (dir.). *Dimensions de la maltraitance*. Sainte-Foy : Presses de l'université du Québec, 1996, p. 67-87.

²⁷⁶ KELLY L. The interconnectedness of domestic violence and child abuse: Challenges for research, policy and practice. In MULLENDER A. et MORLEY R. (dir.). *Children Living with Domestic Violence*. Londres : Whiting and Birch, 1994, p. 43-56.

²⁷⁷ APPEL A.E. et HOLDEN G.W. The co-occurrence of spouse and physical child abuse : A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*. 1998, 12, 4, p. 578-599. ; COX C.E., J.B. KOTCH et M.D. EVERSON. A longitudinal study of modifying influences in the relationship between domestic violence and child maltreatment. *Journal of Family Violence*. 2003, 18, 1, p. 5-17. ; EDLESON, J.L. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence against Women*. 1999, 5, 2, p. 134-154.

²⁷⁸ « point de vue » est utilisé dans le sens de « donner une voix » aux jeunes à propos des mauvais traitements vécus, d'après LLOYD-SMITH M., et TARR J. « Researching children's perspectives: A sociological dimension. In LEWIS A. et LINDSAY G. (dir.). *Researching Children's Perspectives*. Buckingham : Open University Press, 2000, p. 59-70.

- **Contexte**

Face à l'ampleur du phénomène des mauvais traitements envers les enfants et les adolescents ainsi qu'aux conséquences à court, moyen et long termes sur leur bien-être et leur développement, peu d'études sont consacrées au point de vue des victimes elles-mêmes.

Les réserves des auteurs à étudier le point de vue des jeunes peuvent être expliquées par deux difficultés :

1. Les caractéristiques de la population qui posent des difficultés méthodologiques et une indispensable réflexion éthique : population vulnérable, difficultés de recrutement, nécessité d'obtenir le consentement des parents, complexité de la collecte des données, obligation par la loi de signaler la situation de jeunes dont la sécurité ou le développement pourraient être compromis.
2. La tendance sociétale : jusqu'à récemment, la société accordait peu de valeur au point de vue des jeunes de façon générale.

Pourtant la littérature existante sur cette thématique mentionne que les enfants et les adolescents sont capables de s'exprimer à propos d'événements difficiles vécus dans leur vie – même les enfants assez jeunes. De plus le fait de s'exprimer à propos de ces situations et d'être considérés comme des acteurs sociaux en mesure d'influencer leur environnement permettent aux jeunes d'accroître leur sentiment de compétence et de contrôle sur leur vie.

- **Population d'étude**

Dix jeunes (cinq filles et cinq garçons) âgés de 8 à 17 ans ont participé à l'étude. La majorité des jeunes vivent chez leur mère dans une famille monoparentale ou recomposée (l'une d'entre elles habite avec son père et l'un d'entre eux avec ses deux parents biologiques).

Critère d'inclusion : avoir entre 7 et 18 ans ; avoir été exposé à au moins un épisode de violence conjugale au cours des cinq dernières années ; avoir été victime d'au moins une forme de mauvais traitements au cours des cinq dernières années ; être capable de s'exprimer en français ou en anglais.

Des intervenant(e)s de maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, de centres locaux de services communautaires et de centres jeunesse dans les régions de Québec, de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont aidé au recrutement des jeunes pour l'étude.

- **Méthode**

Entretiens individuels semi-structurés d'environ 1 heure.

Deux entretiens pré-tests (le second est retenu pour le corpus d'analyse). Le début des rencontres est consacré à établir un lien de confiance avec le jeune et à lui exposer les objectifs et conditions de la recherche. Le protocole d'entrevue utilisé fait appel à la technique de l'incident critique qui repose sur des faits concrets et réels : les participants étaient invités à relater un incident de violence conjugale et un autre relatif à des mauvais traitements survenus au cours des cinq dernières années. Les incidents retenus étaient soit marquants, soit représentatifs de la dynamique de violence présente dans la famille. Différents thèmes ont été retenus : les manifestations de la violence ; le contexte de survenue de la violence ; le rôle des personnes présentes ; les émotions, les cognitions et les comportements suscités ; leurs explications à propos de la situation ; la dynamique de violence présente dans la famille ; les liens entre la violence conjugale et les mauvais traitements ; les aspects positifs dans la relation conjugale et dans la relation parent-enfant.

- **Résultats**

- **Les manifestations décrites**

Les participants ont mentionné les quatre formes de mauvais traitements, même si les violences sexuelles sont le moins souvent rapportées (une seule situation dans l'échantillon – cela peut s'expliquer en partie par la moindre fréquence de cette forme de maltraitance ainsi que par son caractère tabou). Les abus physiques relatés (bousculade, coups portés avec des parties du corps ou des objets) concernent davantage les garçons alors que les abus psychologiques (paroles ou gestes blessants, insultes, chantage, isolement, harcèlement, violence indirecte) sont davantage rapportés par les filles. Enfin, au niveau des négligences, les participants rapportent des situations dans lesquelles a été perçu un décalage entre leurs besoins, leurs attentes et les réponses apportées par leurs parents.

En accord avec la littérature existante explorant le point de vue d'enfants et d'adolescents exposés à la violence conjugale et familiale, les pères ou les conjoints des mères sont le plus souvent identifiés comme étant les auteurs des mauvais traitements.

- **Les causes des mauvais traitements identifiées par les jeunes**

Elles sont difficilement identifiables, particulièrement chez les jeunes enfants. Les jeunes disent ne pas savoir ou ne pas s'en souvenir. Quand des facteurs sont reconnus, ils sont soit liés à l'adulte (caractère, humeur, fatigue, stress, consommation d'alcool, manque de volonté, histoire familiale) ; soit liés à l'enfant qui va se sentir responsable. Cependant, contrairement à d'autres études à propos des violences conjugales et familiales, les jeunes rencontrés ne montrent pas une tendance marquée à déresponsabiliser les adultes en se blâmant eux-mêmes ou l'adulte victime.

- **Les conséquences identifiées**

Elles sont nombreuses et de différentes natures (physiques et psychologique) et concernent différentes sphères de la vie de l'enfant (au niveau scolaire et dans les relations avec les membres des familles élargies et immédiates). Elles concernent les enfants eux-mêmes, mais aussi les autres membres de leur famille comme la fratrie. Certains participants voient l'intervention des services de protection de la jeunesse comme une conséquence des mauvais traitements. Enfin un participant a pu identifier des conséquences positives aux mauvais traitements en termes d'amélioration de son comportement. Cela semble corrélé à l'ambivalence ressentie quant aux causes des mauvais traitements vécus comme légitimes et justifiés.

- **Les réactions adoptées par les enfants et les adolescents**

Les réactions affectives (peur, tristesse, malaise, colère, impuissance, sentiment de perte de contrôle de soi) sont les premières mentionnées. Ensuite, les participants rapportent les cognitions associées (avoir des pensées qui ne sont pas en lien avec la situation en cours, porter un jugement sur la situation, imaginer les conséquences potentielles des mauvais traitements et envisager les solutions possibles). Enfin, au niveau des réactions comportementales, c'est le retrait qui est principalement retrouvé. Celui-ci est utilisé dans le but d'entreprendre d'autres activités ou pour faire appel aux ressources de l'environnement (mère, amis, famille élargie).

Des différences apparaissent quant aux sexes des participants :

- uniquement les filles : peur, impuissance, sentiment de perte de contrôle de soi, imaginer les conséquences potentielles des mauvais traitements et adopter un rôle de responsabilité ;

- les garçons : colère, trouver une justification aux mauvais traitements et avoir adopté des comportements violents.

Cette étude met en avant que les enfants et les adolescents peuvent s'exprimer à propos des mauvais traitements qu'ils ont subis et peuvent donner leur point de vue à propos des types de maltraitances subis, des conséquences que ces dernières ont pour/sur eux et ils peuvent en partie donner leur avis sur les raisons qui les ont entraînées. Les auteurs considèrent leur recherche comme étant de nature exploratoire et, au regard des premiers résultats, ils invitent les chercheurs à les prolonger et à se saisir du point de vue des jeunes dans les cas de maltraitance, comme c'est déjà le cas dans les études sur les violences conjugales. Les manières de percevoir les jeunes ainsi que les approches éthiques et méthodologiques doivent être revues afin d'associer les jeunes aussi bien aux recherches qu'aux prises de décisions les concernant et dans l'élaboration des politiques et programmes d'intervention.

22. LASEK-DURIEZ A. et LEAUTE-LABREZE C. Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels). *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2009, 136, p. 838-844.

- **Les auteures**

Audrey LASEK-DURIEZ est praticien hospitalier, dermatologue, service de dermatologie, hôpital Saint-Vincent-de-Paul, groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille.

Christine LEAUTE-LABREZE est dermatopédiatre, unité de dermatologie pédiatrique, hôpital Pellegrin-Enfants, Bordeaux.

- **Type de recherche et format de publication**

Étude médicale à partir de données épidémiologiques. Article.

- **Définitions des termes employés**

Les auteures identifient la **maltraitance** comme « un problème majeur de santé publique » (p. 838) et, selon elles, il en est de « la responsabilité morale, éthique et légale de chaque médecins de détecter les cas de sévices à enfant et d'intervenir afin d'éviter les récives » (*ibid.*).

« La maltraitance regroupe différentes conduites qui, par la répétition des actes ou leur violence, peuvent entraîner des conséquences sur les plans physiques et/ou psychologiques et sur l'évolution de la personne. Il existe différentes catégories de maltraitance : la maltraitance physique, la maltraitance psychologique et les sévices sexuels » (*ibid.*).

- **Objectifs**

À partir d'une revue de la littérature existante et de leur expérience clinique, les auteures de l'article dressent un bilan des différentes manifestations cutanées qui peuvent être constatées lors de l'examen clinique dans un contexte de maltraitance physique et qui pourront participer à sa détection, puis à son signalement par le médecin. Chacune des manifestations cutanées décrites est discutée au regard de son diagnostic différentiel et des conditions de sa survenue. Les auteures, toutes deux dermatologues, pointent le paradoxe de la non-association entre dermatologie et maltraitance à enfant, alors même que la maltraitance physique d'un enfant se révèle le plus fréquemment par des manifestations cutanées²⁷⁹.

L'article vise en plus à présenter des données épidémiologiques et des outils diagnostiques, à sensibiliser les dermatologues à l'identification des signes de maltraitance physique chez l'enfant. L'accent est mis à la fois sur l'importance de protéger l'enfant d'une situation de danger, en exposant les conséquences à court, moyen et long termes, tout en maintenant une posture réfléchie et nuancée face la difficulté à établir un diagnostic de sévices à enfants. Deux types d'erreur de diagnostic sont pointés : les « faux positifs » (des blessures involontaires, ou des pathologies dermatologiques sont identifiées à tort comme des maltraitements) et les « faux négatifs » (des enfants maltraités mais non signalés).

²⁷⁹ 90 % des victimes de maltraitance physique ont des signes cutanés. BENEDICT MI., WHITE RB. et CORNELLY DA. Maternal perinatal risk factors and child abuse. *Child Abuse and Neglect*. 1985, 9, p. 217-24.

- **Résultats**

La détection d'une maltraitance repose sur l'association de différents facteurs (histoire incohérente, signes cliniques suspects et facteurs de risques sociaux) qui doivent être étudiés par les praticiens suite à la réalisation de la consultation somatique de l'enfant, de l'interrogatoire précis des personnes l'accompagnant et de l'enfant lui-même, reçu seul lorsqu'il est en capacité de s'exprimer. Les auteures invitent les praticiens à effectuer un examen approfondi et à tenir compte de l'ensemble des indices relevant aussi bien des sphères somatique, affective, du niveau de développement de l'enfant, que du contexte culturel d'apparition des symptômes.

Les différentes manifestations cutanées pouvant signifier une maltraitance et retenues par les auteures sont les ecchymoses, les érosions, les brûlures, les morsures, l'atteinte des phanères (alopécie traumatique et décollement d'ongles) et les signes d'un manque d'hygiène associables à la négligence (ongles et plis sales, orifices croûteux, cheveux non coiffés, couches non changées, pédiculose, scabiose profuse, lentes dans les cils et sourcils). Les différentes lésions sont décrites, photos à l'appui, et pour chacune, une distinction est opérée afin de déterminer les conditions de la survenue (accidentelle ou intentionnelle) et un diagnostic différentiel est proposé. En effet, certaines d'entre elles comme les ecchymoses font partie des manifestations cutanées les plus fréquentes chez l'enfant et revêtent ainsi un caractère banal. Il s'agira alors d'étudier d'autres informations afin de déterminer si leur présence relève par exemple d'un temps de jeu de l'enfant ou d'un coup infligé.

Les facteurs retenus et croisés pour distinguer les contextes d'apparition et adapter la prise en charge sont :

- **la topographie de la lésion** : localisation, taille, forme, nombre : la localisation est un indice retenu pour déterminer le caractère accidentel ou intentionnel, en retenant par exemple les zones où l'enfant est habituellement couvert et sur lesquelles il n'a pas de raison de se faire mal (fesses, dos, périnée). Dans le cas des brûlures, un enfant se saisissant accidentellement d'un objet chaud aura généralement des brûlures sur la partie plantaire, alors que les brûlures par immersion forcée des mains de l'enfant laisseront apparaître aussi des brûlures sur la face dorsale. La forme de la lésion est également un indicateur qui peut permettre la reconnaissance de l'objet utilisé ;
- **l'âge de l'enfant et son niveau de développement psychomoteur** qui permettent de prendre en considération sa capacité d'autonomie et ainsi les possibilités d'accidents du quotidien ;
- **l'histoire racontée** : les auteures et les versions contradictoires ou concordantes, le niveau de détails et leurs cohérences/divergences, le caractère évasif ou explicite, la correspondance avec la blessure ;
- **le délai de prise en charge** : quand l'enfant a-t-il été conduit pour une consultation ? ;
- **les antécédents de l'enfant** : de maladies bulleuses, de prises de traitements, d'autres consultations pour des blessures ou fractures et leur fréquence ;
- **le diagnostic différentiel** : des pathologies somatiques peuvent-elles expliquer les signes cliniques permettant d'infirmier la présence de maltraitance ?

23. LAVERGNE C., CLÉMENT M-È., DAMANT D. et al. Cooccurrence de violence conjugale et de maltraitance envers les enfants : facteurs individuels et familiaux associés. La revue internationale de l'éducation familiale. 2011, 1, 29, p. 37-61.

- **Les auteurs**

Chantal Lavergne est professeure associée au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

Marie-Ève Clément, université du Québec en Outaouais, département de psychoéducation et psychologie.

Dominique Damant est professeure associée à l'université de Montréal.

Chantal Bourassa est professeure à l'université de Moncton.

Geneviève Lessard est professeure titulaire à l'École de service social, université Laval (Québec).

Pierre Turcotte est professeur agrégé à l'École de service social, université Laval (Québec).

- **Type de recherche et format de publication**

Étude ayant reçu le soutien financier du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et réalisée dans le Centre Jeunesse de Montréal-IU qui a permis l'accès aux dossiers consultés. Article.

- **Objectifs**

L'objectif de l'étude est d'identifier les caractéristiques des situations familiales présentant une cooccurrence de violence conjugale et de mauvais traitements envers les enfants afin de mettre en exergue l'origine des liens entre ces deux problématiques (les facteurs étiologiques communs à ces deux formes de violence) et d'éclairer le profil de ces familles afin de soutenir les intervenants. Ont été étudiées les caractéristiques des enfants, des parents et des familles ainsi que les différentes formes de maltraitance²⁸⁰.

- **Population d'étude**

À partir de l'analyse des données administratives et cliniques de 3 640 dossiers dont les signalements ont été retenus du 1^{er} février 2005 au 31 janvier 2006 et évalués comme fondés par un service de protection de l'enfance desservant la région de Montréal au Québec (Canada), un échantillon de 1 989 sujets sélectionnés au hasard simple a été constitué. Ont été exclus les signalements relevant uniquement de troubles du comportement sans cooccurrence avec des abus ou négligences (n = 338) ; les fratries des enfants signalés (n = 580) afin d'éviter l'interdépendance des sujets (le choix s'est alors porté sur le premier enfant apparaissant sur la liste) ; les dossiers comportant trop peu de données sur les parents biologiques et sur le milieu d'origine (n = 46). L'échantillon final comprend 1 025 enfants.

Trois groupes d'enfants ont ensuite été constitués pour effectuer les comparaisons :

- groupe 1 : enfants exclusivement exposés à la violence conjugale (n = 106) ;
- groupe 2 : enfants exposés à la violence conjugale et victimes de maltraitance (n = 220) ;
- groupe 3 : enfants victimes de maltraitance mais non exposés à la violence conjugale (n = 699).

²⁸⁰ Principale limite des études précédentes menées sur le sujet : seule la maltraitance physique était retenue.

- **Méthode**

L'analyse des dossiers a été faite à partir d'une grille de collecte de données standardisée, développée pour la recherche et inspirée du formulaire d'enquête de Tourigny *et al.*²⁸¹. La collecte de données a été faite à partir du signalement, du rapport d'évaluation et d'orientation afin d'identifier :

- les **caractéristiques de l'enfant** : le groupe d'âge et le groupe ethnoculturel établi à partir de trois variables de base (la langue parlée à la maison, le pays de naissance et l'appartenance ethnoculturelle) ;
- les **caractéristiques des mauvais traitements** : les cinq formes retenues (abus physique, abus sexuel, violence verbale, négligence et abandon) ;
- la **présence de violences conjugales**²⁸² et leurs **caractéristiques** : les comportements retenus à caractère physique ou sexuel et les agressions verbales ; l'identité de l'agresseur et la chronicité de cette problématique ;
- les **caractéristiques des parents** : un score cumulatif des risques parentaux a été constitué à partir des huit variables documentées (problèmes d'abus d'alcool ou de drogue, d'impulsivité/agressivité, de santé mentale ou de santé physique, de conflits conjugaux, des antécédents de maltraitance, un isolement social, une implication dans des activités criminelles et des difficultés financières) ;
- les **caractéristiques de la structure familiale** : biparentale, monoparentale et reconstituée ;
- les **conséquences des mauvais traitements sur l'enfant** : d'ordre physique, comportemental, émotionnel et psychosocial. Un regroupement en trois catégories a complété l'analyse : aucune conséquence ; une conséquence ; deux conséquences et plus.

La comparaison intergroupe des différentes caractéristiques a été réalisée à l'aide du test du Chi2 pour les variables catégorielles et de l'analyse de la variance (ANOVA) pour les variables continues.

Pour préciser le profil des situations de cooccurrence, des modèles de régression logistique ont été construits en utilisant la méthode pas à pas afin d'identifier la contribution de deux sous-ensembles de variables pouvant expliquer, d'une part, la présence de maltraitance parmi les cas de violence conjugale et, d'autre part, la présence de violence conjugale parmi les cas de maltraitance, et ce, toutes choses égales par ailleurs.

- **Résultats**

➤ **Les analyses bivariées montrent des différences dans les caractéristiques des trois groupes**

Le groupe 1 composé d'enfants exposés à la violence conjugale qui n'ont pas été victimes de maltraitance regroupe des enfants plus jeunes que dans les autres groupes (53 % ont moins de 6 ans, contre 38 % dans le groupe 2 et 25 % dans le groupe 3), appartenant à part équivalente au groupe ethnoculturel Québécois-Canadiens (49 %) et aux minorités ethnoculturelles (51 %),

²⁸¹ TOURIGNY M., MAYER M., WRIGHT J. *et al.* *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), 2002. Il s'agit de la première étude québécoise d'incidence sur les signalements.

²⁸² Identifiées au moment du signalement ou durant l'évaluation. Les événements de violence conjugale antérieurs au signalement considéré pour l'étude ont été documentés mais n'ont pas été pris en compte pour distinguer les cas de violence des autres cas.

présentant moins de conséquences (46 % d'entre eux ne présentent aucune conséquence, contre 27 % dans le groupe 2 et 31 % dans le groupe 3) et appartenant pour une majorité d'entre eux à des structures familiales biparentales (62 % dans le groupe 1, contre 44 % dans le groupe 2 et 30 % dans le groupe 3).

Le groupe 2 composé des enfants exposés à la violence conjugale et victimes de maltraitance regroupe des enfants jeunes (79 % ont moins de 12 ans), appartenant principalement au groupe ethnoculturel Québécois-Canadiens (68 %), plus fréquemment victimes d'abus verbal et de négligence (respectivement 13 % et 72 % dans le groupe 2, contre 9 % et 70 % dans le groupe 3), présentant plus de conséquences que dans les autres groupes, en particulier émotionnelles, et plus de facteurs de risque familiaux (en particulier les abus de drogue/alcool, des problèmes d'agressivité/impulsivité, des conflits importants de couple/parentaux, des activités criminelles, des problèmes de santé mentale ou physique et des vécus de maltraitance) et appartenant plus fréquemment à une famille reconstituée que dans les autres groupes (33 %, contre 23 % dans le groupe 1 et 14 % dans le groupe 2).

Le groupe 3 composé des enfants uniquement victimes de maltraitance regroupe des enfants plus âgés (39 % ont entre 12 et 17 ans), plus fréquemment victimes d'abus physique et d'abus sexuel que dans le groupe 2 (respectivement 29 % et 8 % dans le groupe 3, contre 27 % et 4 % dans le groupe 2), présentant plus de conséquences que dans le groupe 1, en particulier comportementales et psychosociales, principalement issus de familles monoparentales (57 %, contre 15 % dans le groupe 1 et 23 % dans le groupe 2) et présentant moins de facteurs de risque familiaux que dans les autres groupes.

Par ailleurs, si l'on compare les caractéristiques de la violence conjugale à laquelle sont exposés les enfants des groupes 1 et 2, les enfants exposés uniquement à la violence conjugale sont très majoritairement exposés à des situations de violence conjugale verbale et physique alors que la moitié des enfants exposés à la violence conjugale et victimes de maltraitance sont exposés à une seule forme de violence conjugale (verbale pour 28 % et physique pour 24 %). Pour les enfants du groupe 1, le responsable de la violence conjugale est le père dans près de 8 situations sur 10, contre 6 sur 10 pour le groupe des enfants exposés à la violence conjugale et victimes de maltraitance.

➤ **Les modèles de régression logistique permettent d'identifier des facteurs prédictifs²⁸³ significatifs**

Pour les enfants exposés à la violence conjugale, d'être aussi victimes de mauvais traitements : la violence conjugale de type verbal, le cumul de conséquences pour l'enfant et le nombre de problèmes vécus par les figures parentales (les autres variables ont été soumises à la procédure, mais aucune n'a été retenue dans le modèle final de prédiction).

Pour les enfants victimes de mauvais traitements, d'être aussi exposés à la violence conjugale : la structure familiale de type recomposée, les conflits de couples importants, l'abus sexuel envers l'enfant, la négligence envers l'enfant, les problèmes d'agressivité et d'impulsivité des parents, l'abus physique envers l'enfant, les problèmes de consommation abusive de drogue ou d'alcool chez les figures parentales et les conséquences d'ordre émotionnel pour les enfants.

Dans cet article, les auteurs ont pu mettre en évidence que la présence de cooccurrence de violence conjugale et de maltraitance au sein d'une même famille est associée à un portrait plus

²⁸³ Pour chacune des deux comparaisons, les facteurs sont cités selon leur ordre d'importance.

lourd au plan des formes de maltraitance, de leurs conséquences sur l'enfant et des facteurs de risque individuels et familiaux. Les auteurs pointent les difficultés relatives à l'accompagnement de ces familles aux problématiques multiples et pour lesquelles les difficultés des enfants sont fortement reliées à celles vécues par leurs parents. Il s'avère alors nécessaire de proposer des prises en charge prenant en compte la globalité des situations en investissant dans la collaboration inter-organisationnelle et le travail en équipe dans le but de développer des pratiques novatrices et d'améliorer la qualité de l'aide offerte aux familles parmi les plus vulnérables²⁸⁴.

²⁸⁴ LESSARD G., LAVERGNE C., CHAMBERLAND C. *et al.* Conditions for resolving controversies between players in domestic violence and youth protection services: toward innovative collaborative practices. *Children and Youth Services Review*. 2006, 28, p. 511-534.

24. MIREAU É. Maltraitance du nourrisson, le syndrome du bébé secoué. *LAENNEC*. 2008, 1, Tome 6, p. 18-25.

- **L'auteur**

Étienne Mireau est neurochirurgien à l'hôpital Beaujon, à Clichy (France).

- **Type de recherche et format de publication**

Article présentant les principaux résultats d'une recherche menée dans le cadre d'une thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine²⁸⁵. Cette recherche a été réalisée à partir de l'étude de 404 cas d'enfants de moins de 3 ans présentant des hématomes sous-duraux (HSD) pour lesquels existaient une suspicion de traumatisme non accidentel et hospitalisés dans le service de neurochirurgie pédiatrique de l'hôpital Necker-Enfants malades, entre septembre 1994 et avril 2004.

- **Définitions des termes employés**

Le « **syndrome du bébé secoué** » (SBS), décrit au début des années 1970 par John Caffey²⁸⁶, est le résultat d'une forme particulière de maltraitance conduisant à la formation d'un hématome intracrânien, secondaire à des ruptures vasculaires par des secousses violentes. La présence d'hématomes autour du cerveau des nourrissons a longtemps été rapportée à des causes médicales (infections maternelles, méningites bactériennes, déshydratations aiguës) plutôt qu'à une étiologie traumatique.

- **Résultats**

➤ **Description et incidence**

Le bébé, saisi au niveau du tronc, est secoué avec violence (généralement pour le faire cesser de pleurer). L'effet de coup de fouet qui se transmet à l'extrémité céphalique – proportionnellement lourde chez le nourrisson et sans contrôle postural à cet âge – induit des contraintes mécaniques des structures cérébrales à l'intérieur de la boîte crânienne. Les secousses peuvent entraîner des hémorragies dans l'espace sous-dural et dans les scissures inter-hémisphériques pouvant provoquer compressions et œdèmes cérébraux. Le tableau clinique correspond à un ensemble associant des hémorragies rétiniennes, des hémorragies sous-durales (HSD) ou sous-arachnoïdiennes, et doit être établi en l'absence d'évidence d'un traumatisme majeur. Sont aussi exclus : les hématomes secondaires à un polytraumatisme de forte conéctique (accident de voiture à grande vitesse, défenestration de plus d'un étage). L'extrême variabilité du tableau clinique rend le diagnostic souvent difficile.

Diagnostic différentiel : maladies responsables d'une fragilité vasculaire pouvant favoriser les hémorragies péricérébrales.

L'incidence en France est estimée à 0,025 % des nourrissons, soit 180 à 200 cas diagnostiqués par an, mais il semblerait que ces chiffres soient minorés. Les enfants ont rarement plus d'un an (moins de six mois dans deux tiers des cas) et sont majoritairement des garçons (70 %) ²⁸⁷.

²⁸⁵ MIREAU É. Syndrome du bébé secoué. Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance, à propos d'une série de 404 cas [en ligne]. Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine : université Paris-V René-Descartes, 2005. p. 216. <http://syndromedubebesecoue.com/wp-content/uploads/2012/04/these-SBS-Mireau-2005.pdf>

²⁸⁶ CAFFEY J. The whiplash shaker infant : manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*. 1974, 54, p. 396-403.

²⁸⁷ Ce déséquilibre du sex-ratio ne peut pour l'instant pas être expliqué (résultant d'une prédisposition intrinsèque ou d'un facteur extrinsèque comportemental).

➤ **Évaluation et traitement**

Le plus souvent, les enfants sont amenés aux urgences pour un malaise grave au décours duquel persiste un trouble de la conscience plus ou moins marqué et pouvant aller jusqu'au coma, avec ou sans convulsions. La recherche des différentes causes de malaise est négative et des explorations sont réalisées :

- pour évaluer le retentissement sur l'enfant ;
- pour rechercher des lésions associées dont la présence même plaide en faveur du diagnostic : lésions cutanées (présentes dans 24 % des cas), osseuses (23 %), oculaires rétiniennes²⁸⁸ (65 %).

Dans la majorité des cas, aucun traumatisme n'est décrit par l'entourage de l'enfant ou alors une description d'un traumatisme minime (chute de la table à langer, choc de la tête sur le bord d'une baignoire) est proposée mais celle-ci s'avère incompatible avec le tableau clinique.

L'état des enfants peut s'aggraver secondairement du fait des phénomènes irritatifs et compressifs de l'hématome sur le cerveau. Pour cette raison, ils sont volontiers admis en réanimation pédiatrique et si possible, en milieu neurochirurgical (plus d'un tiers nécessitent une ventilation mécanique ; 60 % sont opérés pour évacuer l'hématome).

➤ **Évolution et pronostic**

Le retentissement neurologique est variable, allant d'une simple augmentation de pression intracrânienne à l'état de mort apparente. 15 % des enfants décèdent dans les premiers jours de l'hospitalisation. Parmi ceux qui survivent, 15 % présentent des déficits neurologiques graves²⁸⁹ : sur 22 cas de syndromes d'enfants secoués, 33 % présentent des épilepsies, 92 % des retards du développement psychomoteur ; 92 % des difficultés d'apprentissage scolaire. La prise en charge en rééducation infantile suffit rarement à limiter les séquelles, d'où l'importance d'améliorer le dépistage, mais aussi la prévention.

➤ **Facteurs de risque et prévention**

- **Repérage dans la population générale des situations à risque²⁹⁰**
 - **Facteurs de risque²⁹¹** : parents jeunes et primipares ; facteurs de stress familial (grossesse pathologique, prématurité, gémellité) ;
- **L'application de mesures ciblées afin d'éviter le passage à l'acte : la prévention primaire**

L'auteur précise que, au vu du nombre important d'enfants probablement non diagnostiqués et des séquelles neurologiques observées malgré des prises en charge précoces, l'axe principal à privilégier est celui de la prévention primaire :

²⁸⁸ Les lésions oculaires rétiniennes sont particulièrement évocatrices. De même la mise en évidence d'hémorragies au fond d'œil.

²⁸⁹ BONNIER C., NASSOGNE M.C., HUSSON I. *et al.* Sévices et développement cérébral. Devenir des enfants secoués. Journées Parisiennes de Pédiatrie. Paris : Flammarion (Médecine Sciences), 1996, p. 173-178.

²⁹⁰ L'auteur précise que la connaissance de ces facteurs de risque ne doit pas entraîner une stigmatisation des parents.

²⁹¹ « Contrairement au syndrome de l'enfant battu, le syndrome du bébé secoué n'est pas plus fréquent en présence des facteurs de risque habituels de la maltraitance : le niveau socio-économique, en particulier, n'a aucune influence sur l'incidence du syndrome du bébé secoué. Aucun milieu social ne peut prétendre être à l'abri de cette forme de maltraitance » (p. 23).

- **Facteurs de protection** : privilégier le mode de garde collectif ; faciliter le repérage en maternité des parents témoignant de difficultés dans la gestion de leur relation avec leur nouveau-né (d'où l'importance d'une durée d'hospitalisation en maternité suffisante) ; proposer un suivi périnatal prolongé et adapté aux situations de détresse familiale ; informations et formations à tous les niveaux (parents, gardiens d'enfants, professionnels de santé, média) à propos de ce syndrome (son existence, les circonstances de sa survenue et ses conséquences catastrophiques)²⁹².

Enfin, l'un des principaux messages à diffuser pour la prévention de ce syndrome est, selon l'auteur : « Un bébé pleure beaucoup et il pourrait être naturel que ses proches aient vis-à-vis de lui des pulsions plus ou moins violentes. Connaître l'existence possible de cette intentionnalité permet de prévenir le passage à l'acte. Il faut que les parents concernés ne craignent pas d'exprimer à leur entourage cette envie ou ces intentions » (p. 24).

➤ **La pertinence du signalement**

L'auteur précise que même si le signalement ne constitue pas pour le médecin une obligation légale (l'article 45 du Code de déontologie invite le médecin à « prendre toute mesure nécessaire à la protection de l'enfant ») et qu'il peut décider de maintenir le secret pour des raisons qu'il « apprécie en conscience », « les avancées dans la connaissance du mécanisme particulièrement violent des secousses subies par l'enfant d'une part, et, d'autre part, les progrès accomplis en matière de prise en charge judiciaire de ces situations, plaident largement en faveur d'un signalement quasiment systématique lors d'un diagnostic de bébé secoué » (p. 22).

²⁹² Étude de TUZI-L'ETANG : échantillon de 203 femmes en maternité. 61 % ont déjà entendu parler de ce syndrome : 30 % capable de l'expliquer et 10 % n'imaginent pas les conséquences cérébrales. 89 % pensent qu'une chute de la table à langer est plus dangereuse que les secousses.

25. ROBIN M. et CORCOS M. (dir.) Recueil des phénomènes de maltraitements chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie. Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'ONPE. 2016. 94 p.

- *Les auteurs*

Marion Robin est psychiatre, responsable scientifique du projet, investigateur et coordonnateur.

Maurice Corcos est psychiatre, chef de service, responsable scientifique.

- *Type de recherche et format de publication*

Étude transversale et longitudinale réalisée à l'Institut mutualiste Montsouris (promoteur de l'étude), dans le service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte et ayant reçu le soutien de l'ONPE. Rapport de recherche.

- *Définition(s)*

Les auteurs rappellent « l'absence de définition consensuelle des notions de **maltraitance** ou **d'enfance en danger** » et énoncent « l'ambiguïté de la définition proposée par l'OMS » (p. 5) en raison de la mention qui y est faite de la nécessité d'un préjudice pour définir un acte maltraitant : « Le fait que ces conséquences entrent dans la définition comme une condition de la maltraitance nous paraît critiquable au plus haut point. Comment alors définir des actes violents réalisés sur des enfants très résilients, qui ne gardent que peu de traces des blessures physiques ou psychologiques par rapport à d'autres, parce que plus solides ? Il nous semble que le raisonnement finaliste qui consiste à observer les conséquences pour définir les actes ne peut s'entendre dans ce cas. En revanche, avoir constamment en tête les actes (réalisés ou omis) et les conséquences en parallèle, que ce soit en vue d'une évaluation du préjudice ou bien en vue d'une enquête sur la probabilité de l'acte, est une démarche qui nous paraît indispensable » (p. 6).

Ils interrogent également l'intérêt de retenir le type de relation (de responsabilité, de confiance ou de pouvoir) comme facteur nécessaire à la définition. Enfin, les auteurs discutent de la pertinence d'intégrer la question de l'intentionnalité dans la définition. Ils indiquent à ce propos : « La question de l'intentionnalité de l'auteur, [qui] est une question, certes importante, mais à peu près insoluble dans un grand nombre de situations et surtout pas toujours utile au niveau pragmatique, ni pour l'évaluation, ni pour le travail éducatif ou psychiatrique. Que les actes de violence ou de négligences aient ou non été intentionnels, l'important est de pouvoir inscrire des limites afin d'obtenir une protection. Le caractère intentionnel ou non ne préjuge pas de la difficulté à arrêter un comportement violent ou négligent. Juger qu'un acte de violence non intentionnel n'est pas de la maltraitance (par exemple dans le cadre d'un abus émotionnel) est possible du point de vue moral, mais pas du point de vue médical, car il reviendrait à nier sa dangerosité, et sortirait du champ des préoccupations de la protection de l'enfance » (p. 87).

Les auteurs proposent d'introduire la notion d'« **interactions familiales à risque** » afin de décrire les situations qui ne relèvent pas à proprement parler de la maltraitance, mais qui sont rencontrées quotidiennement dans les services de psychiatrie de l'adolescent et dont les conséquences peuvent être tout aussi sévères. Ces situations représentent plus souvent des « climats relationnels que des actes en eux-mêmes. » (p. 33).

- **Objectifs**

Cette étude part du constat de la méconnaissance des phénomènes de maltraitance en pédopsychiatrie, ainsi que du manque d'outils pour les décrire de manière interprofessionnelle. Le principal objectif de cette étude est d'établir une échelle nosologique de repérage des caractéristiques qualitatives et quantitatives des maltraitances et des interactions familiales à risque. Les auteurs souhaitent proposer, dans cette échelle, un élargissement sémantique et clinique des concepts, puisque en plus des « actes » ou « omission d'acte » largement reconnus comme étant maltraitants, ils ajoutent des situations issues d'une analyse sémiologique fine et qui paraissent à l'origine de conséquences délétères pour les patients.

Ensuite, à partir de cette échelle, les auteurs souhaitent évaluer :

- la prévalence des maltraitances physiques et psychologiques actuelles et passées (ainsi que les diverses situations de danger relationnel) dont sont victimes ou auteurs les adolescents qui sont hospitalisés en psychiatrie ;
- les profils psychiatriques (sémiologie clinique, diagnostics) des adolescents accueillis à l'unité ; ils souhaitent également comparer les profils obtenus dans le contexte de ces maltraitances à celui des adolescents non concernés par ces phénomènes ;
- Le devenir à deux ans des patients.

- **Population**

L'échantillon de l'étude est composé de 74 patients (74 % de filles et 36 % de garçons), âgés de 13 à 18 ans (moyenne = 15,3 ans). Ont été inclus tous les patients, âgés de 13 à 17 ans, hospitalisés dans l'unité de crise du département de l'adolescent de l'Institut mutualiste Montsouris (IMM) de juin 2014 à mai 2015, ayant acceptés de participer à l'étude et dont l'accord parental a pu être obtenu.

Parmi cet échantillon, dix patients ont été retenus afin de constituer des vignettes cliniques. Le critère de choix principal de ces cas a été la diversité des situations rencontrées du point de vue clinique surtout (troubles du comportement alimentaire, schizophrénie, autisme, dépression, tentative de suicide...).

- **Méthodologie**

Déroulement de l'étude en 3 phases :

1. **Phase préliminaire** : établissement de la première trame de l'échelle de recueil des phénomènes de maltraitance à partir de l'expérience clinique des auteurs et de l'analyse rétrospective de dossiers de 62 patients hospitalisés entre mars et juin 2014 (recueil de données cliniques portant sur les critères correspondant à des situations de danger relationnel).
2. **Phase transversale** (12 mois) : inclusion des patients au cours de leur hospitalisation, cotation de l'échelle et recueil de données cliniques issues de l'évaluation psychiatrique de la situation individuelle et familiale : données socio-démographiques (sexe, âge, fratrie, catégorie socioprofessionnelle, scolarité) ; données psychiatriques (symptômes et diagnostics) ; données psychopathologiques (fonctionnement émotionnel, relationnel, événement de vie).

Échelles psychopathologiques remplies et tests expérimentaux passés au cours de l'hospitalisation :

- mesure de l'alexithymie – capacité du patient à identifier et décrire ses propres émotions – à partir d'un autoquestionnaire de 20 items, la Toronto Alexithymia Scale (TSA)²⁹³ ;
 - mesure de l'empathie – capacité à se mettre à la place de l'autre – à partir de l'Interpersonal Reactivity Index (IRI)²⁹⁴ ;
 - mesure des modalités d'attachement à partir de RQ/Relationship Questionnaire, RSQ Relationship Scales Questionnaire²⁹⁵ afin de déterminer les types de stratégies d'attachement mises en place par le patient au cours de sa vie) ;
 - mesure de la reconnaissance des émotions faciales à partir du Multimorph, un test informatique au cours duquel le sujet doit reconnaître une émotion progressivement exprimée sur un visage par la technique de morphing²⁹⁶.
3. **Suivi longitudinal** : les patients ayant acceptés de participer à l'étude et leurs parents seront recontactés à deux ans de leur hospitalisation afin d'évaluer l'évolution clinique de chaque situation, les mesures mises en place lors de l'hospitalisation ou après (aménagement du mode de vie, soins, mesures éducatives, judiciaires, etc.).

Évaluation réalisée par autoquestionnaire rempli par le patient et l'un de ses parents :

- de l'évolution du patient : données sociodémographiques, événements de vie, nature des soins, mesures éducatives, etc. ;
- de sa qualité de vie : questionnaire WHO-QOL²⁹⁷ de l'OMS (test également réalisé lors de la phase transversale).

- **Résultats**²⁹⁸

➤ **Création de la grille**

En s'appuyant sur l'expérience de cette recherche (et sur les différentes versions de la grille réalisée) les auteurs insistent sur le fait que « le recueil des phénomènes de maltraitances doit se faire par un système le plus simple possible. Sa faisabilité est un critère central. La grille doit pouvoir être remplie rapidement, une fois que les définitions qu'elle inclut sont connues » (p. 81).

²⁹³ TAYLOR G.J., BAGBY R.M. et PARKER J.D.A. *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge : Cambridge University Press, 1997.

²⁹⁴ DAVIS M.H. *Empathy : A social Psychological Approach*. Wisconsin : Brown & Benchmark. 1994.

²⁹⁵ BARTHOLOMEW K. et HOROWITZ L. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1991, 61, p. 226-44.

²⁹⁶ 6 émotions différentes exprimées par 6 visages différents

²⁹⁷ SENECALE C.B., VALLERAND R.J. et VALLIERES E.F. Construction et validation de l'échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI). *Revue européenne de psychologie appliquée*. 1992, 42, p. 315-22.

²⁹⁸ Les résultats présentés sont ceux proposés par les auteurs dans la synthèse de leur rapport de recherche (p. 81).

L'échelle proposée par les auteurs comprend deux parties :

– Première partie : les « violences et les négligences »

Les auteurs ont choisi de retenir les définitions et items de CAN-via-MDS, en formulant toutefois quelques différences (explicitées p. 82). Cette partie de la grille de recueil comprend :

- **les actes commis** : actes violents envers soi-même ; actes de violence physique commis (avec ou sans blessure) ; actes de violence ou d'exploitation sexuelle commis (avec ou sans blessure) ; actes de violence psychologique commis (avec ou sans blessure) ;
- **les omissions/négligences** : omissions relatives à la négligence affective ; omissions relatives à la négligence physique ; omissions relatives à la négligence médicale ; omissions relatives à la négligence éducative ; omissions relatives à l'exposition au danger ; omissions relatives à la supervision ; refus de garde/abandon.

– Seconde partie : les « interactions familiales à risques »

Cette partie de la grille de recueil comprend :

- **éducation parentale** : incohérences éducatives ; grandes difficultés à imposer des limites, un cadre éducatif ; exigences démesurées (mesures éducatives rigides, attentes poussées inappropriées) ; parentification d'un ou des enfants, inversion des rôles parents-enfants ; surprotection de l'enfant ; manque de protection, de fiabilité parentale ;
- **environnement émotionnel** : invalidation émotionnelle, absence de partage émotionnel ; critiques excessives, dévalorisation, pessimisme vis-à-vis de l'enfant ; relations d'emprise, de contrôle excessif ; culpabilisation, enfant mis en position de bouc émissaire (exemple : adolescent identifié comme la source de tous les maux de la famille), parent jugé bon/enfant jugé mauvais ; communication paradoxale, messages et attitudes contradictoires ;
- **distance relationnelle** : difficultés de séparation ; proximité intrusive, sollicitations permanentes de l'enfant par un parent ; instabilité relationnelle, ruptures itératives ; climat incestuel concrétisé par des attitudes de séduction intrafamiliales, ou de rapprochés incluant une certaine sexualisation ; climat centré autour de l'abandon (rejet, abandon réel ou menaces d'abandon, amour conditionnel).
- **couple parental** : conflits parentaux répétés, conflits permanents irrésolus dans la famille incluant un (les) parent(s) ; conflits parentaux centrés sur l'enfant ; enjeux de loyauté entre les parents ou entre parents et grands-parents ; disqualification entre les parents ;
- **sécurité** : imprévisibilité parentale ; absence de soutien, de réconfort, d'acceptation, d'écoute.

➤ **Une surreprésentation des violences et négligences en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**

L'étude confirme les constats de la littérature scientifique à propos de la surreprésentation des maltraitances de l'enfant et de l'adolescent en psychiatrie. Leurs résultats rapportent 23 % d'abus sexuels, 12 % d'abus physiques, 34 % d'abus psychologiques, 12 % de négligences physiques et 77 % de négligences psychologiques. Ce sont donc surtout les abus et négligences psychologiques qui sont surreprésentés en psychiatrie.

Les analyses de corrélations révèlent que les adolescents hospitalisés en psychiatrie présentent un risque augmenté d'automutilations lorsqu'ils sont victimes d'abus sexuels, un risque augmenté d'état de stress post-traumatique lorsqu'ils ont vécu des abus physiques, un risque augmenté de troubles externalisés lorsqu'ils ont vécu des négligences psychologiques.

Leur gravité médicale à l'admission est augmentée en cas d'abus physiques, de négligences psychologiques et physiques. Le nombre de prescriptions médicamenteuses à la sortie de l'hôpital est augmenté en cas d'abus sexuels et de négligence physique.

Enfin, il existe plus d'antécédents psychiatriques parentaux chez les adolescents qui ont été victimes d'abus physiques, d'abus psychologiques, et de négligences physiques. Un quart (25,6 %) des adolescents hospitalisés présentaient des antécédents familiaux de tentative de suicide.

➤ **Impacts sur le fonctionnement émotionnel**

Les résultats montrent également des corrélations entre la présence de violences-négligences et le fonctionnement émotionnel des adolescents. Les adolescents ayant un score de maltraitance élevé avaient un type d'attachement « détaché », c'est-à-dire un type d'attachement témoignant d'une tendance à éviter l'intimité dans les relations par manque de confiance, en privilégiant la volonté de ne dépendre de personne. Ces patients ont aussi montré des délais plus rapides de reconnaissance du dégoût, de la tristesse et de la joie lors d'une épreuve de reconnaissance émotionnelle faciale, suggérant ainsi qu'ils ont développé une hypervigilance aux états mentaux d'autrui, dans une possible logique de stratégie de survie (et dans la lignée de résultats comparables dans l'état de stress post-traumatique chez l'adulte).

➤ **Fréquence des interactions familiales à risque**

La création de l'échelle des interactions familiales à risque a montré, par la mesure des phénomènes cliniques décrits (par des cliniciens en hétéroévaluation), que les interactions familiales difficiles sont très fréquentes dans une population d'adolescents hospitalisés en psychiatrie. Elles incluent par exemple de lourdes difficultés de séparation ou à l'inverse d'intrusion, des phénomènes de rejet, d'imprévisibilité parentale, de messages contradictoires, d'exigences démesurées, de relations d'emprise, etc. Le score témoignant de l'accumulation de ces trente critères apparaît corrélé à la présence de maltraitements avérés, mais aussi à la gravité du tableau médical à l'admission, suggérant que ces types de relations sont à risque à la fois d'alourdir une pathologie psychiatrique, mais aussi d'être un chemin, une étape vers la violence ou la négligence, tout en s'en distinguant. Cette échelle décrit des relations parents-enfants dans un continuum entre le « normal » et le « pathologique », et ne prend un sens psychiatrique que dans son aspect accumulatif (par l'intensité d'un critère isolé qui peut être extrême, ou bien par l'accumulation de plusieurs critères).

➤ **Constats issus des cas cliniques**

Afin d'illustrer les résultats issus de la méthodologie quantitative, les auteurs présentent dix cas cliniques, discutés selon différentes positions : celle de psychiatre clinicien, de chercheur, de juriste, d'expert, de travailleur social. Au travers de ces études de cas, ils ont pu dégager le besoin de séparer les notions de vraisemblance et de conscience des maltraitements, d'un côté, et le maintien du rapport à la réalité d'un patient donné dans la perspective d'un travail psychique, de l'autre.

Ils montrent que les patients n'ayant aucune conscience du degré de violence auxquelles ils ont été soumis, ont perdu un certain rapport à la réalité externe et que la prise de conscience de cette violence expose d'autres patients à un risque suicidaire.

Enfin, la description de ces cas souligne la difficulté d'articulation majeure entre services sociaux et psychiatriques.

III. Les origines de la maltraitance

26. DESQUESNES G. et BEYNIER D. Parcours de vie et réseaux personnels de familles dites maltraitantes. *La revue internationale de l'éducation familiale*. 2012, 1, n° 31, p. 97-121.

- **Les auteurs**

Gillonne Desquesnes et Dominique Beynier sont sociologues, respectivement maître de conférence et professeur au Centre d'étude et de recherche sur les risques et les vulnérabilités (CERReV), université de Caen-Basse-Normandie.

- **Type de recherche et format de publication**

Article présentant certains résultats d'une thèse de doctorat en sociologie²⁹⁹.

- **Contexte**

À partir des années 1970-1980, de nombreuses recherches en sociologie se sont intéressées à la maltraitance prenant comme angle d'approche d'une part, le contexte culturel dans lequel elle se produit et, d'autre part, les conditions générales de vie. Peu d'études ont croisé la trajectoire biographique (reconstruite grâce aux récits de vie) et les réseaux personnels des familles.

- **Objectifs**

Dégager des facteurs susceptibles d'influer sur la survenue de maltraitance envers les enfants dans les familles en explorant à la fois le réseau personnel (égocentré) des parents dits maltraitants et/ou négligents et leur trajectoire biographique, afin d'articuler ces deux dimensions. L'objectif est de mettre en évidence l'intrication des facteurs susceptibles d'expliquer la survenue de maltraitance intrafamiliale : « L'analyse des réseaux sociaux permet de passer d'un niveau d'explication lié aux propriétés individuelles à celui des relations et vise à montrer l'influence des structures de relations dans lesquelles l'individu est inséré sur son comportement » (p. 99).

- **Population d'étude**

31 personnes dont quatre couples et deux anciens couples (22 femmes et 9 hommes), qualifiées de maltraitants et/ou négligents envers leurs enfants par différents services et établissements de protection de l'enfance. Au moment de l'enquête, toutes les familles bénéficient d'une mesure de protection ordonnée par un magistrat. L'échantillon n'est cependant pas représentatif de l'ensemble des familles suivies pour maltraitance par les services de protection de l'enfance. Les familles ont d'abord été sélectionnées et contactées par les services de protection de l'enfance et elles se sont portées volontaires pour l'étude.

- **Méthode**

Réalisation d'entretiens individuels directifs d'une durée moyenne d'une heure trente auprès des pères, beaux-pères et/ou mères des familles préalablement sélectionnées et contactées

²⁹⁹ Pour connaître l'intégralité de la recherche évoquée, se référer à DESQUESNES G. Sociabilité, réseau, vulnérabilité relationnelle et contexte social des familles dites dysfonctionnelles par les services de protection de l'enfance : une approche de la maltraitance. Thèse de doctorat en démographie-sociologie : université de Caen Basse-Normandie, 2009, 409 p.

par les services de protection de l'enfance. Les familles ont toutes été présentées aux auteurs par le travailleur social référent afin de relever et d'explicitier les éléments objectifs de danger. Les données recueillies ont été intégrées à l'analyse de la notion de maltraitance.

Première partie des entretiens

Recueil des éléments biographiques et relatifs au contexte de vie des familles.

Le guide d'entretien a été réalisé à partir des thèmes abordés par le questionnaire d'anamnèse de Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu et Martineau³⁰⁰ (2001). Les thèmes abordés : l'enfance, les antécédents de maltraitance puis la vie adulte, la conjugalité, le désir d'enfant et la grossesse, les techniques éducatives, la santé et les événements stressants rencontrés dans la vie quotidienne. Ce matériel textuel a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Seconde partie de l'entretien

Première sous-partie : la morphologie du réseau personnel

Objectif : produire une représentation graphique des réseaux de relations de la personne interrogée. Le réseau est construit du point de vue de la personne interrogée (*ego*) et le réseau personnel concerne l'ensemble des relations avec les personnes importantes.

Seconde sous-partie : la fonction et le contenu des relations au sein du réseau

Pour qualifier les différents types de soutien reçus et donnés par les personnes rencontrées : aide émotionnelle (soutien moral et confiance), informationnelle (conseils) et instrumentale (aide à la garde des enfants, de la maison, prêt d'argent).

Les données recueillies à propos des réseaux ont fait l'objet de traitement statistique.

- **Résultats**

- **Les histoires personnelles et familiales (première partie de l'entretien)**

- **L'enfance des parents**

Antécédents de maltraitance [violence physique, psychologique (rejet, manque d'amour, dévalorisation, etc.) et violence sexuelle] relevés pour 15 personnes (sur les 31 interrogées). Placement durant l'enfance pour 8 personnes. Pour les autres : abandon par leur mère et élevés par leur grand-mère ; pas de connaissance de leur père biologique ; présence d'un ou plusieurs beaux-parents (majoritairement des beaux-pères) parfois violents. Pour deux femmes : victimes de viol dans leur jeunesse hors de la sphère familiale.

- **La vie adulte**

Les situations matrimoniales : aucune recomposition [schéma matrimonial traditionnel (stabilité du conjoint depuis plusieurs années) ou personnes seules avec leurs enfants suite à un divorce ou une séparation (5 personnes/14)] pour 14 personnes. Unions successives avec ou sans enfants de différents lits : partage entre famille « biparentale recomposées simples » (première union avec enfants, puis seconde union stable avec ou sans enfants de ce second lit) et des « multi-recomposées » (ont connu au moins deux unions successives avec ou sans enfants et vivent aujourd'hui avec un nouveau partenaire ou seule) pour 17 personnes. Ces recompositions sont

³⁰⁰ PALACIO-QUINTIN E., JOURDAN-IONESCU C. et MARTINEAU G. Évaluation du réseau social de l'enfant d'âge préscolaire à risque et de celui de sa mère. In Corbillon M. (dir.) *Suppléance familiale : nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Paris : Matrice, 2011, p. 219-234.

caractérisées par un délai court entre l'ancienne et la nouvelle union, et pour un certain nombre, le conjoint actuel était déjà connu avant la rupture précédente.

La violence conjugale (verbale et physique) subie : violences avec un ancien conjoint pour 16 personnes. Violences conjugales passées avec leur conjoint actuel pour 4 personnes. La violence dans le couple est majoritairement en lien avec une consommation excessive d'alcool du partenaire ou des deux membres du couple.

La grossesse et la parentalité : les faits saillants de différentes grossesses avec possibilité de cumul : enfants non planifiés ou non désirés, gravidité consécutive à un viol, grossesses adolescentes (3 femmes) entraînant un arrêt précoce de la scolarité sans obtention de diplôme, pathologie connexe de la mère, prématurité de l'enfant, séparation à la naissance, mort subite du nourrisson, rapt de l'enfant par une femme de la famille.

Les problématiques de santé : diabète, surcharge pondérale, problèmes cardiovasculaires, cancer ; 13 personnes (dont 11 femmes) disent souffrir de dépression³⁰¹ ; 13 personnes évoquent des problèmes d'alcool (qu'ils identifient également chez leurs propres parents) ; les trois quarts des personnes rencontrées désignent leurs conjoints comme étant alcooliques.

Formation et emploi : capital scolaire peu élevé : 90 % ont un niveau égal ou inférieur à un niveau V³⁰² ; 7 personnes font état d'un parcours professionnel stable (activité professionnelle à temps plein depuis plusieurs années) ; mais, globalement, les itinéraires professionnels sont plutôt chaotiques (alternance entre période de chômage et d'emploi généralement non qualifié) ; un quart des enquêtés sont femmes au foyer et ont peu ou jamais travaillé, souvent par manque de diplôme ou de perspective d'emploi.

➤ Les différents réseaux égo-centrés identifiés (deuxième partie de l'entretien)

– Selon la morphologie (la forme) des réseaux : trois types de réseaux identifiés

1. **Réseaux « disloqués »** (15 réseaux sur 30³⁰³ ; dont 12 réseaux où ego est une femme) : ruptures dans les relations et isolement d'*ego*³⁰⁴.

Réseaux très majoritairement de taille réduite ; les liens les plus nombreux sont les relations au sein de la famille (avec les enfants, la fratrie et, dans une moindre mesure, avec les parents) ; aucun lien avec la famille du conjoint ; aucun voisin et peu de collègues et d'amis ; inclusion de personnes décédées ; présence de travailleurs sociaux (rôle majeur joué en termes de confiance).

Maltraitance(s) identifiée(s) dans la famille : psychologiques et secondairement négligences.

Parcours biographiques d'*ego* : marqués par des événements négatifs et douloureux. Cumul de différents problèmes recensés (maltraitance pendant l'enfance, abandon, alcool, dépression, violence conjugale, difficulté par rapport à l'emploi).

³⁰¹ Note de bas de page de l'auteure : « C'est toujours en termes de "dépression" que ces personnes parlent de leurs difficultés psychiques. Ce terme peut recouvrir d'autres troubles, qui seraient qualifiés autrement par un psychiatre, mais que nous n'avons pas cherché à mettre en évidence. » p. 106.

³⁰² Certificat d'aptitude professionnelle ou brevet élémentaire professionnel.

³⁰³ 31 personnes ont été interrogées, mais les auteurs n'ont pu établir que 30 réseaux.

³⁰⁴ *Ego* correspondant à la personne interrogée.

2. **Réseaux à huis clos** (1 femme et 4 hommes) : la famille constitue tout l'horizon social.

Réseaux principalement composés des relations entre *ego* et ses enfants ; configurations denses, basées sur la famille restreinte, fermées à l'extérieur et ancrées localement ; possibilité d'un ami ou d'un collègue.

3. **Réseaux amicaux et familiaux large et bicentrés** (6 femmes et 2 hommes) : liens forts avec la parenté comme avec les amis pour les deux membres du couple.

Réseaux plus ouverts sur l'extérieur ; présence de liens avec la famille d'*ego*, du conjoint, et de nombreux amis et collègues.

– **Selon la fonction et le contenu des liens : trois types de configurations³⁰⁵ selon le volume de personnes « soutenantes » et le sens des échanges**

Ce nouvel angle d'approche pour qualifier les réseaux entraîne un changement de taille des réseaux (nombre moyen de personnes/réseau : 15) et permet de mettre en évidence que le réseau personnel constitué des personnes qui comptent pour le sujet rencontré ne correspond pas avec le réseau d'entraide.

1. **Réseaux « restreints » (7 réseaux de femmes et 3 réseaux d'hommes)** : correspondance avec le réseau « disloqué » (les mêmes personnes sont retrouvées). Le soutien émotionnel est institutionnel et peu de liens d'entraide sont identifiés.
2. **Réseaux des « altruistes » (7 réseaux de femmes et 4 réseaux d'hommes)** : réseaux de taille importante ; disproportion importante entre le soutien donné et reçu (le premier étant beaucoup plus volumineux) ; faiblesse du soutien émotionnel reçu : récurrence de la réponse « personne » pour le soutien émotionnel.
3. **Réseaux des « fâchés » (6 réseaux de femmes et 2 réseaux d'hommes)** : réseaux pour lesquels on retrouve la moyenne la plus élevée de personnes avec qui *ego* est fâché (6.5 personnes) et contre qui *ego* est en colère (2.3) ; aide émotionnelle reçue des institutions plus importante que dans les autres réseaux.

Dans leur majorité, les réseaux personnels sont restreints ou de taille moyenne avec peu de liens de soutien. Mais la présence d'un contre-exemple dans la recherche (réseau atypique : large, étendu et diversifié dans ses membres et présentant des liens horizontaux d'aide réciproque pour les conseils, le réconfort et les confidences ; coïncidence entre réseaux d'autrui et de soutien) permet de mettre en évidence que le réseau reste une variable parmi d'autres impliquée dans les dysfonctionnements des familles maltraitantes.

• **Conclusion**

Les résultats obtenus présentent une grande hétérogénéité et empêchent l'établissement d'un profil type des familles rencontrées. Cependant, certaines grandes tendances ont pu être mises en évidence. Ainsi, même si les événements de vie négatifs durant l'enfance (maltraitance, abandon, exposition à l'alcoolisation parentale, placement), puis durant la vie adulte (problème d'alcool, dépression, maladies graves, violence conjugale, accès ambivalent à la maternité, instabilité professionnelle, difficultés financières) ne se retrouvent pas chez toutes les personnes interrogées, une majorité d'entre eux (17 personnes) cumule une grande partie de ces difficultés.

³⁰⁵ Cette nouvelle typologie n'exclut pas la première, mais lui est complémentaire. Dans cette nouvelle typologie, l'appariement des réseaux s'effectue différemment, excepté pour le premier groupe, qui ne change pas d'une typologie à l'autre.

Par ailleurs, aucune des formes de réseaux personnels identifiées dans l'étude (à dominante familiale ou plus ouverts sur le monde extérieur, restreint ou étendu, clos ou fragmenté, dense ou lâche) ne peut être associée pleinement à la maltraitance. Le « type de réseaux personnels » ne peut expliquer à lui seule la situation de maltraitance intrafamiliale. Ce sont davantage les événements négatifs cumulés retrouvés dans les parcours de vie des parents qui vont peser sur la morphologie et la nature des réseaux personnels. Les résultats de l'étude montrent que seuls les réseaux « disloqués » sont reliés à un parcours de vie spécifique, qui comporte le plus d'événements négatifs que ne vient pas combler, pour diverses raisons (absences, ruptures ou pertes dans les relations, nombre important de relations familiales conflictuelles), le soutien informel et pour lequel le soutien social formel (des travailleurs sociaux) est d'autant plus important.

27. ETHIER L. *Évolution des enfants négligés et caractéristiques maternelles. Santé, Société et Solidarité. 2009, 1, p. 50-59.*

- **L'auteure**

Louise S. Éthier est professeure au département de psychologie, université du Québec, à Trois-Rivières.

- **Type de recherche et format de publication**

Étude longitudinale sur quinze ans auprès de familles présentant des conduites de négligence et de violence envers leurs enfants au Québec. Article.

- **Définitions des termes employés**

La négligence : « Considérée comme la caractéristique commune à toutes les formes de maltraitance, la négligence envers l'enfant est plus répandue que le phénomène de violence et d'abus sexuel³⁰⁶ (Trocmé et al., 2005) et elle aurait des conséquences tout aussi sérieuses, voire plus dommageables pour le développement de l'enfant (Hildyard, Wolfe, 2002 ; De Bellis, 2005). [...] Elle survient lorsque le parent ne répond pas aux besoins fondamentaux de l'enfant, soit du point de vue de la santé physique et mentale, ou du point de vue éducatif et affectif. [Elle] se caractérise par l'absence de gestes appropriés – qu'ils soient intentionnels ou non, qu'ils soient transitoires ou chroniques – lorsque le parent ne répond pas aux besoins fondamentaux de l'enfant. [Elle] est fréquemment associée à des conduites parentales de violence physique ou psychologique qui font comprendre à l'enfant qu'il n'est pas aimé, désiré, qu'il ne vaut pas grand-chose, qu'il n'est là que pour répondre aux besoins des autres. L'enfant victime de négligence est non protégé, il est fréquemment exposé à la violence conjugale et aux dangers de l'environnement » (p. 52).

Négligence chronique vs. transitoire : « L'importance de la chronicité se justifie parce qu'une proportion importante des situations de négligence perdure tout au long des années de prise en charge parentale. De plus, la notion de chronicité permet de mieux comprendre les effets cumulatifs d'un stress chronique sur le développement des enfants. Le concept de chronicité implique que la négligence persiste sur une période de temps relativement longue et ce, malgré des interventions soutenues de la part des services de protection de l'enfance. À l'opposé, certaines familles, suite aux interventions des services de protection de l'enfance, améliorent de manière significative leur situation de sorte que le développement de l'enfant n'est plus compromis. Dans ces cas, la négligence est qualifiée de "transitoire" » (p. 53).

- **Objectifs**

Identifier les effets à long terme sur l'enfant/l'adolescent de la négligence parentale selon l'âge de l'enfant au début de l'exposition et selon sa durée. Qualifier les différences potentielles entre les enfants exposés à la négligence et ceux victimes de violence en termes de conséquences sur les différents secteurs du développement et sur les troubles du comportement. Identifier les caractéristiques des mères associées à la négligence chronique. Développer à partir des résultats des constats pour la pratique dans les services de protection de l'enfance.

³⁰⁶ TROCMÉ N., FALLON B. et MACLAURIN B. *et al. Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003, Données principales.* Ottawa, ON, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2005, 148 p.

- **Méthode**

Évaluation en trois temps pendant une période de six ans : temps T1 : au moment du recrutement ; temps T2 : à trois ans ; temps T3 : à six ans.

À chaque temps :

- évaluation à domicile du potentiel d’abus de l’enfant des mères à partir du : Child Abuse Potential Inventory (CAPI)³⁰⁷ ;
- problèmes comportementaux et émotionnels des enfants (selon le *Child Behavior Checklist* de Achenbach, 1992) ;
- lecture des dossiers de la Protection de la jeunesse à chaque évaluation afin d’obtenir des renseignements sur l’aspect chronique ou transitoire de la situation de maltraitance.

- **Population d’étude**

49 enfants « sévèrement négligés ». À l’inclusion dans l’étude, l’âge moyen des enfants était de 50,6 mois (soit environ 4,2 ans) et celui des mères était de 29,3 ans.

Ont été incluses dans l’étude les familles ayant fait l’objet d’un signalement retenu pour négligence sévère envers leur enfant âgé entre 5 et 12 ans.

Deux groupes ont été formés, a posteriori, selon le score obtenu par les mères au CAPI et ont ensuite été comparés :

- **groupe chronique** (CH / n = 32) : enfants dont les dossiers dans les services de protection de l’enfance étaient toujours ouverts au moment du suivi à T3 ou dont les mères démontraient toujours un haut potentiel d’abus de l’enfant mesuré par le CAPI (score ≥ 166) ;
- **groupe transitoire** (TR / n = 17) : enfants dont les dossiers en protection de l’enfance étaient clos et dont les mères démontraient un faible potentiel d’abus au CAPI (score < 166).

- **Résultats**

➤ **L’importance de la chronicité : les profils d’enfants les plus sévères en termes de développement cognitif et social**

Les enfants du groupe CH présentent un niveau significativement plus élevé de problème de retrait social, ont davantage de problèmes de comportement agressif et de problème d’anxiété et de dépression et démontrent un niveau clinique (très élevé) de problèmes comportementaux à T3.

Les enfants exposés sur plusieurs années à de la négligence et à de la violence parentale révèlent plus de conduites problématiques au niveau comportemental et émotionnel que les enfants exposés à des mauvais traitements pour une période transitoire. Par ailleurs, ils présentent une conduite désorganisée exprimant à la fois du retrait et de l’agression.

Dans le cas du groupe TR, lorsque les mères diminuent leur potentiel d’abus, les effets sont bénéfiques pour les enfants, mais ceux-ci demeurent tout de même des enfants très vulnérables en comparaison avec les enfants de la population générale.

³⁰⁷ MILNER J.S. Assessing Physical Child Abuse Risk : The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*. 1994, 14, 6, p. 547-583.

➤ **Devenir à l'adolescence selon la chronicité, l'âge de survenue de la négligence et la présence d'abus physique en comorbidité³⁰⁸**

Une large part d'adolescents présente un score très élevé de problèmes de comportement, surtout des troubles extériorisés tels que l'agressivité, l'impulsivité et la déviance sociale. L'étude établit également une relation entre le fait d'avoir été négligé au cours de l'enfance et le développement, à l'adolescence, de mécanismes psychiques associés à des troubles psychopathologiques. Les adolescents les plus perturbés au niveau de leur conduite et de leur fonctionnement psychologique sont ceux qui ont été négligés avant l'âge de 5 ans. Dans cette étude, l'âge d'exposition aux mauvais traitements apparaît encore plus déterminant que la durée de l'exposition. En outre, le fait d'avoir subi plusieurs types de mauvais traitements est associé à des problèmes sévères d'agressivité.

➤ **Facteurs de risque identifiés pour expliquer les négligences chroniques**

Enfin, les facteurs de risque identifiés comme étant les plus importants pour expliquer les conduites de négligence chronique chez la mère sont les problèmes de santé mentale, les situations de placement et les traumatismes que celle-ci a vécus dans son enfance.

➤ **Nouvelles pratiques**

Les résultats de cette étude longitudinale doivent mener à une réflexion approfondie sur les évaluations dans les centres de protection de l'enfance, sur l'importance de bien cibler les besoins des parents qui présentent une problématique de négligence et sur la nature des interventions à leur proposer ainsi qu'à leur(s) enfant(s). L'une des raisons qui explique le manque d'efficacité des programmes d'intervention auprès des parents négligents serait le manque fréquent d'adéquation entre les besoins spécifiques des membres de la famille et les services qui leur sont offerts. Ainsi, des programmes d'aide qui ne visent que la hausse d'habiletés parentales et de communication, sans tenir compte de la santé mentale du parent, de la violence au sein de la famille ou des traumatismes chez l'enfant ne peuvent aboutir pleinement.

Les centres jeunesse doivent créer des liens avec les services psychologiques afin de prévenir les récurrences (à risque lors des périodes de stress, d'augmentation des problèmes comportementaux de l'enfant, de ruptures/conflits familiaux, conjugaux et environnementaux, de difficultés financières, etc.) et de réduire les effets des traumatismes vécus par les enfants et leurs parents.

Les besoins que manifestent ces parents et leurs enfants, de même que la complexité des déterminants de la problématique de négligence, nécessitent la mise en place de modalités d'intervention multiples, particulièrement dans les premières années de prise en charge parentale, qui répondront à la fois aux besoins psychologiques et matériels des familles.

³⁰⁸ ÉTHIER L.S. et MILOT T. Effet de la durée et de l'âge d'exposition à la négligence parentale sur le développement socio-émotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009, 57, p. 136-145. Évaluation de l'effet de l'âge d'apparition de la négligence, de la présence d'abus physique en comorbidité et de la durée (chronicité) de la négligence sur la sévérité des difficultés d'ajustement psychosocial chez des adolescents ayant été négligés au cours de leur enfance. Les participants ont été recrutés dans le cadre d'une étude longitudinale sur le fonctionnement des jeunes enfants et des familles suivies en protection de la jeunesse. Les participants ont été recontactés alors qu'ils étaient devenus adolescents. 83 adolescents (47 garçons et 36 filles ; âge moyen de 15,4 ans) ont participé, de même que 61 mères d'adolescents. Parmi ce groupe, 41% des adolescents ont été maltraités dès 5 ans et 59 % à partir de l'âge de 6 ans. Par ailleurs, 57 % des participants ont été victimes de plus d'une forme de mauvais traitements (négligence, violence et présence d'abus sexuel).

28. GOLSE B. La maltraitance infantile, par delà la bienpensée [en ligne]. Bruxelles : Yapaka, 2013, 34 p.

- *L'auteur*

Bernard Golse est pédopsychiatre et psychanalyste, chef de service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants malades à Paris et professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université René-Descartes (Paris V).

- *Type de recherche et format de publication*

Ouvrage.

- *Objectifs*

L'auteur propose une réflexion sur la maltraitance en mettant en évidence les nombreux facteurs pouvant concourir à son développement dans certaines familles ou situations. Il propose des tentatives de distinctions des formes de maltraitance non selon la nature des actes subis par l'enfant, mais plutôt selon les processus sous-jacents à leur apparition et des possibles problématiques communes aux formes habituellement considérées. Enfin, l'auteur précise l'impact de la maltraitance sur la construction du sujet.

- *Définition*

« La maltraitance représente un chapitre complexe des relations entre enfants et adultes et qui renvoie à un indéniable échec de la gestion des pulsions destructrices, dont le véritable objet est souvent difficile à préciser dans ces terribles circonstances » (p. 28).

L'auteur retient différentes formes de maltraitance :

1. Les maltraitements collectives

- **scientifique** : elle est issue du risque de lecture linéaire des situations de maltraitance et d'un glissement de la prévention vers la prédiction particulièrement dans les dépistages prénataux. Afin de lutter contre cette forme de maltraitance, l'auteur invite à s'en tenir au modèle polyfactoriel, seul à même d'éviter les pièges de la linéarité ;
- **sociologique** : elle est issue de la tentative toujours importante d'évacuer la complexité dans les modes de compréhension de la maltraitance proposées (accueil particulièrement retrouvé dans les médias et le grand public) et d'une focalisation sur les symptômes plutôt que sur le(s) sujet(s) potentiellement en souffrance ;
- **culturelle** : les modes de vies, les progrès réalisés dans le champ médical ont entraîné une évolution des rapports à l'enfant et à l'enfance. À la fois plus précieux et se devant d'être parfait, l'enfant est aussi soumis à une forme d'injonction à l'autonomie (ainsi que ses parents). L'auteur évoque l'importance de respecter un « droit à l'enfance » (p. 24) qui peut être menacé du fait des représentations collectives de l'enfance et de ce que devrait être la parentalité.

2. Les maltraitements individuels : physique, psychique, sexuelle et carences.

En précisant : « Il va de soi que les maltraitements physique et sexuelle ont toujours valeur, également, de maltraitance psychique. En revanche, la maltraitance psychique peut n'être que psychique, si l'on ose s'exprimer ainsi. Il apparaît par ailleurs que, dans nombre d'histoires cliniques, les parents (ou plus généralement les adultes) qui maltraitent physiquement, psychologiquement ou sexuellement les enfants ne sont pas les mêmes ; mais, à l'inverse, on peut parfois rencontrer des adultes maltraitant leurs enfants simultanément sur les trois registres évoqués ici (d'où la complexité des frontières nosologiques) » (p. 13).

Les signes d'alerte :

- **Les sévices physiques** : troubles de l'état général de l'enfant, marques de la pathologie traumatique (fractures, brûlures, cicatrices diverses...) ; troubles du comportement susceptibles de s'installer.
 - Repli ou état de sidération avec signes de choc, de détresse ou d'évitement avec peur et angoisse à l'approche de l'adulte ; excitation psychomotrice avec auto ou hétéro-agressivité, et parfois des manifestations d'hypertonie anarchique ; position de maîtrise renvoyant chez les enfants de plus d'un an à une intériorisation (soit une reprise à leur propre compte) de la maîtrise des adultes à leur égard, avec contrôle des affects, sur-adaptation pathologique parfois, ébauches de faux-self, comportements sadiques en retour (à l'égard des pairs notamment), confusion et inversion des rôles parent/enfant.
- **Les carences**³⁰⁹ : retentissements plus ou moins importants sur les différents secteurs du développement de l'enfant :
 - Retards divers et pas toujours homogènes sur son développement psychomoteur ; réactions de défense, évitement relationnel, accordage affectif aspécifique ; attachement désorganisé ou indéterminé ; absence d'angoisse du huitième mois ; quête affective plus ou moins avide ; appauvrissement cognitif, inaptitude relationnelle.
 - Dans certains cas graves : tableaux extrêmes avec apparition de fonctionnements autistiques, de troubles psychosomatiques plus ou moins marqués (anorexie en particulier) et d'états d'hyperexcitation quasi-maniaque.

Cependant, le repérage de la maltraitance demeure difficile : « c'est toute l'expérience du clinicien qui est ici sollicitée afin de pouvoir repérer les bizarreries de la sémiologie ou les réactions parentales atypiques voire incompréhensibles ». De plus, « l'enfant cherche souvent à protéger ses parents maltraitants, ce qui complique encore le repérage, et que de toute manière le clinicien n'est pas en position de policier ou de magistrat, son rôle étant seulement de pointer l'hypothèse de maltraitance » (p. 33).

³⁰⁹ L'auteur précise : « Pour des raisons probablement complexes, on parle moins de carence aujourd'hui, ce qui n'empêche pas, hélas, le fait de continuer à exister » (p. 32).

- **Résultats**

- **L'(les) enfant(s) de la maltraitance**

Une possible problématique commune aux différents types de maltraitance est en fait celle de savoir quelle est ou quelles sont les cibles réelles de la maltraitance à enfants :

- **s'attaquer à l'enfant comme une manière de s'en prendre à l'enfant qu'on a (croit avoir) été :**

la naissance d'un enfant réactive, chez tous les parents et parfois chez les professionnels eux-mêmes, les représentations mentales de l'enfant qu'ils ont eux-mêmes été. Cette identification régressive va, dans la plupart des cas, être porteuse de l'installation du lien avec l'enfant réel. Cependant, « elle peut être douloureuse quand elle réveille les souvenirs d'une souffrance précoce effective, ou quand elle confronte l'adulte à l'enfant malheureux ou au « mauvais » enfant qu'il croit avoir été » (p. 19).

- **l'enfant dans la tête des adultes :**

- **l'enfant fantasmé** : construction inconsciente qui se forme dès la première enfance et est issue des interactions avec les parents et l'environnement.

Maltraitance de l'enfant fantasmé : « a finalement pour cible l'enfant de notre inconscient, soit l'enfant imaginaire de nos propres imagos (ou images) parentales » (p 21) ;

- **l'enfant rêvé** : groupe de représentations mentales constitué des rêveries conscientes qu'un couple/un sujet va projeter sur un enfant (son sexe, son prénom, son apparence, etc). Cet enfant rêvé peut ne pas supporter la confrontation avec l'enfant réel. Si l'écart est trop grand, les parents peuvent être déçus lors de la rencontre ; au contraire, si l'écart est trop réduit, l'enfant est source de jouissance pour le parent et non de désir, et les parents ne pourront pas « tirer en avant leur enfant dans le sens de son développement psychoaffectif ».

Maltraitance de l'enfant rêvé « parle, en quelque sorte, du couple et de ses échecs existentiels » (p. 22) ;

- **l'enfant narcissique** : dépositaire de tous les espoirs et de toutes les attentes de ses parents et chargé d'accomplir tous leurs idéaux manqués et éventuelles frustrations passées.

Maltraitance de l'enfant narcissique : fondée sur la déception et sur les failles narcissiques, parfois profondes, des parents.

- **l'enfant dans la femme ou la violence à fœtus**

Dans le phénomène de la violence à l'égard de la femme enceinte, la cible peut donc être avant tout le fœtus, la femme ne valant plus alors que comme contenant du futur bébé. Le fœtus pourra alors être la cible de la violence du conjoint de la femme enceinte en fonction : de la rivalité ressentie à l'égard de la fécondité de la femme et de la place qu'occupe l'enfant dans la pensée maternelle dont le conjoint peut se sentir délaissé ; le rapport au corps de la conjointe et l'impossibilité de l'érotiser du

fait de la présence de l'enfant et des vécus inconscients et symboliques qu'il peut faire vivre au futur père ; la nature ambivalente de l'amour parental et la difficulté à contenir la haine ressentie à l'égard de l'enfant.

➤ **L'absence de norme : une place centrale à accorder à la subjectivité dans le ressenti et les éprouvés de tout un chacun**

Évaluer l'impact du traumatisme de la maltraitance s'avère parfois éminemment délicat, car il n'y a pas de mesure objective de cet impact. Il n'y a pas de seuil quantitatif de sensibilité qui permettrait, à lui seul, de rendre compte des conséquences du trauma, lequel a des effets variables pour chaque sujet, en fonction principalement de son histoire et des effets qualitatifs d'après-coup, c'est-à-dire des résonances (non seulement avec les événements préalables de l'histoire événementielle de l'enfant, mais également avec son histoire fantasmatique) auxquelles le trauma donne lieu pour un enfant ou un individu donné. Pour comprendre le traumatisme, il faut prendre en compte conjointement à la fois l'événement et le fantasme, puisque la dynamique intime du traumatisme renvoie en effet, toujours, à la théorie de l'après-coup, soit à une co-incidence entre les événements de la réalité historique et les fantasmes sous-jacents.

➤ **Impact de la maltraitance sur l'ontogénèse de la personne**

La maltraitance peut venir entraver la construction de la personne et l'accès de l'enfant à une authentique position de sujet. Pour expliciter cela, l'auteur se réfère aux apports de la psychologie du développement précoce, la psychopathologie périnatale, la psychiatrie du bébé et à l'étude des interactions entre le bébé et ses divers partenaires relationnels. Selon lui, quatre grands chantiers de développement précoce peuvent être entravés par la maltraitance. Ces quatre grands chantiers interdépendants sont ceux qui s'offrent à l'enfant lors de sa naissance, du fait de son immaturité très importante (néoténie) : l'autoconservation (enclenchement des grandes fonctions vitales de l'organisme pour survivre) ; l'attachement (régulation de la juste distance physique permettant la construction de l'espace de sécurité) ; l'intersubjectivité (régulation de la juste distance psychique pour se sentir exister comme une personne à part entière) ; la régulation des expériences de plaisir et de déplaisir (régulation des expériences émotionnelles, recherche des expériences de plaisir et équilibre entre refus du déplaisir et son acceptation pour en tirer un plaisir ultérieur).

➤ **Pour une clinique contre-transférentielle**

Selon l'auteur, la clinique avec les bébés et les très jeunes enfants reconnaît quelques impératifs : être aussi finement descriptive que possible, être interactive, être historicisante et enfin prendre en compte soigneusement le vécu émotionnel du praticien. Ainsi, « s'occuper cliniquement de très jeunes enfants exige des professionnels une attention à la fois centrifuge et centripète, en ce sens qu'il s'agit d'être simultanément attentif à l'enfant de chair et d'os qui nous est présenté, mais aussi à l'enfant que nous avons nous-mêmes été et qui parfois nous inquiète » (p. 47). Il faut avoir en tête que l'enfant maltraité est « souvent un objet décevant pour les adultes qui s'en prennent à lui. D'où l'importance de la prise en compte du contre-transfert des professionnels, au risque sinon de voir l'enfant répéter, avec ceux qui en prennent soin, les dysfonctionnements interactifs qui ont été le siens ». L'auteur précise également que chaque rencontre entre un adulte et un bébé entraîne l'instauration d'un style interactif unique à cette dyade, fonction de leur histoire personnelle à chacun.

29. GOVINDAMA Y. Un état des lieux de la maltraitance des jeunes enfants en France. Les enjeux psychiques dans la relation mère-enfant. *Devenir*. 2014, 4, vol. 26, p. 261-290.

- **L'auteure**

Yolande Govindama est psychologue, psychanalyste, directrice du service PMP/OSE, expert auprès de la cour d'appel de Paris, professeur de psychologie clinique à l'université de Rouen.

- **Type de recherche et format de publication**

L'auteur propose un développement théorique appuyé sur des exemples cliniques issus de sa pratique clinique au sein de la protection judiciaire de l'enfance. Article.

- **Objectifs**

En s'appuyant sur ses propres travaux et sur ceux proposés par d'autres auteurs, l'auteure propose une mise en évidence des enjeux psychiques dans la relation mère-enfant maltraité. Elle pose l'hypothèse de l'existence d'un fantasme d'infanticide maternel universel lors du retour du refoulé de la violence primitive inhérente à la maternité. La mise en acte de la maltraitance serait favorisée par l'absence de refoulement chez la mère de ce fantasme après la naissance. L'auteure interroge le sens que peut prendre la mise en acte d'un fantasme infanticide chez la mère.

- **Résultats**

➤ **Un fantasme d'infanticide mis en acte manqué à travers les maltraitances non mortelles et réalisé dans les infanticides**

La gestation s'apparente à une crise psychique, voire identitaire et narcissique. Elle « confronte le parent à l'angoisse de mort car, il doit céder sa place d'enfant à son enfant, pour opérer cette permutation symbolique, pour installer la différence de génération » (p. 272). Dans la traversée de cette crise, la mère revisite sa propre enfance. À partir des travaux d'A. Bouchard-Godart³¹⁰, l'auteure précise que « l'enfant in utero est un objet interne étrange pour la mère, qui reste un étranger à la naissance, avec qui elle va traverser une épreuve psychique qui la confronte à sa propre altérité à travers celle de l'enfant. Cette épreuve expliquerait l'extrême ambivalence maternelle intégrant une violence impensable » (p. 272). L'auteure en déduit que pour la mère maltraitante – chez laquelle il existe un défaut de représentation de l'enfant comme sujet durant la grossesse – l'enfant conservera son statut d'étranger et deviendra persécuteur ; ce qui mettra en échec le « *caregiving* » (Bowlby, 1988) et entraînera des troubles de la filiation (Guyotat, 1995).

À partir des travaux sur la violence fondamentale ou primitive³¹¹, réactivée lors de la maternité, l'auteure postule que la mère est confrontée à un fantasme d'infanticide dans le rapport duel avec le bébé du type « c'est lui ou moi » (p. 273). La future mère est ainsi confrontée à de nombreux enjeux psychiques qui peuvent interférer sur sa représentation de l'enfant réel et entraver la position de sujet du bébé. Or chez les mères maltraitantes, ce fantasme ne peut pas être refoulé et ainsi « tous les comportements de l'enfant vont être interprétés comme persécutifs comme "il m'épie, m'observe, me dévore en tétant, m'empêche de vivre par ses pleurs, il

³¹⁰ BOUCHARD-GODART A. Un étranger à demeure. *Devenir*. 1993, 5, 2, p. 43-60.

³¹¹ BERGERET J. *La violence fondamentale*. Paris : Bordas, 1984.

me vomit (rejets ou reflux du bébé) parce que je ne suis pas une bonne mère“, parce que d’une part, les imagos parentales intériorisées sont souvent persécutives, et d’autre part la situation stressante à laquelle elles sont confrontées ravive souvent un état d’impuissance (état du petit enfant en elles), état qui est mobilisé dans le transfert dans un rapport duel pour mettre souvent en échec les interventions socio-éducatives. L’enfant n’est pas représenté dans sa réalité, il est objet de projections négatives, à travers le mécanisme d’identification projective pathologique par lequel la mère gère son monde interne étrange à travers le bébé étranger externe » (*Ibid.*). L’auteure illustre ses propositions à partir de deux vignettes cliniques dans lesquels le travail thérapeutique de médiation des liens mère-enfant a, entre autres, pour objectif de permettre à chacun d’exister en tant que sujet différencié. Dans les deux situations, l’auteure précise : « L’enfant réel est irreprésentable en tant que sujet, mais il ne s’agit pas pour autant de déni de grossesse » (p. 281). Selon l’auteure, « les mères maltraitantes cherchent plutôt, à travers leur acte, à être entendues dans leur conflit psychique qui les submerge » (p. 282).

➤ **Présentation du dispositif clinique mis en place**

En analysant les échecs dans les suivis psychologiques proposés aux mineurs, et afin de prendre en charge la maltraitance, l’auteure décrit le dispositif clinique qu’elle a mis en place. Il s’agit d’un cadre d’intervention impliquant systématiquement un psychothérapeute et un travailleur social avec l’accord des juges des enfants. En effet, l’auteure a pu constater que l’aide mise en place par le travailleur social dans le cadre de l’assistance éducative ne peut suffire pour traiter le phénomène de la maltraitance que quand celui-ci est accompagné dans son action par une équipe pluridisciplinaire. Ce cadre, inspiré de la clinique de Selma Fraiberg³¹², implique la visite au domicile (en cas de résistance des parents), et un travail en réseau avec les secteurs de pédopsychiatrie. Le juge des enfants est également considéré dans ce dispositif et est garant des places dans la filiation.

L’action se déroule en binôme entre un éducateur et un thérapeute durant le temps nécessaire pour obtenir l’adhésion de la famille à l’aide. L’aide se déroule ensuite en parallèle dans une action cohérente pourvue de sens entre le travailleur social et le thérapeute, au domicile ou au bureau. L’aide concrète, les conseils apportés par le travailleur social font partie intégrante du soin psychique.

Une approche anthropologique a été définie et concerne l’ensemble des familles ; elle permet la prise en compte de l’histoire intergénérationnelle pour repérer les traumatismes individuels ou collectifs, les secrets de famille qui entravent la transmission de la filiation.

Ce cadre d’intervention a fait l’objet d’une évaluation dans une étude rétrospective³¹³.

➤ **Exposition à la maltraitance en situations migratoires**

L’auteure note, en s’appuyant sur sa pratique clinique (depuis 1980) ne pas avoir rencontré de bébés migrants gravement maltraités, ou décédés après des violences mortelles dans les familles suivies dans le cadre de l’assistance éducative à visée thérapeutique. Elle précise, cependant, avoir pu observer des négligences liées à la dépression maternelle, de la violence parentale lors de troubles du comportement de l’enfant (du sommeil, alimentaires, du contrôle

³¹² FRAIBERG S. *Fantômes dans la chambre d’enfants*. Paris : PUF, 1980, 3^e éd. (2010).

³¹³ GOVINDAMA Y. Clinique judiciaire et efficacité symbolique. *Psychologie clinique*. 2001, 11, p. 72-91. Évaluation réalisée à la demande des ministères concernés (Justice et Santé) en 1998 sur 86 mineurs et leurs familles suivis entre 1992 et 1997. Elle a permis de réaliser que 72 mineurs sur 86 ont pu être maintenus dans leur famille et sans récidence de la violence.

sphinctérien, etc.). Selon l'auteur, « ces troubles mobilisent des interprétations culturelles pour interroger l'identité de cet enfant qui est devenu un persécuteur pour les parents » (p. 269). L'enfant est à ce titre « exposé » à la maltraitance pour le « dresser », le « maîtriser » (p. 269). Les travaux de Moro *et al.*³¹⁴, mettent en évidence une corrélation entre la vulnérabilité psychique de la mère inhérente à la maternité et celle que provoque l'exil et qui influence les pratiques de maternage. Les différences de représentations culturelles de l'enfant (celles des parents et celles du pays d'accueil) engendreraient un « conflit de maternage » chez les parents qui entraînerait que l'enfant de migrant serait par essence « un enfant exposé » (p. 269).

L'auteur précise, en s'appuyant sur ses travaux³¹⁵, que les enfants exposés à la maltraitance sont souvent les enfants dit « singuliers ». Par exemple (p. 269-270), dans la « culture maghrébine » sont retrouvées : « l'enfant qui naît avec une dent » considéré comme « celui qui va manger ses parents » ; « l'enfant identifié comme celui du Djinn » ; « l'enfant qui naît avec un sixième doigt » et qui est vécu comme « possédant un pouvoir magique », et « recherché par les sorcières ». En « Afrique noire », les « enfants jumeaux » ont longtemps été exposés, « parce qu'ils rappellent le mythe fondateur ». Dans le milieu hindou, « l'enfant exposé est celui qui naît avec la circulaire du cordon ombilical au cou ». Il est considéré comme « menaçant pour son père et son oncle maternel » mais un « rite conjuratoire après la naissance lui permet de renaître sous de bons auspices ». Dans le « monde chinois », c'est « l'enfant qui a du mal à sortir du ventre de la mère », qui est considéré comme un « insoumis qui refuse de baisser la tête » ; « cette croyance stigmatise les relations mère-enfant, parents-enfant pouvant l' [l'enfant] exposer aux sévices » (p. 270).

➤ **Les représentations culturelles du fœtus et du bébé comme protection ?**

L'auteur reprend les résultats qu'elle a pu proposer lors d'une précédente recherche³¹⁶ réalisée à l'île de La Réunion de 1987 à 1990, dans une maternité départementale, dans des centres de Protection maternelle et infantile (PMI), dans les temples et au domicile. Deux groupes de mères dites « ordinaires » (p. 284) issus de tous les milieux sociaux ont été formés composés chacun de 100 « mères hindoues » et de 100 mères « issues des descendants de Blancs européens » (p. 284). L'auteure a pu mettre en évidence que, dans chaque groupe, les croyances religieuses importantes ont pu soutenir la position de sujet du bébé in utero et après la naissance. Cette supposition de sujet était encore plus accentuée chez les Hindoues, du fait de différents rites de passage (rites de séparation symbolique) commençant dès la conception de l'enfant. En se mettant sous la protection d'une déesse, la mère peut projeter sur elle ses sentiments ambivalents (inhérents à la maternité) et « cliver cette ambivalence pour s'identifier à la bonne mère durant le temps nécessaire au refoulement des aspects archaïques réactivés » (p. 285). L'auteure s'interroge : « Est-ce que les représentations culturelles du fœtus et du bébé fournies par les sociétés protègent l'altérité de l'enfant et favorisent le refoulement de ce fantasme ? » (p. 287).

➤ **Étude à venir**

Compte tenu du peu de travaux français existant sur les conséquences des maltraitances sur le développement du bébé et du jeune enfant et les handicaps associés, l'auteure a proposé un projet de recherche au Grand Réseau de recherche Haute-Normandie de l'université de

³¹⁴ In STRAUS P. et MANCIAUX M. *L'enfant maltraité*. Paris : Fleurus, 1982, (éd.1993).

³¹⁵ GOVINDAMA Y. (sous la dir.) *Temps et rites de passage-Naissance-Enfance-Culture et religion*. Paris : Karthala, 2011. Et GOVINDAMA Y. La clinique de l'enfant exposé-désaffilié : l'enfant singulier, l'enfant handicapé. In Scelles R. *et al. Famille, Culture, Handicap*. Toulouse : Érès, 2013, p. 153-171.

³¹⁶ Résultats proposés dans : GOVINDAMA Y. *Le monde hindou à la Réunion. Une approche anthropologique et psychanalytique*. Paris : Karthala, 2006. Et GOVINDAMA Y. (2011), *op. cit.*

Rouen (conseil régional) sur « l'étude des effets des maltraitances physiques et psychiques sur le développement du jeune enfant de 0 à 3 ans »³¹⁷. La population d'étude sera composée de deux groupes de vingt bébés et leurs mères (groupe 1 étant composé de bébés maltraités physiquement et le groupe 2 de bébés maltraités psychologiquement) recrutés dans le service de pédiatrie du CHU de Rouen, dans deux pouponnières de la région et dans les centres de PMI. Seront étudiés à propos des mères : la représentation de l'enfant durant la grossesse, après la naissance, et jusqu'aux faits à l'aide des entretiens cliniques semi-directifs. Les conséquences des maltraitances sur le développement de l'enfant seront évaluées à l'aide du test de Brunet Lézine Révisé, de la Mallette Projective de la Première Enfance (Roman), de l'observation directe, voire des interactions mère-enfant. Le recueil des données prendra en compte les appartenances sociales et culturelles des enfants afin de repérer la « représentation culturelle du bébé ou pas durant la grossesse » (p. 287).

³¹⁷ Recherche soutenue par l'Oned/ONPE.

30. MISSONNIER S. et ROBINEAU C. La prévention de la maltraitance en périnatalité. In BRACONNIER A. et GOLSE B. *Bébés agressifs, bébés agressés*. Toulouse : Érès « 1001 bébés », 2008 p. 43-62.

- **Les auteurs**

Sylvain Missonnier est professeur de psychopathologie clinique de la périnatalité et de la première enfance à l'Institut de psychologie de l'université Paris-Descartes (Paris-V).

Christian Robineau est psychologue clinicien à l'Accueil thérapeutique parents-bébé Les Pépinières, centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) du centre hospitalier de Versailles.

- **Type de recherche et format de publication**

Chapitre d'ouvrage collectif. Le texte proposé est une reprise – avec modifications – d'un article déjà publié dans *Alternatives non violentes*, n° 113, hiver 1999-2000.

- **Définitions des termes employés**

La maltraitance

Les auteurs mentionnent la difficulté de définir la maltraitance ; celle-ci variant en fonction de « l'évolution du statut de l'enfant, les traditions éducatives, le degré de tolérance sociale à la violence, les systèmes idéologiques des professionnels et les connaissances que ceux-ci acquièrent progressivement, etc. ». Selon eux, le risque est « d'osciller entre deux définitions : l'une qui englobe toutes les atteintes à l'intégrité physique ou psychique (notamment celles trouvant leurs sources dans les registres économique, politique, social, sanitaire, etc.), mais qui « interdit d'appréhender concrètement les problèmes de dépistage, de signalement, de prise en charge et de prévention »³¹⁸ ; l'autre, plus limitative mais ne mettant l'accent que sur les aspects les plus spectaculaires de la maltraitance » (p. 50).

Les auteurs reprennent ensuite la définition proposée par l'ODAS³¹⁹ qui, selon eux, tend à faire référence : l'enfant maltraité est ici celui qui est « victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. » L'enfant en risque est celui « qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité ». Le groupe des enfants en danger est constitué par l'« ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque ».

Le fœtus maltraité

Reprise de la définition proposée par J.-Y. Diquelou³²⁰ : « Le fœtus maltraité ou en risque de maltraitance est celui qui est victime de traumatismes physiques ou chimiques intentionnellement provoqués, de négligences conduisant à une altération de son développement, ou d'absence d'intérêt ou d'investissement parental compromettant l'environnement affectif lors de sa naissance. »

³¹⁸ MANCIAUX M. *et al. Enfances en danger*. Paris : Fleurus, 1997, p. 156.

³¹⁹ Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS). *L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique*. Paris : ODAS Éditeur, 1994.

³²⁰ DIQUELOU J.-Y. La prévention de la maltraitance précoce des nourrissons, la prise en charge en milieu obstétrical. In *Maternité de l'an 2000, qu'en sera-t-il ?* Euroforum, Paris-Bercy, 28 et 29 septembre 1995.

Les signes retenus pouvant alerter l'éventualité d'une maltraitance chez le bébé (p. 49) – (signes non spécifiques mais donc la présence simultanée se relève être un indicateur) :

- les signes de lésions physiques ;
- les signes fonctionnels : troubles de l'alimentation, du sommeil, etc ;
- l'état somatique général et la dynamique du développement ;
- les modalités comportementales et relationnelles : évitement du contact ou au contraire avidité affective non différenciée ; retrait dépressif ou agitation anxieuse ;
- les caractéristiques des interactions parents-bébé : exagérément conflictuelles ; discontinues ; sollicitées toujours par un seul des partenaires marquées par l'indifférence ou par des stimulations hyperexcitantes, ne laissant pas de place au père ;
- le discours des parents : absence d'empathie et de culpabilité, contradictions entre les parents dans le récit des faits, expression d'un sentiment d'« incompétence » parental ou d'irritation face à un bébé présenté comme « difficile » ;
- les antécédents : prématurité, grossesse non suivie, séparations précoces parents-bébé, hospitalisations répétées, morts non expliquées dans la fratrie ;
- la situation familiale : monoparentalité, inoccupation professionnelle, isolement social et familial, etc.

- **Objectifs**

Le chapitre présenté porte sur la prévention de la maltraitance en périnatalité et les auteurs souhaitent mettre en évidence que :

- La périnatalité est un terrain privilégié pour prévenir la maltraitance ;
- La prévention de la maltraitance passe par une attention à accorder dans le travail quotidien aux signes « ordinaires » de souffrance rencontrés en périnatalité.
- Elle nécessite pour être réalisée pleinement l'implication et la collaboration d'un réseau pluridisciplinaire.

- **Résultats**

➤ **La périnatalité : un terrain privilégié pour prévenir la maltraitance**

La grossesse et les premières rencontres avec l'enfant réel sont pour les deux parents une période de « reviviscence intense de leurs conflits infantiles non résolus, de réactivation des représentations qu'ils ont construites au fil du temps concernant la qualité des liens entretenus, enfants, avec leurs propres parents, de mise à l'épreuve de leur possibilité de s'identifier à de "bons" modèles parentaux, notamment face à d'éventuelles complications de la grossesse ou de l'accouchement, à des défaillances de l'environnement familial ou social, ou à certaines caractéristiques du nouveau-né ou de la relation instaurée avec celui-ci (anomalie fœtale, maladie, cris envahissants, difficultés d'alimentation ou de sommeil, etc.) » (p. 52). Ainsi, l'attente ou l'arrivée d'un enfant sont pour les parents – individuellement et en tant que couple – des moments de réorganisation psychique particulièrement importante qui peuvent conduire selon les cas à une maturation et une élaboration ou au contraire vers des évolutions pathologiques plus ou moins sévères qui pourront conduire à des problématiques dans les interactions précoces fœtus/enfant-parents qui seront le creuset du développement de conduites maltraitantes.

➤ **La prévention de la maltraitance commence par la prévention du tout-venant : accueillir les angoisses ordinaires de la périnatalité**

Selon les auteurs, l'« anticipation adaptée » est la frontière commune entre maltraitance et périnatalité et permet que la maltraitance soit « positivement anticipée c'est-à-dire spontanément prévue » (p. 56).

Ainsi, une stratégie de prévention présuppose d'abord une action d'évaluation « tout-venant » des modifications induites par la parentalité et de l'accueil du nouveau-né. Il s'agit par exemple de promouvoir un accueil bienveillant des différents questionnements des parents (que ceux-ci soient agis et/ou verbalisés) durant les rencontres dans le cadre du suivi de grossesse. Les angoisses des parents dans cette période particulière de leur vie sont légitimes et même souhaitables (exemples cités de paroles de parents dans des groupes de préparation à la naissance, p. 58 : « Serai-je capable de m'occuper correctement de mon bébé ? J'ai rêvé plusieurs fois que je le laissais tomber » ; « Comment vais-je réagir s'il crie toutes les nuits ? Mon sommeil, c'est sacré ! »). Ces questions et peurs exprimées peuvent avoir une valeur de signal aux difficultés ultérieures et permettre des ajustements avant l'éclosion de problèmes plus importants. Pourtant, elles sont couramment soit ignorées, soit considérées par les professionnels comme marqueurs d'une agressivité pathologique à venir. La prévention doit donc être inscrite dans les procédures habituelles de l'accompagnement dans une continuité entre le postnatal et le périnatal où les formes de détresse explicites mais aussi implicites (demandes masquées) doivent être prises en compte.

➤ **Le travail de réseau au service de l'implication et de la collaboration**

Pour envisager la personne dans sa globalité et dépasser les clivages habituels : psyché/soma, « normal »/pathologique, obstétriciens/pédiatres, soignants du prénatal/soignants du postnatal, il est indispensable de penser la prévention en périnatalité comme un projet collectif mobilisant de nombreux professionnels. Ces derniers vont échanger et collaborer entre eux pour observer et soutenir les potentialités adaptatives de la famille dans ces périodes d'importants changements (aussi bien psychique, physique que matériel et organisationnel). Elle nécessite l'implication et la sensibilisation de l'ensemble des professionnels concernés : équipes de néonatalogie, de maternité, de pédiatrie, des lieux d'accueil, de pédopsychiatrie, de psychiatrie, médecins de ville, professionnels de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), de la justice, de la police, politiques, etc.

31. VELLUT N., SIMMAT-DURAND L. et TURSZ A. Accoucher sans donner naissance : les néonaticides, des histoires tues. *Recherches familiales*. 2015, 1, n° 12, p. 99-112.

- **Les auteures**

Natacha Vellut est psychologue clinicienne, ingénieure au CNRS et membre du Cermes 3.

Laurence Simmat-durand est sociologue-démographe, professeure à l'université Paris-Des-cartes et chercheure au Cermes3, UMR Paris Descartes-CNRS-EHESS-INSERM.

Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste est directrice de recherche émérite à l'Inserm, présidente de la commission scientifique spécialisée de santé publique de l'Inserm de 2003 à 2007, présidente du comité interministériel d'orientation du Plan national « Violence et santé » de 2004 à 2008, membre du collège du Haut Conseil de santé publique de 2007 à 2011, présidente du comité scientifique de pilotage du colloque national de juin 2013 au Sénat sur les violences faites aux enfants et présidente du comité de suivi de ce colloque.

- **Type de recherche et format de publication**

Recherche rétrospective sur une période de cinq ans portant sur « les morts suspectes de nourrissons de moins d'un an », de 1996 à 2000 dans trois régions françaises, soutenue par l'Oned/ONPE, la région Île-de-France, la Fondation pour la recherche en psychiatrie et en santé mentale, la Fondation Wyeth pour la santé de l'enfant et de l'adolescent. Article.

- **Objectifs**

Au travers de l'étude approfondie des contextes et des conditions de néonaticides³²¹, les auteurs ont pu mettre en avant ce qui permet la naissance d'un enfant au-delà du seul événement physiologique de l'accouchement et montrer en quoi la naissance est à la fois biologique, psychologique mais aussi sociale.

- **Méthode**

Étude de dossiers judiciaires de mères impliquées dans des néonaticides : procès-verbaux d'audition et de constatation des faits par la police judiciaire (mis en cause, témoins, entourage familial et social, personnels des services d'urgence et médicaux) ; procès-verbaux d'audition par le juge d'instruction ; rapports des expertises médicales, psychiatriques et psychologiques et des enquêtes de personnalité ; comptes rendus d'autopsie, résultats d'autres investigations scientifiques ; réquisitoires, ordonnances, jugements.

L'étude des différents documents a permis de croiser différents points de vue et d'analyser les contextes et conditions de ces néonaticides.

- **Population d'étude**

Identification de 32 cas de néonaticides parmi lesquels 27 ont été reconnus comme tels par la justice et cinq identifiés en plus par le comité de pilotage scientifique ayant encadré la recherche. Sur 24 néonaticides élucidés, 22 mères sont concernées (dont deux récidives).

³²¹ Néonaticide : meurtre d'un enfant dans les premières vingt-quatre heures de sa vie. D'après RESNICK P. J. Murder of the newborn : A psychiatric review of neonaticide. *The American Journal of Psychiatry*. 1970, 126, 10, p. 1414-20.

- **Résultats**

La population de mères étudiées présente des caractéristiques sociodémographiques très hétérogènes en termes de classes sociales, d'âge (la moitié a plus de 26 ans ; âge minimum : 17 ans, âge maximum : 44 ans), de statuts maritaux (mère célibataire, en couple, mariée) et familiaux (primipare : 9 femmes sur 22, multipare : 13 sur 22). Aucune des mères ne présente d'antécédent psychiatrique antérieur à la grossesse et aucune n'a été considérée pénalement irresponsable. Malgré l'impossibilité de définir un profil sociodémographique unique, les auteures mettent en avant des caractéristiques communes leur permettant d'établir un profil psycho-relationnel³²². Les principales caractéristiques identifiées sont : immaturité, dépendance, auto-dévalorisation, insécurité et instabilité affective et relationnelle, quelles que soient les caractéristiques de l'environnement familial.

Les recoupements des discours de ces femmes ont mis en avant la présence de peurs intenses au sujet de l'enfant, de la réaction de leur entourage ainsi qu'un sentiment extrême d'isolement³²³ qui va entourer l'ensemble de la grossesse et venir barrer la possibilité d'une projection d'un accueil de l'enfant lors de la naissance.

- **Ressenti des mères à propos de leur entourage**

L'entourage est considéré comme rejetant et ne peut être envisagé dans ses potentialités de soutien. Les relations sont rares et sans consistance. Les mères font état d'un ressenti d'inaffectivité et d'inexpressivité de leur entourage (parents et conjoint) depuis leur enfance et qui se maintient à l'âge adulte et pendant la grossesse (non-connaissance des dates importantes comme les anniversaires de naissance, de mariage relevant une absence de signification symbolique des événements dans les familles). La situation conjugale est caractérisée dans la majorité des cas par un défaut important de communication, voire une absence de dialogue qui est exemplaire à propos de la prise ou non d'un contraceptif.

- **Caractéristiques de la grossesse**

L'étude entraîne une remise en cause de l'association quasi systématique entre néonaticide et déni de grossesse existant dans la littérature scientifique puisque les grossesses de la majorité des femmes sont visibles. Pour 7 mères sur 22, l'entourage ne semble pas au courant, mais dans tous les autres cas au moins un proche, voire l'ensemble de la famille, était informé de façon précoce ou tardive (la connaissance de la grossesse par l'entourage n'ayant pas empêché le néonaticide, la justice a condamné pour homicide involontaire ou non dénonciation de crime trois pères, une grand-mère maternelle, un oncle maternel, et même toute une famille maternelle sur les 22 situations).

Les auteures de l'article proposent de parler de « refus de grossesse », de « grossesses cachées », puisque une grossesse qui se conclut par un néonaticide n'est pas forcément une grossesse non désirée. La caractéristique commune à une majorité de ces femmes est le silence à propos de l'enfant à naître. Il y aurait un clivage entre grossesse et accouchement qui est illustré par une absence de suivi médical et de préparation de la naissance. Même si des émotions positives, des fantasmes peuvent y être attachés, ils ne conduiront pas à la préparation de l'arrivée de l'enfant.

³²² VELLUT N., SIMMAT-DURAND L. et TURSZ A. Le portrait des mères néonaticides dans les expertises judiciaires. *L'Encéphale*. 2013, 39, 5, p. 352-9.

³²³ Les auteures distinguent l'isolement de la solitude chez ces mères. La solitude est définie dans son versant positif car choisie comme le fait de pouvoir être seul sur un fond de présence de l'autre, avec une assurance de lien à l'autre. S'isoler serait au contraire l'évitement de la possibilité de la solitude par une exclusion des autres. (p. 112)

➤ Représentations de l'enfant

Il est non séparé du corps de la mère, non reconnu, non parlé, non sexué ; il ne peut être envisagé comme un enfant, et est évoqué comme un « non-enfant », une « boule », des « morceaux de bébé », un « déchet » – « il est d'ailleurs fréquemment jeté à la poubelle » (p. 108). L'absence de choix du prénom de l'enfant s'inscrit également dans la carence symbolique qui caractérise aussi bien la naissance que la situation familiale. En effet, le prénom de l'enfant – souvent choisi et signe du désir, des attentes des parents – n'est pas particularisé. Différents exemples sont mobilisés illustrant à la fois le non investissement de l'enfant et le niveau de confusion qui peuvent exister au sein des familles (choix de prénom du père, de la mère, du grand-père, d'un autre enfant du couple³²⁴). Finalement, seule la procédure judiciaire reconnaîtra socialement l'existence de l'enfant en lui offrant une existence légale et une inscription à l'état civil. La naissance ne semble pas avoir eu lieu dans la famille, entraînant les auteures à proposer le titre suivant : « faute de naissance symbolique, une naissance juridique ».

• Conclusion

Au travers des différentes caractéristiques, les auteures ont pu discuter en quoi la naissance est un processus éminemment social qui ne peut se limiter à l'accouchement dans sa dimension physiologique. Elles ont montré l'importance pour la future mère de se sentir soutenue et accompagnée par son entourage : « Ainsi une grossesse en elle-même ne signifie pas mécaniquement une perspective d'accouchement ou un projet de donner naissance. Nous pouvons essayer de penser la grossesse comme une expérience de la mère alors que l'accouchement serait une expérience sociale, qui implique au moins deux autres personnes : le bébé et à qui adresser ce bébé, que ce soit au père, à une compagne, à une grand-mère, à un médecin, au village, etc. »

Les peurs des mères influençant leurs paroles et l'adresse à l'autre, elles sont difficiles à reconnaître et à repérer, donc à traiter. Le risque de néonaticide existe quand « il y a rencontre entre une mère et un entourage qui se vivent sans recours et sans capacité de dialogue ».

³²⁴ L'usage culturel de donner le prénom de génération antérieure aux enfants est mentionné par les auteures mais non reconnu dans ces situations car peu opérant.

IV. Conséquences des maltraitances

32. BERGER M., CASTELLANI C., NINOREILLE K., et al. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2010, 58, p. 282–292.

- **Les auteurs**

M. Berger, C. Castellani et K. Ninoreille : service de pédopsychiatrie, CHU de Saint-Étienne Bellevue

T. Basset : laboratoire de pharmacologie, CHU de Saint-Étienne Nord.

D. Frere-Meusnier : service de médecine nucléaire, CHU de Saint-Étienne Nord.

C. Rigaud : secrétariat médical au centre de détention pénitentiaire Toulon-La-Farlède.

- **Type de recherche et format de publication**

Recherche réalisée dans le cadre d'un programme de recherche clinique hospitalière régionale qui s'est déroulé entre 2003 et 2007. L'article présente les résultats d'une recherche dite « préliminaire » explorant les méthodes nécessaires à concevoir dans le but de recherches ultérieures. Cette recherche visait à explorer s'il existait des corrélations entre le taux de cortisol salivaire, le quotient de développement du nourrisson mesuré à domicile et les perturbations des interactions parents-enfant. La recherche a été publiée sous la forme de deux articles correspondant à des niveaux d'analyse différents³²⁵.

- **Définitions des termes employés**

Traumatismes relationnels précoces répétitifs et pathologie des traumatismes relationnels précoces (p. 283)³²⁶.

Distinction entre :

- **les traumatismes relationnels précoces « actifs »** : dus à des maltraitances ou à des interactions angoissantes car chaotiques, imprévisibles, incompréhensibles, ou à l'exposition à des scènes de violence familiale ;
- **les traumatismes relationnels précoces « passifs »** : par négligence.

Ils sont à l'origine de troubles spécifiques : déficience intellectuelle ; instabilité psychomotrice ; trouble de l'attachement le plus souvent de type désorganisé-désorienté ; troubles psychiatriques sous forme de syndrome dépressif, sentiments de persécution ou autres ; violence pathologique extrême ; fugues compulsives sans but (p. 283).

Derrière ces symptômes sont à l'œuvre des processus complexes d'indifférenciation entre hallucination et réalité, entre présent et passé, entre ce qui vient de soi et ce qui vient d'autrui ; un multiclivage de la pensée ; des perturbations majeures du schéma corporel et de la représentation de soi ; une incapacité d'accéder au faire semblant.

³²⁵ Cf. CASTELLANI C., NINOREILLE K., BERGER M. *et al.* Visites à domicile et mesure du quotient de développement dans des situations de défaillances parentales précoces. *Devenir*. 2011, 3, vol. 23, p. 205-238. Fiche 35.

³²⁶ Cf. BONNEVILLE E. Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*. 2010, 1, 53, p. 31-70. Fiche 33.

Ces troubles sont caractérisés par leur précocité d'apparition et leur fixité. Difficultés très importantes pour les prises en charge de ces enfants du fait que les troubles deviennent en eux-mêmes un obstacle à leur traitement.

Différents axes sont nécessaires pour la compréhension des traumatismes relationnels précoces :

- la théorie psychanalytique en ce qui concerne la construction de l'identité, de la transitionnalité, de la différence entre pensée et réalité, de la représentation de soi, de l'organisation pulsionnelle, etc. ;
- la théorie de l'attachement pour l'instauration du sentiment de sécurité interne ;
- les travaux cognitivistes pour certains aspects de l'organisation de la pensée, du schéma corporel et des modalités d'apprentissage ;
- les références socioculturelles ;
- la dimension neurobiologique.

Éléments d'évaluation d'une situation de défaillance parentale précoce (p. 285) :

- l'état clinique du nourrisson ;
- son niveau de développement mesuré par le test de Brunet Lézine et l'évolution de ce quotient de développement au cours de passations successives ;
- la pathologie psychique éventuelle des parents ;
- la manière dont cette pathologie entrave l'exercice de la parentalité au cours des interactions ;
- l'effet des prises en charge antérieures éventuelles.

- **Contexte**

Le cortisol est l'une des deux hormones secrétées, avec l'adrénaline, par l'organisme humain confronté à un stress. En cas de stress, il se produit une augmentation importante du cortisol. Étant liposoluble, cette hormone franchit la barrière hémoméningée et inonde le cerveau en particulier le système limbique, dont l'hippocampe (partie du cerveau organisant la mémoire affective, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement et la mémoire des apprentissages) est le plus atteint (nombre le plus élevé de récepteurs au cortisol). Au niveau quantitatif, les IRM en trois dimensions montrent une baisse du nombre de neurones de 16 % par rapport à l'hippocampe de nourrissons témoins vivant dans des milieux familiaux normaux³²⁷. Au niveau qualitatif, les neurones présentent une rareté des dendrites³²⁸. Enfin, Gunnar et Donzella³²⁹ montrent une proportionnalité entre l'intensité de l'inadéquation de l'environnement et l'élévation du taux de cortisol salivaire. Ces travaux montrent que si le taux de cortisol est constamment élevé, une atteinte cérébrale est réversible pendant quelques mois, puis définitive.

³²⁷ SAPOLSKY R. Why stress is bad for your brain. *Science*. 1996, 273, p.749–50.

³²⁸ MAGARINOS A.M. et MC EWEN B.S. Chronic psychosocial stress causes apical dendritic atrophy of hippocampal CA3 pyramidal neurons in subordinate tree shrews. *J. Neurosci*. 1996, 16, 10, p. 3535–40.

³²⁹ GUNNAR M.R. et DONZELLA B. Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*. 2002, 27, p. 199–220.

- **Objectifs**

Cet article expose la méthode utilisée pour le dosage du cortisol salivaire³³⁰ auprès de nourrissons vivant dans des milieux familiaux traumatisants au niveau psychologique, en corrélation avec la mesure du quotient de développement. L'objectif de la recherche était de reconnaître la dimension biologique et les atteintes cérébrales dans les traumatismes relationnels précoces, en les réfléchissant en articulation avec les dimensions cliniques et cognitives.

- **Population d'étude**

La population étudiée est composée de 180 nourrissons âgés de 3 mois à 2 ans, répartis en cinq groupes :

Groupe 1 : 30 nourrissons vivant au domicile de leurs parents et exposés à une situation de défaillance éducative de niveau A sur l'échelle de facteurs de risque de l'association « Naître et bien-être »³³¹. « Ce niveau correspond à des situations de risques lourds immédiats nécessitant une protection rapide de l'enfant associant une prise en charge spécialisée par un service de pédopsychiatrie et éventuellement un signalement judiciaire » (p. 286). Finalement, le groupe est composé de 13 nourrissons pour l'étude.

Groupe 2 : 30 nourrissons vivant au domicile de leurs parents et exposés à une situation de défaillance éducative de niveau B sur l'échelle de facteurs de risque de l'association « Naître et bien-être ». Ce niveau correspond à une population à risques potentiels certains de troubles de la parentalité. Ce groupe nécessite une prise en charge spécialisée sous la forme de psychothérapie mère-bébé et/ou de thérapie familiale ; dans certains cas, des soins psychiques pour les parents, effectués par des psychiatres de ville ou hospitaliers ; et, éventuellement, des soins d'ordre corporel destinés à favoriser la capacité de la mère à toucher son bébé (travail de psychomotricité).

Groupe 3 : 60 nourrissons dont les parents vivent dans un milieu familial biparental sans conflits évidents et gardés à domicile au moins trois jours par semaine. Ce groupe donnera le taux témoin de cortisol salivaire et il a été appareillé aux enfants des groupes 1 et 2 au niveau de l'âge et du sexe.

Groupe 4 : 30 nourrissons vivant en pouponnière de l'Aide sociale à l'enfance donc protégés des risques quotidiens directs de niveau A, mais soumis au stress d'une absence de figure d'attachement stable (roulement des auxiliaires de puériculture) et au stress éventuel de visites parentales plus ou moins médiatisées par la présence d'une tierce personne.

Groupe 5 : 30 nourrissons accueillis en crèche dans la journée au moins deux jours et demi par semaine afin d'évaluer le stress lié à la séparation courte d'avec les parents et à la mise en collectivité. L'appariement s'est fait avec les enfants en pouponnière.

³³⁰ Celui-ci étant le reflet exact du cortisol sanguin. KIRSCHBAUM C. et HELLHAMMER H. Salivary cortisol in psychobiological research : an overview. *Neuropsychology*. 1989, 22, p. 150-69.

³³¹ L'association « Naître et bien-être », réseau de prise en charge des difficultés de parentalité ante-, péri-, et postnatales, a établi des critères de niveau à partir d'un ensemble de travaux : BERGER M. *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris : Dunod, 2003, 252 p. (Deuxième édition mise à jour) ; STEINHAUER P. Guide d'évaluation des capacités parentales. Centre jeunesse de Montréal et Institut de recherche, 2004. http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/evaluation/pdf/guide_compétences_parentales.pdf. ; CAREL A. L'évitement relationnel du nourrisson et les dysharmonies interactives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2000, 48, p. 375-87.

Ont été exclus de l'étude les nourrissons dont la mère présente une psychose puerpérale (trouble de la parentalité réversible dans 66 % des cas, nécessitant une séparation temporaire avec la mère, tout en maintenant des contacts réguliers) ; ceux souffrant de coliques ou présentant un syndrome fébrile (prise de température frontale avant chaque prélèvement afin de vérifier l'absence de processus infectieux ou autre en cours), ou ceux souffrant d'une pathologie chronique, ou suivant un traitement incluant la prise de corticoïdes.

Dans l'article proposé, seuls les résultats des groupes 1 et 2 seront évoqués. Les résultats ont porté sur 13 nourrissons dans le groupe 1, 14 dans le groupe 2. Les auteurs expliquent la faiblesse du nombre d'enfants dans les groupes 1 et 2 par la difficulté de mener des recherches structurées dans le domaine de la protection de l'enfance en France. Ils évoquent les oppositions des professionnels face « aux recherches utilisant des dispositifs précis d'évaluation de l'état de l'enfant, des capacités parentales et des résultats des actions entreprises en général » (p. 290).

- **Méthode**

Mesure du cortisol salivaire :

- l'ensemble des mesures ont été réalisées au domicile des enfants (afin d'éviter le stress suscité par la venue de l'enfant dans un milieu inconnu) et le prélèvement a été réalisé à un moment lors duquel l'enfant était calme et par une personne à laquelle l'enfant avait eu le temps de s'habituer.

Deux prélèvements par enfants : 1^{er} prélèvement réalisé à une heure variable : entre 7 heures et 16 h 30 ou entre 18 heures et 22 heures ; 2^e prélèvement effectué à une heure fixe entre 17 heures et 17 h 30 afin d'obtenir un taux de base de cortisol pour chaque enfant.

- le prélèvement du cortisol : l'enfant devait mâcher un coton tenu par la mère ou par un membre de l'équipe. Le coton était ensuite pressé dans une seringue et vidé dans un tube anonymisé et transmis au laboratoire (déroulement en insu : les psychologues de l'équipe n'auront pas les résultats des taux de cortisol mesurés et le biologiste ne connaît pas le nom des enfants).

- **Résultats**³³²

- **Au niveau du cortisol salivaire**

Aucune différence significative n'a pu être repérée entre les différents groupes. Les auteurs précisent, toutefois, que le nombre d'enfants dans les groupes 1 et 2 était insuffisant pour obtenir des résultats statistiquement significatifs.

- **L'importance de la recherche en « neuroprotection »**

Barudy et Dantagnan³³³ indiquent que l'un des objectifs d'une intervention fondée sur les besoins des enfants en protection de la jeunesse, en particulier dans les situations d'incompétence parentale sévère chronique, est d'éviter les dégâts cérébraux irréversibles provoqués chez le nourrisson par l'élévation du taux de cortisol sanguin dû à une situation de stress permanent. Pour eux, la « neuroprotection » fait partie de la protection de l'enfance. Ils insistent sur

³³² Nous choisissons dans cette partie de ne mentionner que les résultats relatifs à la mesure du taux de cortisol, les résultats relatifs aux quotients de développement des enfants ayant été présentés par ailleurs. Cf. CASTELLANI C., NINOREILLE K., BERGER M. *et al.* *Op. cit.* Fiche 35.

³³³ BARUDY J. et DANTAGNAN M. *De la bientraitance infantile*. 2007, Paris : Fabert.

le fait que tous les enfants de moins de trois ans vivant dans un contexte de négligence et de maltraitance et qui ne sont pas protégés seront des personnes endommagées à vie.

➤ **Méthode de recherche sur la « neuroprotection » du nourrisson et de l'enfant dans les situations de défaillances parentales précoces**

Malgré les résultats obtenus dans cette étude, les auteurs ont pu formuler, en s'appuyant sur d'autres études, la nécessité de poursuivre les recherches dans ce domaine et formuler quelques recommandations méthodologiques :

- les comparaisons doivent porter sur des groupes homogènes et non sur des sujets pris individuellement ;
- il faut inclure un nombre suffisant d'enfants pour être statistiquement significatif (cela implique l'association de plusieurs équipes) ;
- il est nécessaire que la communauté scientifique détermine les critères communs permettant de déterminer les différents niveaux de difficultés éprouvées par les parents dans l'exercice de la parentalité. Il existe actuellement une hétérogénéité des critères qui rend malaisée la comparaison entre les différentes recherches ;
- la présente étude nécessiterait d'être reprise avec au moins quatre mesures quotidiennes du cortisol pendant deux jours même si ceci alourdirait considérablement la charge du protocole.

33. BONNEVILLE E. Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*. 2010, 1, 53, p. 31-70.

- **L'auteure**

Emmanuelle Bonneville est psychologue clinicienne, maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique à l'université Paris 5 Descartes-Sorbonne Paris Cité, membre titulaire du Laboratoire de recherches en psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse (PCPP).

- **Type de recherche et format de publication**

Article proposant les principaux résultats³³⁴ d'une recherche qualitative menée dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie³³⁵.

- **Objectifs**

L'auteure propose une modélisation du profil psychopathologique d'enfants ayant vécu de façon répétée et fréquente des traumatismes relationnels précoces du fait des situations de négligence grave et/ou de violence dans leur famille. Ce profil psychopathologique singulier a été nommé par l'auteure : « Pathologie des traumatismes relationnels précoces (PTRP) ».

L'article propose un modèle de compréhension de l'origine et de la nature des troubles de la relation présentés par ces enfants, ainsi que leurs caractéristiques actuelles desquelles découlent les difficultés d'accompagnement (éducatif et thérapeutique).

- **Méthode et population d'étude**

La méthode choisie est une analyse qualitative d'observations et d'entretiens cliniques, réalisés dans le cadre d'une activité de consultante d'intersecteur et de thérapeute dans un hôpital de jour en pédopsychiatrie. Deux types de matériel recueilli :

1. Observations répétées et attentives de séquences interactives enfant-parent et enfant-professionnel dans un service d'Aide Sociale à l'Enfance dans un premier temps, puis dans un hôpital de jour d'un service de pédopsychiatrie ensuite.
2. Témoignages reçus de personnes impliquées dans des relations quotidiennes, longues et affectivement investies avec les enfants (familles d'accueil, éducateurs de lieux de vie, éducatrices référentes de l'hôpital de jour) qui ont permis la reconstruction des récits de vie des enfants.

L'auteure a sélectionné vingt situations qu'elle a rencontrées dans sa pratique et qui correspondent à des enfants de 3 à 12 ans. Parmi ces enfants :

- 4 ont été suivis de leurs premiers mois de vie à l'âge de 7 ans ;
- 16 ont été rencontrés à plus de trois ans. Pour ces derniers, le déroulement de leurs premières années a fait l'objet d'une reconstruction, à partir des témoignages des personnes susmentionnées, ainsi que de l'analyse de certains aspects de leurs comportements et de leurs postures.

³³⁴ Cette recherche a également été publiée sous la forme d'un ouvrage : BONNEVILLE-BARUCHEL E. *Les traumatismes relationnels précoces : Clinique de l'enfant placé*. Toulouse : Érès, 2015, 247 p.

³³⁵ BONNEVILLE E. Pathologie des traumatismes relationnels précoces. Comprendre et accueillir les liens en souffrance. Thèse de doctorat en psychologie, mention psychopathologie et psychologie clinique : université Lumière Lyon 2, 2008. p. 446.

La population est constituée d'enfants séparés de leur famille et ayant vécus des traumatismes relationnels précoces répétés qui les ont soumis à des expériences de stress extrême hautement traumatogènes. Les enfants rencontrés ont tous subi des négligences ou des violences physiques et/ou psychologiques très importantes au cours de leur petite enfance, de manière continue et permanente ou de manière discontinue mais récurrente. Ils ont passé leurs premiers temps de vie dans un environnement caractérisé par le chaos et l'imprévisibilité des relations.

- **Résultats**

- **Présentation du dispositif clinique : l'unité d'hospitalisation de jour**

L'unité d'hospitalisation présentée par l'auteure, et dans laquelle elle exerce, a été créée en 2004 sur le modèle d'une autre unité qui fonctionne depuis 1979. La plupart des enfants accueillis relèvent du dispositif de la protection de l'enfance (famille bénéficiant d'une « aide éducative administrative ou judiciaire », enfants « séparés du milieu familial et confié à une famille d'accueil ou un établissement spécialisé », p. 34). Chaque unité d'hospitalisation accueille entre 12 et 15 enfants, âgés de 4 à 12 ans. Les enfants sont accueillis quotidiennement, toute la journée pendant une période d'au moins deux ans. L'équipe soignante est composée de trois éducateurs, d'une infirmière psychiatrique à temps complet. Les unités bénéficient aussi de l'intervention du psychomotricien et d'orthophonistes de l'équipe de secteur ainsi que celle du chef de service pour la mise en place et le suivi de traitements médicamenteux si nécessaire. Trois classes thérapeutiques intégrées à l'école du quartier font aussi partie du dispositif et permettent pour certains enfants des progressions importantes (remontée notable du QI, suivi d'un programme scolaire de cycle primaire normal, intégration de classes non thérapeutiques à temps plein et poursuite dans l'enseignement secondaire).

- **Les pathologies des traumatismes relationnels précoces : une entité spécifique différentes des catégories diagnostiques habituelles**

L'auteure montre que ces enfants présentent des troubles psychiques particuliers, qui constituent un profil psychopathologique spécifique, qu'on ne peut pas associer aux catégories diagnostiques habituelles³³⁶ et qu'il est donc nécessaire d'isoler pour proposer des prises en charge adaptées. L'auteure a construit une étude approfondie à partir notamment des caractéristiques fournies pour chaque catégorie par la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – CFTMEA-2000*³³⁷, et par le *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*³³⁸.

- **Description de la population d'enfants rencontrée**

Ces enfants présentent tous un profil pathologique singulier, qui se manifeste notamment par des troubles graves de l'intelligence, de la gestion des émotions, du comportement et des capacités relationnelles, donc de socialisation. Le mode de fonctionnement relationnel de ces enfants se caractérise par la violence, la destructivité, la tyrannie, l'avidité, l'agitation et l'évitement ou l'attaque de la pensée. Pour chacun, les prises en charge et l'accueil sont difficiles, peu de structures d'accueil, de soins et d'enseignement leur sont adaptées.

³³⁶ Les catégories habituellement employées étant : « une structure de personnalité psychotique », les « organisations limites ou névrotiques de la personnalité ». Cependant, bien qu'il existe des traits communs avec plusieurs catégories, la pathologie des traumatismes relationnels précoces ne correspond complètement à aucune structure de personnalité déjà décrite.

³³⁷ MISES R., QUEMADA N., BOTBOL M. *et al.* Nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – Cf.TMEA, 2000. *Annales médicales et psychologiques*. n°160 intégral, 2002.

³³⁸ CICCONE A. Psychopathologie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent. In ROUSSILLON R. (dir.) *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris : Masson, 2007, p. 276-400.

Les premières expériences relationnelles vécues sur un mode traumatiques ont entraîné la construction d'un « modèle interne de la rencontre » qui va se réactiver lors de chaque nouvelle relation de l'enfant avec un autre être humain. La construction du « modèle interne de la rencontre » chez ces enfants est issue des situations précoces de violence (subies ou vécues en tant que témoin), de négligences graves vécues. Les enfants n'ont pas pu trouver dans leur environnement de réponses adaptées à leurs besoins fondamentaux (d'attachement sécurisant, de stabilité, de permanence et de respects de rythmes réguliers). Les troubles présentés par ces enfants sont issus de la confrontation répétée à ces traumatismes, mais aussi de la construction psychique particulière qu'ils ont dû développer pour tenter de remédier à leurs effets. Mais ces systèmes de défense sont sources de nombreuses souffrances et sont pathologiques au sens où ils posent problème aux enfants, particulièrement pour leur vie sociale. La particularité de ce profil psychopathologique est qu'il semble se manifester presque exclusivement dans le registre des relations interindividuelles et peut donc passer inaperçu en dehors de la constitution d'une relation prolongée. Ceci correspond au fait que leur fonctionnement psychique n'est pas homogène, mais fortement imprégné par des mécanismes de dissociation (absence de connexion entre sensations, sentiments, comportements, souvenirs, connaissance)³³⁹.

1. Les effets des traumatismes relationnels précoces sur les enfants

– Les comportements observés et leurs explications

Les comportements relevés mettent en jeu le corps, l'activité psycho-motrice et le langage, mais dans un registre qui n'est pas celui de l'intercommunication, les messages sont « non-adressés ». Les procédés sont auto-calmands, auto-sensuels, c'est-à-dire qu'ils sont de soi à soi, sans considération pour un quelconque interlocuteur. Les enfants rencontrés étant dans l'incapacité de faire des liens dans et par la pensée, le corps est donc mobilisé pour tenter de lier les expériences.

Les enfants sont extrêmement sensibles et vulnérables aux excitations, ils n'ont pas les moyens psychiques de les traiter. Ils risquent donc en permanence d'être débordés par la tension déclenchée par les expériences et donc de subir de nouveaux traumatismes.

Deux profils d'enfants sont identifiés, chacun pour pallier leur « enveloppe psychique trouée » (p. 51) :

- ceux qui semblent déconnectés, sans émotion, ni expression : ils créent une autre forme d'enveloppe hermétique – l'enveloppe capsule-carapace. Ils sont dans une quête d'isolation du réel ;
- ceux qui sont hypersensibles et hypervigilants à leur environnement : ils se créent alors une enveloppe substitutive d'agitation motrice et verbale afin de décharger l'excès de tension intérieure vers l'extérieur. Ils parlent et s'agitent sans arrêt afin de se procurer des sensations d'existence et de corps unifiés donc de contrôle de soi mais aussi du réel.

Dans les deux cas, il s'agit d'éviter de percevoir et d'être débordé de façon passive par les excitations venant du dehors. Il s'agit de se mettre en état de non-pensée et de non-besoin.

³³⁹ L'auteure précise que c'est justement cette absence d'homogénéité du fonctionnement psychique qui entraîne des divergences dans les appréciations des professionnels et qui retarde la prise en charge psychothérapeutique adapté. Puisque les différents intervenants ont pu avoir un contact avec seulement la partie de l'enfant qui semble adaptée en surface, faute d'avoir pu nouer une relation signifiante pour eux.

– L'intériorisation des expériences traumatiques : des images mentales fixées

Les expériences émotionnelles extrêmes vécues par ces enfants lors de leurs premiers temps de vie se sont inscrites en eux sur le mode du traumatisme. Ces expériences restent donc extrêmement présentes, actuelles, vivaces dans leur esprit et reviennent (sous forme de cauchemars ou d'hallucination, de troubles du comportement, de problèmes de santé) dès qu'ils sont confrontés à une expérience qui possède au moins un aspect commun, même anodin, avec elles. Ces réactions peuvent se produire dans l'immédiat ou en différé. Dans leurs premières expériences de relations, les enfants se sont constituées des « représentations de base » d'eux-mêmes, du monde et des autres qui leur fournissent une grille de lecture du monde qui les entourent. Ces représentations de base se sont constituées très tôt, à partir des premières expériences de relation. Elles sont inscrites très profondément dans la psyché de l'enfant, et elles sont peu malléables. Elles amènent en général les enfants à développer une image d'eux-mêmes très dévalorisée d'enfant incompetent et non aimable, et une image de l'adulte de référence comme imprévisible, non fiable, non aimant, potentiellement violent, rejetant ou délaissant. Cela aboutit, pour eux, à la nécessité absolue de maîtriser en permanence la relation.

Ce phénomène a son importance pour comprendre pourquoi ces enfants peuvent aller très mal après avoir eu un contact avec qui ou à cause de qui ils ont vécu des expériences traumatisantes. Ce contact n'est pas forcément une rencontre qui se passe mal, ni même forcément une rencontre, mais peut être un simple coup de téléphone, une lettre, un cadeau. Le problème est que ce contact vient « réveiller » les traces et les effets des traumatismes, et l'enfant y réagit comme s'il revivait dans l'actuel la situation traumatisante. « Ces enfants ne pourraient appréhender leur présent qu'au travers du filtre déformant de leurs traumatismes passés. Ainsi, les manifestations physiques d'investissement et de tendresse (sourire, regard, posture corporelle, gestuelle, productions vocales...), même si elles se veulent accueillantes, signes de bienveillance et invitation au contact, ne sont pas forcément interprétées et comprises comme telles par les enfants qui ont expérimenté des interactions précoces très désaccordées » (p. 56). Ceci est un point fondamental, car la rencontre avec une personne adaptée risque d'abord de ne faire que ramener les « souvenirs » des expériences douloureuses qui ont précédé, et déclencher l'activation de leur modèle interactif opérant.

L'auteur montre qu'il est très difficile pour ces enfants de changer leurs représentations de base. Elle explicite également l'importance de qualifier leur comportement au regard de leur histoire relationnelle précoce. Ainsi l'inadaptation de certains comportements à un temps T peuvent trouver une explication dans leur histoire. C'est à cette condition qu'ils pourront les dépasser et envisager de nouveaux modes de relation aux autres.

– Le multiclivage de la personnalité

Le moi de ces enfants est « atomisé », c'est-à-dire que la personnalité est fragmentée en différentes parties qui ne communiquent pas entre elles. Les enfants peuvent passer très brutalement de l'identification d'une partie à une autre et ceci explique les variations et changements brutaux observés dans leurs comportements. Mais ces changements sont en général si soudains et si violents que les observateurs et partenaires d'interactions sont sidérés et complètement désorganisés.

2. Du côté des relations

– La répétition du traumatisme dans la rencontre avec un autre

La rencontre avec un autre est toujours source d'excitation. Ainsi, pour ces enfants hypersensibles aux excitations, la relation est d'abord quelque chose d'effrayant et de dangereux, qu'il faut soit éviter, soit détruire, soit maîtriser au maximum. Les enfants cherchent à contrôler la relation, souvent en devançant, en créant activement les conditions de la répétition des situations traumatiques initiales. En se fondant sur les représentations issues de leurs expériences précoces et en maintenant les comportements de protection (isolement et décharge vers l'extérieur), ils finissent par susciter chez leur interlocuteur les réactions qu'ils redoutent. « Ils deviennent ces enfants non aimables, non séduisants, désagréables, incapables et repoussants qu'ils craignent d'avoir été pour leur premier objet, et qu'on ne peut que rejeter, abandonner, négliger ou persécuter » (p. 62). Leurs représentations se trouvant dramatiquement confirmées par la reproduction perpétuelle, en boucle, dans la réalité actuelle, des modèles d'interactions traumatiques dont elles sont issues.

– La spirale des relations intersubjectives : une répétition en trois temps

L'auteur expose les trois temps de répétition pathologique qui peuvent se produire dans la nouvelle relation entre les enfants ayant subis des traumatismes relationnels précoces et leur assistante familiale.

Temps 1 : « Soins intensifs et réanimation psychique »

La « réanimation psychique » est prodiguée par les assistantes familiale du fait des signes présentés par les enfants à leur arrivée dans les familles d'accueil (autisme secondaire, retard staturo-pondéral, troubles graves de l'alimentation et du sommeil, hypervigilance à l'égard de l'environnement, trouble de la relation et de l'attachement : évitement du contact et incapacité d'apaisement). La sortie de cet état entraîne cependant souvent d'autres troubles à l'expression beaucoup plus bruyante.

Temps 2 : « La fusion interminable ou l'addiction aux perceptions directes »

Ce second temps est le résultat du maternage intensif de la phase 1. Il correspond à une évolution des modes de relation à l'objet : passage de l'évitement de l'objet au cramponnement et à la dépendance à celui-ci aussi bien physique pour les enfants les plus jeunes qu'un agrippement à la voix et au regard pour les plus grands. L'assistante familiale semble devenir une partie d'eux-mêmes non différenciée. Le risque majeur de ce second temps est que cette régression se fige et devienne pathologique.

Temps 3 : « Rupture et arrachement »

Les enfants ne peuvent sortir du mode de fonctionnement du temps 2. Ils ne peuvent plus se passer de l'assistante familiale à aucun moment. Or celles-ci sont faillibles, peuvent manquer à l'appel, ne sont et ne doivent pas être toujours là. Ainsi, les séparations, même brèves, ne peuvent être vécues que sur le mode de l'arrachement et de la rupture.

En conclusion, l'objectif de la répétition des situations traumatiques avec un nouvel autre pourrait être de rejouer la scène, mais cette fois avec un adulte qui pourrait comprendre la détresse sous-jacente, la recevoir et lui répondre. « On perçoit ici l'importance de la capacité de l'adulte à ne pas réagir qu'au premier niveau de ce que montre l'enfant, mais d'être toujours attentif à la détresse et au besoin qu'il cache. C'est parce que ce nouvel adulte saura être

réceptif, constant et créatif dans les réponses qu'il apporte aux comportements de l'enfant que celui-ci pourra sortir de la répétition à l'identique des situations initiales, et qu'il pourra non seulement accéder à la découverte que sa détresse peut être entendue et reconnue, mais qu'elle peut avoir un sens et trouver une réponse aidante » (p. 68).

34. BOUCHARD E.-M., TOURIGNY M., JOLY J. *et al.* Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2008, 56, p. 333-344.

- **Les auteurs**

E.-M. Bouchard : département de psycho-éducation, université de Sherbrooke, Québec, Canada.

M. Tourigny : département de psycho-éducation, université de Sherbrooke, Québec, Canada.

J. Joly : département de psycho-éducation, université de Sherbrooke, Québec, Canada.

M. Hébert : département de sexologie, université du Québec à Montréal, Canada.

M. Cyr : département de psychologie, université de Montréal, Canada.

- **Type de recherche et format de publication**

Étude rétrospective, épidémiologique en population générale, ayant bénéficié d'un soutien financier de la Fondation Marie-Vincent, de la faculté d'éducation de l'université de Sherbrooke et du centre interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS). Article.

- **Objectifs**

Constat de la littérature scientifique : le fait d'avoir vécu des violences (physiques, psychiques, sexuelles) dans l'enfance a des conséquences sur le développement de séquelles à l'âge adulte.

Limites méthodologiques des études antérieures sur les conséquences de la cooccurrence :

- peu d'études explorent plus de deux formes de maltraitance donc le phénomène n'est pas étudié dans son ensemble ;
- échantillons retenus trop petits : puissance statistique insuffisante pour étudier les conséquences des combinaisons de mauvais traitements ;
- pas d'analyse systématique des effets de chaque forme de maltraitance ou de chaque combinaison des différentes formes dans le développement des séquelles à l'âge adulte ;
- seuls les effets additifs des différentes formes sont retenus.

L'étude poursuit plusieurs finalités en reprenant les constats précédemment évoqués :

- déterminer la part spécifique de chaque forme de violence vécue pendant l'enfant (sexuelle, physique et psychologique) dans le développement de séquelles à l'âge adulte ;
- déterminer le rôle de la cooccurrence des violences vécues dans ces conséquences. Deux types d'effets de la cooccurrence seront spécifiquement explorés : effet additif et effet d'interaction³⁴⁰ ;

³⁴⁰ **L'effet additif** : les effets d'une forme de violence viendront s'ajouter aux effets d'une seconde forme de violence. Les conséquences de chaque forme de mauvais traitement se cumulent à l'âge adulte et augmentent ainsi la sévérité des conséquences.

L'effet d'interaction : l'ajout d'une forme de violence peut aussi venir modifier les conséquences d'une autre forme ; la conséquence n'apparaît que lors d'une combinaison. La combinaison de deux formes de violence ou plus aurait un effet multiplicateur ou aurait des conséquences distinctes de celles observées lorsque ces formes de violence sont présentes isolément.

- étudier le poids des facteurs externes sur les conséquences identifiées à l'âge adulte. Seront explorés l'impact de la variable « sexe » et celui de la variable « violence conjugale actuelle », pas suffisamment étudiés dans les recherches antérieures.

- **Méthode**

Une enquête téléphonique a été réalisée entre le 13 avril et le 14 mai 2006 lors de laquelle des entretiens ont été réalisés à partir d'un questionnaire contenant un ensemble de questions relatives aux :

- données sociodémographiques : sexe, âge, région géographique, niveau de scolarité ;
- formes de violences vécues : expérience de violence vécue dans l'enfance (38 questions) et violence conjugale.

➤ **Les variables indépendantes retenues et méthode d'évaluation : les formes de violence vécue**

1. Violence sexuelle vécue dans l'enfance (avant 18 ans)

2 items tirés d'une enquête américaine similaire³⁴¹. La présence de violence sexuelle dans l'enfance des répondants était déterminée par une réponse positive à l'une ou l'autre des questions sur les relations sexuelles complètes forcées et sur les attouchements sexuels vécus.

2. Violence psychologique vécue dans l'enfance

Deux items tirés de l'enquête de Santé Québec (1999)³⁴². Réponse à partir d'une échelle de type Likert en quatre points (« jamais », « rarement », « souvent », « très souvent ») :

- violence psychologique directe : celle dirigée contre l'enfant : être menacé, humilié, ridiculisé dans l'enfance (fréquence retenue pour l'inclusion : « souvent » ou « très souvent ») ;
- violence indirecte : témoin de violence conjugale dans la famille (retenue si au moins « rarement »).

3. Violence physique vécue dans l'enfance

Deux items tirés de l'enquête de Santé Québec réalisée en 1999 (26) – Échelle de type Lykert en quatre points pour la fréquence des événements (de « jamais » à « très souvent ») :

- violence physique mineure : fessée (retenue pour « souvent » ou « très souvent ») ;
- violence physique sévère : le fait d'avoir été frappé plus durement que par une fessée (retenue pour : « rarement »).

³⁴¹ FINKELHOR D., HOTALING G., LEWIS I.A. *et al.* Sexual abuse in a national survey of adult men and women : prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*.1990, 14, p. 19-28.

³⁴² CLÉMENT M.-È., BOUCHARD C., JETTE M. *et al.* *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2000.

4. Violence conjugale actuelle

Deux questions (tirées de l'enquête sur la violence envers les femmes de 1993³⁴³) étaient ajoutées au questionnaire si le répondant avait un(e) conjoint(e) au moment de l'enquête ou au cours des douze derniers mois :

- première question : avoir été menacé(e) d'être blessé(e) par son(sa) conjoint(e) ;
- deuxième question : avoir été poussé(e), giflé(e), frappé(e).

➤ Les variables dépendantes : les conséquences possibles des expériences de violence

1. La détresse psychologique

Mesurée par : Version courte à 14 items de l'indice de détresse psychologique (IDP – 14³⁴⁴). Quatre sous-échelles (anxiété, dépression, irritabilité, problèmes cognitifs) évaluées à partir d'une échelle de Likert en quatre points : de « jamais » à « très souvent ».

2. Les symptômes de stress post-traumatique

Mesurés par la version courte à quatre items de l'échelle de *Primary Care Posttraumatic Stress Disorder* (PC – PTSD³⁴⁵). Questions sur la reviviscence des événements, l'évitement, la dissociation et l'hypervigilance, permettant l'obtention d'un score global. Seuil clinique retenu : réponse positive à trois items sur quatre.

3. La santé physique³⁴⁶

Mesurée par six items, tirés de l'enquête Santé Québec de 1999 (*op. cit.*), relatifs à la perception du répondant relativement à son état de santé physique, les douleurs ressenties, les problèmes de santé, la consommation de médicaments et l'utilisation des services de santé.

➤ Analyses statistiques des données recueillies

Le test du Chi2 (ou Khi2) a été utilisé pour comparer selon le sexe des répondants la proportion de victimes pour chacune des formes de violences dans l'enfance, pour les cooccurrences des formes de violences dans l'enfance et pour les violences conjugales subies au cours des douze derniers mois, ainsi que pour comparer selon le sexe des répondants la proportion de victimes et de non-victimes qui présentent un niveau de détresse psychologique et de PTSD au-delà du seuil clinique.

Des modèles de régression multiple hiérarchique ont été construits afin de déterminer les facteurs associés aux divers troubles évalués (détresse psychologique, symptômes de stress post-traumatique et problèmes de santé physique). Pour cela, ont été intégrées dans les modèles des variables relatives aux :

- caractéristiques sociodémographiques (sexe, classe d'âge, niveau de scolarité) : bloc 1 ;
- violences conjugales subies au cours des douze derniers mois : bloc 2 ;
- violence vécue dans l'enfance (sexuelle, physique et psychologique) : bloc 3 ;

³⁴³ Statistique Canada. *Recherche sur la violence contre les femmes*. Documentations sur microfilms et guide de l'utilisateur à l'usage du public. Ottawa : Industrie, Science et Technologie Canada, 2004.

³⁴⁴ PREVILLET M., BOYER R., POTVIN L. *et al.* La détresse psychologique : déterminants de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. *Cahier de la recherche*. Québec : gouvernement du Québec, 1992. 7 p.

³⁴⁵ PRINS A., OUMETTE P., KIMERLING R. *et al.* The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*. 2003, 9, p. 9-14.

³⁴⁶ Il n'existe aucun seuil ou norme clinique reconnu pour cette mesure.

- interaction entre le sexe et la violence sexuelle vécue dans l'enfance : bloc 4 ;
- interactions entre chaque forme de violence : bloc 5.

- **Population d'étude**

Échantillon de 1 002 répondants adultes, résidant au Québec (Canada), dont la sélection s'est déroulée en deux étapes :

- sélection aléatoire de ménages parmi les abonnés au téléphone – technique de composition aléatoire de numéro de téléphone (« *random digit dialing* ») ;
- grille de sélection aléatoire pour choisir les répondants à l'intérieur du ménage parmi les plus de 18 ans aptes à répondre. Aucune substitution de répondant n'était autorisée.

Le taux de réponse total est de 28 % selon le calcul qui tient compte des différentes variables contextuelles : refus de participer (n = 1909) ; entretiens incomplets (n = 27) ; ménages sélectionnés, mais qui n'ont pas répondu après cinq appels (n = 318) ; problèmes de communication (n = 102) ; impossibilité d'effectuer l'entretien auprès de la personne sélectionnée avant la fin de la collecte de données (n = 209).

Une pondération des données de l'échantillon (en fonction de la région, de l'âge et du sexe des répondants) et une correction pour l'effet de plan ont également été appliquées afin de rendre les caractéristiques de l'échantillon similaires à celles de la population du Québec³⁴⁷ et d'éviter de surestimer la précision statistique en sous-estimant l'effet de la pondération sur la variance des variables étudiées. Suite aux corrections, l'échantillon de 1 002 répondants est équivalent à un échantillon final de 804 répondants (hommes : 48,9 % et femmes : 51,1 %).

- **Résultats**

Cette étude a permis de démontrer que le fait d'avoir vécu plus d'une forme de violence pendant l'enfance est associé à de plus grandes difficultés à l'âge adulte (diverses conséquences psychologiques et physiques à long terme) que lorsqu'une seule forme de violence est rapportée, confirmant ainsi l'effet cumulatif démontré dans d'autres études.

➤ **Fréquences des différentes formes de violence vécue dans l'enfance et de la violence conjugales**

36,7 % des répondants rapportent avoir vécu au moins une forme de violence au cours de leur enfance. La violence psychologique est la plus fréquente, suivie de la violence physique et de la violence sexuelle. Les hommes rapportent plus de violences physiques durant l'enfance alors que les femmes rapportent plus de violences sexuelles. Pour les violences psychologiques durant l'enfance et les violences conjugales au cours des douze derniers mois, aucune différence significative selon le sexe n'a été établie. Concernant la cooccurrence, la violence sexuelle est la moins souvent rapportée en présence des autres formes de violence. La violence psychologique est la plus souvent présente lorsqu'il y a cooccurrence de formes de violence.

Comparativement aux hommes, les femmes rapportent davantage avoir vécu des cooccurrences parmi les trois formes de violence durant leur enfance, notamment de la violence sexuelle combinée à de la violence psychologique. Les hommes ont vécu davantage de situations de violence physique combinée à de la violence psychologique.

³⁴⁷ Recensement de 2001 au Québec chez les 18 ans et plus.

➤ **Facteurs associés aux différentes conséquences**

Tableau : présentation des blocs ayant contribué de façon significative à l'augmentation des conséquences

Conséquences	Facteurs contribuant de manière significative à la présence de conséquences
Détrese psychologique	Données sociodémographiques (bloc 1)
	Violence conjugale (bloc 2)
	Trois formes de violence (bloc 3)
	Interaction entre sexe et violence sexuelle (bloc 4)
Stress post-traumatique	Violence conjugale (bloc 2)
	Trois formes de violence (bloc 3)
Santé physique	Données sociodémographiques (bloc 1)
	Trois formes de violence (bloc 3)
	Interaction entre sexe et violence sexuelle (bloc 4)

Source : BOUCHARD E.-M., TOURIGNY M., JOLY J. *et al.*, *op. cit.*, p. 333-344.

➤ **Conséquences selon le sexe des répondants**

Les résultats de l'étude démontrent que les diverses formes de violence ont un impact différent sur le plan des conséquences et ce, selon le sexe du répondant. Ces résultats ne sont pas en concordance avec les résultats d'autres études qui démontraient un impact équivalent sur les séquelles observées, tant pour les hommes que pour les femmes³⁴⁸.

– **La détresse psychologique**

Une détresse psychologique élevée chez les hommes est associée à un jeune âge des répondants, à un faible niveau de scolarité et au fait d'avoir vécu des situations de violence sexuelle et physique durant l'enfance.

La détresse psychologique des femmes est associée à un jeune âge des répondantes, au fait d'avoir été victime de violence conjugale au cours des douze derniers mois et à une expérience de violence physique et psychologique dans l'enfance.

Par rapport à la littérature existante, les travaux de recherche de Wise et al.³⁴⁹ ont démontré une association positive entre le fait d'être victime de violence dans l'enfance et la présence de dépression majeure chez les femmes adultes.

– **Stress post-traumatique**

Le fait d'avoir vécu de la violence conjugale au cours des douze derniers mois, de la violence sexuelle et psychologique dans l'enfance est associé à un score de stress post-traumatique élevé tant chez les hommes que les femmes.

³⁴⁸ BRIERE J. et ELLIOTT DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*. 2003, 27, p. 1205-22. ; THOMPSON MP., ARIAS I., BASILE KC. *et al.* The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women. *J. Interpers Violence*. 2002, 17, p. 1115-29.

³⁴⁹ WISE L.A., ZIERLER S., KRIEGER N., *et al.* Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization : a case-control study. *Lancet*. 2001, 358, p. 881-7.

Par rapport à la littérature existante, l'étude de Bagley *et al.*³⁵⁰ a également permis de constater une forte corrélation entre les symptômes de stress post-traumatique présentés à l'âge adulte et les violences sexuelles et psychologiques vécues pendant l'enfance.

– Les problèmes de santé physique rapportés

La fréquence des problèmes de santé physique chez les hommes est associée à un faible niveau de scolarité des répondants et au fait d'avoir vécu des situations de violence sexuelle et physique dans l'enfance. Chez les femmes, seul un faible niveau de scolarité y est associé. Certains travaux antérieurs, notamment ceux de Goodwin et Stein³⁵¹, ont pour leur part démontré que les mauvais traitements pendant l'enfance augmentent les risques de présenter différentes douleurs physiques à l'âge adulte.

➤ Implications cliniques

Les résultats ont permis de souligner l'importance de considérer l'impact de la cooccurrence dans l'élaboration et l'implantation de programmes d'intervention et suggèrent ainsi la pertinence de l'adoption d'une approche multidimensionnelle dans le développement et dans l'application de programmes de prévention et de traitement (tenant compte des différentes formes de violences vécues et pas seulement une seule tant pendant l'enfance qu'à l'âge adulte).

Les évaluations psychosociales et de santé physique auprès d'adultes pour qui une demande de services est adressée devraient inclure systématiquement une investigation de la maltraitance vécue dans l'enfance. Cette évaluation serait importante, étant donné que la maltraitance vécue dans l'enfance est associée à diverses séquelles et que la présence de plus d'une forme de violence en augmente les conséquences. Le fait que les victimes de mauvais traitements pendant l'enfance présentent encore des séquelles à l'âge adulte fait souhaiter qu'un dépistage des différentes formes de violence vécues soit fait plus tôt. Cela permettrait d'atténuer plus rapidement les conséquences qu'elles entraînent. Enfin, les interventions offertes devraient aussi tenir compte des différences observées entre les hommes et les femmes quant aux séquelles associées aux formes de violence vécues. Les services devraient donc être adaptés et ciblés en fonction du sexe.

➤ Limites méthodologiques observées par les auteurs

- La nature rétrospective entraîne des biais liés à la mémoire des répondants ;
- l'utilisation de mesures auto-rapportées entraîne un risque de sous ou de surreprésentation des difficultés réelles vécues par les répondants ;
- la méthode d'échantillonnage par numéro de téléphone ne permet pas de joindre certains individus particulièrement à risque d'avoir vécu de la violence dans l'enfance (personnes sans abri, en institution psychiatrique ou carcérale par exemple) ;
- le taux de réponse de 28 % est assez faible ;
- l'utilisation d'un nombre restreint d'items pour mesurer la violence vécue dans l'enfance ne permet pas une description détaillée de la nature et de la sévérité de chaque forme de violence ;

³⁵⁰ BAGLEY C., WOOD M. et YOUNG L. Victim to abuser : mental health and behavioural sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse and Neglect*. 1994, 18, p. 683-97.

³⁵¹ GOODWIN R. et STEIN M.B. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med*. 2004, 34, p. 509-20.

- le fait pour le répondant d’avoir participé ou non à un traitement curatif lié aux formes de violences vécues peut également expliquer la présence ou l’absence de séquelles à long terme ;
- l’étude n’a pas pris en compte les situations de négligence vécues durant l’enfant, la négligence étant pourtant la forme de mauvais traitement la plus répandue et qui apparaît, parmi les cas d’enfants connus des services de protection de la jeunesse, comme la forme de maltraitance la plus souvent en cooccurrence.

35. CASTELLANI C., NINOREILLE K., BERGER M. et al. Visites à domicile et mesure du quotient de développement dans des situations de défaillances parentales précoces. *Devenir*. 2011, 3, vol. 23, p. 205-238.

- **Les auteurs**

Charlotte Castellani et Karine Ninoreille sont psychologues, Maurice Berger est pédopsychiatre et Anne Perrin est coordinatrice. Tous sont membres du service de pédopsychiatrie du CHU Saint-Étienne Bellevue.

- **Type de recherche et format de publication**

Recherche mise en place dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Bellevue (CHU Saint-Étienne), dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique régional. La recherche a été publiée sous la forme de deux articles séparés correspondant à des niveaux d'analyse différents³⁵². Article.

- **Définitions des termes employés**

La **négligence** correspond à des moments de désintérêt par rapport aux besoins d'un nourrisson sans qu'il y ait « d'atteinte volontaire » de la part du parent dont l'enfant est insuffisamment touché, câliné, bercé. Un écart peut être repéré entre ce qui est dit par l'adulte et ce que l'enfant montre. Les auteurs précisent que les effets de la négligence sont largement sous-estimés alors que des études³⁵³ ont montré qu'elle constitue un facteur majeur de risque pour le développement de l'enfant. La négligence ne concerne ainsi pas seulement une absence de stimulation qui pourra être compensé plus tard par un apport adéquat, et a au contraire des conséquences dommageables à long terme, dont celles sur le plan neurologique. Enfin, l'enfant négligé a tendance à développer des processus défensifs contre l'angoisse ressentie au lieu d'investir son énergie psychique et physique dans des processus d'organisation et de création nécessaire à son bon développement (p. 216).

- **Objectifs**

Évaluer à domicile le développement de bébés soumis à des situations de défaillances parentales précoces en mettant en avant les caractéristiques développementales des enfants rencontrés et les dysfonctionnements parentaux et familiaux qui peuvent y être associés.

- **Population d'étude**

Groupe 1 : 13 nourrissons vivant au domicile de leurs parents et exposés à une situation de défaillance éducative de niveau A. Ce niveau correspond à des situations de risques lourds immédiats qui nécessitent une protection rapide de l'enfant associant une prise en charge spécialisée par un service de pédopsychiatrie et éventuellement un signalement judiciaire.

Groupe 2 : 14 nourrissons vivant au domicile de leurs parents et exposés à une situation de défaillance éducative de niveau B. Ce niveau correspond à une population à risques potentiels de troubles de la parentalité. Ce groupe nécessite une prise en charge spécialisée sous la forme

³⁵² Cf. BERGER M., CASTELLANI C., NINOREILLE K. et al. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2010, 58, 5, p. 282-292. Fiche 32.

³⁵³ LACHARITÉ C., ETHIER L., NOLIN p. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*. 2006, 59, 4, p. 381-394.

d'une psychothérapie mère-bébé éventuellement accompagnée d'un travail en psychomotricité et/ou d'une thérapie familiale, et dans certains cas, des soins psychiques pour les parents, effectués par des psychiatres de ville ou hospitaliers.

Groupe 3 « témoin » : 27 nourrissons vivant dans leur milieu biparental sans conflit évident et gardés à domicile au moins trois jours par semaine.

Ont été exclus de l'étude les nourrissons ayant été séparés de leurs parents pendant plus d'un mois du fait de leur prématurité, ceux souffrant de coliques ou présentant un syndrome fébrile au moment du test ou une pathologie chronique, ceux traités par corticoïdes et ceux dont la mère a présenté une psychose puerpérale accompagnée d'une séparation temporaire avec l'enfant.

- **Méthode**

Deux rencontres dans la même journée pour chaque enfant, dans leur milieu de vie³⁵⁴ :

- Rencontre 1 (le matin) : évaluation du développement à l'aide du test de Brunet-Lézine révisé puis prélèvement d'un échantillon de salive.
- Rencontre 2 (entre 17 heures et 17 h 30) : deuxième prélèvement de salive.

La passation est réalisée en binôme par deux psychologues et permet ainsi une analyse contre-transférentielle par la confrontation des ressentis et davantage d'objectivité. Dans certaines situations, elle permet également un meilleur accès à l'enfant par un des membres du binôme (et donc à ses compétences), quand l'autre s'adresse préférentiellement aux parents.

La passation dans le lieu de vie de l'enfant a été ainsi décidée afin d'éviter de générer des angoisses chez enfant et parents du fait de la découverte d'un autre environnement, mais aussi afin de permettre aux intervenants d'avoir une perception de l'environnement social et familial à joindre aux analyses permettant d'aller au-delà de la simple évaluation développementale. Les rencontres à domicile ont aussi l'avantage de faciliter la parole des parents du fait de l'environnement familial. Ils peuvent éprouver plus facilement des éprouvés positifs ou négatifs à l'égard de leur enfant, sur l'histoire des premières interactions.

➤ **Les outils**

1. **le Brunet-Lézine révisé³⁵⁵ (BL)** : test de développement s'adressant aux enfants âgés de 2 à 30 mois et permettant la distinction de quatre quotients de développement (QD) partiels :
 - **échelle posturale** (QDP : quotient de développement postural) : développement moteur ou postural, repérable à partir des mouvements de l'enfant en position dorsale, ventrale, assise et debout ;
 - **domaine de la coordination oculomotrice** (QDC : quotient de développement de coordination) : étude de la préhension et du comportement de l'enfant avec les objets ;
 - **capacité de Langage** (QDL : quotient de développement langagier) : étude du langage dans ses fonctions de compréhension et d'expression ;

³⁵⁴ Les deux rencontres sont détaillées dans la procédure, mais dans la partie de la recherche qui concerne cet article, seule la première rencontre est prise en compte.

³⁵⁵ JOSSE D. *Brunet-Lézine révisé BLR : Échelle de développement psychomoteur de la première enfance*. Paris : Éditions et applications psychologiques, 2001.

- **domaine de la sociabilité**³⁵⁶ (QDS : quotient de développement sociabilité) : relations sociales englobant la prise de conscience de soi, la relation avec autrui, les réactions mimiques et l'adaptation aux situations sociales, reflet de la capacité interactionnelle.

Le test inclut des jeux ordinaires proposés successivement au bébé afin de vérifier les compétences attendues en fonction de l'âge : petits cubes, planchette d'encastrement à trous et figures géométriques, clochette, tasse, flacon en verre dans lequel on peut glisser une pastille, serviette derrière laquelle se cacher ou cacher un objet.

En complément des mesures des QD, le BL a été utilisé comme un prétexte et un appui à la rencontre permettant aussi d'appréhender ce qu'il en était du mode relationnel de l'enfant et de ses parents. Le test utilisé comme un moyen de jeu permet aussi de « tiercéiser » et médialiser la rencontre en offrant à l'enfant un support d'expression, de vivre un moment d'attention conjointe enfant-parent-professionnels. L'enfant est considéré comme un individu à part entière avec lequel il est possible d'interagir (par le jeu, la parole).

2. Les observations cliniques

Observations détaillées des interactions suivant la méthode d'« observation du nourrisson » d'Ester Bick³⁵⁷. Cette méthode d'observation a consisté en une prise d'un temps réunissant les deux psychologues après la rencontre afin d'écrire l'ensemble des éléments d'interactions (bébé-parents-psychologue-environnement) observés pendant la visite. Les écrits retravaillés étaient ensuite présentés en supervision. Des travaux³⁵⁸ ont mis en évidence l'importance de la supervision d'équipe après une ou des rencontres à domicile pour aider le soignant à contenir les différents mouvements (angoisses, violences, détresses perçues et reçues).

• Résultats

➤ **Le QD : un marqueur précoce et sensible de la souffrance psychique du nourrisson soumis à des traumatismes relationnels répétitifs sévères**

Les enfants du groupe témoin (3) ont un QDG significativement supérieur à celui des enfants des groupes 1 et 2³⁵⁹. Les enfants du groupe 1 ont un QDG significativement inférieur à celui des autres groupes et des QD partiels tous significativement inférieurs au groupe de témoins. Les enfants du groupe 2 ont un QDS significativement inférieur à celui des enfants du groupe témoin.

Les enfants vivant dans les familles A et B présentent une dysharmonie de développement : QD postural > aux autres QD partiels (+ 15 points).

Un tel écart peut être mis en lien avec les mécanismes de défense classiquement repérés dans ces contextes cliniques : hypervigilance, hyperactivité, tentative de maîtriser la discontinuité et l'imprévisibilité de l'environnement en développant une « indépendance » motrice précoce. Cet écart entre les QD partiels au « bénéfice » du QD postural est donc un signe plutôt défavorable. Ce chiffre montre l'hétérogénéité qui peut exister entre les différents QD, et dans ce cas le peu de pertinence de se limiter à l'utilisation du seul QD global.

³⁵⁶ Certains items sont validés d'après les réponses du parent ou du référent à des questions portant sur les interactions quotidiennes, s'il n'est pas possible d'observer ces interactions au cours de la passation du test.

³⁵⁷ BICK E. Notes sur l'observation du bébé dans la formation psychanalytique. in : *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Larmor-Plage : Editions du Hublot, 1998, p. 141-152.

³⁵⁸ LAMOUR M. et BARRACO M. *Souffrances autour du berceau*. Paris : Gaétan Morin, 1998.

³⁵⁹ L'ensemble des résultats sont à interpréter sous forme d'hypothèses en raison de la faiblesse des échantillons proposés.

Le test de développement du Brunet-Lézine est apparu comme un bon indicateur de la souffrance psychique du nourrisson confronté à une inadéquation éducative importante. Les auteurs ont montrés qu'un QD < 85 présentait un score inquiétant pour évaluer les situations de troubles de la parentalité³⁶⁰.

De plus, à travers ce support, les différents champs de compétences vont pouvoir être repérés par les QD partiels jusqu'à l'obtention du QD global, ce qui pourra guider la mise en place des soins éventuels. C'est un marqueur précieux concernant le niveau de risque développemental encouru par l'enfant en soi, mais aussi à partir de sa dynamique évolutive au cours des passations successives.

➤ **Cinq modalités de dysfonctionnements familiaux³⁶¹ observés (groupes 1 et 2)**

1. **Inadéquation des soins maternels³⁶²** : non-prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant ; négligence ; mère déprimée ; séparation difficile ; imprévisibilité parentale.

Considérées comme des besoins fondamentaux pour l'enfant, ces trois composantes des soins maternels ne sont pas identifiées par la mère : le portage et les soins apportés sont inadéquats voire même source de danger par manque de protection. Par exemple : enfant en position assise sans appui ; présence d'animaux de compagnie sans surveillance appropriée ; nourrisson sans relation privilégiée entre mère et enfant. Un contexte de négligence peut aussi être remarqué. Les parents absorbés par d'autres préoccupations perdent toute capacité d'identification à leur enfant.

Un des facteurs pouvant expliquer les négligences remarquées et l'inadaptation des soins maternels peut se trouver dans l'état dépressif des mères rencontrées. Ces dernières ne peuvent soutenir leur enfant (présentation des jouets effectuée de façon mécanique, manque/défaut de portage) et le voient comme incompetent ou fatigué (du fait de leur projection). La présence des psychologues de la recherche a pu aider certaines mères à proposer un étayage à leur enfant. D'autres, au contraire, ne pourront se saisir de la présence de l'équipe et resteront envahies par leurs affects dépressifs.

2. **Un environnement désorganisé ou envahi** : un espace insalubre ; envahissement sonore, visuel ou spatial ; espaces trop propres.

Certaines des familles rencontrées vivent dans des environnements insalubres. Mais, outre le manque d'hygiène, les auteurs rapportent aussi un envahissement sonore ou visuel (musique forte, télévision allumée, bruits des autres enfants de la fratrie non contenus par le parent) ; un manque de délimitation des espaces (repas, toilette, linge, etc) et un encombrement manifeste (objets qui tombent des meubles).

³⁶⁰ « A noter que c'est le chiffre de 70 qui est retenu comme QD très inquiétant pour les enfants ex-prématurés, du fait de la plasticité cérébrale permettant une éventuelle récupération » (p. 230).

³⁶¹ Ces dysfonctionnements sont liés à plusieurs processus non exclusifs les uns des autres.

³⁶² Définition des soins maternels : le **holding** ou « **portage** » est la manière de porter le bébé, de le soutenir, d'être pour lui un support continu ce qui lui permet de ressentir un sentiment de continuité d'existence ; le **handling** ou « **maniement** » correspond à la manière de manipuler l'enfant. Il participe à donner à l'enfant le sentiment de pouvoir exercer une certaine maîtrise sur son environnement ; l'**object-presenting** ou « **présentation d'objet** » est la manière dont on introduit dans la relation au bébé différents objets du monde extérieur en lui permettant de s'en emparer. Cf. WINICOTT D.W. Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. *In Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot, 1962. p. 9-18.

À l'inverse, les auteurs décrivent des espaces propres, voire trop propres, et décrits comme vide de vie, compartimentés, aseptisés. Aucun élément dans la pièce ne fait référence à la présence d'un enfant.

3. **Une identification à l'observateur avec un risque de forçage** : l'impossibilité d'assister à l'échec de l'enfant

La non-réussite de l'enfant à l'item ou un temps de réponse jugé trop grand vient constituer une atteinte du narcissisme parental – et en signe les failles. Le parent devient insistant et peut aller jusqu'à répondre à la place de l'enfant. Dans ces situations, le test proposé devient persécuteur pour le parent. Au contraire, les compétences de l'enfant (sur-)valorisent le parent dans une réaction en miroir (ceci peut aller jusqu'à des démonstrations de compétences de l'enfant dénuées de sens au vue de son âge). Ces situations peuvent aller jusqu'à des interdits de la part des parents pour certaines attitudes, explorations de l'enfant, celui-ci ne pouvant faire que ce que le parent lui permet de faire.

Au contraire, d'autres parents ont pu se saisir des questions posées par les psychologues, de leur façon de parler à l'enfant pour l'encourager sans le forcer et partager émotionnellement sa compétence.

4. **La discontinuité des interactions**³⁶³

Dans les familles en difficulté, ont été repérés des problèmes plus ou moins importants dans le déroulement des interactions avec les psychologues : mode de contact impossible à anticiper, moments d'interruption. Les parents sont caractérisés par des allers et venues d'une pièce à l'autre et laissent la responsabilité de l'enfant à l'équipe sans les en avertir. Ces mouvements de lâchage peuvent se comprendre soit dans une non-différenciation des adultes présents, qu'ils soient familiers ou inconnus pour l'enfant, soit dans une attitude défensive où le parent s'efface complètement pour être hors du regard de l'observateur. Il n'y a cependant pas de phase de transition pensée, ni dite.

D'autres parents viennent troubler la relation de confiance établie entre enfant et psychologues en intervenant sans prévenir, en venant interrompre un jeu, un échange en cours. Les auteurs posent comme hypothèse face à ces intrusions qu'il peut être difficile pour les parents de supporter l'établissement d'une relation privilégiée entre leur enfant et un autre adulte qu'eux qui serait source d'angoisse. Se sentant mis à l'écart, ils peuvent éprouver le besoin d'être aux aussi en relation avec l'observateur comme l'est leur enfant ou bien de s'interposer dans la relation en reprenant le contrôle de leur enfant. Par ce types de conduites, les parents ne respectent pas la temporalité du bébé, l'empêche d'appréhender son environnement.

Les auteurs ont aussi observé des difficultés chez certains enfants à maintenir une relation continue, ils vont s'agripper aux objets, aux sons en stoppant l'interaction en cours. Dans ces cas, le rapproché physique – des items posturaux – permet de les ramener à l'intérieur de l'interaction. Certains parents ont pu manifester leurs inquiétudes face à ce type de comportement de la part de leur enfant.

5. **Manque d'intimité et défaut de pare-excitations**

Ces dysfonctionnements familiaux ont été particulièrement remarqués grâce aux modalités d'accueil proposées aux psychologues (oubli d'un/des rendez-vous, porte à peine ouverte,

³⁶³ Le postulat de base des auteurs : « une mère suffisamment bonne présente une constance affective suffisante, a des mouvements affectifs prévisibles que l'enfant peut percevoir, ce qui lui garantit une continuité d'être » (p. 222).

sensation de faire intrusion dans un espace désorganisé/inorganisé, parents et/ou enfant ne sont pas prêts, voire dénudés, familiarité exacerbée niant l'étrangeté et la fonction au profit d'une considération en invités de la famille). Elles donnent des indications sur la qualité de l'enveloppe familiale (fonction contenante et de différenciation).

L'attitude des parents avec leur enfant est aussi un bon indicateur de ce type de dysfonctionnement surtout en ce qui concerne sa capacité à protéger l'enfant (fonction pare-excitation) physiquement, mais aussi psychologiquement (par exemple en aidant l'enfant à faire connaissance avec les psychologues et en ne le laissant pas seul avec des personnes qui sont au départ étrangères ; surveiller l'enfant au moment du départ pour s'assurer qu'il ne suive pas les psychologues à l'extérieur de la maison). Les auteurs ont ainsi remarqué que, dans les familles du groupe témoin, les parents pouvaient tenir l'enfant plus à l'écart des psychologues afin de d'abord faire connaissance avec elles avant de faire directement interagir l'enfant. Ces mères souhaitent également connaître le contenu du test dans un rapport adulte-adulte. Ces familles sont alors caractérisées par une différenciation des espaces, des personnes et des temps, une anticipation de la rencontre pour les adultes comme pour les enfants.

➤ **Implications cliniques**

La qualité de la procédure proposée et ce qu'elle a permis de mettre en avant permet aux auteurs d'envisager que des interventions répétées pourraient permettre aux parents de reprendre à leur compte les modèles des jeux proposés. C'est pourquoi il est indispensable d'associer, voire d'initier les parents à ces moments pour qu'eux aussi puissent éprouver le plaisir partagé et être tentés de recommencer en l'absence d'intervenants.

Cette étude montre l'intérêt des visites à domicile dans les processus d'évaluation et de prises en charge : elles permettent d'évaluer l'univers physique et affectif de vie de l'enfant ; favorisent des rencontres dans un lieu familier (peut permettre l'accès à des familles pour lesquels le non-familier est terriblement angoissant et qui de ce fait ne se déplacent pas pour les rendez-vous).

L'étude a permis de mettre en évidence les difficultés de certains enfants à se développer dans un environnement très désorganisé.

36. DE MOURA S. Les représentations de la parentalité chez les jeunes femmes ayant subi des incestes, en fonction des modes de prises en charge. Thèse de doctorat en psychologie : université de Rouen, 2014. 276 p.

- ***L'auteure***

Soraya de Moura est psychologue clinicienne, docteure en psychologie.

- ***Type de recherche et format de publication***

Étude qualitative menée dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie, recherche initiée et financée par l'Association Docteurs Bru, qui en a confié la réalisation au laboratoire Psy NAC de l'université de Rouen.

- ***Objectifs***

Étude des représentations de la parentalité chez des femmes ayant été victimes d'inceste durant leur enfance en étudiant les modes de révélation et les prises en charge qui leur ont été proposées.

Double objectif :

- mieux comprendre l'impact de l'inceste sur les représentations de la parentalité et sur la maternité des femmes victimes d'inceste devenues mères ou non ;
- saisir, à partir de l'analyse qu'en font les jeunes femmes concernées, les effets des aides reçues sur ces représentations et sur la parentalité quand elles deviennent mères/qu'elles envisagent de le devenir.

- ***Population d'étude***

Femmes âgées de 20 à 40 ans³⁶⁴ victimes d'inceste durant leur enfance ou leur adolescence.

Critère d'inclusion : en cas de placement celui-ci devait être supérieur à un mois, et les femmes devaient avoir quitté l'institution depuis au moins trois ans.

Critère de non-inclusion : pathologie psychiatrique ou déficience cognitive, femmes sous mesure de protection judiciaire (curatelle, tutelle) ; placement pour d'autres raisons qu'une situation d'inceste.

6 groupes ont été établis :

1. Femmes « Pas de placement » – « Pas encore d'enfant ».
2. Femmes « Pas de placement » – « Pas encore d'enfant envisagé ».
3. Femmes « Pas de placement » – « Devenues mères ».
4. Femmes « Placement » – « Devenues mères ».
5. Femmes « Placement » – « Pas encore d'enfant ».
6. Femmes « Placement » – « Pas encore d'enfant envisagé ».

³⁶⁴ Le critère d'âge ayant été fixé en rapport à la moyenne d'âge des jeunes femmes ayant été placées à la MaJB depuis l'ouverture en 1996.

- **Méthode**

➤ **Approche qualitative**

1. Questionnaires écrits (n = 38)

Analyse thématique des questionnaires : par deux personnes différentes membres du laboratoire Psy-NCA. Pour l'analyse : repérage des quatre thèmes principaux abordés à propos des huit questions posées.

Les résultats d'analyse ont été utilisés pour la construction du guide d'entretien.

2. Entretiens de recherche semi-directifs : deux par participantes (durée : 2 heures) et espacés d'environ deux mois (n = 10).

Réalisés à partir d'un guide d'écoute à partir des données issues de la littérature et des références méthodologiques sur l'inceste et les représentations maternelles tels que l'Entretien R³⁶⁵ et le IRMAG³⁶⁶. Pour les représentations de la prise en charge de femmes ayant été placées : utilisation des études sur le devenir à l'âge adulte d'anciens enfants placés³⁶⁷.

Les thèmes des entretiens :

- thème 1 : rapport à la famille d'origine (mère ; père ; fratrie ; famille élargie ; famille élective ; professionnels ; ses propres enfants ; mari/amant, père de ses enfants) ;
- thème 2 : représentation de soi comme mère (réelle et imaginaire) ;
- thème 3 : désir d'enfant ;
- thème 4 : figures masculine – hors père : homme aidant versus non aidant ; frère ; mari ; amant ; ami ; son propre enfant garçon ;
- thème 5 : figure féminine – hors mère : soi-même en tant que femme ; copine ; sœur ; son propre enfant fille ; femme aidante *versus* non aidante ;
- thème 6 : maternité/parentalité autour de la naissance : l'état psychique et les acteurs intervenus comme aide ou comme facteur de souffrance + allaitement, accouchement, grossesse (rapport au corps ; rapport à l'autre (professionnel) ; état psychique ; état physique ;
- thème 7 : confrontation à l'enfant réel : corps à corps ; enfant dans son rapport aux imagos paternels et maternels ; durant la grossesse, l'accouchement et la petite enfance ; enfance ; adolescence ;
- thème 8 : aide proposée – classée selon le moment (révélation, suite à la révélation, à l'âge adulte) :
 - mesures de protection de l'enfance et modalité de placement judiciaire : foyer généraliste dépendant de l'ASE ; famille d'accueil ; structure spécialisées (MaJB) ;

³⁶⁵ STERN D., ROBERT-TISSOT C., MURALT M. et al. Entretien « R » une méthode d'évaluation des représentations maternelles. In VISIER P., LEOVICI S. et MAZET P. (dir) *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Genève : Eshel, 1989, p. 151-177.

³⁶⁶ AMMANITI M., CANDELORI C., POLA M. et al. *Maternité et grossesse : étude des représentations maternelles*. Paris : PUF, 1999.

³⁶⁷ DUMARET A.C. et FRECHON I. Bilan critique de cinquante ans d'études sur le devenir à l'âge adulte des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2008, 3, p. 135-147 ; COPPEL-BATSCH et DUMARET A.C. *Que sont-ils devenus ? Les enfants placés à l'œuvre Granchet. Analyse d'un placement spécialisé*. Toulouse : Érès, 1995.

- propositions d'accueil et de soin psychologique en ambulatoire faisant partie des prises en charge prévues par le système de santé publique français ;
- toute aide apportée par une situation ou des personnes de l'entourage proche ou éloigné de la victime.

– thème 9 : transmission.

3. Un test projectif : Le dessin de famille de Corman³⁶⁸

Consigne : « Dessiner une famille imaginaire ».

Choix libre d'accepter ou de refuser pour les participantes. 17 femmes ont accepté. L'objectif était de comprendre comment une petite fille ayant subi un inceste se représente devenant ou étant parent. Mise en regard de la famille réelle décrite en entretien et la famille imaginaire dessinée. L'objectif était de comprendre si la famille imaginaire construite par les jeunes femmes étaient contenante ou au contraire inquiétante. Les dessins ont permis de compléter ou de nuancer certains éléments de l'analyse comme : les représentations du « féminin » et du « masculin » ; les positions dans la succession des générations ; les types de liens qui unissent les personnages.

Analyse des dessins réalisés en double aveugle : tonalité générale du dessin (impression qui se dégage de la famille imaginaire dessinée) ; facture du dessin (le type de trait) ; représentation de l'inceste (présence d'une projection directe des abus) ; écart entre la famille réelle et la famille imaginaire ; représentation du « féminin » et du « masculin » ; position des personnages dans la succession des générations ; autoreprésentation ; commentaires autour du dessin.

➤ Approche quantitative

Échelle MINI³⁶⁹ d'évaluation psychiatrique : vérifier de façon standardisée la présence ou l'absence des principaux troubles de l'axe I du DSM-VI sur la base de la CIM-10 chez les participantes de la recherche.

La période de temps à explorer est définie pour chaque trouble lors de la passation selon les critères indiquant l'actualité ou l'ancienneté des symptômes dans la vie du sujet. L'exploration symptomatique concerne alors les signes cliniques ayant été présents pendant cette période. Utilisation dans l'étude des modules directement en lien avec la symptomatologie psychotraumatique (état de stress post-traumatique, épisode dépressif majeur, anxiété généralisée ; dépendance/abus à l'alcool et aux drogues non alcooliques) ; anorexie mentale ; boulimie ; phobie sociale ; troubles psychotiques ; risque suicidaire.

Outre le recueil des données de la MINI, réalisation d'une évaluation dite à l'aveugle par un investigateur du laboratoire de recherche, à partir de la retranscription des entretiens. Permet une fiabilité de 90 % dans le dépistage des symptômes.

• Résultats

➤ Impact de l'inceste sur la santé mentale : prévalence très élevée des troubles cliniques

Les femmes ayant participé à l'étude présentent des difficultés pour certaines très invalidantes, qui touchent leur santé physique, psychologique, sexuelle, conjugale, familiale, scolaire, professionnelle et sociale. Le psychisme garde des traces persistantes des événements passés. 100 % des femmes interrogées présentent ou ont présenté au moins un trouble au MINI.

³⁶⁸ CORMAN L. *Le test du dessin de famille*. Paris : PUF, 1978.

³⁶⁹ Mini International Neuropsychiatric Interview. Version française développée par Lecrubier *et al.* en 1998.

Tableau résumant la prévalence élevée des troubles cliniques

	PTSD	Troubles anxieux	Épisode dépressif	Dépendance alcoolique	Troubles liés à une substance	Anorexie mentale	Phobie sociale	Risques suicidaires
Symptômes	100	35	39	23	17	13	96	61
Diagnostic (période passée)	13	21	39	15	8	8	65	/
Diagnostic (période actuelle)	87		21	8	4	4	49	61

Source de la thèse : DE MOURA S. Les représentations de la parentalité chez les jeunes femmes ayant subi des incestes, en fonction des modes de prises en charge. Thèse de doctorat en psychologie : université de Rouen, 2014. 276 p.

Le moment d'apparition des troubles et leur durée (apparition dans l'enfance, à l'adolescence, à l'âge adulte ; troubles transitoires ou chroniques) varie d'une femme à l'autre. La majorité des troubles diminue au cours du temps, seul le PTSD apparaît comme un trouble s'étant aggravé avec le temps.

Les résultats quantitatifs de l'étude confirment la complexité de l'expressivité traumatique.

➤ **Inceste et parentalité**

Avoir été victime d'inceste ne condamne pas les femmes à répéter les violences subies, mais complique l'expérience de la parentalité. Le devenir-mère dans les contextes d'inceste suppose donc un véritable travail d'évolution des représentations, des imagos tant maternelles que paternelles. En effet, l'homme est souvent vécu comme usurpateur de tous les pouvoirs, faiseur d'une loi qui n'est pas sociale, mais perverse. Considéré comme violent, violeur, il est haï et détesté et considéré comme une personne à repousser ou dont il faut se venger. La femme est représentée dans une double valence : proie facile, victime potentielle ou au contraire haïe et détestée. Dans l'ensemble des représentations, il apparaît que l'identification sera difficile.

L'inceste a des répercussions majeures sur les représentations de la parentalité des femmes, qu'elles aient ou non des enfants. Ces répercussions concernent :

- **L'autorisation à devenir mère ou à se penser mère** : qu'elles aient ou non des enfants, l'ensemble des femmes rencontrées dans l'étude ont toutes témoigné d'un désir d'enfant. Cependant, certaines d'entre elles n'ont pas pu s'autoriser cette expérience et l'enfant rêvé ou imaginaire ne peut pas devenir enfant réel. Elles expriment dans ce cas se sentir « incapable » ; craindre de ne pas savoir prendre soin ou protéger ; le fantasme que l'enfant deviennent « agresseur » ou soit lui-même « agressé ». Celles qui se sont autorisées à devenir mère témoignent de la réactivation de leur passé d'enfant abusé dans leur lien à leur enfant.
- **La place de l'enfant – les liens à l'enfant réel/imaginaire** : l'identification à l'enfant réel est souvent massive dans les situations rencontrées, et le discours de femmes à propos de leur enfant concerne souvent l'enfant qu'elles-mêmes ont été plutôt que celui qu'elles ont eu. L'enfant est perçu comme vulnérable et nécessairement victime (ce qui accroît le sentiment de culpabilité de mettre au monde une future victime). La réactivation du passé traumatique peut avoir

lieu à l'approche de l'âge des abus subis (5 mères sur 16) ou encore au moment où l'enfant commence à découvrir et explorer son corps à poser des questions sur la sexualité (3 mères sur 16).

- **La place du conjoint/père** : dans 9 situations sur 16, le rapport à l'homme reste problématiques : craintes et répulsions de la sexualité (4/16), conjoints ayant des traits avec l'agresseur, agressivité (6/16), conjoint violent (3/16). Certaines femmes déclarent accepter l'idée que leur conjoint puisse s'occuper des soins corporels des enfants (8/16), mais elles demeurent très vigilantes et surveillent leurs gestes et attitudes. Le fait de soupçonner le père de son enfant est vécu de façon très ambivalente puisque parallèlement la nécessité d'affirmer l'image d'un père/conjoint irréprochable est souvent évoquée.

Pour 19 femmes sur 23, les représentations de leur parentalité ont évolué avec le temps. Ces femmes sont progressivement parvenues à se convaincre qu'elles pourront transmettre, sans danger ni pour elles ni pour l'autre, et devenir parent. Ce changement n'est possible que par la rencontre de personnes (professionnels ou non) qui ont permis aux femmes d'intérioriser des images parentales moins menaçantes. 2 sur 23 estiment qu'elles ne pourront pas évoluer et ont renoncé plus ou moins sereinement à avoir des enfants.

Parmi les femmes n'ayant pas et ne souhaitant pas avoir d'enfant, le facteur de placement a une influence dans les raisons évoquées. Les femmes n'ayant pas été placées évoquent spontanément et de manière détaillée leur crainte de la proximité corporelle mère-enfant, les angoisses qui pourraient être éveillées devant le corps de l'enfant lors des soins. Au contraire, les femmes ayant connu des expériences de placement ne font pas état de ce type de crainte. Cela pourrait s'expliquer par une plus grande difficulté à se représenter le corps à corps entre la mère et le bébé imaginé et un évitement défensif de ces contenus anxiogènes. Chez ces dernières, les contenus liés à la corporéité de l'enfant sont condensés dans la seule peur de devenir une mère incestueuse, une mauvaise mère³⁷⁰. Cependant, le fait de ne pas avoir d'enfant pour arrêter la répétition de l'inceste dans les familles est évoqué par l'ensemble des familles, et ce qu'elles aient ou non été placées.

➤ **Facteurs de vulnérabilité et de protection**

Il est nécessaire dans l'analyse et la prise en charge de victimes d'adopter une approche en termes de facteurs de vulnérabilité et de protection :

Les facteurs de ressources repérés :

- la reconnaissance et la qualification des faits d'inceste par :
 - la justice : permet la déculpabilisation et offre des repères symboliques pour la construction de la famille future ;
 - par leur famille : reconnaissance la plus importante pour les anciennes victimes. Groupe dans lequel elles plongent leurs racines et ce qui est à la source de leur identité.
- la rencontre avec des personnes bienveillantes et protectrices : éducateur, psychologue, mari, ami(e), groupes, associations ;
- la proposition qui leur a été faite de participer/réaliser des activités artistiques et valorisantes (sublimatoires et visant la réconciliation avec leur image du corps) ;

³⁷⁰ L'auteure précise (p. 124) qu'il est impossible d'attribuer ces différences au seul fait d'avoir été placées.

- pour 12 sur 16 (soit 75 % des femmes devenues mères), la maternité a été citée comme un processus de ressource. Parmi elles, 7 sur 7 n'ont pas été placées ; 2 sur 4 ont été placées dans des foyers généralistes ; 3 sur 5 placées à la MaJB ;
- une bonne image de soi préexistante aux abus ; la conviction intime que l'agresseur commettait une faute ; lors des abus, la persistance du sentiment qu'elles allaient « s'en sortir » ;
- la haine ressentie et exprimée à l'égard de l'agresseur peut être aidante. Elle dépend de la qualité des liens avec l'agresseur avant, pendant et après l'abus ;
- avoir un rôle actif dans l'arrêt de l'abus et avoir protégé un membre de la fratrie via la révélation.

Les facteurs de vulnérabilité repérés (ceux ayant contribué à entraver le devenir serein) :

- le manque de protection, d'écoute de l'entourage familial, et surtout de la mère : facteur d'aggravation le plus cité. Le vécu d'abandon se surajoute et impacte fortement la construction de la parentalité ;
- la rupture des liens familiaux en cas de placement notamment ravive le sentiment d'injustice (vécu comme une punition) et d'incompréhension de l'enfant qui, du fait de la rupture de l'ensemble de ses sphères de vie (école, loisir, amis, fratrie), se sent davantage considéré comme coupable que comme victime ;
- l'impréparation des professionnels (assistants sociaux, psychologues, psychiatres, médecins, etc.) accueillant la révélation. L'accueil maladroit, les mots mal choisis sont vécus comme une maltraitance, voire un traumatisme de plus ;
- la lourdeur et la lenteur de la procédure judiciaire ;
- la non-reconnaissance des faits par la justice. Le classement sans suite est source de souffrance, de honte, de colère et de culpabilité ;
- les représentations familiales et sociétales autour de l'inceste ;
- au regard de la maternité : avortements mal vécus (surtout pour les grossesses incestueuses) ; difficultés pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum ; les difficultés dans le lien à l'enfant et le sentiment d'être une mauvaise mère ;
- le sexe de l'enfant éveille des craintes bien spécifiques : selon les femmes, les craintes seront différentes. Une déception peut avoir lieu à l'annonce d'un bébé fille impliquant des craintes d'un éventuel abus pouvant entraîner des sentiments de peur voire de rejet. Au contraire, un bébé garçon pourra entraîner une déception d'avoir conçu un enfant du même sexe que l'abuseur ;
- le manque de structures adaptées aux prises en charge à tous les moments de la vie de la victime et de professionnels formés.

➤ **Perspectives**

Davantage que les dispositifs les prenant en charge, les femmes rencontrées ont dans l'ensemble témoigné de l'importance des rencontres dans leur parcours, avec une importance particulière au respect accordé par ces personnes à leur histoire et aux traumatismes vécus. Ainsi les femmes qui vont le mieux sont celles qui ont rencontré dans leur parcours des professionnels qui ont su les écouter, les comprendre. La confiance ressentie dans la relation créée est un point très important. Au contraire, certaines femmes ont pu expliquer

et décrire comment des dispositifs censés les aider ont pu être sources de souffrance et de traumatismes supplémentaires.

Il s'avère primordial de proposer des dispositifs spécifiques d'aide aux victimes d'inceste, permettant à la (future) mère de pouvoir élaborer son traumatisme, le dépasser au maximum, afin d'éviter les phénomènes de projections, qui pourraient entraver le devenir de leur(s) enfant(s).

Les résultats de cette étude rappellent que prendre en charge des victimes d'inceste nécessite des compétences spécifiques, des professionnels formés et des moyens adaptés à ces problématiques et à la réalité traumatique vécue et ce durant l'ensemble des étapes de vie des victimes. De nombreuses femmes ont témoigné ne pas oser solliciter de l'aide pour les difficultés rencontrées et particulièrement pour la maternité en raison de leur perte de confiance à l'égard des professionnels. Il ne s'agit pas de stigmatiser ces femmes, mais de leur proposer des aides, des soutiens tenant compte des spécificités de leur vécu.

37. DORAIS M. *Ça arrive aussi aux garçons : l'abus sexuel au masculin*. Paris : Payot & Rivages, 2008 (2013). 297 p.

- **L'auteur**

Michel Dorais est sociologue de la sexualité, professeur à l'université de Laval (Québec).

- **Type de recherche et format de publication**

Recherche qualitative en sociologie réalisée à partir du témoignage d'une trentaine de jeunes garçons. Essai.

- **Objectifs**

Dégager les caractéristiques de l'histoire de garçons ayant été victimes d'abus sexuels par des hommes adultes ou adolescents :

- examiner les séquelles psychologiques, comportementales et relationnelles de l'abus sexuel chez de jeunes hommes en montrant les articulations et les évolutions ;
- déterminer les influences des agressions sexuelles subies sur la construction de l'identité masculine : comment l'abus sexuel affecte-t-il la représentation de soi et de la sexualité ? Quels sont les questionnements et les angoisses qu'affrontent ces garçons pendant et après l'agression qu'ils ont subie ?

À partir de ces phénomènes, l'auteur va proposer une interprétation sociologique de ce problème social, lui permettant ensuite de suggérer des pistes d'intervention et de prévention pertinentes.

L'auteur a fait le choix de se limiter à l'étude des abus sexuels sur des garçons commis par des hommes. Postulat de l'auteur : ces types d'abus possèdent une dynamique propre parce qu'ils mettent davantage en cause l'identité et l'orientation sexuelle des victimes³⁷¹.

- **Définitions des termes employés**

Abus sexuels sur les enfants : dénudations, attouchements ou rapports sexuels entre des personnes de maturités physique et psychique différentes, alors que ces actes ne sont pas souhaités par la plupart des jeunes et leur sont imposés par manipulation, abus de confiance, chantage, coercition, menace ou violence. La définition a été retenue car elle met l'accent sur l'emprise facilitée par l'écart d'âge et de pouvoir entre la victime et l'agresseur. Selon l'auteur, même si des degrés/gradations différent(e)s existent, l'abus sexuel présente toujours la même dynamique.

L'auteur met également en évidence qu'il ne peut être question d'une dichotomie parfaite entre des victimes à 100 % passives et des agresseurs à 100 % actifs. Ceci est retrouvé dans les discours de certains répondants de l'étude qui ont pu dire avoir « participé volontairement aux activités sexuelles engagées par un aîné » ; « des gratifications de part et d'autre sont possibles, même dans un contexte d'abus ». Certains garçons sont particulièrement vulnérables en raison de leur disponibilité à explorer la situation qui se présentait à eux, que ce soit pour se rapprocher de quelqu'un qu'ils aimaient, pour satisfaire leur curiosité sexuelle ou tout simplement pour ne pas déplaire à leur agresseur. Ce qui dans ce cas caractérise l'abus, c'est essentielle-

³⁷¹ L'auteur met également en avant le peu d'abus déclarés par une femme sur un garçon. Non du fait de la rareté de ce phénomène, mais de la difficulté à le mettre en évidence du fait de la plus grande tolérance sociale qui y est attachée.

ment le fait que l'expérience va bien au-delà des anticipations de l'enfant et surtout au-delà de ce qu'il était prêt à consentir ou à vivre.

L'auteur s'appuie dans la construction de son objet d'étude sur des travaux antérieurs d'épidémiologie de l'abus sexuel au masculin, notamment ceux menés dans le cadre de l'enquête de la commission Badgley. Cette enquête, menée auprès de 1 002 canadiens de sexe masculin, montrait que 31 % des hommes interrogés déclaraient avoir subi des abus sexuels non désirés allant de l'exhibitionnisme ou de menaces d'agression aux attouchements et au viol. Globalement, l'auteur remarque une tendance dans les études récentes à une augmentation de cette estimation du phénomène. Il l'explique par :

- la reconnaissance sociale accrue qui facilite la libération de la parole des victimes ;
- l'élargissement de la définition du phénomène d'abus sexuel qui entraîne une augmentation du nombre de personnes déclarant en être victimes.

Les raisons avancées pour expliquer une moindre révélation des garçons par rapport aux filles :

- tendance plus forte chez les garçons à dissimuler les faits et à endurer les blessures. Les traumatismes psychiques et physiques semblent alors moins évidents ;
- préjugé sexiste à propos de l'abus sexuel subi par des garçons ;
- incompatibilité entre l'idée que les hommes se font de la virilité et le fait d'avoir été victimes, mais aussi le fait d'avoir besoin d'aide suite aux expériences traumatiques ;
- les garçons auraient plus tendance que les filles à considérer les attouchements comme faisant partie de l'initiation à la sexualité ;
- la culpabilité liée à l'excitation ressentie, aux gratifications reçues pendant ou après les abus ;
- le tabou de l'homosexualité chez l'homme qui entraîne une crainte d'être considéré comme homosexuel suite à la révélation et qui entraînerait une accusation d'avoir accepté, voire initié l'abus ;
- l'ambivalence ressentie pour l'agresseur – surtout s'il s'agit d'une personne connue – entraîne une réticence à dénoncer ;
- l'accusation de mensonge, renforcée par l'absence d'une symptomatologie ou quand celle-ci est apparente, la dénonciation est alors considérée comme étant faite pour renverser les situations en blâmant quelqu'un d'autre.

- **Méthode**

Entretiens de recherche.

- **Population d'étude**

La population d'étude est composée de 30 hommes ayant été de leur propre point de vue victimes d'abus sexuels durant l'enfance ou au tout début de l'adolescence (avant 15 ans) par un adolescent plus âgé ou par un homme adulte. Ils sont issus de toutes les classes sociales et de tous les milieux. Moyenne d'âge au moment du premier entretien : 24 ans et demi. La moitié des hommes étaient âgés de 16 à 25 ans. L'autre moitié de 25 à 44 ans. Moyenne d'âge au moment du premier abus : 8 ans et 4 mois. Maximum 14 ans.

Deux tiers des répondants ont été victimes d'inceste :

- par le père naturel ou un substitut : 12 personnes ;

- par un frère plus âgé : 5 personnes ;
- par un cousin : 1 personne.

Un tiers des répondants par des individus non apparentés à eux, mais généralement connus du garçon ou de sa famille : 9 cas par des adultes ; 4 par des adolescents plus âgés.

- **Résultats**

➤ **La réticence à dénoncer les abus subis**

La majorité des répondants ont mis des semaines, des mois, voire des années, avant de dénoncer les faits ou même avant d'en parler. On retrouve en cause :

- l'intériorisation de la menace : plus que l'actualité de la menace, c'est son intériorisation qui agit. Car même lorsque l'agresseur n'est plus présent, l'angoisse continue ;
- la réaction des proches face à la révélation : peur de ne pas être cru ; peur de l'absence de réaction de protection de la part de l'entourage (aussi bien familial que professionnel) mais aussi crainte du rejet ; peur de la sanction ;
- la culpabilité ressentie par la victime d'avoir « tenté » l'abuseur ;
- le reproche de l'oubli et la nécessité des preuves pour la justice ;
- une forme de solidarité masculine qui entraînerait à ne pas dénoncer ;

La participation à la recherche est ainsi souvent motivée par la délivrance.

➤ **Les différents types d'abus sexuels – les spécificités**

Les rapports existants entre l'agresseur et la victime sont déterminants et ils entraînent des réactions, voire des séquelles relativement spécifiques.

Répartition³⁷² selon la nature de l'abus :

- **intrafamilial** (19 répondants) : à l'intérieur du milieu familial de l'enfant ou de l'adolescent ;
- **extrafamilial** (13 répondants) : à l'extérieur du cercle familial, par un ami, un voisin, une connaissance ou une personne complètement inconnue ;
- **intragénérationnel** (11 répondants) : agresseur et victime appartiennent à la même génération, même si l'abuseur demeure plus âgé ;
- **intergénérationnel** (24 des répondants) : agresseur et victime appartiennent à des générations distinctes. Au moins quinze années les séparent.

Répartition croisée

- **Abus intergénérationnel et intrafamilial : le plus nié et le plus secret (15 répondants)**

L'adulte est en position d'autorité sur l'enfant qui, lui, est en état de dépendance, il y a partage permanent ou partiel d'un lieu d'habitation qui accroît le désarroi de l'enfant et aggrave la difficulté à dénoncer l'abus. L'inceste père-fils est le plus rapporté dans l'échantillon³⁷³.

³⁷² L'addition des chiffres fournis dépassent le total de 30, car certains répondants ont été victimes d'abus de plusieurs types.

³⁷³ Malgré l'absence de représentativité de l'échantillon, l'auteur note que les résultats sont parfaitement discordants avec la littérature qui considère l'inceste père-fils comme rare, voire exceptionnel.

Les relations avec le père, souvent décrit comme absent, froid, autoritaire ou violent, étaient jugées, avant les abus, comme mauvaises. Les instants précédant les abus sont décrits par les répondants comme étant les rares moments où leur père se montrait attentif ou affectueux.

L'acceptation des répondants aux demandes de leur père incestueux se faisaient sous la menace par la peur de représailles violentes, ou encore pour obtenir de l'attention, de la gentillesse ou au moins de la « tranquillité » pour un temps.

– **Abus intergénérationnels et extrafamiliaux** (9 répondants)

Même si la victime et l'agresseur n'ont pas de lien de parenté, des liens affectifs existent très souvent, et c'est leur existence qui permet à l'agresseur de gagner la confiance, mais aussi le silence de l'enfant. Neuf des répondants avaient ainsi des liens avec leur(s) agresseur(s) ; un agresseur seulement était inconnu de sa victime.

– **Abus intrafamilial et intragénérationnel** (7 répondants)

L'inceste entre frères ou cousins : 5 avec un frère aîné, 2 avec un cousin ou un jeune oncle.

Nombreuses situations d'abus multiples (par plusieurs membres de la fratrie, concomitamment par le père et/ou l'oncle) : il semble qu'une sous-culture familiale existe alors, favorisant la reproduction de l'agression sexuelle. L'enfant va alors parfois se considérer « comme un jouet sexuel aux mains des autres », mais qui permet aussi de trouver une illusion d'attention et d'affection.

– **Abus extrafamilial et intragénérationnel** (4 répondants).

Les moins répandus.

➤ **Vulnérabilité – contexte d'apparition**

Le rapport entre la victime et son agresseur étant très complexe parfois ambigu, il est particulièrement nécessaire d'étudier le contexte d'apparition. Les « cibles » privilégiées pour ce type d'abus sont des garçons solitaires à la recherche d'affection ou d'attention, qui vivent des relations père-fils tendues et difficiles qui entraînent une recherche d'attention et d'affection auprès d'autres adultes. Le garçon est à l'affût d'une figure masculine attentive et gratifiante – que le père lui-même peut incarner lors des abus³⁷⁴. Les premiers temps de la relation avec l'abuseur peuvent alors apparaître à l'enfant comme « une planche de salut » : il y trouve affection et attention.

Ainsi, c'est souvent la place d'un adulte signifiant que va prendre l'agresseur dans la vie de l'enfant. Cela vient aussi en partie expliquer le silence maintenu par les victimes, pour conserver « l'attention » de leur agresseur et leur incapacité à dire non, au moins dans un premier temps chez nombre d'entre eux.

➤ **L'abus sexuel : un processus plus qu'un acte**

Dans les cas d'enfants vulnérables, isolés, l'adulte qui va profiter de la situation va souvent commencer par créer un climat de confiance avec l'enfant. Les attouchements ne vont pas débiter par les organes génitaux, mais plutôt par des zones non sexuelles, à la base de massages, chatouilles. Tout se passe alors comme si l'enfant avait donné son accord. De plus, en raison de l'immaturation de l'enfant face à la sexualité, il ne perçoit pas l'issue des comportements de l'adulte, ni leurs significations.

³⁷⁴ Les différentes situations présentées dans l'ouvrage illustrent très bien le changement d'attitude des pères abuseurs décrits par les fils, devenant tout à coup tendres et attentionnés dans les moments entourant les abus et retrouvant leur position froide et parfois violente après.

Il ne faut donc pas considérer l'abus sexuel par l'acte pris isolément, mais comme une gradation de gestes dans un environnement relationnel particulier. Par ce fait, l'abus sexuel devient un engrenage duquel la victime va avoir du mal à sortir – du fait des liens qui l'unissent à l'agresseur ; de sa quête affective et de la culpabilité ressentie.

➤ **L'adaptation de l'enfant**

– **Rationalisation et explications**

L'abus sexuel n'a pas de sens *a priori* pour l'enfant (surtout quand celui-ci survient quand il est très jeune). L'enfant va donc chercher à lui en donner, le rationaliser, créer des hypothèses : l'agresseur cherche de l'attention, de l'affection dont il (a) manque(ée), ne réussit pas à trouver un partenaire adulte, a des pulsions sexuelles, se venge, fait payer les attentions qu'il a dispensées, l'initie à la sexualité, etc.

Les 5 perceptions des victimes à propos de l'abus qu'ils ont subi :

1. **Une sexualité sauvage** : la croyance en une pulsion sexuelle incontrôlable pour l'agresseur.
2. **L'initiation à la sexualité** : l'abus sexuel est expliqué comme relevant d'un rite secret entre garçons de générations différentes. L'enfant/l'adolescent ne parvient alors plus à distinguer ce qui relève d'une légitime information sexuelle et d'un abus. Cela permet également la négation de l'agression.
3. **La domination** : l'enfant structure alors le monde en deux catégories (les dominés/faibles associés à la féminité et les dominants/forts associés à la virilité).
4. **L'abus comme une vengeance plus ou moins planifiée** : pour expliquer le comportement de l'adulte à son égard l'enfant imagine que celui-ci cherche par ses actes à se venger.
5. **Le malentendu** : l'adulte aurait pris pour de l'attirance ce qui n'était qu'une recherche d'affection par l'enfant. Cette explication est particulièrement sollicitée lorsque l'agresseur et la victime avaient par ailleurs des liens privilégiés tels que des liens de parenté. La deuxième source de malentendu exprimée concerne davantage les abus extrafamiliaux.

➤ **Incidences de l'abus sexuel dans l'enfance**

Impossible d'établir avec certitude aujourd'hui les corrélations³⁷⁵. Le nombre d'abus, le nombre d'agresseurs, les liens de parenté avec eux sont autant de facteurs impactant le devenir de ces hommes.

- **La confusion cognitive** : séquelle la plus souvent observée parmi les répondants : confusion des sentiments, dissonance cognitive (vient de la discordance ou de la rupture entre des informations contraires). Le garçon ne sait plus quoi penser de ce qui lui arrive, ni l'interpréter. Brouillage du processus de construction de la réalité. L'individu éprouve des émotions disparates ou paradoxales.

³⁷⁵ L'auteur précise en effet que « beaucoup de jeunes hommes présentent des problèmes psychologiques ou relationnels analogues sans jamais avoir été agressés. Pour pouvoir prouver l'existence de liens de causalité entre les abus sexuels et les problèmes subséquents des ex-victimes, il faudrait comparer l'évolution de garçons de milieux semblables, les uns étant victimes d'abus, les autres pas. Pour des raisons pratiques et éthiques évidentes, il est impossible de mener de telles recherches » (p. 129).

- **La culpabilité** : l'agresseur induit la culpabilité chez la victime par le mécanisme de prise au piège ressenti. En lui donnant l'illusion qu'il va compenser sa quête affective alors que le but poursuivi est l'obtention de faveurs sexuelles, le garçon se sent dupé et culpabilise.
- **La dépossession du corps** : pour se protéger de la situation d'agression, s'opère une dissociation corps-esprit chez la victime (mécanisme de défense face à l'intrusion). Plusieurs répondants ont pu dire « sortir de leur corps ». Présence de symptômes d'autoutilisation comme tentative de dissociation ou au contraire réappropriation du corps, et aussi comme autopunition (punition du corps qui a ressenti quelque chose de l'ordre d'un plaisir et tentative pour le rendre moins attrayant).
- **La dépossession de la sexualité** : développement d'une sexualité axée principalement sur le plaisir vicariant (la satisfaction du partenaire est faite au prix de l'oubli de soi-même, de ses désirs, de son plaisir). Ils perpétuent alors le positionnement en « objet sexuel » – caractéristique de l'abus – et non en tant que sujet dans la relation.
- **La conviction de ne pas être aimé** : très présente dans le récit des répondants de l'étude. Pas/peu d'expérience d'empathie, d'affection avec les adultes durant leur enfance.

➤ **Le maintien des traces mnésiques et somatiques**

– **Symptomatologie associée**

Difficulté à se relaxer, à trouver le sommeil ; hypervigilance face à un éventuel danger ; malaise physique psychosomatique divers (nausée ; énurésie ; encoprésie) corrélé à des pensées à propos de la sexualité même avec un partenaire aimé et désiré ou à propos de l'abus ; panique paralysante *versus* perte de contrôle menant à une violence aveugle ; hyperconscience du regard des autres sur leur apparence dont le but est de séduire ou au contraire de repousser ; dysfonctions sexuelles (perte d'intérêt *versus* compulsivité) ; claustrophobie ; anxiété ou angoisse persistante.

– **Mécanismes de défense : des solutions ou des fuites en avant**

Amnésie totale ou partielle, permanente ou transitoire à propos de l'abus voire de la période de l'enfance qui y est attachée ; abus de substance (médicaments, drogue, alcool) pour geler les émotions ; déni ou minimisation de l'abus lui-même ou de ses conséquences.

Plus rares, mais présents dans l'étude³⁷⁶ – une intégration positive des expériences passées – la résilience : capacités de création ou de sublimation découlant selon les répondants du traumatisme passé ; « leçons de vie » rendant moins naïf.

➤ **La dissonance identitaire : la discordance entre ce qu'ils sont et ce qu'ils voudraient être, le sentiment de dépossession de soi**

Quatre angles d'étude :

1. **Identité personnelle** : le risque de l'existence seulement par et pour les autres. L'oubli de soi-même.

L'identité personnelle structure les rapports de l'individu à lui-même et aux autres. Elle résulte d'une construction à la fois individuelle, sociale et culturelle.

³⁷⁶ L'auteur explicite les intégrations positives des expériences, dans le but selon lui ne pas omettre qu'il est possible de « sortir plus fort d'une épreuve ».

L'agresseur en imposant ses propres désirs et règles fait obstacle à l'autonomie, à la différenciation du sujet. La négation de l'intimité et de l'intégrité physique lors de l'abus sexuel rend problématique une conscience corporelle gratifiante, entraîne une faible estime de soi.

2. Identité sexuelle

L'identité sexuelle est définie comme « la conviction chez un individu de posséder les attributs physiques, psychologiques ou symboliques mâle et femelle. [...] d'appartenir à l'un ou l'autre des deux sexes et dans un sens plus large et plus concret, le sentiment d'adopter des conduites socialement déterminées comme masculine ou féminine » (p. 173). (L'identité de genre chez les Américains ; identité sexuée psychologique en France.)

Les répondants expriment leur conviction que quelque chose en eux est défaillant sur le plan de leur identité sexuelle. L'insécurité dans leur sentiment de masculinité est souvent au centre de leur préoccupation et serait, selon eux, la cause de l'abus (l'agresseur aurait vu en eux cette fragilité que les autres garçons n'ont pas). Cette conviction est renforcée par la croyance populaire qu'un garçon ne peut pas être violé, à moins de posséder quelques particularités honteuses inscrites sur eux (leur corps, leur visage, leur comportement, etc.).

3. Orientation sexuelle

C'est l'un des points forts des entretiens avec les répondants car cela correspond à des préoccupations nombreuses et anxiogènes. Les hommes rencontrés sont assaillis de questionnements à propos de leur orientation sexuelle. Elles sont en particulier relatives aux confusions relatives au plaisir éventuellement éprouvé et aux réactions physiologiques (érections, éjaculations) avec l'abuseur et les difficultés éprouvées avec les partenaires féminines dans les relations sexuelles ou affectives qui ont suivi les abus.

4. Homophobie

La volonté chez les répondants de prouver qu'ils n'ont rien à voir avec l'homosexualité peut mener non seulement à une hétérosexualité prodigue, mais aussi à une homophobie quasi obsédante qui peut entraîner des comportements particulièrement violents.

➤ Les stratégies adaptatives

1. **La stratégie de la victime** : répéter la situation pour la banaliser et la maîtriser puisque cette fois-ci, ils l'ont choisie.

Revictimisation passive : subir de nouveaux abus sans les dénoncer, ni même les fuir.

Revictimisation active : le sujet se place plus ou moins délibérément en présence du danger. Il va au-devant de relations rappelant plus ou moins l'abus qu'il a subi.

Cette stratégie est associée au sentiment de porter une fatalité en soi et le sujet ne peut sortir de ses manières de faire et d'être en relation. Elle est souvent retrouvée dans les situations d'abus multiples et/ou très longs.

2. **La stratégie du passeur** : répétition de l'abus subi sur un/d'autre(s) enfant(s) – répétition active³⁷⁷ de ce qui fut jadis subi passivement.

Elle est issue d'une identification à l'agresseur de la part de l'enfant qui entraîne une tentative de se libérer du traumatisme en prenant la position active. La reconnaissance en l'enfant

³⁷⁷ L'auteur précise que l'existence de répétitions parmi la population d'anciennes victimes ne doit surtout pas conduire à une généralisation hâtive et erronée du type « qui fut agressé, agressera ». Il ajoute : « le phénomène doit plutôt nous ; aider à comprendre que ceux qui abusent d'enfants trouvent momentanément dans cette conduite un soulagement de leurs propres traumatismes » (p. 218).

abusé de caractéristiques qui leur étaient propres vient accentuer le besoin de répétition. Cette stratégie est accentuée par la non-reconnaissance de l'abus et le sentiment qui en découle que l'abuseur a pu agir en toute impunité.

3. La stratégie du vengeur

Ressemblances avec la stratégie du passeur dans la conduite (répétition) mais les motivations ne sont pas les mêmes : il n'y a pas de la curiosité, d'indifférence ou d'affirmation virile. L'ancienne victime souhaite faire subir à autrui ce qu'il a lui-même subi dans une intention vindicative. Il choisit des enfants qui ne lui ressemblent pas.

4. La stratégie du sauveur : le « syndrome Batman et Robin »

Recherche éperdue chez de nombreux hommes abusés d'une figure masculine plus âgée qui pourrait les aimer, leur servir de mentor, avec laquelle entretenir une relation sécurisante, voire réparatrice. Pour regagner confiance en eux-mêmes et en l'autre. Mais les attentes envers cette nouvelle figure et la persistance des craintes de la part de l'ancienne victime font que tout écart de la part de l'aîné sera vécu comme un abandon ou une trahison.

5. La stratégie du téméraire

Cette stratégie consiste à reproduire de façon érotisée certaines composantes de l'abus (secret d'une relation clandestine, interdit qui frappe certains actes, nudité exhibitionniste) en activant le danger de se faire prendre. Elle relève d'une tentative de transformer en plaisir ce qui les a auparavant traumatisés. La tentation provoquée par le risque devient alors source d'excitation.

6. La stratégie du conformisme

Elle relève d'un déni du passé et se caractérise par l'adoption de comportements jugés « normaux », conventionnels.

➤ Prévention et interventions thérapeutiques

Améliorer la compréhension de l'abus sexuel au masculin, afin de mieux y faire face et de proposer des réponses adaptées à la diversité des situations vécues. Au niveau de la prévention : expliquer aux enfants la sexualité dans ses versants positifs et négatifs. La vulnérabilité des victimes vient aussi de leur ignorance.

38. GARRET-GLOANEC N. et PERNEL A-S. Conséquences des négligences parentales sur les bébés. *L'information psychiatrique*. 2012, 3, vol. 88, p. 195-207.

- **Les auteures**

Nicole Garret-Gloanec est pédopsychiatre des hôpitaux, CNP-CHU, Nantes, France.

Anne-Sophie Pernel est cadre de santé au centre de santé mentale angevin (Cesame), France.

- **Type de recherche et format de publication**

Article présentant les principaux constats issus de l'expérience clinique des auteures. Étude de préinscription à une éventuelle recherche sur la construction des enfants au sein des familles négligentes (exploration des définitions possibles de la notion de familles négligentes, les critères permettant de les définir et d'en percevoir le risque comme les conséquences sur l'enfant).

- **Objectifs**

Après avoir défini la notion de négligence et présenté leur dispositif clinique de prise en charge des familles négligentes (avec enfants de 0 à 3ans), les auteures proposent une description des signes de souffrances observés chez le bébé négligé. Ces signes sont mis en lien avec l'expérience des auteures sur les parentalités en souffrance et le développement psychocorporel et affectif du bébé. Sont présentés les signes précoces d'atteintes provoquées par les négligences parentales, les caractéristiques de l'attachement dans ces contextes et les effets observés sur le développement neuronal.

- **Contexte**

« La négligence est relativement commune au sein du groupe des maltraitances. Comme nous le verrons plus loin, ses conséquences sont graves et pourtant elles ne donnent lieu qu'à peu d'information, de prévention ou de soin. Plus encore, son impact sur un enfant a du mal à être reconnu. [...] Au-delà d'une définition et d'une clinique complexe limitant son repérage, la négligence est considérée comme peu grave. La prendre en compte serait pénaliser les parents qui le sont déjà suffisamment par leur histoire. Aborder ce sujet si vague est tellement complexe que la tâche décourage, d'autant que l'impact de nos actions est incertain. Il y a plus urgent à faire avec les enfants « réellement » maltraités. Enfin, la négligence renvoie à des sentiments négatifs ou à une assimilation au destin de chaque groupe (ce qui pose une question éthique) » (p. 199).

Les auteures s'appuient également sur leur pratique clinique auprès d'enfants plus âgés, pour laquelle des contextes de négligences durant la petite enfance ont pu entraîner des troubles et des déficiences parfois figées.

- **Définitions et termes employés**

La négligence : « Absence de ce qui est nécessaire pour bien se développer »

La négligence est « intégrée au concept de maltraitance et considérée comme **sa forme la plus commune mais aussi la plus floue**. C'est sans doute la nature de la négligence qui en rend la définition mouvante. La négligence est, en effet, un concept en creux. Elle est due à l'absence adéquate de soins, même si, à cela, se rajoutent l'excès et la dysrégulation. [...] Ce qui définit alors la négligence, c'est le manque de protection de la part du parent ou de son substitut. La

dimension chronique ou répétée la caractérise. En France, la loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance fait disparaître la notion de maltraitance au profit de la notion de « mineur en danger ou en risque de danger ». Le terme de négligence apparaît dans l'article 375-7 de cette loi, sans la définir. [...] La négligence serait en premier l'absence (ou le dysfonctionnement) de gestes appropriés pour assurer le développement de l'enfant dans des conditions de sécurité psychique et physique. La négligence est le plus souvent non intentionnelle et est le fait d'omettre, ce qui la rend plus invisible. Contrairement à ce que les auteurs notent, nous pensons qu'il ne s'agit pas d'un manque d'amour et que celui-ci annoncé par le parent ne prédit rien sur le soin porté au bébé. L'amour exprimé ne prévient ni ne guérit aucun être. Il nous rassure, nous conforte dans nos représentations d'avoir été aimé, nous soutient narcissiquement, mais il n'est en rien un principe clinique ou thérapeutique suffisant. La négligence serait l'incapacité, de la part du parent, de répondre aux besoins de l'enfant, de telle manière que son développement serait entravé et sa sécurité malmenée » (p. 197).

Afin de se dégager du risque de normalisation inhérent à la définition de la négligence³⁷⁸, les auteures choisissent de la définir selon les conséquences qu'elle entraîne : « Il n'y a pour nous négligence qu'en fonction des effets sur l'enfant et non en fonction uniquement des critères parentaux. »

Les auteures ont choisi le terme de « **familles négligentes** » plutôt que celui de « familles vulnérables », en raison de son caractère plus restrictif en appui sur les travaux et publications québécois et belges sur la gravité et la fréquence relative des familles négligentes. Les auteures désignent sous ce terme les familles mettant en place des « discontinuités interactives » (en dehors des dépressions maternelles) : les styles interactifs des mères et familles négligentes sont chaotiques et imprévisibles » (p. 199).

Pour décrire les **familles négligentes** et leur bébé, les auteurs ajoutent : « Dans la réalité quotidienne de la négligence, la dynamique relationnelle est dominée par la discontinuité, qu'elle soit manifeste, concrète ou plus subtile dans le domaine des interactions. Les réponses maternelles ne s'articulent pas toujours aux besoins de l'enfant. Les rythmes temporels ne s'organisent pas. Les repères spatiaux sont variables, ces mères supportant mal de rester à domicile, transportant le bébé dans leur poussette à longueur de journée. L'enfant est en permanence en insécurité. La relation est proximale durant ces premières semaines, puis les lâchages sont brutaux, impossibles à anticiper et liés à des besoins maternels comme celui de sortir, de fumer ou de répondre au téléphone portable tenu continuellement en main. La relation fusionnelle primaire ne comporte pas ou peu d'échanges de regard et les jeux interactifs ne se calquent pas sur les initiatives de l'enfant pour les relancer ou les embellir » (p. 204).

- **Présentation du dispositif clinique**

Les auteures ont créé en 2001 une unité fonctionnelle de pédopsychiatrie nommée « Centre nantais de la parentalité » (CNP) centrée sur la prise en charge des futurs parents et enfants de moins de 3 ans avec leurs parents. Deux unités la composent, l'une hospitalière et l'autre ambulatoire.

³⁷⁸ « La négligence pourrait être perçue comme se référant à des normes sociales, culturelles, de puériculture, d'éducation et d'instruction. Nous observons que la négligence n'est pas seulement l'affaire des parents mais également celle du milieu défailant dans son rôle d'encadrement ou de soutien des parents. Là aussi la question de la norme est posée. La négligence serait-elle une affaire de normes sociales ? Si nous mettons le projecteur du côté des parents et exclusivement des faits sociaux, comportementaux, le risque est grand effectivement de se trouver dans une recherche de normativité, en dépistant les familles, les groupes sociaux qui se démarqueraient de cette norme » (p. 198).

La seconde, sur laquelle les auteures centrent leur propos, est nommée « Les âges premiers ». Elle est caractérisée par l'établissement d'une convention avec le conseil général (PMI) – par l'intermédiaire du CHU –, permettant une mise en commun des moyens afin de répondre aux besoins des « familles vulnérables » ou « familles à problèmes multiples » présentant des pathologies des liens et dans lesquelles les enfants présentent de nombreux troubles non étiquetés.

Le principal outil utilisé dans la pratique de l'unité est l'observation du bébé : de son développement, de ses capacités relationnelles, de son monde interne et des caractéristiques de l'attachement qu'il installe. Ainsi, l'évaluation proposée des effets de la négligence doit s'apprécier sur une durée suffisamment longue – non ponctuelle sur une seule consultation – et dans le milieu naturel du bébé (c'est-à-dire sa relation avec ses parents, mais aussi de lui-même) afin que le professionnel puisse « ressentir les mêmes éprouvés que le bébé, en étant plongé dans son environnement quotidien » (p. 199). Les auteures précisent que ce type d'observation est « délicat à réaliser car la mère (le père) prend le devant de la scène, nous occupe physiquement et psychologiquement. Il n'est pas rare de repartir du domicile sans avoir vu le bébé. [...] Coller au discours parental sans reconnaître ce qui se passe sous nos yeux est également une de nos limites qui survient quand nous voulons créer une alliance, espérer un changement, s'appuyer sur les potentialités transformatrices d'une naissance.

- **Résultats**

- **Caractéristiques des familles négligentes**

Pour chaque catégorie de caractéristiques énoncées qui constituent des facteurs de risque, seule la prise en compte de leur association est pertinente :

- **Caractéristiques sociales**

La situation économique ne constitue pas à elle seule un facteur de risque et doit plutôt être envisagée dans ses caractéristiques associées. Ce qui est marquant et aura une influence sur les constructions psychiques de l'enfant, c'est davantage l'isolement social, le manque de soutien ou sa limitation.

- **Caractéristiques psychologiques**

Elles ne sont pas nécessairement associées à une pathologie mentale reconnue et soignée. Les auteures évoquent que les mères sont : souvent vulnérables, elles-mêmes carencées et parfois borderline ; soumises à un niveau important de stress ; peuvent présenter des signes de dépression ; avoir une histoire de soins inadéquats voire de violence ; avoir des consommations excessives (alcool, médicaments, drogues) ; avoir des modèles d'attachement insécures, ambivalents et désorganisés, ce qui entrave leurs capacités à créer des liens durables.

- **Caractéristiques cognitives**

Un très faible niveau intellectuel peut être observé chez ces mères, même si elles parviennent à le masquer par des discours attendus des professionnels du fait d'une longue expérience des travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues depuis leur enfance.

- **Caractéristiques des relations conjugales, des pères et/ou compagnon des mères**

La présence du père joue, selon les auteures, un rôle crucial dans la répétition de la négligence. Les compagnons des mères, qui sont ou non le père biologique des enfants, présentent régulièrement divers problèmes : abus d'alcool, de drogues, absence de statut professionnel, usage intensif des jeux vidéo et des DVD violents, inversion des rythmes nyctéméraux. Une

grande dépendance de la mère au compagnon est aussi notée dans ces contextes, ainsi qu'une succession parfois rapide des figures paternelles auxquelles l'enfant doit s'attacher en subissant souvent vite la perte.

➤ **Les conséquences des négligences sur le bébé**

Les conséquences de la négligence peuvent être très précoces et être présentes dès la grossesse et entraîner des atteintes physiques de l'enfant dès la naissance (retard de croissance intra-utérin, risque accru de mortalité, troubles somatiques nombreux que nous retrouvons au cours de la petite enfance).

Pour comprendre les effets des négligences précoces sur les enfants, les auteures proposent de revenir sur les modalités de construction de la pensée chez le bébé. Dans les situations de négligences, les parents ne peuvent assurer leur fonction de filtre et de régulation indispensable à la construction du bébé. Selon les auteures, la régulation des états toniques du bébé passe par la mère et par l'environnement qui la porte : « la continuité, la rythmicité du dialogue tonique, le contrôle des flux sensoriels (la fonction de parexcitation), la protection et la régulation des états de vigilance sont des paramètres tenus principalement par la mère. Elle le fait suivant son état physique, psychique et affectif du moment, selon l'environnement dans lequel elle vit, mais aussi (plus encore) suivant ses états émotionnels ancrés dans sa propre histoire et les réminiscences créées par la situation de naissance » (p. 201). Un dialogue tonique s'instaure entre mère et enfant, dans lequel l'état émotionnel du parent va moduler, agir et donner sens aux éprouvés de différentes natures du bébé. Mais, lorsque le milieu est sur-, sous- ou encore dystimulant, l'enfant ne fera pas l'expérience de la continuité et de la cohérence lui permettant de progressivement apprendre à réguler ses conduites. En raison de ces défaillances, le fonctionnement de l'enfant est débordé et il se trouve dans l'incapacité de penser. Chez les très jeunes enfants, cet excès de tensions internes et externes va se traduire dans le corps.

L'observation des conséquences des négligences sur le bébé implique donc une attention minutieuse de son expression corporelle, et aussi des rapports que la mère a au corps de son enfant : dans le portage, les soins primaires, mais aussi durant le sommeil et les activités libres du bébé : « Le corps du bébé demeure le centre de nos préoccupations dans le sens où nous le considérons comme le lieu de l'expression psychique de l'enfant, des interactions avec ses parents » (p. 202). Ainsi, parmi les effets des négligences, les praticiens décrivent trois sphères d'alerte éventuelle : la tonicité, l'agrippement et la motricité.

- **Hypotonie** : hypotonie des membres ; enfant qui « coule » dans les bras ; enfant difficile à porter, etc.
- **Hypertonie et agrippement** : enfant qui se raidit autour de l'axe vertical, s'arc-boutant lorsqu'il est pris dans les bras (refus du bercement dans les bras, raidissement de la nuque) ; refus de la position allongée dans le lit car l'enfant se vit comme « perdu dans le vide » ; maintien dans une position debout dans les bras et demande de secousses répétées seules à même de le calmer, etc.
- **Motricité** : pas/peu d'exploration du corps et des objets ; pas/peu de jeux de main ; recherches excessives de stimulations ; difficultés à s'engager dans des échanges mutuels amodaux ; langage corporel pauvre (seul et dans l'interaction) ; possibilité de clivage horizontal caractérisé par un non-investissement du bas du corps (retard d'acquisition de la marche, enfants qui n'attrapent pas leurs pieds), etc.

Les auteures font également état des avancées récentes des neurosciences à propos des effets des négligences précoces sur le cerveau (atrophies de régions cérébrales, comme les lobes temporaux qui relèvent les informations sensorielles et régulent les émotions). Les négligences, caractérisées par la privation de stimulation pour l'enfant, entraînent un sous-développement des aires corticales, sous-corticales et limbiques (modifications durables de l'hippocampe qui joue un rôle dans les comportements, la mémoire et les apprentissages).

Enfin, les conséquences des négligences sur le bébé sont également discutées à propos des possibilités pour l'enfant d'établir des modalités d'attachement. Les auteures énoncent ainsi que dans les familles négligentes « les modèles internes opérants révèlent des figures d'attachement fragiles, terrifiantes, variables, persécutrices et imprévisibles ». Or, « inconsciemment, la mère va aussi proposer certaines qualités du système relationnel de son histoire infantile précoce, laquelle infiltre très rapidement leur relation. Le style d'interaction appauvri et/ou imprévisible et/ou discordant rend très difficile pour le bébé la construction d'un schéma d'attachement, l'extraction d'invariants, la construction d'une représentation d'interactions, la connaissance d'états émotionnels variés et leur représentation » (p. 202).

39. PENG J. L'« Œdipe incestué » : violence de l'inceste et subjectivation. *Psychologie clinique*. 2014, 1, n° 37, p. 172-185.

- **L'auteure**

Jenyu Peng est docteure en psychopathologie fondamentale et psychanalyse (université Paris-Diderot), chargée de recherche à l'institut d'ethnologie de l'Academia Sinica (Taiwan).

- **Type de recherche et format de publication**

Thèse de doctorat en psychologie clinique³⁷⁹ ; article présentant les principaux résultats de la recherche.

- **Objectifs**

L'auteure propose de reformuler la problématique de l'inceste dans le référentiel psychanalytique. Pour ce faire, elle présente les principales théorisations s'y rapportant en mettant en avant leurs limites et les confusions qu'elles ont pu entraîner, particulièrement pour la prise en charge des anciennes victimes. L'auteure constate ainsi que malgré la diminution du tabou entourant l'inceste, le déni de la réalité du traumatisme vécu demeure. Elle propose pour relancer les réflexions la notion d'« œdipe incestué », afin de dialectiser le traumatisme de l'inceste et la subjectivation œdipienne.

- **Méthode**

Les résultats présentés dans l'article sont issus d'une enquête de terrain effectuée à partir de méthodes qualitatives, menée en France entre 2003 et 2005 auprès de soixante anciennes victimes d'inceste. Deux situations cliniques, extraites de la population d'étude, sont présentées dans l'article. La population d'étude a été rencontrée dans le cadre d'une consultation psychologique à l'Association internationale des victimes de l'inceste (Aivi) ainsi qu'à l'association Paris aide aux victimes (PAV).

- **Résultats**

Au travers des deux vignettes cliniques, l'auteure illustre le paradoxe que représente la situation œdipienne pour l'enfant victime d'inceste. Même si l'inceste est le contraire de l'œdipe, il est nécessaire de penser que les victimes vivent les deux situations à la fois, d'où la proposition de l'auteure du terme d'« œdipe incestué ». Dans l'espoir d'obtenir l'amour du parent, l'enfant doit satisfaire le désir du parent en prenant le risque de s'effacer et en mettant ainsi en péril la configuration œdipienne dans son versant subjectivant (la traversée du complexe d'Œdipe devant permettre l'identification différentielle d'avec les parents au niveau sexuel et générationnel). Selon l'auteure, dans le cas de l'inceste, la condition œdipienne est à la base même de la formation du traumatisme, non seulement sur le plan sexuel mais aussi dans son rapport à soi et à l'autre. L'espace intime de l'enfant – sujet naissant – alors en pleine construction se transforme en lieu d'horreur. La famille étant devenue un lieu de persécution, la création d'un refuge même psychique devient une tâche ardue. Les relations qui pourraient être tissées avec autrui représentent une recherche de reconnaissance impossible, un tiraillement permanent entre attachement dévorant, angoisse d'abandon et dénigrement autopunitif du soi.

³⁷⁹ PENG J. La psychanalyse à l'épreuve de l'inceste : trauma, mémoire, guérison. Thèse de doctorat en psychopathologie fondamentale et psychanalyse : université Paris-Diderot - Paris-7, 2006, 521 p.

L'auteure rappelle enfin que peu de victimes reproduisent l'inceste, mais que celui-ci reste inscrit dans la psyché du sujet avec une douleur vive et inexorable. Selon l'auteure, les éléments de réponses et les issues possibles du traumatisme sont moins à chercher du côté de la résilience des victimes, que dans les liens qu'elles ont su nouer au travers des rencontres porteuses de sens, et dans leur capacité de créer une filiation symbolique.

40. THEIS A. *Approche psychodynamique de la résilience : étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil.* Thèse de doctorat en psychologie : université de Nancy 2, 2006, p. 306.

- ***L'auteure***

Amandine Theis est psychologue clinicienne, docteure en psychologie.

- ***Type de recherche et format de publication***

Thèse de doctorat en psychologie, sous la direction de Claude de Tychev, ayant reçu le soutien financier de la Fondation pour l'enfance et réalisée dans un service de placement familial spécialisé, resté anonyme, d'une région de l'est de la France.

- ***Objectifs***

Après avoir résumé les principaux apports de la littérature existante, l'auteure cherche à analyser les processus en jeu dans la résilience chez des enfants qui ont subi précocement des maltraitements en mettant en évidence les facteurs de protection à la fois intrapsychiques (mécanismes de défense et d'élaboration du traumatisme) et émanant de la réalité extérieure (rencontre possible d'un tuteur de résilience) permettant la reprise du développement après le traumatisme. Les résultats de la thèse sont inscrits dans une perspective préventive permettant une amélioration des pratiques et des prises en charge promouvant la résilience des enfants maltraités précocement.

- ***Définitions des termes employés***

« Un **enfant maltraité** est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » (Odas), citée par l'auteure (p. 94).

L'auteure a choisi de prendre en compte les quatre formes de maltraitance dans le souci de rencontrer le plus grand nombre possible d'enfants mais aussi « parce que sélectionner un seul type de mauvais traitements serait réducteur et peu représentatif de la population générale » (p. 94).

La résilience : « un processus dynamique qui désigne la reprise du développement d'une personne confrontée à un traumatisme, ayant nécessité dans un premier temps une résistance à un trauma initial – impliquant alors l'inexistence d'un effondrement durable – et dans un deuxième temps l'inscription dans l'élaboration de ce trauma. La résilience doit être comprise comme résultante de l'interaction des ressources du sujet tant internes (capacités, fonctionnement intrapsychique relevant de la personnalité sous-jacente) qu'externes (environnement familial, social), cette construction débutant dès la naissance et se poursuivant tout au long de la vie » (p. 42).

- ***Population d'étude***

Ont été inclus dans l'étude des enfants victimes précocement de maltraitance familiale, confiés à l'Aide sociale à l'enfance sur décision judiciaire et placés en familles d'accueil, sous réserve de ne pas présenter de grave problème de santé et de déficience intellectuelle (le QI total devait être supérieur à 70). Au final, 12 enfants âgés de 6 à 13 ans ont été inclus dans la recherche.

Deux sous-groupes d'enfants ont été constitués :

1. **Les enfants résilients**, identifiés comme ceux présentant des capacités à suivre les apprentissages correspondant au groupe d'âge, absence de symptômes somatiques, comportementaux ou mentaux.
2. **Les enfants non résilients**, identifiés comme ceux présentant des difficultés dans les apprentissages et le suivi de la scolarité et/ou des symptômes somatiques, comportementaux ou mentaux durables.

- **Méthode**

Étude qualitative utilisant la comparaison de cas uniques dits « contrastés » : analyse du fonctionnement de chaque enfant permettant la comparaison interindividuelle (entre chaque enfant du grand groupe), intragroupe (au sein de chaque groupe) et intergroupe (entre les deux sous-groupes).

➤ **Les hypothèses de recherche**

- H1 : concernant **les mécanismes de défense**

Les enfants résilients présenteraient une plus grande variabilité et plus grande souplesse des mécanismes de défense, permettant la protection du moi et un dégageant du traumatisme alors que les enfants non résilients présenteraient des faillites des processus défensifs (l'utilisation est limitée et rigide).

- H2 : concernant **l'espace imaginaire**

Les enfants résilients développeraient une richesse de l'imaginaire et de bonnes capacités d'élaboration de cet imaginaire contrairement aux enfants non résilients qui présenteraient un imaginaire pauvre ou trop riche qui viendrait les déborder.

- H3 : concernant **les capacités de mentalisation**

Les enfants résilients auraient une mentalisation de meilleure qualité que les enfants non résilients.

- H4 : concernant **le(s) tuteur(s) de résilience**

Les enfants résilients auraient rencontré un ou plusieurs tuteur(s) de résilience (cibles identificatoires positives) tandis que les enfants non résilients n'auraient pas pu trouver dans leur entourage des cibles identificatoires suffisamment bonnes susceptibles de leur fournir un modèle identificatoire.

➤ **Les outils d'investigation**

1. **Entretien clinique semi-directif :**

Il permet l'accès aux représentations et aux émotions, le recueil des données anamnestiques et correspond au temps nécessaire à l'établissement d'un bon contact et à l'atténuation des réactions d'angoisses des enfants.

Pour répondre aux hypothèses : 2, 3 et 4.

2. **Épreuve intellectuelle :**

Le test Wisc III est utilisé pour évaluer le niveau intellectuel des enfants. Il permet de déterminer l'inclusion de l'enfant à la recherche et constitue une étape de la rencontre enfant-psy.

3. Épreuves projectives :

- **le test des contes** : l'enfant est invité à compléter des histoires. Ses récits montrent le compromis qu'il réalise pour satisfaire à ses impératifs tant conscients qu'inconscients. Ce test tient compte de la chronologie des différents stades de développement. Pour répondre aux hypothèses : 1 et 2 ;
- **le Rorschach** : test de taches d'encre. dix planches sont proposées à l'enfant. Pour répondre aux hypothèses : 1, 2 et 3 ;
- **dessin du tuteur de résilience** : le dessin est un outil privilégié auprès des enfants pour l'expression de la vie fantasmatique. Il est un compromis entre les paroles et les actes et a valeur de communication. La consigne est la suivante : « Peux-tu dessiner la personne qui compte le plus pour toi ou qui a beaucoup compté dans ta vie ? ». Une grille d'entretien semi-structurée est utilisée pour cette passation. Pour répondre aux hypothèses : 2 et 4.

• Résultats

Présentation de l'étude de cas de chaque enfant, comparaison des résultats pour chacun des tests et proposition d'une synthèse croisée afin de répondre aux hypothèses formulées.

➤ **L'emploi adaptatif de mécanismes de défense joue un rôle essentiel dans la mise en place du processus de résilience (confirmation de H1)**

Cinq enfants résilients ont recours à des mécanismes de défense variés et employés de manière souple (protection du moi contre les dangers). Le caractère opérant des mécanismes de défense a joué un rôle important dans la résistance au traumatisme. Lors du test des contes, les enfants résilients ont un recours adaptatif au déni face à la réactivation de souffrances. Le déni – quand il est opérant – permet de nombreux dégagements face aux angoisses réactivées par le matériel des tests et autorise l'élaboration mentale ultérieure des conflits.

Au contraire, les mécanismes de défense des enfants non résilients restent inopérants. Ces enfants n'ont pas pu résister au traumatisme, notamment du fait de la faillite de leurs procédés défensifs. Deux d'entre eux n'ont jamais recours au déni.

➤ **La rencontre d'un tuteur de résilience ne permet pas de discriminer les enfants résilients des enfants non résilients (non confirmation de H4)**

Dans cette recherche, la rencontre avec un tuteur de résilience ne semble pas être un facteur indispensable pour favoriser l'émergence du processus de résilience. Les enfants des deux sous-groupes dessinent majoritairement leurs parents ou leur famille. Cela peut aussi être mis en lien avec le désir des enfants de revaloriser leurs parents, la loyauté familiale ainsi que le travail effectué par les services sur la parentalité et la restauration des liens parents-enfants.

Au travers des entretiens semi-structurés, différentes caractéristiques des tuteurs de résilience ont pu être montrées et sont en lien avec la littérature³⁸⁰ : gentillesse, capacité à donner des soins, permanence affective, etc. (TYCHEY et LIGHEZZOLO 2005).

➤ **L'étendue de l'espace imaginaire (confirmation de H2 pour 8 enfants)**

L'hypothèse 2 est vérifiée pour 4 enfants de chaque sous-groupe. Cette dimension intrapsychique joue un rôle dans le processus de résilience, mais à un degré moindre que le système défensif

³⁸⁰ TYCHEY (de) C. et LIGHEZZOLO J. L'évaluation de la résilience : quels critères diagnostiques envisager ? *Perspectives Psy.* 2004, 43, 3, p. 226-233.

du moi. Il n'est pas possible dans cette recherche de corrélérer la construction de l'espace imaginaire à la qualité des soins parentaux en l'absence d'informations suffisantes sur les conditions de grossesse, d'accouchement et les interactions précoces. Chez les enfants non résilients, deux présentent un espace imaginaire pauvre qui semble en lien avec une défaillance d'interactions précoces de qualité, entraînant chez ces enfants un défaut de mentalisation. Pour deux autres enfants, un imaginaire trop riche entraîne un débordement d'excitation et une incapacité de traitement. Pour d'autres enfants, l'accès à l'imaginaire n'est pas impossible mais reste difficile.

➤ **Les capacités de mentalisation (confirmation de H3 pour 5 enfants et confirmation partielle pour 7 enfants)**

La mentalisation ne permet pas dans cette recherche de discriminer les enfants résilients des non résilients.

Deux enfants ayant de très bonnes capacités de mentalisation ont été capables d'élaborer un grand nombre de conflictualités. Parmi les 7 enfants dont la mentalisation est inégale : pour 4, les marques de souffrances sont plus importantes alors que pour les 3 autres un certain travail d'élaboration a été possible. Pour 4 autres, dont la mentalisation est défaillante, les souffrances n'ont pas été élaborées.

Les capacités d'élaboration ont donc un rôle important dans l'élaboration du traumatisme. Lorsque celles-ci sont défaillantes, le traumatisme ne peut pas être métabolisé complètement et des marques de vulnérabilité plus importantes persistent. Le cumul de plusieurs types de mauvais traitements est identifié comme une variable non contrôlée rendant la mentalisation plus problématique dans le groupe résilient. L'hypothèse de la mentalisation est vérifiée dans ce sous-groupe lorsqu'il n'y a qu'un seul traumatisme à élaborer. Enfin, les résultats sont discutés au regard du niveau de développement des enfants, qui peut expliquer en partie que les capacités de mentalisation ne soient pas complètement achevées. Dans ce sens, les capacités de mentalisation peuvent évoluer et leur présence, même si elles ne sont pas encore achevées, semble être un facteur de protection dans les deux sous-groupes. Leur défaillance au contraire bloque toute possibilité d'élaboration du traumatisme.

➤ **Synthèse des résultats : hiérarchisation des facteurs de protection**

- emploi adaptatif des mécanismes de défense : facteur de protection déterminant ;
- espace imaginaire riche et capacités de mentalisation : poids moins importants. Pour la mise en place durable de la résilience, il semble que ces deux facteurs doivent être cumulés :
 - **capacité de mentalisation et imaginaire riche** : élaboration de la majorité des points de conflictualité (2 enfants résilients) ;
 - **mentalisation inégale et imaginaire riche** : marques de souffrance non élaborées plus importantes (2 enfants résilients et 1 non résilient) ;
 - **mentalisation défaillante et imaginaire pauvre** : entrave au travail d'élaboration du traumatisme (3 enfants non résilients).

➤ **Limites de la recherche mises en avant par l'auteure :**

- Hétérogénéité de la population : variété d'âge des enfants au premier placement, donc des expériences antérieures au niveau familial et dans les prises en charge qui peuvent avoir une influence sur le développement. Le placement précoce semblant constituer un facteur de protection.

- Choix d'une méthode consistant à comparer des cas uniques dits « contrastés » mais il aurait alors fallu affiner les critères d'inclusion et d'exclusion aux sous-groupes et peut-être retenir davantage de critères pour la résilience comme l'adaptation à la réalité, les capacités de socialisation sans désordre relationnel.
- La définition retenue de la résilience (processus dynamique qui désigne la reprise du développement d'une personne confrontée à un traumatisme) aurait dû entraîner une évaluation du « niveau d'adaptation de la victime avant la survenue de l'événement traumatique »³⁸¹.

³⁸¹ DUFOUR M., NADEAU L. et BERTRAND K. Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : état de la question. *Child Abuse and Neglect*. 2000, 24, 6, p. 781-797.

V. Les « prises en charge »

A. Des enfants

41. FAORO-KREIT B. *Les enfants et l'alcoolisme parental. La question de la transmission et l'apport de la fratrie comme modèle thérapeutique.* Toulouse : Érès « la vie de l'enfant », 2011, 296 p.

- **Les auteurs des chapitres retenus**

Blandine Faoro-Kreit est psychologue, psychanalyste membre de la Société belge de psychanalyse (SBP-IPA), unité assuétudes du service de santé mentale Chapelle-aux-Champs, Bruxelles, coordinatrice du Réseau dépendance Bruxelles Est, coordinatrice au Groupement-Ifisam (Institut de formation à l'intervention en santé mentale).

Silvia Erice est psychologue, psychothérapeute familiale systémique, service de la santé mentale Chapelle-aux-Champs jusqu'en 2007, puis à l'Unidad de intervención psicosocial (unité d'intervention psychosocial) de l'université Pontificie de Comillas, Madrid.

Didier Ledent est psychologue, psychanalyste membre d'espace analytique en Belgique et en France, unité Assuétudes.

Cédric Levaque est psychologue, psychanalyste espace analytique de Belgique et de France, coresponsable de l'unité assuétudes.

- **Type de recherche et format de publication**

Ouvrage collectif dirigé par Blandine Faoro-Kreit, apportant de nouveaux éclairages sur la problématique de l'alcoolisme au sein du groupe familial.

Nous avons choisi pour cette revue d'inclure seulement certains articles de cet ouvrage. Même si tous pourraient comporter des intérêts pour éclairer la thématique de la maltraitance intra-familiale, nous avons voulu nous centrer sur les modalités de prises en charge thérapeutiques des enfants. Les chapitres retenus sont :

FAORO-KREIT B. Le dispositif thérapeutique. *In* FAORO-KREIT B. *Les enfants et l'alcoolisme parental*, Érès « la vie de l'enfant », 2011, p. 237-245.

FAORO-KREIT B., ERICE S. et LEDENT D. Des fratries d'enfants. *In* FAORO-KREIT B. *Les enfants et l'alcoolisme parental*, Érès « la vie de l'enfant », 2011, p. 247-254.

FAORO-KREIT B. ERICE S. et LEVAQUE C. Une fratrie d'adolescents. *In* FAORO-KREIT B. *Les enfants et l'alcoolisme parental*, Érès « la vie de l'enfant », 2011, p. 255-267.

- **Contexte**

La prise en charge de l'alcoolisme est particulièrement complexe et mobilise fortement les soignants. Mais face au caractère souvent très bruyant et parfois sidérant de la symptomatologie du patient, les prises en charge sont bien souvent individuelles et laissent ainsi de côté les conjoints et les enfants. Marqués par la honte et tenus à l'isolement et au secret, les enfants peuvent être dans une très grande souffrance. Un cadre thérapeutique adapté devrait être pensé afin qu'ils puissent venir déposer leur parole et être protégés.

- **Objectifs**

Les différents chapitres retenus proposent une présentation du dispositif thérapeutique original, mis en place à l'unité assuétudes du centre Chapelle-aux-Champs³⁸², pour accueillir les fratries d'enfants dont au moins l'un des parents est alcoolique. Au travers de différentes vignettes cliniques, les auteurs illustrent la manière dont va pouvoir se déployer la parole des enfants, réunis en fratrie, dans un cadre particulier pensé selon les spécificités exigées par ce type de prises en charge.

- **Les termes employés**

Dans ces différents chapitres, la maltraitance n'est pas abordée en elle-même. On peut cependant retrouver ponctuellement certains termes (« le traumatisme causé par l'alcoolisme parental », p. 241 ; « les mineurs potentiellement en danger », p. 240 ; « violente et négligente », p. 253), qui attestent du positionnement des thérapeutes face aux risques encourus par les enfants. Seule la deuxième vignette clinique présentée dans l'article fait état d'une situation de maltraitance à enfants, cependant celle-ci n'est pas précisément définie. Nous avons toutefois choisi de maintenir ces chapitres dans cette revue, en raison de l'originalité des travaux proposés sur une thématique peu souvent abordée et la richesse des exemples qui y sont déployés. Dans les autres chapitres de l'ouvrage, davantage d'occurrences du terme de « maltraitance » et de ses dérivés sont constatées.

- **Résultats**

➤ **Présentation du dispositif thérapeutique**

Le dispositif thérapeutique destiné aux fratries, mis en place depuis 2004, a lieu au sein du Réseau dépendance Bruxelles Est. Il a été initié par des thérapeutes spécialisés dans la prise en charge de patients adultes alcooliques mais soucieux de la souffrance des enfants. Cette expérience approfondie en alcoologie est particulièrement importante avec les enfants, elle permet de les libérer du déni et/ou du secret puisque le problème d'alcool est posé d'emblée et que les thérapeutes mettent à profit leur écoute, leur savoir en alcoologie. Les référentiels théoriques et cliniques mobilisés sont systémiques et psychanalytiques et sont partagés entre les différents membres des services. Les prises en charge lourdes des patients nécessitent en effet différentes voies d'accès. Les intervenants des différentes équipes sont ouverts aux apports des autres, tout en conservant leur propre formation et leur identité de thérapeute (systémique ou psychanalytique). La prise en charge spécifique des fratries a entraîné la mise en place de cothérapie incluant les deux approches, ce qui ne se faisait pas jusqu'alors. Cette double appartenance a l'intérêt de pouvoir articuler les savoirs et les compétences de chacun pour proposer une prise en charge adaptée (les systémiciens vont pouvoir être attentifs au système familial quand les psychanalystes vont porter davantage leur intérêt sur les émotions dans les relations avec les thérapeutes et entre les membres des groupes).

➤ **Un cadre souple**

Les séances proposées durent une heure. Leur rythme et leur nombre sont néanmoins déterminés en fonction de chaque situation. Pour les fratries d'enfants, un entretien avec les parents est demandé au préalable puisque en plus des dispositions légales relatives aux mineurs, leur accord et leur soutien sont indispensables pour que les enfants se sentent autorisés à s'exprimer. Il n'y a pas de limite d'âge et les enfants, même jeunes, sont sollicités et invités à

³⁸² Service de santé mentale, université catholique de Louvain, Bruxelles

participer. La situation avec les adolescents est différente car ils peuvent venir seuls, comme c'est le cas dans l'exemple clinique choisi par les auteurs. Les thérapeutes discutent dans ce cas de l'équilibre à trouver entre la nécessité de recueillir l'accord des parents et la nécessité de protéger les « mineurs potentiellement en danger » (p. 240). Le choix est alors fait de soutenir et de préparer, pendant les premiers temps des thérapies, comment les enfants pourront en parler à leurs parents, en travaillant sur les motifs et les craintes à l'origine du refus ou ce que cela pourrait engendrer.

➤ **La cothérapie**

Elle est assurée par deux thérapeutes, un homme et une femme, appartenant aux deux référentiels théoriques. Elle permet la diffraction du transfert et la variété des modèles identificatoires.

– **Du côté des enfants**

L'agressivité, la colère pourront être adressées à l'un des thérapeutes quand l'autre pourra, au contraire, établir un lien de confiance. Ces mouvements peuvent venir de différents membres (de façon groupale et/ou individuelle) et varier selon les séances, tout comme le thérapeute qui les reçoit. La présence simultanée de deux personnes permet aussi d'offrir aux enfants des modèles identificatoires différents qui pourront eux aussi changer selon les moments de la thérapie. Au niveau groupal, les thérapeutes pourront être perçus comme « groupe-couple », « groupe-parents », « groupe autres », « groupe de professionnels » permettant alors aux enfants d'expérimenter dans l'espace de la séance les différentes positions envisageables au sein de la fratrie et de la famille. La prise en charge en cothérapie permet aussi aux enfants, par identification à la position de soignants, de pouvoir revivre et élaborer le sentiment d'impuissance à n'avoir pas pu « sauver » le patient/le parent, à résister aux épreuves des rechutes et aux difficultés liées à l'alcoolisme.

– **Du côté des thérapeutes**

En raison des attaques qu'ils peuvent subir de la part des patients, de la violence des situations rencontrées, la présence d'un autre collègue assure aussi un cadre plus sécurisant pour les professionnels. Ils peuvent partager les expériences vécues et échanger à leur propos, mais aussi prendre du recul. La prise en charge en cothérapie pour qu'elle soit pertinente implique une confiance entre les praticiens.

➤ **Objectifs et résultats des prises en charge**

Le cadre, choisi et pensé par les thérapeutes, a pour objectif premier d'offrir aux enfants un espace dans lequel les excitations vont être contenues et la prise de parole pourra avoir lieu et devenir moins dangereuse. Le premier objectif est alors de lutter contre les sentiments de honte et d'isolement particulièrement présents dans ces familles. Le travail est proposé en fratrie afin de s'appuyer sur le groupe, sur la présence conjointe des frères et sœurs, sur les différentes identifications qui y sont possibles dans le but de libérer la parole des enfants, de sortir de l'enfermement et de revivifier les ressources de la fratrie tout en assurant/restaurant la singularité de la place de chacun.

Face aux caractéristiques de certaines situations familiales d'alcoolisation parentale – dans lesquelles les rôles et les places des uns et des autres peuvent être inversés, voire confus ; les différences générationnelles floues – la rencontre d'adultes offrant un cadre sécurisant peut permettre aux enfants d'intérioriser des figures parentales (lorsque les leurs ont pu faire défaut). Pour cela, les thérapeutes doivent adapter les modalités de la prise en charge pour déjouer les systèmes d'alliance et de loyauté particulièrement à l'œuvre dans ces familles. De plus, face à la

confusion des rôles et des places, aux inversions des rôles parents-enfants, le groupe fraternel peut se trouver entravé dans son fonctionnement et aliéné à des places difficiles à abandonner sans compromettre l'équilibre de l'ensemble. Le travail mené dans ce cadre sécurisant a pour objectif de promouvoir davantage de souplesse dans les identifications, et lorsque cela s'avère nécessaire de réintroduire les interdits fondamentaux (du meurtre pour l'interdiction de la violence ; de l'inceste assurant la protection de l'intimité) permettant alors une reprise des processus de différenciation et d'individuation au sein des groupes fraternels et familiaux.

► **Vignettes fratries d'enfants – principaux apports**

La première vignette est constituée d'une mère et de ses quatre enfants (4, 8, 11 et 12 ans). La demande de soin émane de la mère qui s'inquiète pour ses enfants dans le contexte d'alcoolisation de son mari. Il s'agit d'une situation relativement rare, puisque la famille a pu retrouver facilement son équilibre. Les auteurs ont choisi de l'exposer afin d'en extraire les facteurs pouvant expliquer cette reprise positive. Dans cette famille, les rôles et les places de chacun avaient pu être plutôt protégés. La mère a pu maintenir une position adéquate face à ses enfants du point de vue de la différence générationnelle, leur assurant ainsi un climat de sécurité. Dans cette famille, l'alcoolisme a été reconnu et parlé, ce qui constitue aussi un facteur favorisant le devenir. Les quelques entretiens proposés ont permis de replacer l'alcoolisme du père dans les histoires générationnelles des deux conjoints et donc des enfants, de libérer les paroles en l'absence du père, de reconnaître la souffrance des enfants et de confirmer la mère dans sa volonté de protection de ses enfants.

La deuxième vignette concerne une mère et ses trois enfants (6, 9 et 11 ans). Dans cette situation, c'est la mère qui souffre d'alcoolisme depuis longtemps. Le couple conjugal vient de se séparer, ce qui a entraîné une nouvelle augmentation de la consommation d'alcool. Elle souhaite être reçue par le service en raison du mal qu'elle a peur de faire à ses enfants. Cette situation, à l'inverse de la première, a été choisie pour les difficultés qu'elle permet de mettre en avant et son caractère préoccupant. Face à l'aggravation de la situation et à la maltraitance dont les enfants étaient victimes, les thérapeutes ont décidé de faire intervenir les services de protection de la jeunesse. Les auteurs précisent que cette décision n'aurait pu être prise en l'absence d'un travail des thérapeutes entre eux, mais aussi avec le reste de l'équipe. Les auteurs concluent en explicitant que, à la suite de cette décision, le lien thérapeutique a été rompu, mais que cela ne peut être interprété comme un échec. Ainsi, l'intervention proposée, même si elle n'a pu aboutir, a toutefois pu constituer des étayages pour les enfants et pour la mère. Celle-ci a pu exprimer ses inquiétudes pour ses enfants et ils ont ainsi pu intérioriser l'image d'une mère qui n'est pas qu'alcoolique, mais qui est aussi préoccupée par leurs besoins.

► **Vignettes fratries d'adolescents – principaux apports**

La troisième vignette concerne une fratrie d'adolescents venue consulter dans un premier temps et rejoint, par la suite, par leur mère (le père a délaissé le domicile et a refait sa vie). La fratrie de la mère, souffrant d'alcoolisme, sera également réunie par la suite afin de travailler au niveau des différentes générations la problématique d'alcoolisme au sein de la famille³⁸³. Cet exemple souligne les enjeux auxquels sont confrontés des enfants plus grands (la culpabilité liée au départ de la maison, la sollicitude et la responsabilité à l'égard des cadets, l'inversion

³⁸³ Même si elle ne concerne plus à proprement parlé les enfants, cette situation met en évidence l'alcoolisme comme pathologie familiale, pouvant se retrouver sur plusieurs générations. Elle illustre l'importance de prendre en charge la mère avec ses enfants, donc en position parentale, mais aussi la mère avec ses frères et sœurs donc dans son appartenance fraternelle, dans une position de « fille de ».

des positions parents-enfants). Dans cet exemple, le silence imposé par la honte et l'isolement sont particulièrement importants. Les jeunes déploient différents mécanismes et stratégies afin que tout demeure caché, leur permettant à la fois de conserver une forme de maîtrise sur les événements, mais aussi de protéger le parent par loyauté, même si des sentiments contradictoires existent à son égard. En venant à la consultation, les adolescents ont pu briser la loi du silence, ont pu abandonner une certaine maîtrise en acceptant de demander de l'aide au groupe de thérapeutes considéré comme un groupe fraternel. La mise en place de la thérapie va permettre de faire bouger le système dans lequel s'était enfermée cette fratrie ouvrant alors à de nouveaux positionnements des frères entre eux et par rapport à leur mère, à de nouvelles paroles, à une reconnaissance des souffrances de chacun singulièrement et en groupe. L'originalité de cette prise en charge tient aussi au fait que à la suite des quatre séances avec les enfants, la poursuite de la prise en charge s'est faite avec la fratrie de la mère, permettant de travailler la place de l'alcoolisme dans la trame généalogique, surtout par rapport au père de la mère, lui aussi alcoolique. Au travers de cet exemple, on voit comment chez l'adulte, ancien enfant d'alcoolique, les marques peuvent être encore très présentes. Le système fraternel des adultes est lui aussi marqué par le silence et la honte. La thérapie, en relançant la dynamique fraternelle, va pouvoir offrir à chacun l'opportunité de trouver une nouvelle place et d'élaborer ses souffrances passées et présentes.

42. HOURS A. Au fil d'un groupe conte, l'aventure de quelques images. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 2015, 1, vol. 5, p. 197-216.

- **L'auteure**

Armelle Hours est pédopsychiatre et psychanalyste.

- **Type de recherche et format de publication**

L'auteur propose un développement théorico-pratique appuyé sur des exemples cliniques issus de sa pratique auprès d'enfants accueillis en Maison d'enfants à caractère social (Mecs). Article.

- **Objectifs**

À partir de son expérience clinique, l'auteure propose de discuter l'impact du traumatisme sur les modalités de représentation chez des enfants maltraités. Elle présente un dispositif clinique particulier – un groupe thérapeutique conte –, et ce qu'il offre comme possibilités de restauration des processus de pensée de ces enfants. L'auteur centre son propos sur ce qu'elle nomme les « choses en image », objet médiateur et création du groupe.

- **Définitions**

Maltraitance, traumatisme et impacts sur la construction de l'enfant

« Les situations de maltraitance, quelle que soit leur forme (négligence, abus, défaillance parentale sous diverses formes, toxicomanie, alcoolisme, prostitution, etc.) appartiennent à la clinique du traumatisme chez l'enfant » (p. 200).

Les contextes de maltraitements sont également caractérisés par le déni de la souffrance de l'enfant : « Les non-dits, les silences, l'impératif de taire alimentent bien souvent le processus infernal. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'accès au soin psychique s'avère relativement difficile. » (p. 201).

Dans ces contextes, les cliniciens sont aussi souvent marqués par « l'écart entre la nature du traumatisme et l'impact psychique de ce dernier » (p. 202). L'auteur alerte également sur le risque à l'œuvre dans l'utilisation des théories sur la résilience³⁸⁴ puisqu'elles peuvent « conforter les positions de déni de la souffrance psychique, qui guettent invariablement dans les situations de maltraitance » (p. 202). L'auteure indique que, selon elle, la théorie de l'après-coup est plus à même de rendre compte de façon précise des variations observées : « On peut facilement concevoir comment le traumatisme peut avoir un effet de requalification de la détresse originaire, et, du même coup, envisager les variations de son impact sur le psychisme » (p. 202).

Face à la diversité des aspects psychopathologiques rencontrés, l'auteure propose de retenir une triade symptomatique souvent retrouvée dans les situations de maltraitance :

1. Le défaut de pare-excitation : les situations de « négligence exacerbée » (nommées aussi climats de violence indirecte, p. 200) peuvent ainsi avoir davantage d'impacts « dans la mesure où l'accès à la représentation est encore bien plus ténu que dans les cas de violence directe. Le jeune enfant ne rencontre pas d'adulte à même de l'aider à donner du sens à ses vécus, à ses angoisses qui vont rester en souffrance et ne pourront trouver que difficilement de voies de transformation ».

³⁸⁴ CYRULNIK B. *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob, 1999.

2. Les processus de pensée barrés ou empêchés : « le lieu du psychique devenant un lieu à désert pour cause de trop grand danger » (p. 200). Les situations de déficience intellectuelle par exemple peuvent alors apparaître comme un refuge puisqu'elles permettent d'éviter la pensée.
3. Les recours fréquents aux agirs : les conduites agies, observées chez les enfants, sont aussi à analyser sous l'angle de cette difficulté/impossibilité de mobilisation de la pensée et dont le but est alors une fuite dans la réalité du dehors. Le passage à l'acte devient alors le signal de la défaillance du psychisme.

Selon l'auteure, la clinique du traumatisme chez l'enfant évoque les défauts d'étayage, la défaillance des liens précoces, le défaut de contenance.

- **Résultats**

L'auteure consacre la première partie de son article à une discussion théorique. Elle montre l'intérêt de l'approche psychanalytique de l'image et de la représentation, en insistant particulièrement sur l'importance des premiers temps de la vie. Cette introduction lui permet de discuter la vertu thérapeutique de l'image à partir de l'expérience d'un groupe conte conduit en Mecs.

➤ **Présentation du « groupe thérapeutique conte dans la maison d'enfants »**

– **Les enfants**

Le groupe est composé d'enfants victimes de maltraitance, âgés de 6 à 12 ans au moment de leur placement dans une Mecs. La plupart d'entre eux ont une histoire traumatique marquée par des carences éducatives qualifiées de sévères. Ils présentent des troubles variables (troubles sévères de la personnalité ou pathologies dites "limites"), les pathologies de l'agir sont assez prédominantes. L'auteure précise aussi que « dans presque tous les cas, on repère chez ces enfants une difficile installation de la phase de latence » (p. 203). Face aux difficultés de ses enfants à pouvoir bénéficier d'un soin individuel (peu accessible, voire conduisant à une impasse thérapeutique) la proposition d'un groupe thérapeutique constitue une réelle opportunité dans bien des cas.

– **Caractéristiques du dispositif et indications thérapeutiques**

Le groupe, mis en place depuis plusieurs années, a lieu au sein de l'établissement. C'est l'équipe de la Mecs qui pose les indications de participation pour les enfants qu'elle accueille. La composition du groupe est décidée au début de chaque année scolaire, et les enfants s'engagent alors pour l'ensemble de cette période, sauf si la durée du placement de l'enfant est écourtée ou si la régularité n'est plus soutenue par l'enfant (dans ce cas, la place de l'enfant est gardée pendant plusieurs semaines, et si l'enfant ne peut revenir, un point est fait avec lui afin d'envisager sa possible réintégration). C'est un groupe semi-ouvert, puisque si une place se libère en cours d'année, elle peut être proposée à un autre enfant.

Le groupe est coanimé par trois personnes : le psychiatre-psychanalyste, l'éducatrice ou l'éducatrice et le stagiaire psychologue. Les séances ont lieu chaque semaine et durent une heure. La médiation proposée est le conte, généralement familial et connu (*Les Trois Petits Cochons*, *Le Petit Poucet*, *Le Petit Chaperon rouge*, *Le Loup et les Sept Chevreaux*) afin de constituer un support partagé.

Les deux temps d'une séance de groupe

1. La lecture de l'histoire.
2. Le jeu favorisé par diverses médiations : jeux de rôle, dessin, peinture, pâte à modeler, etc. Le matériel choisi est volontairement assez sommaire afin de favoriser

la créativité, par exemple : « Les bouts de tissus sont préférés aux déguisements plus aboutis afin de laisser plus de liberté » (p. 204). L'objectif de ce temps du groupe est de permettre l'instauration d'un jeu dans le groupe, sans directive particulière à propos du sujet du jeu et du lien avec l'histoire. Les adultes coanimateurs se trouvent dans une position d'auxiliaires de jeu et l'animateur est en position de garant de la « tension symbolisante du dispositif³⁸⁵ ».

➤ Visée thérapeutique

Le dispositif créé est différent d'un groupe d'activités proposé à des enfants puisqu'il a une visée thérapeutique. C'est la position retenue par les adultes, leur style d'animation qui vont entraîner ces différences. L'objectif de ce groupe est de permettre aux enfants d'accéder à une aire de jeu³⁸⁶ : « un espace intermédiaire entre le dedans et le dehors : ni dedans ni dehors, un espace où l'on n'est pas dérangé pour pouvoir permettre à la créativité de s'installer. C'est précisément cette aire-là qui, dans la plupart des situations rencontrées, a été endommagée par des effractions violentes de la réalité » (p. 205).

– Les « choses en images » : un objet médiateur entre l'enfant et son histoire

Afin d'illustrer son propos sur les possibilités thérapeutiques offertes par ce dispositif, l'auteure propose de détailler ce qu'elle nomme « les choses en images ». Apparues dans le temps du jeu à la suite de la proposition des animateurs de fabriquer des objets manquants (à partir de simples feuilles A4), ces fabrications d'images ont progressivement pris une place très importante. Elles ont été saisies spontanément par les enfants, comme un investissement de la possibilité de fabriquer et sont devenues des cocréations du groupe.

L'auteure note que ces « choses en images » ont été particulièrement utiles dans des moments où le jeu se trouvait figé, souvent lors de situations de danger imminent dans le jeu (danger de mort par exemple) qui correspondaient à une faillite de l'aire de jeu. L'auteure propose quelques exemples : découper un téléphone sur une feuille pour appeler les secours ; fabriquer un biberon pour nourrir un bébé affamé, etc. : « Ces morceaux de papier, ces “choses en images” ont très vite été adoptées par les enfants dans le groupe et rangées soigneusement dans une caisse spécialement affectée à cet usage, à la fin de chaque séance, pour être réutilisées les fois suivantes. Au fil des séances, la caisse est devenue un véritable réservoir de “choses en images” » (p. 206).

L'auteure mentionne que même si dans de nombreux cas, les histoires proposées par les enfants dans les temps de jeu pouvaient évoquer des éléments anamnétiques (scènes concernant les défaillances parentales), le but recherché par ce groupe thérapeutique est d'offrir par le jeu des échappatoires, des moyens de dégagement. L'auteure note qu'au départ la plupart des fabrications des enfants concernaient la possibilité « d'appeler les secours, d'appeler à l'aide, de crier “Au feu !” ». Les enfants expérimentent ainsi dans le groupe la possibilité de lancer un signal d'alerte, de le savoir entendu et peut être surtout suivi d'effet. Ces enfants questionnent l'efficacité des mesures de protection qui leur sont proposées. Progressivement, une fois la confiance installée dans le groupe, ils s'autorisent peu à peu à exprimer leur inquiétude, à sortir du silence, à porter secours, à se protéger, à trouver des stratégies : « Ainsi des solutions se construisent dans le jeu et par le jeu » (p. 207).

³⁸⁵ ROUSSILLON R. Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. In BRUN A. (dir.) *Les Médiations thérapeutiques*. Toulouse : Érès, 2011, p. 21-35.

³⁸⁶ WINNICOTT D.W. *Playing and Reality*. Trad. fr. C. Monod : *Jeu et Réalité, l'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 1975 (1971).

Les « choses en images » ont aussi progressivement évoluées pour devenir soit des objets à l'usage exclusif des adultes (alcool, médicaments, objets tranchants) ; soit des objets dangereux (biberon trop chaud, rempli de poison, etc.). Grâce à ces objets, les enfants ont pu expérimenter des identifications à des parents en situations de négligences ou de mauvais traitements (mère qui flanche en oubliant de refroidir le biberon ; père, sous l'emprise de l'alcool trop peu attentif aux besoins de l'enfant). Par ces mises en scène, où le bon objet fabriqué est renversé en son contraire, les enfants peuvent progressivement accéder à l'ambivalence.

La visée thérapeutique du dispositif groupe conte se trouve donc dans le soutien qui est offert aux enfants par les animateurs et les objets médiateurs (le jeu, le groupe, le conte, les choses en images). La malléabilité et la relance qu'ils proposent sont au service du déploiement de l'espace transitionnel. Le jeu, au stade d'ébauche au départ, sera progressivement consolidé au fil des séances en s'appuyant aussi bien sur les résonances offertes par le conte que sur celles des histoires des enfants. Progressivement, au fur et à mesure de ces expérimentations de places, de fonctions (enfant *versus* parent par exemple) et de situations (d'être en danger *versus* de le provoquer), les enfants accèdent à la différenciation, découvrent d'autres issues possibles, des alternatives aux impasses. Ils mettent au travail leur histoire, sans que celle-ci, déplacée sur la scène du jeu, ne soit trop proche ou trop intrusive.

43. MOUNIER B. Spécificités des cures d'enfants placés en famille d'accueil : réflexions sur le maintien du lien. *La psychiatrie de l'enfant*. 2009, vol. 52, p. 517-534.

- ***L'auteur***

Bruno Mounier est pédopsychiatre, psychanalyste au CMP de Chassieu et au CHS Le Vinatier à Lyon. Il a une longue expérience de thérapeute auprès d'enfants placés en familles d'accueil.

- ***Type de recherche et format de publication***

Article de revue scientifique.

- ***Objectifs***

Mettre en évidence la spécificité des cures d'enfants placés et la nécessité de leur proposer un dispositif adapté où pourront s'articuler réalité psychique et réalité extérieure, en quittant la neutralité analytique. En fin d'article, l'auteur discute la notion de maintien des liens au regard des effets que peuvent avoir les visites parents-enfants.

- ***Propositions et conclusions***

➤ **Les trois temps préliminaires pour démarrer le travail thérapeutique**

Première rencontre : l'enfant et l'assistant familial

Si celui qui vit au quotidien avec l'enfant ne porte pas sa demande, ne se sent pas concerné, le travail thérapeutique ne pourra pas s'engager.

Deuxième rencontre : le travailleur social seul

Le travailleur social est reçu en tant représentant de la société qui a décidé du placement. Cet entretien permet de raconter l'histoire institutionnelle de l'enfant : raisons du placement et de ses conditions ; contenu de l'ordonnance du juge des enfants ; existence, mode de vie et adresse des parents de naissance de l'enfant.

Troisième temps : écrire aux parents

Les parents sont ainsi informés des soins psychiques prévus pour leur enfant et sont invités pour une rencontre. L'objectif de la rencontre avec les parents est de connaître les tous premiers moments de la vie de l'enfant (conditions de la grossesse et de l'accouchement, premiers mois de vie). Cette rencontre permet aussi d'envisager ce que l'enfant a pu/peut vivre avec des parents inadéquats : « 45 minutes d'entretiens soumis à des projections, à un flot de paroles sans censure, me laissent épuisé » (p. 521). Cette rencontre, qui a lieu sans l'enfant, permet aussi d'apprécier la manière dont les parents peuvent (ou non) parler de leur enfant et ainsi s'ils peuvent le reconnaître comme un être détaché d'eux.

➤ **Intervenir dans la réalité extérieure et quitter la neutralité analytique : un indispensable pour promouvoir de vrais changements avec ces enfants**

Les enfants placés ne racontent pas spontanément la réalité à laquelle ils sont confrontés et ne veulent rien savoir de leur histoire (par peur que le passé traumatique ressurgisse ; face à la honte et à la culpabilité ressenties à propos du passé ; difficulté d'élaboration à propos de l'objet parental idéalisé). De plus, la réalité sociale de ces enfants est tellement violente qu'elle s'invite inexorablement dans le cadre de la cure, il faut donc y répondre non seulement avec

des mots mais bien aussi avec des actes : « prendre en compte les problèmes réels de l'enfant est souvent la seule voie d'accès possible à sa réalité inconsciente » (p. 519). Ces interventions, qui doivent être réfléchies pour s'articuler à la réalité psychique de l'enfant afin d'envisager progressivement un début d'historisation, peuvent être banales, concerner des détails dans la vie de l'enfant ou au contraire faire suite à des intrusions massives.

Ces interventions peuvent prendre une multitude de formes :

Exemples d'interventions dans la réalité issues du travail clinique :

- insister pour rencontrer le parent de l'enfant auprès de l'assistante sociale ;
- écrire au juge pour l'avertir des risques de la rencontre parent-enfant en l'absence d'un tiers ;
- proposer des aménagements dans le cadre des rencontres ;
- faire revenir l'assistante familiale à la fin de la séance ;
- accepter que l'enfant téléphone à sa mère pendant la séance de thérapie.

► **Interrogation à propos de « l'injonction du maintien des liens »**

Selon l'auteur, le maintien des liens n'est envisagé que dans sa composante physique, réelle et comme un lien d'amour indispensable. Il rappelle que nombre d'adultes sont amenés à rompre – temporairement ou non – le lien à leur famille (du fait de problématiques familiales complexes) pour pouvoir se construire et il s'interroge sur l'impossibilité des adultes prenant en charge les enfants placés à concevoir cette possibilité – alors qu'elle leur semble possible pour des adultes.

Il rappelle que le maintien du lien avec les parents de naissance ne doit pas se faire aux dépens de la relation d'attachement plus ou moins sécurisée que l'enfant développe avec sa famille d'accueil, et toutes les visites avec les parents doivent être évaluées en fonction des effets produits sur l'enfant et non au nom de l'idéologie familiale. Prendre en compte le négatif chez les parents ne revient pas à penser ou à agir contre eux, à dire du mal d'eux : il s'agit simplement de les reconnaître comme ils sont. Le négatif de ces parents c'est surtout la grande difficulté pour eux à porter psychiquement leur enfant, à se le représenter, et cela a des effets qui vont de la carence éducative à la maltraitance (oubli des visites, cadeau sans rapport avec l'âge de l'enfant, gavage de nourriture lors des rencontres, etc.).

Il est nécessaire face à cela de considérer que le lien important est le lien symbolique permettant à chaque enfant de connaître son histoire, ce qui implique la présence d'un tiers à chaque visite (soit pendant pour les visites médiatisées, soit après pour offrir à l'enfant une reprise des effets).

Les travailleurs sociaux doivent également concevoir les difficultés des parents à être présents ou à donner des nouvelles sans les culpabiliser. Pour les auteurs, « ce lien de parole entre l'enfant et ses parents, soutenu si nécessaire par des tiers, nous apparaît être le plus important pour l'avenir de l'enfant et de sa relation future avec ses parents, à condition qu'il ait une figure d'attachement sécurisée dans la réalité actuelle de sa vie. À partir de cet attachement sécurisée et du lien de parole entretenu entre ses parents et lui, l'enfant pourra plus tard – à son gré, comme sujet – nouer un lien véritable à ses parents » (p. 534).

44. ROMANO H. Le lien fraternel à l'épreuve de l'inceste. *La psychiatrie de l'enfant*. 2012, 1, vol. 55, p. 225-245.

- **L'auteure**

Hélène Romano est psychologue clinicienne et psychothérapeute, docteure en psychopathologie clinique.

- **Type de recherche et format de publication**

L'auteure propose un développement théorique appuyé sur des exemples cliniques issus de sa pratique de psychologue auprès d'enfants victimes. Article.

- **Objectifs**

Dans cet article, l'auteure souhaite mettre en avant :

- l'impact que peut avoir la révélation d'abus sexuels/inceste sur l'ensemble du groupe fraternel et sur sa dynamique, quelle que soit la configuration (un seul enfant victime, plusieurs victimes ou l'ensemble de la fratrie) ;
- le fait que la fratrie peut représenter pour les enfants (abusés ou non) à la fois des facteurs de vulnérabilité mais aussi une source de créativité susceptible de leur permettre de se dégager de l'impact traumatique ;
- les opportunités thérapeutiques que permet la prise en charge de l'ensemble de la fratrie dans les situations d'inceste.

- **Définitions, termes employés**

L'auteure propose, à propos des **enfants maltraités** et de la **maltraitance**, les éléments suivants : « L'enfant abusé, comme l'enfant maltraité, continue de subir psychiquement les conséquences des violences, longtemps après leur arrêt dans la réalité. Ce qui n'est pas si facilement compris des proches et des professionnels, comme en témoignent ces propos : "le père est en prison, il devrait aller mieux" ; "cela fait trois ans que les visites sont suspendues, il ne devrait plus y avoir de problème". Le propre des maltraitances est cette destruction identitaire qu'elles imposent et les conséquences durables sur le développement psychique de l'enfant. Le déni d'altérité, le viol de l'intimité et de l'intégrité, l'attaque des croyances et du sentiment fondamental de sécurité psychique détruisent psychiquement l'enfant. Comme un poison dont l'action continuerait longtemps d'agir, l'inceste contamine le psychisme des enfants, abusés ou non » (p. 235).

- **Contexte**

Dans les situations d'inceste, la fratrie de la victime est rarement prise en compte et pensée en tant qu'espace relationnel à part entière, alors même que la révélation d'abus sexuels entraîne une déstabilisation de l'ensemble de la famille. Les frères et sœurs de la/des victime(s), même s'ils/elles n'ont pas été victimes directes des abus connaissent eux aussi des difficultés, parfois aussi grandes que celles de la/des victime(s) directe(s). Face à la peur de les traumatiser davantage et face aux risques d'incompréhension postulés, les adultes les excluent souvent des prises en charge thérapeutiques qui ne d'adressent alors qu'à la victime directe, oubliant combien la fratrie et les relations fraternelles sont constitutives de la singularité de chacun et seront impactées par les révélations, pouvant en entretenir les conséquences en l'absence d'une prise en charge groupale efficace.

- **Résultats et perspectives**

La révélation d'une situation d'inceste expose les dysfonctionnements familiaux et mobilise des enjeux relationnels spécifiques : enfant(s) victime(s), fratrie non impliquée, auteur(s), parent(s) non mis en cause, chacun se trouve contraint à des remaniements psychiques et les liens préalablement établis se trouvent violemment interrogés ; avec, dans certains cas, des déliaisons durables qui témoignent de la souffrance des interactions. Dans tous les cas, l'inceste entraîne un réaménagement des places et des rôles de chacun au sein de la famille.

➤ **Spécificités des bouleversements selon les victimes dans la fratrie**

– **Un seul enfant a été victime d'abus**

L'auteur note que des ressemblances peuvent être trouvées avec les fratries d'un enfant porteur de handicap, de maladie grave ou victime d'événements traumatiques de nature non intentionnelle. Les signes observés sont alors : pleurs, angoisse, tristesse, rejet, colère, agressivité, jalousie, conduite autoagressive, sentiment d'incompréhension, culpabilité de n'avoir pas vu, pas pu empêcher les actes commis ou de ne pas avoir pu intervenir.

La capacité des frères et sœurs à élaborer la situation d'inceste participe au travail de restauration psychique de l'enfant victime. Mais cette mise en sens de l'événement est un processus difficile qui ne va pas de soi puisqu'il vient réactiver les histoires aussi bien individuelles que groupales et confronte l'organisation psychique de chacun. Le moment de la révélation peut être pour la fratrie non abusée un temps de pétrification émotionnelle : « au-delà de la peur, au-delà du compréhensible, la fratrie se trouve projetée dans l'ère de l'indicible et le lien fraternel violemment réinterrogé » (p. 232). Quand aucun adulte ne peut mettre en mot, expliquer la situation, la fratrie va construire ses propres théories pour donner sens à ce qui est en train d'arriver.

Les conséquences de l'inceste et de sa révélation sur le lien fraternel sont liées à la problématique œdipienne des enfants et surtout à ce que peut signifier la réalisation de leurs désirs incestueux. L'inceste correspondant à la mise en acte dans la réalité des désirs œdipiens (demeurant normalement inconscients), il peut venir submerger les enfants. L'auteur indique : « Selon l'âge de chacun, la différence d'âge et le genre (garçon, fille), les remaniements du complexe œdipien solliciteront avec plus ou moins d'intensité le complexe fraternel » (p. 231). Les enfants pourront alors développer des sentiments et des questions du type : « pourquoi elle et pas moi ? Qu'est-ce qu'elle avait de plus que moi ? C'était sa préférée et il l'aime plus que moi » (p. 231). Le frère ou la sœur victime peut être considéré par les membres de sa fratrie comme celui qui a réalisé leurs fantasmes œdipiens et suscite alors une forte ambivalence. Des identifications au(x) parent(s) agresseur(s) peuvent apparaître et être sources de nombreuses angoisses pour les enfants. Ces angoisses s'exprimeront par exemple par des troubles massifs du comportement. Une ambivalence haineuse peut aussi apparaître à l'égard du frère ou de la sœur abusé(e), mais aussi vis-à-vis de l'auteur des actes, avec des positionnements fluctuants. Les autres frères et sœurs oscilleront alors souvent entre culpabilité (marquée par des conduites autoagressives et des attitudes violentes contre soi-même ou les autres) et jalousie (celui ayant été abusé étant considéré comme le plus aimé).

Quand les faits ne sont pas reconnus par le parent mis en cause, la fratrie non abusée peut se sentir dans l'obligation de choisir son camp : « Ne sachant pas qui croire, et étant certaines fois soumise au secret et à des stratégies d'emprise de la part de l'auteur, il est alors fréquent que la fratrie se positionne du côté de celui qui lui semble représenter le moindre danger pour son équilibre psychique. Le lien fraternel est alors souvent sacrifié au profit du lien parental » (p. 233).

– Tous les membres de la fratrie ont été abusés

Dans ces situations, les enjeux sont rendus particulièrement complexes. Des contextes d'emprise importants peuvent avoir des effets particulièrement forts sur le psychisme des enfants pouvant aller jusqu'à des phénomènes de destruction psychique, aggravés par la durée des abus. Les enfants peuvent présenter des troubles post-traumatiques importants caractérisés par des reviviscences, des attitudes d'évitement, d'hypervigilance et de contrôle.

L'auteure propose de distinguer ces enjeux selon les types de révélations qui ont à voir avec les configurations familiale et fraternelle :

- **la démarche de protection** : la révélation est faite pour protéger les autres frères et sœurs. On peut alors observer des comportements hyperprotecteurs, voire de parentification, qui témoignent d'une forme d'adhésion psychique. Frères et sœurs ne réussissent pas/plus à exister séparément. On retrouve cela physiquement, dans des attitudes de collage, et psychiquement, dans une exacerbation des ressemblances et un sentiment de partage des émotions, des pensées. Cela peut intervenir pour restaurer l'image de soi que l'enfant a (être un bon enfant répare la sensation de dégoût éprouvé face à soi-même suite aux abus) ou bien du parent qui n'a pas pu/ ne peut pas être « suffisamment bon ». À l'extrême, ces collages physiques et psychiques peuvent conduire à des passages à l'acte incestueux au sein de la fratrie.
- **la démarche de vengeance** dans un contexte de rivalité et de haine exacerbées : la révélation a lieu en réaction à un sentiment de trahison. L'enfant abusé se rendant compte qu'il n'est pas le seul à être le « préféré » de l'abuseur. Le lien fraternel est particulièrement mis à mal et les contacts dans la fratrie peuvent être arrêtés, les membres ne voulant plus se reconnaître comme frère ou sœur.

➤ Impact de l'inceste sur le lien fraternel et prises en charge thérapeutique

L'inceste impacte durablement le lien fraternel. L'auteure repère deux mouvements qui témoignent de cette atteinte :

- la terreur de subir pour les autres membres de la fratrie ;
- la terreur de faire subir à l'autre pour l'enfant victime : ce sentiment étant très peu verbalisé du fait de la peur des enfants de « paraître monstrueux », « la crainte de perdre l'attention de l'adulte protecteur » ; « l'impression d'être perçu comme un "enfant dégoûtant" ayant des "idées pas normales" » ; « la certitude d'être "comme un fou avec des idées à vomir" » ; « l'impression d'être "condamné à ces idées qui volent [leur] esprit et de ne plus être comme les autres" ». (p. 236).

Le lien fraternel représente pour les frères et sœurs un risque permanent de passer à l'acte ou d'y être confrontés. En réaction, pour mettre à distance les autres membres de la fratrie, les enfants peuvent développer des comportements et des attitudes de rejet, des violences importantes à l'égard des autres.

L'auteure explique ensuite comment des prises en charge individuelles dans un premier temps, puis en fratrie ensuite vont permettre la verbalisation des terreurs ressenties. Elles permettront également de mettre en avant que les violences (parfois physiques) que les enfants s'adressent sont à comprendre non seulement comme témoin de l'insécurité psychique, mais également de leur lutte contre ces terreurs. Les enfants pourront alors « décrypter le sens de leur violence et mobiliser le lien fraternel pour leur permettre de se dégager de leur croyance en un passage à l'acte inéluctable » (p. 237).

➤ **Perspectives cliniques : prises en charge des fratries victimes directes ou exposées**

L'auteure précise qu'elles ne peuvent avoir lieu que lorsque la révélation s'est faite.

La fratrie étant un espace d'expression des difficultés mais aussi de ressources spécifiques, de créativité, le lien fraternel pourra alors être un levier dans la prise en charge des enfants exposés à l'inceste. Le cadre thérapeutique doit être adapté à la variété des situations rencontrées (capacités des membres de la fratrie à pouvoir élaborer cette situation d'inceste, à pouvoir en exprimer les ressentis, à mettre en récit l'inintelligible, à la suite de cette révélation).

La prise en charge des situations d'inceste reste cependant particulièrement complexe du fait notamment : des dysfonctionnements familiaux antérieurs ayant conduit à la réalisation de l'inceste ; des réactions des familles à la suite des révélations (emprise et tentative de contrôle des enfants par les parents) ; du verrouillage et du secret établis pour tenter d'oublier ; du rejet et de l'agressivité à l'égard des enfants ; du dégageant de toute responsabilité et de la responsabilisation des enfants (positionnement des parents en victimes).

Pour pallier les difficultés, l'auteure propose de penser le dispositif thérapeutique en deux temps :

– **premier temps : prise en charge individuelle**

Proposition à l'enfant d'un espace préservé de l'emprise et du contrôle mutuel. Favorise l'expression de l'enfant, sans crainte de représailles, de blesser l'autre. L'enfant peut exprimer librement l'ensemble de ses peurs, de ses sentiments conséquents aux abus ;

– **second temps : la fratrie**

Par la restauration du lien fraternel, la prise en charge conjointe permet l'élaboration en commun des vécus traumatiques, une reprise de confiance en l'autre afin de réinscrire les expériences traumatiques dans le champ du symbolique et de les rendre ainsi pensables et nommables.

Enfin, plusieurs points doivent faire l'objet de la vigilance des soignants :

- l'évaluation de la qualité des liens antérieurs à l'événement traumatique et la transformation des liens fraternels en lien avec l'événement ;
- le repérage des troubles manifestes au niveau individuel et du groupe fratrie depuis la révélation ;
- la question de l'identification : « comment en tant que frère/sœur d'un frère ou d'une sœur abusé(e), en ayant été moi-même abusé(e) ou non, vais-je pouvoir affirmer mon identité au sein de cette fratrie et de cette famille en crise où la loi n'a pas été respectée et a été transgressée ? » (p. 241-242) ;
- la mise en récit des ressentis.

45. TROUPEL-CREMEL O., PINEL-JACQUEMIN S. et ZAOUCHE-GAUDRON C. Fratrie et violence intrafamiliale : la fratrie obstacle ou ressource pour l'enfant ? *Archives de pédiatrie*. 2009, vol. 16, issue 6, p. 943-945.

- **Les auteurs**

Olivia Troupel-Cremel est maître de conférences en psychologie du développement, université Toulouse II-Le Mirail (France).

Stéphanie Pinel-Jacquemin est psychologue, docteure, chargée d'enseignement en psychologie du développement université Toulouse II-Le Mirail.

Chantal Zaouche-Gaudron est professeure en psychologie du développement, laboratoire psychologie du développement et processus de socialisation, université Toulouse II-Le Mirail.

- **Type de recherche et format de publication**

Actes du congrès de l'Association française de pédiatrie et de l'Association des pédiatres de langue française (APLF) qui s'est tenu à Toulouse, du 10 au 13 juin 2009 ; table ronde : « La maltraitance "cachée" : comment mieux la repérer ? ».

- **Contextes et objectifs**

Dans les contextes de violences intrafamiliales, la fratrie peut s'avérer une ressource précieuse pour les enfants. Cependant, le rapprochement des fratries au sein des lieux de placement présente aussi des effets pathogènes et nécessite donc une évaluation en amont du lien fraternel. Mais dans ces situations, les professionnels sont souvent obligés de se référer uniquement à leur vécu subjectif faute d'outils standardisés.

L'article propose la présentation de deux outils utilisés avec les enfants de 2 ans et demi à 10 ans pour évaluer la qualité des relations fraternelles et les représentations de l'attachement fraternel entre le cadet et son aîné³⁸⁷, dans le but d'en faire des outils d'aide à la décision à destination des professionnels lorsqu'il s'agit de décider de placer ensemble ou séparément des fratries.

- **Présentation des outils**

➤ **Premier outil : « Les histoires à compléter »³⁸⁸**

Son objectif est de mesurer la qualité de la relation d'attachement du cadet à son aîné.

À partir de figurines représentant la famille, l'enfant est invité à poursuivre des amorces d'histoires. Chacune d'elles étant liée à la séparation et aux retrouvailles, ces histoires permettent d'évaluer le type d'attachement (sécurité/insécurité des modèles internes opérants concernant la figure d'attachement).

³⁸⁷ Valorisation par les auteures de l'utilisation de la théorie de l'attachement pour l'évaluation des relations fraternelles dans les placements conjoints ou séparés, d'après WHELAN D.W. Using attachment theory when placing siblings in foster care. *Child Adol. Social Work J.* 2003, 20, p. 21-36.

³⁸⁸ Adaptation de l'outil de BRETHERTON I., RIDGEWAY D. et CASSIDY J. Assessing internal working models of the attachment relationship : An attachment story completion task for 3-year-olds. In GREENBERG M.T., CICHETTI D. et CUMMINGS E.M. *Attachment in the preschool years : Theory, research, and intervention*. Chicago : University of Chicago Press, 1990, p. 273-308.

Évaluation des récits sur sept échelles (collaboration, représentation du soutien fraternel, narratif positif, expression d'affects appropriée, réaction à la séparation, distance symbolique, faible compétence narrative). Calcul de quatre « Q-scores » (sécure, hyperactivité, désactivé, désorganisé) permettant de positionner l'enfant sur le continuum d'attachement.

Résultats: dans 70 % des fratries, l'aîné représente une figure d'attachement sécurisé pour le puiné ; et dans 30 % des fratries, la figure d'attachement est insécurisée.

Cette répartition de l'attachement fraternel est influencée à la fois par les caractéristiques de la constellation fraternelle (âge et sexe des frères, écart d'âge), et aussi par la représentation que se fait l'aîné de la qualité de ses relations fraternelles avec son cadet.

➤ **Second outil : Questionnaire des relations fraternelles chez le jeune enfant (QRF)**

Son objectif est de qualifier les relations fraternelles à partir de l'évaluation des représentations que les aînés ont de leur relation avec leur cadet.

Création de l'outil à partir d'items appartenant au Sibling Inventory of Behavior (SIB) de Schaefer et Edgerton³⁸⁹ et au Questionnaire des relations fraternelles des adolescents (QRF) de Widmer³⁹⁰.

Le questionnaire est composé de : 71 items (4 pour les caractéristiques de la fratrie, 17 pour la coprésence, 26 pour la coopération et 24 items pour l'opposition), 2 échelles principales : coopération (5 sous-échelles : sentiment, partage, tutelle, complicité, rôle parental) et opposition (3 sous-échelles : rivalité, différenciation, conflit).

Obtention d'un score global pour chacune des échelles (coopération *versus* opposition) permettant de catégoriser les fratries, en fonction de la répartition des niveaux d'implication, en quatre groupes :

- fratrie consensuelle : haut niveau de coopération et bas niveau d'opposition ;
- fratrie contrastée : haut niveau de coopération et haut niveau d'opposition ;
- fratrie tranquille : bas niveau de coopération et bas niveau d'opposition ;
- fratrie conflictuelle : bas niveau de coopération et haut niveau d'opposition.

Validation du questionnaire sur une population de 150 fratries appartenant aux quatre types de fratries (fratrie de garçons, fratrie de filles, fratrie mixte avec garçon aîné et fratrie mixte avec fille aînée). L'écart d'âge est compris entre 1 et 6 ans et demi (moyenne de 2,72 ans, écart-type de 1.09). Statistiquement, le score QRF a une très bonne qualité au niveau de la fidélité ($\alpha = 0,689$) et de la fiabilité (CCI = 0,764).

Résultat : 64,67 % des fratries présentent des relations fraternelles de type contrasté ; 21,33 % d'entre elles des relations fraternelles de type consensuel ; 8,67 % d'entre elles des relations fraternelles de type conflictuel et 5,33 % d'entre elles des relations fraternelles de type tranquille.

L'âge de l'aîné, l'écart d'âge entre frères et/ou sœurs et le sexe de la fratrie influencent le niveau de coopération de la fratrie ressentie par l'aîné. Le sexe et la configuration de la fratrie influencent le degré d'opposition. On constate une modification des rapports au sein de la fratrie avec l'avancée en âge des enfants dans le sens d'une diminution de l'opposition : quand les germains grandissent, l'âge de l'aîné a de moins en moins d'importance sur la qualité des relations, contrairement à l'écart d'âge qui reste déterminant.

³⁸⁹ SCHAEFFER E.S. et EDGERTON M. The sibling inventory of behavior. Chapel Hill, NC : University of North Carolina 1981.

³⁹⁰ WIDMER E. *Les relations fraternelles à l'adolescence*, Paris : PUF, 1999.

B. Des parents, de la famille

46. BEN HAMED S. *Les troubles relationnels mère-enfant : une psychothérapie en milieu judiciaire*. Paris : L'Harmattan, 2012, 289 p.

- **L'auteure**

Souad Ben Hamed est psychologue clinicienne, psychanalyste et psychosomaticienne, docteure en psychologie clinique de l'université Lyon II et chercheure associée au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC), Lyon II.

- **Type de recherche et format de publication**

Ouvrage présentant les résultats d'une recherche qualitative menée dans le cadre d'une thèse de doctorat³⁹¹.

- **Objectifs**

L'auteure, psychologue dans un service d'Aide éducative en milieu ouvert (AEMO), expose la création et la mise en place d'un dispositif clinique original en milieu judiciaire : le « roman de la grossesse ». Ce dispositif – à la fois préventif, diagnostic et thérapeutique – a été conçu pour répondre aux problématiques de maltraitance, aux difficultés relationnelles mère-enfant mais aussi aux problématiques de la subjectivation et du sentiment d'existence.

Le « roman de la grossesse » est présenté et discuté aussi bien dans son versant théorique en tant que concept heuristique, que comme dispositif de prise en charge au travers de la présentation détaillée de six cas cliniques issus de l'étude.

- **Définitions des termes employés**

Selon l'auteure, **la maltraitance parent-enfant** n'est pas seulement « une aberration comportementale mais une vicissitude du processus du devenir parent » (p. 33). La maltraitance est également abordée par l'auteure comme un domaine où la pathologie de l'incestuel³⁹² est massive et où les organisateurs psychiques individuels et familiaux sont défailants (p. 66).

La définition de la **parentalité** retenue est celle de Stoléru (1989, p. 353) : « L'ensemble des représentations, des affects, des comportements du sujet en relation avec son ou ses enfants, que ceux-ci soient nés, en cours de gestation ou non encore conçus. » L'auteure a retenu cette définition afin d'aborder la parentalité comme un processus, pour éviter de rester cantonné à l'étape actuelle du lien et d'être aveuglé par l'idéalisation des rôles parentaux.

- **Méthode**

400 entretiens cliniques ont été réalisés auprès de mères dans le cadre d'un service d'AEMO, entre 1999 et 2003. Parmi ces entretiens, 60 ont été enregistrés et retranscrits. L'auteure a choisi de présenter de façon très détaillée six monographies.

³⁹¹ BEN HAMED S. Le « roman de la grossesse » et ses variations dans les situations de maltraitance mère-enfant : la relation mère-enfant entre l'inceste agi et l'inceste fantasmé. Thèse de doctorat en psychologie : université Lyon 2, 2007.

³⁹² L'incestuel désigne « ce qui dans la vie psychique individuelle et familiale porte l'empreinte de l'inceste non fantasmé sans qu'en soient nécessairement accomplies les formes génitales ». RACAMIER P.-C. *Le génie des origines*. Paris : Payot, 1992, p. 147. Le point commun entre l'inceste et l'incestuel est l'indifférenciation (Ben Hamed S. p. 66).

- **Population d'étude**

6 femmes, dont les situations ont donné lieu aux monographies, constituent la population d'étude : Marie, la poupée russe ou la mère-famille ; Marguerite, la mère-fille ; Shéhérazade, la mère morte ; Reine, la mère-nonne ; Eve, la mère du monde ; Charlotte, l'amère.

Points communs des cas cliniques présentés :

- place prépondérante est laissée dans le psychisme de la mère à sa propre mère (traduisant une faille de l'organisation œdipienne) ;
- prédominance de relation de type narcissique ;
- problématique d'indifférenciation massive ;
- adolescence silencieuse ;
- présence de deux fantasmes : « le fantasme de filiation narcissique » (Guyotat) et le « fantasme de stérilité », nommé ainsi par l'auteure.

- **Le dispositif**

➤ **Prérequis théorico-cliniques**

– **Le Paradoxe de l'aide éducative**

L'aide éducative est faite « d'aide et de conseil alors qu'elle s'adresse à ceux-là même qui sont difficilement accessibles à l'aide et aux conseils ». Ainsi, « ces conseils tout en venant prendre place dans un milieu empreint de difficultés, présentent la relation mère-enfant telle qu'elle devrait se dérouler idéalement proposant "un mythe maternel édifiant et normatif" et empruntant un discours dans lequel "la plupart des femmes ne retrouvent pas leur réalité intérieure" » Bydlowski, 2000, p. 25. Selon l'auteure, ce qui blesse le plus les mères ce n'est pas le fait d'être accusées d'être un « mauvais parent », mais bien la non-reconnaissance de leur difficulté à l'être.

– **Du « roman familial » au « roman de la grossesse »**

L'auteure propose cette dénomination, en référence à la conception freudienne du « roman familial » qui correspond à l'activité nécessaire et structurante de fantasmes particulières qui commence à la période pré-pubertaire et se poursuit bien au-delà de la puberté. Elle se manifeste sous forme de rêveries diurnes lors desquelles l'enfant accomplit des souhaits imaginaires à propos de ses parents et s'invente une histoire autre que la sienne, plus conforme à ses souhaits intimes.

L'auteure propose de reprendre la conception freudienne en s'intéressant cette fois aux temps ayant précédé la grossesse et la naissance. À partir des travaux de M. Bydlowski sur la transparence psychique³⁹³, l'auteure postule que l'évocation de la grossesse dans le cadre de l'AEMO peut aussi être un moyen privilégié d'accès au monde fantasmatique, et une occasion de relancer les capacités d'élaboration et le développement de l'imaginaire³⁹⁴. La mère est invitée à se décentrer – momentanément – de l'agir parfois violent, des discours négatifs. L'objectif des rencontres est ainsi d'inciter la mère à reconstruire l'histoire du bébé qu'elle a été elle-même (son « naitre » à elle), afin de favoriser l'émergence de la narration des naissances de ses

³⁹³ BYDLOWSKI M. La transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes*. 1991, 32, p. 2-9.

M. Bydlowski a mis en évidence que lors de la grossesse la femme connaît un état psychique particulier, qui lui donne un accès privilégié à son monde fantasmatique et à ses souvenirs lointains. Avant d'envisager le bébé qu'elle aura, la mère est plongée dans une redécouverte du bébé qu'elle a été.

³⁹⁴ L'auteure a fait ce constat de façon empirique et précise avoir été surprise de retrouver cet état particulier chez les femmes rencontrées, en l'absence de grossesse, mais lors de l'évocation des souvenirs y étant associés, dans le cadre particulier qu'elle propose.

propres enfants (son « faire-naître »). Le « roman de la grossesse » est un véritable roman des fantasmes originaires (fantasme de la scène primitive ; fantasme de la castration ; fantasme de séduction) des membres de la famille. Le « roman de la grossesse » peut permettre chez les parents rencontrés dans le cadre d'une AEMO de favoriser une reconnaissance et une valorisation de la maternité – vécue comme remise en cause par l'action éducative. « Ceci peut contribuer à les soulager d'un combat agressif et de certaines formations défensives à l'encontre notamment des travailleurs sociaux » (p. 40).

L'auteure propose aussi la notion de « roman de la naissance » afin que l'enfant puisse penser ses origines, pensées nécessaires à sa vie psychique. En s'appropriant son histoire, l'histoire de sa conception, il peut par la suite penser son avenir. Avant de s'inventer une famille, l'enfant doit pouvoir inventer le lieu « d'où il sort », s'inventer un ventre maternel.

➤ **Présentation du dispositif**

– **Les indications**

Ce dispositif a été pensé pour des familles (mères, pères, enfants) souffrant de pathologie de délimitations des espaces psychiques, de pathologie de la contenance et de relation d'emprise et de pathologie du deuil originaire³⁹⁵.

– **L'associativité focale plutôt que libre**

Le sujet est invité à associer sur un thème principal : la grossesse. Les mères vont ainsi raconter la(les) grossesse(s) qui a/ont donné naissance à/aux enfant(s) avec le(s)quel(s) la mère se trouve aujourd'hui en difficultés relationnelles, mais elles vont également être invitées à évoquer leur propre naissance.

La grossesse est entendue dans une acception large et concerne la rencontre du couple, le désir d'enfant, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement.

Les représentations travaillées sont alors : représentations d'identification à la mère, représentations du couple parental (de ses parents), représentations d'un couple amoureux, représentations d'une famille, d'un « objet » famille, représentations autour de sa naissance et de ses origines, représentations d'une expérience sentie d'avoir été enceinte, représentations d'une expérience sentie d'avoir porté un bébé actif et vivant.

Les thèmes décidés sont abordés dans l'ordre de leurs évocations par les sujets. Ainsi plutôt qu'une apparition linéaire, est davantage retrouvée une apparition circulaire caractérisée par des « va-et-vient » progressifs, des abords différents des thématiques – montrant le travail d'appropriation – qui vont progressivement constituer la trame du roman.

La femme est invitée à s'exprimer en dépassant la simple évocation factuelle et à visiter davantage les différents champs de sa relation à son enfant.

– **Une durée fixée par avance : celle de l'AEMO.**

– **Les différentes modalités des rencontres :**

- Avec la mère en présence de son(ses) enfant(s) : la mère raconte le « roman de la grossesse » à son(ses) enfant(s).

³⁹⁵ « Le deuil originaire désigne le processus fondamental par lequel le moi, dès ses prémisses, avant même son émergence et jusqu'à la mort, renonce à la possession totale de l'objet, fait son deuil d'un unisson narcissique absolu et d'une constance de l'être indéfinie [...]. Le moi établit ses origines en reconnaissant qu'il n'est pas maître de ses origines. » RACAMIÉ P.-C. Cortège conceptuel. *Apsygée*. 1993, p. 33-34. Le deuil originaire et le tabou de l'inceste sont les deux conflits fondamentaux absents dans les situations incestuelles (p. 67).

- Avec la famille : afin de lever le voile sur certaines indifférenciations familiales. L'objectif est de favoriser chez les membres de la famille l'exploration des sphères d'indifférenciation au travers d'élaborations autour des attentes maternelles et paternelles assouvies ou déçues par l'arrivée de l'enfant ; la narration des différentes histoires de naissance de chacun des enfants de la fratrie. Modalité à utiliser avec prudence car ce dispositif peut favoriser l'incestualité familiale, le clinicien doit pour cela avoir une formation spécifique en thérapie familiale.
- Avec l'enfant reçu individuellement : les enfants vont relater ces moments tels qu'ils se les imaginent. Cela permet une relance de la symbolisation et offre une possibilité de pansement narcissique. Ces représentations sont nécessaires à l'évolution de l'enfant en suscitant le fantasme des origines, en inscrivant l'enfant dans l'ordre des générations, et en lui permettant de se (ré)approprier son histoire. L'enfant va pouvoir aborder l'idée qu'il se fait de la rencontre de ses parents, de ses grands-parents, la construction des couples. L'enfant se réapproprie à cette occasion sa place dans l'ordre des générations, ce qui peut permettre par la suite de dénouer la relation incestueuse mère-enfant/parents-enfant.
- Avec la mère seule³⁹⁶ : en sollicitant la transparence psychique, cela permet de parcourir les différentes étapes escamotées du processus de maternalité.

- **Résultats**

➤ **Les vertus diagnostiques du « roman de la grossesse » : évaluation de l'état des deux conflits fondamentaux : le conflit œdipien et celui du « deuil originaire »**

La manière avec laquelle la mère relate en après-coup la grossesse qui a donné naissance à son enfant renseigne sur :

- les modalités de l'investissement maternel (à dominante narcissique ou objectale) ;
- la nature du lien mère-enfant (par l'appréciation de la profondeur et de l'étendue de la sphère d'indifférenciation) ;
- l'état de l'organisation œdipienne³⁹⁷ chez la mère.

Les principaux points d'écoute sont :

- l'état de conflit œdipien ;
- l'état du tabou de l'inceste ;
- la nature de la relation précoce ;
- l'adolescence ;
- le choix du partenaire ;
- le désir d'enfant ;
- la conception ;
- la grossesse ;

³⁹⁶ L'auteure précise qu'elle a pu recevoir des pères pour l'élaboration du « roman de la grossesse », mais que ces rencontres étant en nombre trop restreint, elle n'a pas pu les développer dans l'ouvrage.

³⁹⁷ L'auteure reprend dans l'ouvrage les différents niveaux d'Œdipe et les deux organisations distinctes (œdipienne et antœdipienne) proposées par P.-C. RACAMIER, 1992. *Op. cit.*

- les mouvements fœtaux ;
- l'accouchement ;
- l'allaitement ;
- la filiation ;
- la nature des projections ;
- la nature de l'investissement de l'enfant ;
- le lien à l'autonomie et à la séparation.

À partir de ces points, l'auteure propose une grille d'évaluation sous forme de tableau avec pour chaque thème abordé, les critères retrouvés selon que l'organisation prévalente³⁹⁸ soit œdipienne ou antœdipienne.

➤ **Les principales vertus thérapeutiques du « roman de la grossesse » : l'élaboration des deux conflits fondamentaux et l'élaboration du double déni de la séparation (à sa propre mère et à ses enfants confondus avec elle-même)**

Une remise en route de la fonction de l'imaginaire : la narration dans l'après-coup par les femmes des différents temps accompagnant la naissance de leurs enfants leur permet de remobiliser leur imaginaire – souvent figé, désinvesti ou angoissant – en faisant réémerger affects, fantasmes et émotions associés aux récits.

Une reconnaissance des individualités : la mère peut accéder à la reconnaissance de ses origines et de celles de son(s) enfant(s).

Introduire une transitionnalité : différenciation et acquisition pour la mère d'une nouvelle identité, par la psychisation de l'entrée dans la maternité – elle devient mère psychiquement – par l'appropriation de ses propres origines. En imaginant le bébé qu'elle a pu être, elle pourra imaginer le bébé qu'elle a eu et le reconnaître comme psychiquement séparé d'elle.

Résultats thérapeutiques : mise en place de la temporalité et des liens générationnels ; passage de relations imprégnées par le narcissisme à des relations imprégnées par l'objectalité : la relation remplace progressivement le collage et les conduites des mères avec leurs enfants changent.

➤ **Les vertus préventives du « roman de la grossesse »**

Au regard de la définition donnée par l'auteure de la maltraitance, le « roman de la grossesse » peut être indiqué dans les difficultés relationnelles mère-enfant, pour prévenir la survenue des maltraitances ou leur récurrence.

➤ **Limites du dispositif proposées par l'auteure**

– **L'exigence pour le clinicien**

La rencontre avec ces familles, mais surtout le climat qui y règne nécessitent pour le clinicien une capacité à recourir à des identifications multiples (aux parents ; à l'enfant ; au maltraité ; au maltraitant) qui peuvent avoir un impact important sur ses éprouvés et impacter directement le dispositif.

– **La fascination induite par la thématique de la grossesse**

Les positionnements héroïques qui peuvent être retrouvés à propos de la grossesse peuvent induire une impossibilité à penser la maltraitance maternelle.

³⁹⁸ Ce choix délibéré de l'auteur, permet d'être au plus proche de la réalité psychique dans laquelle des éléments appartenant aux deux pôles d'organisation coexistent.

– La posture clinique

L'invitation à raconter le « roman de la grossesse », et ainsi l'invitation faite aux familles à visiter les domaines de l'intime peuvent favoriser l'émergence d'une incestualité latente ou l'exacerbation d'une incestualité patente. Le clinicien doit permettre l'abord de l'intime tout en respectant le « non-dévoilable en famille ». Il s'agit de contrôler la possible excitation familiale tout en favorisant la parole autour de ces questions.

47. DERIVOIS D. *et al.* Parcours et accompagnement de mères victimes de violences conjugales : une étude exploratoire dans le champ de la Protection de l'Enfance. Rapport de recherche. Paris : mission de recherche droit et justice, 2015.

- ***L'équipe de recherche (telle que présentée dans le document)***

Daniel Derivois, MCF-HDR est responsable scientifique.

Helen Marchal, master recherche est chargée de mission.

Min-Sung Kim, docteur en psychologie est chargée de mission.

Lisbeth Brolles est psychologue clinicienne, docteur en psychologie, chercheure associée.

Amira Karray est psychologue clinicienne, docteur en psychologie.

Lila Mitsopoulou est psychologue clinicienne, docteur en psychologie.

Jude-Mary Cenat est docteur en psychologie, postdoc, Uqam.

Nathalie Guillier-Pasut est psychologue clinicienne, doctorante.

Rita El Kardoudi est étudiante en master 1, vacataire.

Marie Chappa est étudiante en master 1, vacataire.

Nephtalie Eva Joseph est étudiante en master 1, vacataire.

Jean-Pierre Durif-Varembont, MCF-HDR.

Éric Jacquet, MCF.

Christiane Joubert, MCF-HDR.

Frédéric Weber est directeur de La Maison (ADAEAR).

« Autres collègues professionnels impliqués » :

Ludovic Issartel est psychologue, association Les Rayons de Soleil.

Sonia Benzemma est psychologue, association Info Victimes.

Habiba Benchaouch est psychologue (ADAEAR).

Laurence Berton Gatier est psychologue (ADAEAR).

- ***Type de recherche et format de publication***

Rapport final d'une recherche réalisée avec le soutien du groupement d'intérêt public mission de recherche droit et justice, conduite par le Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC) de l'université Lyon-II en partenariat avec la Maison d'enfants à caractère social (Mecs), La Maison de l'Association ADAEAR (Association pour les droits et l'accompagnement de l'enfant à l'adulte en Rhône-Alpes).

- ***Définitions des termes employés***

La violence (p.15) :

« L'usage intentionnel ou la menace d'usage de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, une autre personne, un groupe ou une communauté, et entraînant ou risquant fortement d'entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, mentale ou sociale de celui ou de celle qui en est victime³⁹⁹ ». Cette définition indique quatre éléments explicatifs

³⁹⁹ Selon l'Organisation mondiale de la santé, WHO/OMS, 1996.

quant à la violence : l'acteur de la violence, la victime de la violence, le contenu de la violence et les conséquences de la violence.

Les violences conjugales/violence domestique/violences faites aux femmes⁴⁰⁰ (p. 14 à 16)

Les **violences conjugales** recouvrent des aspects complexes en ce qui concerne les contextes et les dimensions des actes de violence ainsi que les conséquences qui peuvent se répercuter sur les sujets directement ou indirectement concernés.

La **violence domestique** concerne « tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique, qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de l'infraction partage ou a partagé le même domicile que la victime »⁴⁰¹.

Les **violences conjugales** comprennent « les violences physiques : être bousculé, frappé, giflé, poussé, mordu, brûlé...; des violences verbales : cris, injures, insultes, menaces...; des violences psychologiques : être humilié, insulté, ignoré, dévalorisé, intimidé, contrôlé...; des violences sexuelles : agression sexuelle, viol, harcèlement sexuel ; des violences économiques : contrôle des dépenses, des moyens de paiement... » (Voyer *et al.*, 2014).

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) (p. 16 à 18)⁴⁰²

Cette entité nosographique permet de mettre en évidence les souffrances psychiques auprès d'un large public suite à des événements traumatiques, comme les guerres, les catastrophes naturelles et les violences subies⁴⁰³. Le diagnostic se réalise par un certain nombre de critères présenté notamment par le DSM-IV (1996).

Les enfants exposés aux violences conjugales (p. 19 et 20)

Les écrits reconnaissent l'influence néfaste de la violence conjugale sur les enfants et les adolescents qui en sont témoins⁴⁰⁴. Les enfants assistant à des scènes de violences conjugales grandissent dans un climat de confusion importante par rapport aux besoins fondamentaux, notamment le développement affectif et le sentiment de sécurité⁴⁰⁵ et peuvent vivre un véritable traumatisme psychique, aux conséquences durables sur leur développement⁴⁰⁶.

La résilience (p. 24 à 26)

La capacité d'une personne à s'adapter malgré les événements déstabilisants, les conditions de vie difficiles et les traumatismes. Après un événement traumatique important, le processus résilient permet à l'individu de réguler la menace de désorganisation psychique et de reprendre

⁴⁰⁰ « Sans nier l'existence des situations dans lesquelles les hommes font l'objet de violence dans un cadre domestique, ce sont essentiellement les femmes qui sont "manifestement" victimes des violences conjugales (p. 15). »

⁴⁰¹ Convention du Conseil de l'Europe (Convention d'Istanbul, 2011) dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.

⁴⁰² Reconnu officiellement en tant qu'entité diagnostique spécifique depuis la troisième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), American Psychiatric Association, 1980.

⁴⁰³ BRILLON p., MARCHAND A. et STEPHENSON R. Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. *Santé mentale au Québec*. 1996, 21, 1, p. 129-144.

⁴⁰⁴ HENRION R. *Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de santé*. Rapport, n°MS-01-01. Paris : Ministère de la santé, 2001 ; BOURASSA C. La relation entre la violence conjugale et les troubles de comportement à l'adolescence : les effets médiateurs des relations parents-adolescent et du soutien des amis. Thèse de doctorat : université Laval, 2002.

⁴⁰⁵ GIRARD J. Les violences conjugales : pour une clinique du réel. *Thérapie familiale*. 2004, 25, 4, p. 473-483.

⁴⁰⁶ SCHORE A.M. La régulation affective et la réparation du soi. Traduction française, CIG : Montréal, 2008.

le développement malgré les blessures⁴⁰⁷. Il ne s'agit pas de suradaptations, d'un simple dépassement du traumatisme, ni d'un retour à l'état antérieur⁴⁰⁸ mais bien du développement du sujet qui est repris dans un sens nouveau (néo-développement⁴⁰⁹).

Chaque individu a un potentiel de résilience qui diffère suivant les personnes et les contextes environnementaux⁴¹⁰. Le processus de résilience est une co-construction incessante entre l'individu, la famille et l'environnement social. Il existe chez l'individu trois types de ressources sur lesquelles le processus résilient prend appui : celles d'ordre interne au sujet, celles d'ordre familial et celles du contexte socio-environnemental⁴¹¹.

- **Objectifs**

Face aux difficultés et aux entraves constatées en protection de l'enfance dans l'accompagnement des enfants en raison des problématiques des mères⁴¹² victimes de violences conjugales, les auteurs ont choisi de réfléchir sur le parcours et l'accompagnement de mères victimes de violences conjugales identifiées à partir du dispositif de la protection de l'enfance.

Si les enfants bénéficient de l'encadrement psycho-éducatif proposé en maison d'enfants à caractère social (Mecs), ils sont souvent très inquiets pour leur mère restée au domicile, ce qui ne leur permet pas de bénéficier pleinement de l'accompagnement proposé en MECS. De plus, ces mères, souvent peu disponibles psychiquement, ont tendance à survaloriser et à surinvestir les besoins matériels afin de combler les carences affectives et éducatives de leurs enfants. Ainsi, conjointement à l'accompagnement des enfants, dans le cadre du travail clinique avec ces mères, il est pertinent d'avoir pour objectif de les aider à retrouver d'abord leur statut d'être humain, ensuite de femme et enfin de mère pour les enfants.

Cette recherche a pour objectifs de :

- retracer le parcours de vie de ces mères ;
- identifier le contexte d'émergence de la violence et les types de violences subies et essayer d'en saisir le développement ;
- comprendre la place qu'occupe le mari ou le compagnon violent mais aussi les enfants dans l'économie psychique des mères-femmes ;
- évaluer les effets/impacts/traces des parcours de violences conjugales ;
- évaluer leur potentiel de résilience.

⁴⁰⁷ ANAUT M. La relation de soin dans le cadre de la résilience. *Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), Informations sociales*. 2009, 6, 156, p. 70-78. ; CYRULNIK B. La résilience : un processus multicausal. *Revue française des affaires sociales*. 2013, 1, 1-2, p. 15-19

⁴⁰⁸ ANAUT M., 2009, *op. cit.*

⁴⁰⁹ CYRULNIK B. Résilience des sujets âgés. *Synapses*. juin 2005, n° spécial. ; CYRULNIK, B. et DUVAL, p. (dir.) *Psychanalyse et résilience*. Paris : Odile Jacob, 2006.

⁴¹⁰ ANAUT M. *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris : Armand Colin, 2008 ; CYRULNIK B., 2013, *op. cit.* ; LEMAY M. Rôle des déterminants affectifs et familiaux. In B. CYRULNIK et al. *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et perspectives, 1998, p. 27-44. ; MANCIAUX M. et al. *La résilience : résister et se construire*. Genève : Cahiers médico-sociaux, 2001.

⁴¹¹ ANAUT M., 2009. *Op. cit.*

⁴¹² Les auteurs insistent sur le statut de mère qui fait intervenir les enfants et les pères dans la problématique des violences conjugales.

- **Population d'étude**

Échantillon total de trente-cinq mères ayant été ou étant encore victimes de violences conjugales et dont les enfants sont accueillis dans deux MECS de la Région Rhône-Alpes (La Maison, partenaire de cette recherche et une autre Mecs de l'ADAEAR).

- **Méthode**

La méthode choisie articule une phase quantitative et une phase qualitative qui inclut également un dispositif praticien (certaines mères sont suivies en temps réel tout au long de la recherche) permettant d'évaluer l'intérêt de l'accompagnement et ses effets positifs.

➤ **Trois grandes phases articulées :**

1. **Une phase clinique exploratoire**

Relecture du travail d'accompagnement effectué auprès de douze mères prises en charge dans le dispositif praticien entre 2002 et 2012 afin de formuler des hypothèses notamment sur la fonction psychique du mari/compagnon et de la place des enfants dans la psyché maternelle.

2. **Une phase quantitative auprès de vingt-trois mères**

Variables évaluées : les symptômes d'anxiété, le trouble de stress post-traumatique, la dépression, le soutien social (réel et perçu) et la résilience à l'aide de questionnaires autoadministrés en présence d'un membre de l'équipe.

Les outils⁴¹³ :

- **Inventaire d'anxiété de Beck (IAB)** : échelle de vingt-et-un items qui évalue les symptômes somatiques et cognitifs de l'anxiété. L'intensité des symptômes est évaluée à partir d'une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 3 (beaucoup) ;
- **Impact of Event Scale – Revised (IES-R)** : évaluation des symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Trois sous-échelles et vingt-deux items⁴¹⁴ : évitement (huit items), reviviscences (huit items) et hypervigilance (six items). Les items sont présentés sur une échelle de Likert de cinq points (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup, énormément) ;
- **Beck Depression Inventory (BDI) – deuxième version BDI-II** : évaluation de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs. Les vingt et un items sont présentés sous la forme d'une échelle de Likert allant de 0 à 3 ;
- **Social Support Questionnaire (SSQ-6)**⁴¹⁵ : deux scores calculés à l'aide de six situations présentées au sujet. Les situations sont présentées en deux parties, la première partie porte sur l'évaluation du nombre de personnes disponibles autour de l'individu (score de disponibilité perçue) et la seconde partie porte sur l'évaluation du degré de satisfaction de la personne pour chaque disponibilité perçue – échelle de Likert de 6 points (de très insatisfait à très satisfait) ;

⁴¹³ L'ensemble des outils utilisés par les auteurs présentent de bonnes propriétés psychométriques ; une bonne consistance interne et une bonne fiabilité.

⁴¹⁴ WEISS D.S. et MARMAR C.R. The Impact of Event Scale - Revised. In WILSON, J. et KEANE, J.M. (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. NY : Guilford Press, 1997, p. 399-411.

⁴¹⁵ SARASON I.G., SARASON B.R., SHEARIN E.N. et al. A brief measure of social support : practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationship*. 1987, 4, p. 497-510.

- **Resilience Scale (RS)**⁴¹⁶ : échelle de vingt-cinq items évaluant la capacité des personnes à faire face aux adversités et à se reconstruire. Les répondants doivent indiquer leur degré d'acceptation pour chaque énoncé allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (totalement en accord).

3. Une phase qualitative auprès de neuf mères issues des vingt-trois mères questionnées lors de la phase quantitative

Cette évaluation a été réalisée en deux temps : entre juin et juillet 2014 avec la rencontre de quatre mères lors de la conception du projet de recherche et de janvier à février 2015 avec la rencontre de cinq autres mères.

Les outils :

Au niveau individuel :

- **Entretiens individuels** approfondis, comprenant la passation de tests projectifs (Rorschach et TAT).

Le nombre des entretiens a varié (de trois à six) en fonction de la situation et de la disponibilité des mères au moment de la recherche. Un dernier entretien fut consacré à la restitution.

- **Accompagnement chez le coiffeur** : un dispositif clinique expérimental innovant. Une séance par mère. A permis un travail sur : la renarcissisation (reprise de confiance) des mères.

Au niveau groupal :

- **Groupe Photolangage**⁴¹⁷

Dispositif permettant, par le biais de photos, de travailler sur l'expression d'affects anciens et actuels. Durée de 1 h 30 par séance ; trois séances ont été organisées pour les deux groupes de mères.

- **Cafés thématiques** :

Séances d'1 h 30, réalisées entre avril et mai 2015. Discussions entre les mères des deux groupes autour de thèmes concernant la parentalité, la maternalité mais aussi la féminité, la représentation du compagnon/mari violent, la coiffure ainsi que leur appréciation de tout le dispositif d'accompagnement à travers cette recherche.

➤ Limites méthodologiques identifiées par les auteurs

- **L'échantillon initialement prévu** (n = 60) n'a pas pu être constitué en raison des difficultés pour récupérer les questionnaires et pour faire aboutir les prises de contact avec les femmes ;
- **discontinuité dans l'implication** ;
- **les contraintes liées à la durée de la recherche** ;
- **vécus transféro-contre-transférentiel** : l'imprévisibilité des mères, la nécessité de les contacter à de multiples reprises pour s'assurer de leur présence aux rendez-vous, les absences multiples ont fait vivre à l'équipe de recherche de la déception, parfois de la colère et de l'inquiétude.

⁴¹⁶ Développé auprès de femmes ayant vécu des situations difficiles et qui ont pu s'adapter et se reconstruire. Cf. WAGNILD G. et YOUNG H.M. Resilience among older women. *Journal of Nursing Scholarship*. 1990, 22, p. 252-255. ; WAGNILD G.M. et YOUNG H.M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1993, 1, p. 165-78.

⁴¹⁷ VACHERET C. *Photo, groupe et soin psychique*. Lyon : PUL, 2010.

- **Résultats**

- **Taux importants de PTSD et de dépression**

Bien que la faiblesse de l'échantillon rencontré n'ait pas permis de réaliser des analyses statistiques poussées, des analyses descriptives et exploratoires permettent d'établir les résultats suivants :

- PTSD : 79 % femmes présentent des symptômes sévères ; 17 % présentent des symptômes modérés ; 4 % ne présentent aucun symptôme ;
- symptômes dépressifs : plus de deux tiers des mères présentent des symptômes de dépression significatifs ;
- anxiété : 35 % des symptômes sévères et 17 % des symptômes modérés ;
- résilience : 29 % présentent un niveau très faible ; 14 % modérément faible ; 19 % modéré ; 29 % modéré élevé ; 10 % élevé ⁴¹⁸.

- **Faillies narcissiques maternelles en amont de la vie conjugale et parentale**

Les failles narcissiques des mères sont un héritage partiel de la filiation dénigrante de la femme/mère victime de sa propre mère. L'étude des dossiers des douze mères a permis de dégager une dimension intergénérationnelle à leurs problématiques. Celles-ci auraient manqué de reconnaissance et/ou de valorisation de leur identité féminine par leurs propres mères. Par intériorisation du discours maternel, l'identification au féminin n'a pas pu se construire ou s'est construite sur un mode déprécié. Dans les douze cas de mères étudiées, la figure paternelle semble défaillante et caractérisée par une absence psychique. Le père apparaît en effet soit menaçant, attaquant ou violent, soit distant et rejetant et cette image semble être recherchée en la personne du conjoint violent.

- **Les fonctions psychiques du conjoint, des enfants et des institutions pour la femme-mère**

- **Le conjoint violent**

Il apparaît comme un support de réactivation de la faille narcissique. Il représente à la fois un objet défaillant à réparer et un objet utilisé pour réparer (en miroir) la faille narcissique. La dynamique conjugale dans laquelle les violences ont (eu) lieu semble permettre une réparation de l'image du couple parental. Cela est illustré par l'histoire des couples : la formation du couple se base d'abord sur une relation idéale, où l'homme (protecteur, respectueux) incarne à la fois une figure paternelle (réparée et réparatrice) et une figure maternelle (totalement bonne) ; cela amène ces femmes à être dans des positions infantiles, de dépendance qui favorisent (progressivement ou soudainement) l'émergence de la violence dans la relation. Vient ensuite une phase de lutte, lutte réelle dans le quotidien de violences, de conflits et lutte psychique pour maintenir l'illusion de cette figure père-mère, réparée et réparatrice. Ainsi, en étant violent, dominant, dénigrant, etc., tout en contribuant à la reproduction de vécu familial antérieur (schéma parental), le conjoint ne permet pas la réparation et au contraire accentue les failles.

- **L'enfant**

Il tient une position paradoxale : il est perçu à la fois comme une source de renarcissisation des mères par la reconnaissance de leur place, et représente à la fois l'objet à protéger et l'objet à utiliser pour se protéger et se réparer (donc conférant un statut de victime). L'enfant accueilli

⁴¹⁸ Il est important de noter que la résilience d'un sujet n'équivaut pas à une invulnérabilité. Comme le montrent les résultats de la recherche, certaines des mères avec un taux élevé de résilience présentent aussi des taux importants de PTSD et de dépression ainsi qu'une souffrance psychique importante.

en Mecs est alors porte-parole ou porte-symptôme de la mère dans les institutions quant aux violences conjugales et est souvent parentifié dans ce processus où il se retrouve face à la tâche de porter, de reconnaître la souffrance maternelle, et d'en témoigner mais aussi face à la tâche de la réparer, d'en prendre soin, d'en faire une (bonne) mère. Les enfants représentent des tuteurs de résilience et de ressources externes pour les mères. Malgré leur vulnérabilité (placement, lien direct avec la défaillance parentale, lien avec le vécu de violence conjugale), les enfants sont hyper investis dans un processus de survie identitaire et de réparation, d'où l'importance encore de la place des mères (et plus largement des parents) dans les dispositifs d'accompagnement des enfants placés.

– Fonction commune de l'enfant et du conjoint violent

La femme-mère est dans une position sacrificielle par rapport à eux et trouve ainsi un sentiment d'être utile et d'exister auprès d'eux. Elle renonce à son identité pour lutter contre l'anéantissement. Il ne s'agit plus d'une mère qui fait des sacrifices pour son enfant ou son compagnon mais d'une femme qui se sacrifie en mettant entre parenthèses son identité de femme, voire de personne, et la masque derrière une identité exclusive de mère. La position sacrificielle devient alors une position active qui sert à maintenir une identité ancrée au niveau intergénérationnel (désignation) et au niveau de l'actuel intersubjectif (survie psychique, exister à travers la relation à l'autre).

– L'institution d'accueil des enfants

Elle occupe alors deux fonctions psychiques pour la mère par les outils thérapeutiques proposés et les postures professionnelles adoptées :

- Fonction de dépôt : accueil de la complexité traumatique de la mère, des ensembles familiaux.
- Fonction de tiercéisation : susceptible d'amener mère, enfant et père à l'élaboration de l'héritage traumatique et à les inscrire dans des dynamiques relationnelles plus sereines. Répond à la nécessité d'un travail à propos de l'intrication de problématiques de chacun dans des dyades mère-enfant difficiles à dissocier, où le père est souvent absent.

➤ Les violences conjugales ne se limitent pas à la conjugalité

Si elles émergent dans le couple, leurs origines et incidences se déploient bien au-delà. La violence (directe ou indirecte) peut atteindre tous les membres de la famille qui vont la traiter chacun selon ses ressources psychiques et environnementales propres. Les cas cliniques montrent aussi qu'au niveau familial transgénérationnel, la violence a pu exister dans le couple parental et envers les enfants, venant du père ou de la mère ou des deux. L'étude présentée a permis d'interroger le lien de transmission du couple sujet de violence aux enfants placés. L'enfant est en effet impliqué – ne serait-ce qu'en tant que témoin – dans cette dynamique de violence qui le questionne et le met souvent dans des conflits de loyauté, des doutes sur le lien et de la culpabilité. Ces éléments soulignent la place centrale de l'enfant dans la dynamique de violences conjugales et amènent à interroger la parentalité du couple.

➤ Effets et apports du dispositif expérimental mis en place

– Pour les mères :

Par les aides proposées, la mère pourra progressivement s'approprier sa trajectoire de vie, et se réapproprier son statut de femme et de mère. En étant reconnue comme sujet par l'institution, elle pourra à son tour s'y reconnaître. Dans les situations cliniques présentées, le désir de

se reconstruire et d'apprendre à se protéger, de ne plus se laisser faire, apparaît dans la plupart des cas. Le dispositif a donc eu des effets positifs sur les mères : valorisation du féminin ; reconnaissance de leur parcours et de leurs capacités ; construction de relation par identification, par étayage (donc moins sur un mode narcissique).

– Pour les équipes et les établissements :

Le dispositif mis en place a aussi eu un effet positif sur les professionnels et les institutions entraînant un changement de valence des discours à propos des mères – devenus plus positifs ; des interrogations sur les pratiques quotidiennes auprès des parents et des enfants. La place des parents a pu être repensée dans les institutions (« café des parents » mis en place en articulation avec le groupe de parole de parents déjà existant).

➤ Pour les modalités de prises en charge/d'accompagnement

– L'institution tuteur potentiel de résilience pour les mères

En laissant une place valorisante aux mères et en les aidant à restaurer leur statut d'être humain et de femme par-delà celui de mère, l'institution peut être investie comme une ressource externe positive. Pour cela, elle doit les intégrer dans les prises en charge proposées aux enfants et ne plus seulement les considérer comme des « mères défaillantes ». Un dispositif d'accompagnement des enfants prenant en compte le groupe familial dans son ensemble et non uniquement en essayant d'en protéger l'enfant est en effet nécessaire.

– La nécessité de séparer les espaces de prise en charge parents et enfants

Du fait de l'intrication importante des problématiques des mères et de celles des enfants, les Mecs, même si elles peuvent participer d'un travail d'ensemble pour la dynamique familiale, ne semblent pas être le lieu idéal des prises en charge pour ces femmes. Sans tomber dans les clivages des lieux de soin, il s'agit de respecter la tâche primaire des Mecs – à savoir protéger les enfants et non prendre en charge les violences conjugales – et ainsi d'assumer davantage la complexité des problématiques et d'envisager simultanément plusieurs angles de vue institutionnels. Ainsi les groupes de parole de parents d'enfants placés en Mecs ont lieu à l'extérieur de l'institution et permettent ainsi de désintriquer les lieux psychiques en commençant par distinguer les lieux de traitement. L'accompagnement des mères ne peut se faire de façon isolée de l'accompagnement des enfants placés, mais alors il ne s'agit pas de fusionner les accompagnements, mais plutôt de les articuler de manière à réduire les clivages, à reconnaître l'individualité de chacun, et la part d'histoire commune et de souffrance partagée.

– S'appuyer sur les groupes de femmes

La communauté de femmes (groupes de femmes ayant des vécus similaires, groupes de mères dans la Mecs ; groupe de femmes chez le coiffeur) représente des points d'appui et d'identification possibles pour les femmes aussi bien pour le vécu de leur féminité que pour le vécu de leur maternité et être ainsi d'autres tuteurs de résilience. Ces groupes permettent le développement d'un sentiment d'appartenance, une possibilité d'identification, de dépôt et un espace d'entraide.

– Les risques de l'accompagnement des victimes de violences conjugales

Les auteurs soulignent l'importance de penser et d'accompagner une « sortie », un dégagement de la position de victime des femmes. Cependant, ils précisent que cette sortie suppose aussi de pouvoir se dégager de la culpabilité, de la dévalorisation de soi. À partir de l'expérience de cette recherche, il a été constaté que si le dégagement de cette position de victime semble souvent faire un détour nécessaire par des mécanismes pour dévaloriser l'homme,

le disqualifier, pour récupérer/réparer la femme, il semble nécessaire, dans ce processus de séparation (avec l'homme violent) et de reconstruction de soi, de veiller à ne pas tomber dans les mêmes logiques d'emprise ou d'infantilisation. Le risque est en effet d'écraser l'autre symboliquement, pour se restaurer narcissiquement. Cependant, sortir de la position de victime ne peut pas être un objectif en soi, à lui seul, car il risque autant pour les professionnels et les chercheurs, que pour les femmes de voiler d'autres aspects importants dans ce genre de dynamique, de rencontres de personnalités et de fonctionnements psychiques. En effet, sortir de la position de victime n'est pas un acte ni un événement, encore moins une décision, c'est un processus complexe qui nécessite une élaboration psychique à long terme, qui doit s'appuyer sur l'ensemble des constats cliniques réalisés.

Recommandations formulées par les auteurs (p. 131 et 132)

1. Pour l'accompagnement des personnes victimes de violences conjugales :
 - décentrer la violence du pôle homme-femme ;
 - distinguer conflit conjugal et violence conjugale ;
 - mettre en place des dispositifs basés sur la narrativité et le processus narratif ;
 - rencontrer ces personnes dans leur milieu « naturel » avec une démarche d'aller vers elles ;
 - développer l'accompagnement chez le coiffeur.
2. Pour les professionnels
 - instituer l'analyse des pratiques, notamment autour des représentations des auteurs et des victimes ;
 - travailler sur le contre-transfert.
3. Pour les maisons d'enfants à caractère social
 - créer un centre d'accueil parents-enfants ;
 - développer un espace de parole pour les pères ;
 - travailler avec les grands-parents et autres personnes ressources pour la famille.
4. Pour la formation initiale et continue
 - ajuster le contenu des formations des éducateurs spécialisés ;
 - former à l'analyse du transfert et du contre-transfert avec les publics traumatisés.
5. Pour la recherche
 - faire une recherche quantitative sur les mères victimes ;
 - faire une recherche qualitative sur les « hommes-pères violents ».
6. Pour la diffusion
 - faire des articles ciblés à partir de ces résultats ;
 - faire un ouvrage pour présenter des monographies de ces neuf mères.

48. LACHARITÉ C. et FAFARD G. Négligence envers les enfants et actions collectives auprès des parents : l'expérience parentale des besoins des enfants dans l'animation de groupes de parole. In ZAUCHE-GAUDRON C. (dir.). *Précarités et éducation familiale*. Toulouse : Érès. 2011, p. 391-398.

- ***Les auteurs***

Carl Lacharité est professeur titulaire au département de psychologie et directeur du centre d'études interdisciplinaire sur le développement de l'enfant et la famille de l'université du Québec à Trois-Rivières.

Guylaine Fafard, centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille, université du Québec à Trois-Rivières.

- ***Type de recherche et format de publication***

Chapitre issu d'un ouvrage collectif.

- ***Contexte et objectifs***

Les situations de négligence à enfants sont caractérisées par des obstacles particuliers à la prise en charge. Les méthodes traditionnellement employées (entraînement aux habilités parentales, thérapies de groupe, entraide), même si elles ne sont pas problématiques en soi, présentent des résultats mitigés du fait du contexte de négligence. L'objectif de l'article est de présenter les différentes stratégies d'animation dans des groupes de parole de parents lors de situations de négligences envers les enfants afin de surmonter les obstacles et, finalement, d'aider les parents à construire un savoir collectif de ce que signifie « être parent » et avoir des enfants, dans les conditions particulières dans lesquelles ils vivent.

- ***Définitions des termes employés***

« Sous l'angle des conduites des adultes, la **négligence** se caractérise par des difficultés sur deux plans :

1) la fonction réflexive, c'est-à-dire réfléchir aux conséquences de leurs actions sur l'enfant (globalement, sur sa sécurité et son développement, mais aussi sur ses émotions, ses idées sur lui-même et son monde, etc.) ;

2) la fonction de relais, c'est-à-dire établir des relais sociaux qui permettent d'assurer une continuité dans l'attention et la disponibilité psychologique auxquelles l'enfant a accès de la part des adultes de son entourage⁴¹⁹ ».

- ***Propositions et conclusion***

Après avoir identifié les deux difficultés particulières des adultes auteurs de négligences, les auteurs proposent une méthode d'animation de groupe basée sur l'approche écosystémique⁴²⁰ centrée sur les besoins de l'enfant. L'objectif de ces prises en charge est d'intégrer les parents à

⁴¹⁹ LACHARITÉ C., FAFARD G., BOURASSA, L. *et al.* Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, nouvelle génération. Trois-Rivières, Groupe de recherche en développement de l'enfant, 2005, p. 391.

⁴²⁰ LACHARITÉ C., ETHIER L.S. et NOLIN p. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 59, 4, p. 381-394.

l'intérieur d'une collectivité qui se soucie des enfants et de leurs besoins en permettant l'enrichissement de l'expérience parentale (acquisition de nouvelles habiletés, entraide des parents vivant des expériences similaires et recherche de solution à des problèmes concrets).

➤ **Les cinq formes de pratiques d'animation recommandées**

1. **Dépasser la simple expression des ressentis/sentiments des parents et se centrer sur leurs expériences** : favoriser l'expression des savoirs et croyances à propos de leur vie et de leur responsabilité à l'égard de leurs enfants, de leurs inquiétudes ou difficultés dans l'exercice du rôle parental, de leurs intentions ou projets pour eux-mêmes et leurs fils et filles. La centration sur l'expérience implique également l'exploration des sentiments qui y sont associés ainsi que les conditions matérielles, psychologiques, sociales et culturelles qui façonnent celle-ci.
2. **Assurer un étayage narratif pour favoriser l'expression individuelle et le partage collectif de ces expériences** : l'animateur de groupe propose des exercices ou pose des questions afin d'inciter les parents à mobiliser leurs propres ressources pour caractériser les particularités de leurs expériences, pour explorer les conséquences de ces expériences sur eux, et finalement, pour construire des justifications des évaluations qu'ils font.
3. **Soutien et valorisation des initiatives et expériences positives des parents avec leurs enfants** : l'animateur va soutenir les parents dans la description d'expériences positives avec leurs enfants pour ensuite les inviter à décrire et à explorer les conditions qui les permettent.
4. **Utiliser un langage qui favorise l'extériorisation des problèmes évoqués en groupe** : les parents ne sont pas une personification des problèmes qui se manifestent dans leur vie. Il s'agit donc de leur permettre de changer leur rapport à ces éléments en les considérant non plus comme une partie d'eux-mêmes, mais comme des éléments avec lesquels ils sont en relation.
5. **Soutenir de façon créative⁴²¹ et esthétique⁴²² l'évocation de thèmes et de concepts pertinents dans la vie des parents** : les thèmes sont variés (besoins des enfants, discipline, communication, estime de soi, violence, traumatisme, famille, soutien, etc.). En pensant les thèmes de manière créative et esthétique l'animateur incite les parents à faire de même.

Agir auprès des parents en situation de négligence exige de la part de l'animateur des positionnements particuliers (accompagnement et collaboration) seuls à même de permettre le développement personnel et collectif. Au travers d'un partage en groupe d'expériences et de connaissances, les parents sont invités à modifier leurs rapports à leurs expériences et aux éléments de leur vie quotidienne en mobilisant leurs ressources personnelles au travers du partage et de l'écoute de celles des autres.

⁴²¹ En portant une attention aux possibilités.

⁴²² Réfléchir à ce qui peut évoquer le « beau » et le « valable ».

49. LEFEBVRE D. & STEPHANOFF M. Un dispositif de soin pour les familles « hors la loi » de la protection de l'enfance. *Le Divan familial*. 2013, n° 30, p. 23-36.

- **Les auteurs**

Danielle Lefebvre et Marina Stephanoff sont psychologues cliniciennes dans les établissements Cap Alésia, à Paris.

- **Type de recherche et format de publication**

Article présentant les principaux éléments d'un travail clinique mené en protection de l'enfance.

- **Définitions des termes employés**

Le **placement judiciaire** : « Parce que des parents n'ont pas pu, pas su tenir leur place et leur rôle, parce qu'ils sont pris dans des turbulences qui mettent à mal tous les repères générationnels, éducatifs, affectifs, parce qu'ils ont exposé leurs enfants, les ont maltraités, négligés – souvent comme ils l'ont été eux-mêmes –, un juge décide de séparer parents et enfants [...]. Par le tranchant de sa parole et de l'acte, le juge protège l'enfant et le réinscrit à sa place dans l'ordre des générations pour lui permettre d'accéder à une place de sujet. Simultanément, le juge signifie à ces parents qu'ils sont "hors la loi" : ils ont transgressé la loi symbolique et la loi sociale » (p. 23).

Les visites médiatisées : « Dans certaines situations, le juge définit aussi les modalités selon lesquelles parents et enfants continueront à se rencontrer. Le dispositif peut être restreint jusqu'à n'accorder que des rencontres en présence d'un tiers : c'est ce qu'on appelle communément la "visite médiatisée " » (p. 23).

- **Objectifs**

Les auteures présentent le dispositif clinique à visée thérapeutique qu'elles ont mis en place dans le cadre de visites médiatisées parents-enfants en protection de l'enfance. Elles illustrent leurs propositions d'exemples tirés de leur pratique dans un service de visites médiatisées.

- **Résultats et perspectives cliniques**

Afin de favoriser les réaménagements nécessaires à la construction de l'enfant et à l'expérience de la parentalité, différents opérateurs du cadre thérapeutique sont nécessaires à cette forme particulière d'accompagnement :

1. **La reconnaissance et l'éprouvé de la souffrance de l'autre**

Reconnaître la souffrance de chacun et la part de colère générée par la violence du placement quelles que soient les raisons qui ont motivé celui-ci est une première nécessité. Les parents peuvent cependant être dans l'incapacité de formuler mais aussi parfois de reconnaître cette souffrance du fait d'une forme d'anesthésie physique et psychique. Il faut alors accepter que les parents soient sans demande au début, sauf celle de voir leurs enfants.

2. **L'attention portée à l'accueil**

L'accueil proposé doit être inconditionnel⁴²³, contenant et reconnaissant : « par-delà l'histoire de la famille et les raisons du placement, quelles que soient les pathologies, les comportements,

⁴²³ Les auteures précisent que l'emploi du mot « inconditionnel » pour qualifier l'accueil proposé peut surprendre ou paraître un non-sens au regard des aspects imposés, réglementés du dispositif, mais qu'il est là pour qualifier la rencontre humaine qui a lieu lors de ces temps de visite.

les “loupés” de rencontre, nous nous efforçons d’accueillir sans réticence et sans jugement ces pères, ces mères, ces enfants tels qu’ils se présentent à nous » (p. 27).

Dans ce dispositif, les cliniciennes ont choisi de ne pas commencer les entretiens préliminaires en reprenant l’anamnèse, les motifs du placement et ainsi ne pas répéter les entretiens qui ont précédemment eu lieu dans les services, mais au contraire d’offrir d’autres modalités relationnelles. Elles proposent à la place de présenter le dispositif et ce qu’il peut avoir à offrir aux familles, pour favoriser la possibilités d’alliances nouvelles et fécondes pour le travail à venir.

3. L’interprétation en acte plutôt qu’en mot : les « actions significantes »⁴²⁴

Pour déjouer l’agressivité, la tolérer et la dépasser, il faut décaler les réponses pour que d’autres modalités d’échanges puissent se mettre en place. Face à des sujets en difficulté pour s’exprimer (par le langage) et pour lesquels les interprétations verbales sont inefficaces voire renforcent leurs défenses, l’action parlante (action qui parle d’elle-même destinée au patient) par sa simplicité apparente peut être pour un temps le seul mode d’adresse opérant. Les actions simples (porter une attention au confort et à l’esthétique du lieu, à l’état des jouets, apporter une boisson, connaître et se rappeler les habitudes des uns et des autres) peuvent ainsi avoir davantage de valeurs que les mots et les interprétations.

4. L’observation respectueuse : un travail d’appui sur l’intersubjectivité

Il s’agit pour les cliniciennes d’être présentes avec bienveillance, sans jugement, en respectant une certaine distance tout en s’engageant. Ce sont les conditions nécessaires pour déjouer la peur que les sujets rencontrés ont souvent de leur propre fonctionnement mental. L’expérience du regard bienveillant de l’autre peut alors devenir une expérience d’accès à une part de soi inconnue ou niée. Le premier temps d’observation offre alors un contenant à ces patients qui ne peuvent « ni se voir ni se penser » (p. 32).

5. L’écrit

L’écrit est l’un des supports de l’intersubjectivité puisqu’il implique que l’auteur mette en mot et propose son point de vue et que le lecteur se fasse le sien : « à la croisée de ces subjectivités émerge du sens, nourri de ce que chacun s’approprie ou récuse, mais aussi de ce que chacun projette du regard de l’autre » (p. 33). L’écrit permet également pour les professionnels de lutter contre les attaques de la pensée très présentes lors des rencontres.

Au-delà de la simple possibilité pour parents et enfants de se rencontrer, la visite médiatisée peut alors devenir une scène pour jouer les séparations et les retrouvailles, se fabriquer une histoire commune et apaiser les blessures et les souffrances d’une histoire douloureuse, sous le regard bienveillant d’un tiers. Le dispositif tel qu’il a été pensé propose un espace dans lequel va à la fois s’actualiser et se créer une/des manière(s) d’être ensemble pour les parents et les enfants avec les cliniciens, fait de « pareil » (du comme avant) mais aussi du « pas pareil ». L’écart entre l’avant et le nouveau permettra qu’un sens advienne sur ce qui s’est passé dans la famille (ayant souvent conduit aux mesures) et ainsi un dégagement du traumatisme initial pour que penser la séparation devienne possible ainsi qu’un réaménagement des représentations et des interactions.

⁴²⁴ RACAMIER P.-C. *L’esprit des soins*. 1994, Éditions du collège.

50. LE NESTOUR A., GRANDIN S. Des bébés exposés aux excès ou aux négligences parentales. L'obligation de soins empathiques. *Enfances & Psy.* 2009, 2, n° 43, p. 32-40.

- **Les auteures**

Annick Le Nestour est pédopsychiatre et psychanalyste dans une unité de soins ambulatoires de psychologie et psychiatrie périnatale.

Sophie Grandin est éducatrice de jeunes enfants.

- **Type de recherche et format de publication**

Article.

- **Définitions des termes employés**

Les relations chaotiques parents-bébé dans les parentalités limites (p. 34) : « Les parents ont vécu eux-mêmes dans un chaos où l'alternance imprévisible et dysrythmique d'excitations anarchiques et violentes, d'incendie et de gel dans les interactions avec leurs propres parents a été une constante. [...] Confrontés dès leur prime enfance à des parents qui n'ont pas joué leur rôle de contenant, de pare-excitation, ces enfants devenus à leur tour parents se retrouvent face à leur bébé, miroir de leur détresse infantile, submergés par leur propre excitation. Ils demandent réparation et réassurance, voulant éviter les menaces constantes d'abandon liées à leur détresse narcissique. La relation à leur enfant se tisse chaotiquement, entre rapprochements et évitements massifs. Leur bébé ne peut en effet qu'être décevant car il les blesse narcissiquement, ne comble pas leur vide dépressif, ne satisfait pas leur soif de relation et les confronte toujours à leur impuissance infantile et à une potentielle destructivité. »

- **Objectifs**

Les deux auteures présentent un dispositif thérapeutique parents-bébé (d'évaluation et de prise en charge) dans les familles où les besoins des bébés sont négligés ou insuffisamment satisfaits dans des interactions précoces en raison de difficultés parentales souvent issues de troubles transgénérationnels. Ces derniers donnent des soins par excès et par défaut qui retentissent sur la construction psychique des bébés. Les auteures insistent sur l'indispensable empathie qui doit animer les thérapeutes. Elles présentent leur dispositif de prise en charge en cothérapie.

- **Résultats**

➤ **L'observation empathique et différenciée des parents, du bébé qu'ils ont été et du bébé actuel**

La fonction empathique des professionnels : elle correspond aux ressources que déploient les professionnels pour donner de la valeur à chacun des protagonistes de la thérapie : bébés, parents et professionnels. L'objectif est de favoriser des relations vivifiantes et enrichissantes. Cette fonction empathique est exercée dans la rencontre des parents et pousse les thérapeutes « avec tendresse vers eux et vers cet étranger familial qu'est leur bébé ». Les auteures qualifient cette position de départ « d'amateur » et non « d'expert » pour accueillir les parents avec curiosité et sans jugement afin de co-construire avec eux les progressions. Cette fonction empathique des professionnels est mise en lien avec la sollicitude maternelle primaire⁴²⁵ – état

⁴²⁵ WINNICOTT D. W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. 1956, Paris : Payot, 1971.

d'hypersensibilité caractéristique de la mère dans les tout premiers temps de vie de son bébé dont la fonction est de lui permettre d'accueillir son nourrisson – dans laquelle les thérapeutes se trouvent eux-mêmes engagés.

Cette fonction nécessite une identification :

- aux parents pour les aider à réorganiser des fonctions parentales fragiles ;
- aux bébés pour soutenir leurs besoins et leurs élans relationnels.

Pour permettre ces identifications, le dispositif est pensé en cothérapie : un thérapeute (consultant-e) se centre sur les parents et leurs interactions comportementales et fantasmatiques ; et un deuxième thérapeute (éducateur-trice de jeunes enfants) est observateur – dans le sens récepteur et transformateur – des vécus du bébé. L'éducateur-trice porte attention dans un premier temps à tous les signaux vocaux, corporels, etc. ; il/elle va traduire les états affectifs du bébé en paroles afin de le soutenir pendant que la consultant-e aide chaque parent à élaborer son histoire, ses représentations du bébé qu'il a été et de son bébé.

L'objectif de ces thérapies est de promouvoir l'expérimentation d'expériences relationnelles nouvelles. Les premiers temps sont surtout consacrés à la création d'une relation de confiance entre parents et soignants et le temps nécessaire à cette construction est respecté avant que des propositions ne soient faites. Les parents et l'enfant vont progressivement sentir le bénéfice à s'appuyer sur les thérapeutes. Le(s) parent(s) va/vont progressivement être invité(s) par et avec les thérapeutes à une observation attentive des manifestations de son/leur enfant à les interpréter à leur juste valeur sans se laisser « parasiter » par les souvenirs douloureux. Ces différentes propositions des thérapeutes ont aussi pour objectif de permettre à l'enfant d'être lui-même dans ses expressions comportementales émotionnelles et plus dans une anticipation des craintes parentales. La finalité de ces thérapies conjointes est que parent(s) et bébé puissent intégrer, se réapproprier les expériences vécues en consultation avec les thérapeutes en vue d'une rencontre durablement plus harmonieuse.

➤ **Cas clinique : Lisa, cinq mois, et sa mère**

Bébé vivant la quasi-totalité du temps porté en kangourou par sa mère, qui « arpente son appartement en la berçant ». Relation mère-enfant marquée par des difficultés de différenciation et de séparation mère-enfant et par un mode relationnel caractérisé par le collage-lâchage. Modalités thérapeutiques : l'éducatrice propose des paroles adressées à l'enfant faisant état des sensations et perceptions et proposant des hypothèses sur le vécu maternel, toujours adressées à l'enfant. La consultante essaie de comprendre ce qui pourrait se rejouer dans le lien mère-enfant des liens avec les autres enfants plus âgés mais aussi l'enfant qu'elle a été et la mère qu'elle a eue. Progressivement, Lisa paraîtra moins tendue, pourra être installée dans un transat ou à côté de sa mère et enfin après plusieurs semaines sur le tapis (directement par sa mère à l'arrivée). Les thérapeutes soutiennent des moments relationnels sereins ; des moments de verbalisations de la mère à propos de son histoire infantile. Les angoisses maternelles vécues et ravivées dans la rencontre avec le bébé pourront progressivement être énoncées.

C. Par les professionnels et les institutions

51. DE BECKER E., CABILLAU É. et CHAPELLE S. Pratique de réseau et maltraitance d'enfants. *Thérapie familiale*. 2011, 2, 32, p. 231-251.

- **Les auteurs**

Les auteurs de l'article, Emmanuel de Becker, Évelyne Cabillau et Stéphane Chapelle sont tous praticiens de l'équipe SOS Enfants (respectivement psychiatre infanto-juvénile, psychologue et assistant social), au service de psychiatrie infanto-juvénile, cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

- **Type de recherche et format de publication**

Article.

- **Objectifs**

L'article dépeint les questions relatives aux bénéfices et aux écueils possibles du travail de réseau dans le champ spécifique de la maltraitance d'enfants et ce, au travers de la pratique des équipes pluridisciplinaires SOS Enfants, en Belgique. Par la description des pratiques, cas clinique à l'appui, les auteurs montrent l'intérêt d'interventions coordonnées en considérant la famille dans son ensemble et dans ses appartenances multiples.

- **Définitions des termes employés**

« **Les familles à transactions maltraitantes** » : « Dans les familles maltraitantes, ce n'est pas la violence ou l'inceste qui est interdit mais bien le fait de ressentir et de parler de ce que l'on ressent. Tout ce qui ressort du langage non verbal, comportemental, prévaut sur la parole. À côté du gel des sentiments, on constate un gel du temps psychique qui se traduit parfois dans des arrêts de croissance des enfants. Ces notions d'interdit, de silence, de paralysie, de rigidité du système se confrontent à l'environnement professionnel attendu à « mobiliser les ressources ». Devant de telles défenses, comparables aux remparts puissants d'une forteresse, il est peu réaliste de s'engager seul, comme thérapeute ou même comme structure. Un rapport de force duel risque de se rejouer rapidement entre la famille et l'intervenant ; l'impasse relationnelle apparaît sitôt un questionnement dérangeant, sitôt une perception d'angoisse mutuelle mise à jour. » (p. 238).

- **Résultats**

➤ **Présentation des équipes SOS enfants et principales missions**

Les « équipes SOS enfants », instituées en Belgique en 1985 par la promulgation du « décret maltraitances »⁴²⁶ :

- chargées de mettre fin aux situations d'inadéquations et de violences envers les mineurs ;
- composées d'équipes pluridisciplinaires (assistants sociaux, psychologues, juristes et médecins pédiatres et pédopsychiatres) ;
- appartenance structurelle à l'institution hospitalière avec un bâtiment annexe aux unités d'hospitalisation, permettant une position « à la lisière, à l'interface

⁴²⁶ Décret relatif à la protection des enfants maltraités. Communauté française de Belgique, du 29 avril 1985.

entre le monde de l'hôpital, ses préoccupations essentiellement somatiques et le monde extérieur » (p. 232) ;

- première mission : réaliser un bilan complet de l'enfant et de son environnement socio-familial, et donnant suite, le cas échéant, à une phase thérapeutique.

L'objectivité de l'accompagnement est entendue comme une nécessaire neutralité, mais ne doit pas être confondue avec un manque de sensibilité des intervenants. Dans l'épistémologie systémique, les professionnels sont considérés dans leurs implications psychoaffectives avec les familles et comme participant pleinement au nouveau système créé par l'acte thérapeutique, notamment par l'émergence d'émotions qui peuvent submerger les professionnels

L'évaluation doit inclure l'ensemble des éléments permettant d'indiquer ce qui se joue pour et entre les individus du système familial. Pour ce faire, les équipes entreprennent avec les familles rencontrées une démarche d'historisation des *patterns* transactionnels estimés dysfonctionnants afin d'amorcer une réappropriation des parcours de vie en mettant en évidence tant les aspects positifs que les difficultés et les traumatismes. Pour cela, il s'agit de pouvoir parler avec les familles dans des mots simples de la réalité des faits sans être évasif (« mettre cartes sur table », « éviter la langue de bois », p. 235), en reprenant les évaluations effectuées précédemment par d'autres professionnels d'autres services.

► La pratique de réseau⁴²⁷

L'individu est pris en compte non seulement dans ses aspects intrapsychiques mais également en tant qu'élément d'un ensemble plus ou moins dense, plus ou moins organisé. La thérapie de réseau consiste dès lors à intervenir au-delà de la seule famille d'appartenance de l'individu en souffrance ou désigné comme tel. Il s'agit de mobiliser les différents systèmes auxquels la cellule familiale est connectée de façon significative et/ou symbolique (par exemple : amis, voisins, connaissances, collègues, services sociaux, médicaux ou encore les institutions scolaires) puisque ceux-ci jouent un rôle dans la tendance de la famille à conserver la même homéostasie dysfonctionnelle.

L'intérêt de la pratique en réseau avec les familles à transactions maltraitantes est que souvent ces familles entretiennent des relations qui dysfonctionnent au niveau des professionnels isolés. Ces pratiques promeuvent une diffraction des lieux d'intervention et des professionnels impliqués⁴²⁸ et permettent une lecture systémique de la situation actuelle et des événements qui y ont conduit. Il s'agit de constituer un maillage socio-familial, en ouvrant sur la notion de « tiers », afin de déjouer les impasses relationnelles et les processus transactionnels dysfonctionnels.

Le système global devient thérapeutique lorsqu'il est constitué d'un assemblage d'éléments différents apportés par les membres de la famille et les professionnels partenaires impliqués dans la situation. L'objectif est alors d'aider la famille à redécouvrir une fonctionnalité dans ses interac-

⁴²⁷ Elle est issue des travaux de Speck sur la *network therapy* : principe d'intervention qui consiste à mobiliser les personnes significatives en les confrontant à la famille, lors de séances conjointes. Un tel procédé est utilisé plus couramment et plus aisément dans les structures institutionnelles se référant à l'épistémologie systémique que dans le cadre de pratiques privées. Certaines variantes, très ambitieuses si elles ne comportent pas nécessairement une portée toujours efficace, visent des interventions sur des réseaux élargis réunissant en séance jusqu'à plus de 50 personnes autour d'une famille. » (p. 236) SPECK R.V. et ATTNEAYE C. *Family networks*. New-York : Panthéon, 1972 ; SPECK R.V. Social network intervention. In SHOLEVAN G.P. et SCHWOERS L.D. (Eds.) *Textbook of family and couples therapy : clinical applications*. Washington DC : American psychiatric publishing, 2003.

⁴²⁸ Les auteurs précisent : « L'expérience indique l'apport que représente la diffraction de ces lieux même si, au cas par cas, une équipe pluridisciplinaire peut assurer seule cet accompagnement, pour autant que plusieurs cliniciens de formations ou de disciplines différentes interviennent conjointement » (p. 238).

tions. La pluralité des composantes engagées permet alors à des contradictions d'émerger et de produire ainsi de nouveaux énoncés qu'il aurait été impossible de dire autrement.

➤ **Les conditions à la construction d'un réseau signifiant et son efficience**

Différentes conditions vont ainsi être nécessaires à la construction d'un réseau significatif dans la prise en charge des familles à transactions maltraitantes :

- l'attention portée au contexte d'inscription du réseau ;
- la reconnaissance du réseau comme une enveloppe ;
- la reconnaissance d'une autorité compétente ;
- la diffraction des responsabilités des intervenants pour éviter la toute-puissance et/ou la désignation d'un bouc émissaire ;
- la promotion de la concertation entre intervenants ;
- l'établissement de plateformes de discussions et de réflexions alimentées par le travail spécifique de chacun ;
- la considération du réseau par les professionnels eux-mêmes pour déjouer les phénomènes d'alliance avec la famille à l'encontre d'une équipe d'intervenants ;
- la vigilance au risque d'aliénation – entendue dans son sens clinique : se laisser aller à ce que l'autre veut que nous pensions.

➤ **Principales difficultés et risques d'écueil**

La pratique de réseau est fragile et sensible aux multiples impulsions des structures qui le composent ainsi qu'aux autorités qui le définissent et le financent. Les principaux écueils reconnus à la pratique de réseau concernent le partage d'information, la confidentialité et le secret professionnel. Les intervenants n'étant pas tous soumis aux mêmes règles, le secret partagé n'est pas toujours efficient.

Parmi les écueils constatés :

- mise à l'épreuve du réseau par la famille ;
- déplacement du dysfonctionnement familial sur le réseau
- un manque de définition des mandats et des places de chacun : plusieurs services différents peuvent assumer des fonctions similaires et le risque est alors important de voir surgir des enjeux de pouvoir, d'influence, de rivalité. Face à la multiplication des services et à la démultiplication des tâches, seule la concertation (se parler et se reconnaître) entre intervenants se révèle efficace afin de définir ensemble les objectifs respectifs de chacun pour une famille en question.

52. FRASCAROLO F., CARNEIRO C., TISSOT H. *et al.* Collaboration entre cliniciens et chercheurs autour de la « consultation systémique » : une situation de violence intrafamiliale. *Devenir*. 2012, 4, vol. 24, p. 315-327.

• *Les auteurs*

France Frascarolo est docteure en psychologie, chargée de cours et privat-docent à l'université de Lausanne, coresponsable de l'unité de recherche du Centre d'étude de la famille, Lausanne, Suisse.

Claudio Carneiro est psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, thérapeute de couple et de famille, psychologue associé, unité des Boréales, CHUV⁴²⁹ et université de Lausanne.

Hervé Tissot est psychologue, doctorant à l'unité de recherche du Centre d'étude de la famille, CHUV, Lausanne, Suisse.

Alessandra Duc-Marwood est spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et adolescent, thérapeute de couple et de famille, médecin responsable de l'unité des Boréales, département de psychiatrie, CHUV et de l'unité d'enseignement du Centre d'étude de la famille.

Nicolas Favez est professeur de psychologie à l'université de Genève et coresponsable de l'unité de recherche du Centre d'étude de la famille, CHUV.

Jean-Nicolas Despland est professeur de psychiatrie à l'université de Lausanne et directeur de l'institut universitaire de psychothérapie, département de psychiatrie.

• *Type de recherche et format de publication*

Article.

• *Objectifs*

Les auteurs ont souhaité mettre en évidence l'intérêt d'une collaboration entre cliniciens et chercheurs pour la prise en charge de situations complexes de violence intrafamiliale dont le but est de permettre l'évaluation des ressources et des manques dans les familles à transactions violentes. Un cas clinique est discuté afin de montrer les intérêts de la collaboration.

• *Lieux de consultation*

- Les Boréales qui sont une unité de prise en charge de la violence familiale au sein du département de psychiatrie du CHUV. Le modèle clinique de référence de cette unité est celui de Cirillo (2005) qui accorde une importance particulière à l'évaluation des *patterns* relationnels pour la prise en charge des familles confrontées à la violence ;
- l'unité de recherche du Centre d'étude de la famille (UR-CEF) au sein de l'université de Lausanne.

• *Résultats*

➤ **Les consultations systémiques familiales : une évaluation du fonctionnement de la famille**

Deux séances : famille, thérapeutes et chercheurs

– **Première séance**

1. Temps d'accueil.

⁴²⁹ Centre hospitalier universitaire vaudois. Hôpitaux universitaires suisses.

2. Les questions : les thérapeutes et les membres de la famille expriment les questions qui les ont amenés à consulter l'équipe de recherche (par exemple : l'état dépressif de la mère a-t-il péjoré le développement du bébé, quelles sont les forces du coparentage dans cette famille, etc.).
3. Les jeux : la famille est invitée à jouer à divers jeux familiaux choisis en fonction de sa composition et de sa demande. Ces jeux familiaux sont basés sur des situations d'observations semi-standardisées et sont filmées :
 - le *Lausanne Trilogie Play (LTP)*⁴³⁰ : pour un enfant (de trois mois à dix-douze ans) et ses deux parents.
 - Installation en triangle à une distance favorisant le dialogue / invitation à jouer comme d'habitude.
 - Scénario en quatre parties afin d'explorer tous les scénarios possibles à trois : 1. Un parent joue avec l'enfant et l'autre est simplement présent ; 2. Inversion des rôles entre les parents ; 3. Jeu à trois protagonistes ; 4. Les parents discutent et l'enfant est en position d'observateur ;
 - le jeu du Pique-Nique⁴³¹ : moins structuré et plus proche de la vie quotidienne que le LTP. La famille fait semblant d'aller prendre un pique-nique à partir d'un matériel mis à sa disposition.

Ces outils permettent d'évaluer le système familial, à différents âges de l'enfant et à différentes étapes du cycle de la vie de la famille (stade prénatal, premier enfant, plusieurs enfants).

– **Deuxième séance** : vidéo feed-back

Visionnage du film de la séance de jeux pour identifier les ressources et parfois aussi les difficultés observées dans les interactions familiales. Les membres de la famille sont invités à verbaliser leur vécu pendant le jeu et/ou en se voyant sur les films. Puis réponses des chercheurs aux questions qui leur avaient été posées en s'appuyant sur les images. À la fin, élaboration commune (chercheurs, cliniciens, patients) des pistes pour la suite de la prise en charge.

Différents niveaux d'observation et d'évaluation :

- niveau familial total : qualité des alliances, possibilité de plaisir partagé, etc. ;
- fonctionnement du couple au niveau conjugal et coparental : le soutien et la coordination entre les parents ;
- interactions parent-enfant : qualité du parentage du père et de la mère ;
- la fratrie : relation entre les frères et sœurs et encadrement des interactions par les parents.

Différents domaines étudiés : le jeu, le partage de plaisir, l'attachement, la pose de limites.

Avantage de la consultation systémique : accès direct au niveau interprétatif / le visionnage du film peut permettre des prises de conscience importantes sur les modes d'interaction / une expérience émotionnelle forte ayant une potentialité thérapeutique / assure une évaluation fine du développement socio-affectif de l'enfant à travers les micro-analyses des interactions.

⁴³⁰ Le LTP a été adapté pour les familles comptant plus d'un enfant (*Lausanne Family Play*), ainsi qu'au stade prénatal. Dans ce dernier cas, il est alors demandé aux parents de jouer la première rencontre telle qu'ils l'imaginent avec leur enfant après la naissance (avec une poupée en tissu avec une tête toute blanche).

⁴³¹ FRASCAROLO F., FAVEZ N. Une nouvelle situation pour évaluer le fonctionnement familial : le jeu du Pique-Nique. *Devenir*. 2005, 17, p. 141-151.

➤ **Principes épistémologiques et cliniques guidant le travail**

- L'évaluation est une intervention ;
- les réflexions et hypothèses sont basées uniquement sur les comportements observables dans les interactions tels qu'ils sont captés par les films vidéo ;
- priorité donnée à l'établissement d'une alliance thérapeutique entre l'équipe et la famille pour favoriser l'expression des ressources du système lors de l'évaluation ;
- mise en évidence des ressources du système familial lors de la séance de vidéo feed-back ;
- L'expression du ressenti par les membres de la famille lors de la séance de vidéo feed-back est fondamentale pour savoir si l'observation est valide à leurs yeux ;
- respect des règles éthiques (l'autorisation de filmer et de visionner est demandée et obtenue).

➤ **Intérêts cliniques de la consultation systémique**

- Elle permet un accès direct au niveau interprétatif, et pas seulement représentationnel ; obtention de très nombreuses informations observationnelles favorisant l'élaboration des hypothèses cliniques et de stratégies d'interventions fines et adaptées ;
- le visionnage par les familles des films vidéo les mettant en scène peut provoquer des prises de conscience chez les membres de la famille, notamment sur leur manière d'interagir ;
- la consultation peut avoir un effet thérapeutique en soi, du fait qu'elle est une expérience émotionnelle forte vécue en famille (possibilité de renforcer l'attachement et le sentiment d'appartenance du groupe) ;
- permet une évaluation fine du développement socio-affectif de l'enfant à travers les micro-analyses des interactions.

➤ **Intérêts pour la recherche**

Pour les chercheurs, participer aux consultations systémiques leur permet, d'une part, de mettre à l'épreuve leurs théories en les confrontant au point de vue des familles et des thérapeutes, et d'autre part, de récolter des données pour constituer différents échantillons.

53. MASCARO' R., DUPUIS-GAUTHIER C. JARDRI R. et al. Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*. 2012, 2, vol. 24, p. 69-115.

- **Les auteurs**

Rosa Mascaro' (auteure principale) est pédopsychiatre aux pouponnières de Lille et de Roubaix, médecin directeur du CAMSP Lebovici et du Fil d'Ariane, Lille.

Catherine Dupuis-Gauthier est psychologue, MCU psychologie clinique, université Lille-III. Service de pédopsychiatrie du P^r Pierre Delion, CHRU, Lille.

Renaud Jardri est pédopsychiatre, service du P^r Pierre Delion, CHRU, Lille.

Pierre Delion est pédopsychiatre, faculté de médecine de Lille-II, CHRU, Lille.

- **Type de recherche et format de publication**

Article présentant les principaux résultats d'une « recherche action qualifiée » réalisée dans les pouponnières de Lille et de Roubaix pendant dix-huit mois, portant sur des bébés négligés et placés en pouponnière.

- **Objectifs**

Dans un contexte où peu de travaux abordent les situations de négligence pour des enfants placés en collectivité, l'objectif de cette recherche est de mettre en évidence que le placement en pouponnière peut s'avérer soignant et peut, pour certains enfants et sous certaines conditions, être préférable à un placement en accueil familial.

Pour ce faire, les auteurs ont centré leur étude sur l'évaluation des changements observés pendant la prise en charge en pouponnière à propos :

- des capacités interactives du bébé avec son soignant ;
- de son développement.

- **Population d'étude**

La population étudiée est une cohorte de trente-deux bébés, dix-neuf filles et treize garçons, au début de l'étude. À la fin de l'étude, trente enfants ont fait l'objet d'une deuxième évaluation quatre mois après leur arrivée à la pouponnière. Au début de leur prise en charge, les bébés étaient âgés de dix-neuf jours à vingt mois.

Ont été inclus des bébés négligés accueillis en pouponnière sur décision administrative ou judiciaire, pour au moins trois raisons parmi les suivantes : négligences, maltraitance, abus sexuels, instabilités familiales, problèmes de logement et de tenue de la maison, troubles de la parentalité, consommation de toxiques par les parents.

L'ensemble des bébés inclus présentaient à l'arrivée à la pouponnière des signes de souffrance psychique précoce (troubles de l'alimentation, du sommeil, de la qualité interactive et communicationnelle, de l'humeur, de l'organisation sensoritonique, un retard de développement). Les parents présentaient une occurrence fréquente de trouble de la parentalité et une pathologie du lien.

Les critères d'exclusion dans l'étude étaient la prématurité et la présence de troubles neurologiques. Ont également été exclus pendant la recherche les bébés pour lesquels il était impossible de remplir la totalité des grilles caractérisant l'étude.

- **Méthode**

- **Procédure**

La méthode test-retest a été utilisée pour mettre en évidence les changements opérés au cours des quatre mois de prise en charge du bébé à la pouponnière au niveau des capacités interactives et des différents secteurs du développement avec deux temps d'évaluation :

T0 : première évaluation, quinze jours après l'arrivée du bébé à la pouponnière (contrôle de la variable liée à l'anxiété de perte et de séparation du bébé au moment du placement et adaptation à l'environnement) ;

T4 : deuxième évaluation, après quatre mois de prise en charge à la pouponnière (nécessité de laisser passer un délai suffisant pour pouvoir observer clairement l'apparition d'une relation d'intimité et de confiance entre le bébé et sa référente et de comportements d'attachement privilégiés du bébé envers sa référente).

- **Outils d'évaluation**

- **Grille d'évaluation d'environnement pouponnière** : la qualité du maternage offert à la pouponnière (suffisamment contenant et sécurisant).

L'évaluation des critères de qualité de l'environnement était effectuée mensuellement dans les deux établissements. Les deux pouponnières ont obtenu des scores de 16 et 17 (sur 20 points).

- **Grille d'évaluation des interactions bébé-professionnels et de développement du bébé de zéro à vingt-quatre mois**

Un questionnaire a été réalisé pour les besoins de l'étude afin d'évaluer le niveau de compétences développementales et interactives des bébés avec leurs partenaires en s'appuyant sur une échelle déjà utilisée par les professionnels des services depuis plusieurs années – adaptées à la sémiologie du bébé victime de carences ou de négligences, accueilli en pouponnière donc séparés de ses parents et soignés par un professionnel de l'établissement. L'outil a été construit avec l'aide du Pr Lebovici, en 1995, à partir des modèles de grilles déjà existantes⁴³² :

- Grilles RAF de Bobigny ;
- Care Index, Gedan, BNBAS.

Utilisation de la première version de la grille, non réduite, présentant l'ensemble des items.

Dans cette étude, seule la grille « bébé-professionnel » a été utilisée, la perte des données entre les deux évaluations n'a pas permis d'étudier la population parents-bébé.

Les données ont été recueillies par deux psychologues et une pédopsychiatre en présence du professionnel référent de l'enfant. La fiabilité des outils est assurée par l'expérience des professionnels. La cotation des items de la grille selon la fréquence d'apparition et son intensité⁴³³ a été établie par la psychologue évaluatrice après discussion avec l'auxiliaire référente du bébé, suite aux observations réalisées dans des contextes variés (soins corporels, alimentation, activité libre) par la pédopsychiatre et l'auxiliaire référente. Les items corrélés à l'âge sont cotés en fonction de ce qui est attendu au niveau développemental.

⁴³² LEBOVICI S., MAZET p., VISIER J.P. *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris : Eshel, 1989.

⁴³³ Cotation de 0 (absence) à 4 (observé très fréquemment, présent une majorité du temps), la modalité 5 spécifiant que l'item était incotable.

Outil d'évaluation en deux parties :

1. Interactions comportementales entre le bébé et le professionnel (trente-deux items)

Les attitudes et les changements observables au niveau du comportement dans l'échange entre le bébé et le professionnel. Classement en cinq catégories.

1. Les interactions corporelles (neuf items) : échange sensori-tonique et organisation posturale des partenaires ;
2. Les interactions visuelles (quatre items) : échanges et qualité du regard.
3. Les interactions vocales (trois items) : les échanges vocaux ou langagiers.
4. Les interactions intersubjectives (dix items) : capacités de partage d'intimité psychique du bébé avec le professionnel.
5. Les interactions affectives (six items) : qualité émotionnelle de partage et d'échange.

Au sein de chaque catégorie d'interaction, un item concerne l'évaluation par un observateur extérieur de la qualité de cette interaction bébé-professionnel. Il s'agit là d'une appréciation générale de l'interaction.

2. Caractéristiques générales du développement du bébé

Cinq sous-groupes et 176 items : signes fonctionnels somatiques et dysrégulations diverses (13 items) ; sommeil/veille (12 items) ; alimentation (20 items) ; Regard (9 items) ; bain/change (5 items) ; équilibre sensorimoteur et postural (52 items) ; affects/humeur/relation (19 items) ; jeux ludiques du bébé (18 items) ; langage (19 items) ; intersubjectivité (5 items) ; attachement (19 items) ; processus de régulation (4 items) ; socialisation (4 items).

• *Résultats et conclusion*

➤ **Évolution des capacités interactives et du développement : analyse comparative entre T0 et T4**

L'analyse descriptive des caractéristiques individuelles à l'inclusion montre que la population étudiée était constituée pour moitié de bébés très carencés qui présentaient des troubles des interactions visuelles, intersubjectives et corporelles. Au niveau de leur développement, ils présentaient une absence d'acquisition des rythmes de la vie quotidienne (sommeil, alimentation, etc.) et des troubles de l'endormissement. Un bon tiers de l'ensemble de la population étudiée présentait un comportement de retrait (36 %), un isolement (31 %), un évitement du regard (41 %).

On peut constater une modification des variables étudiées au deuxième temps d'évaluation. Ainsi, on dénombre un pourcentage faible de bébés avec des troubles de l'interaction visuelle (13 %), des interactions intersubjectives de (7 à 13 %), et des interactions corporelles (28 %). Au niveau du développement, seuls 14 % d'entre eux présentent une absence d'acquisition des rythmes de la vie quotidienne, 13 % des troubles de l'endormissement, 6 % un isolement et 7 % un retrait relationnel.

Douze variables prédictives de changement au cours du placement en pouponnière ont été mises en avant :

- neuf pour les interactions précoces ;
- trois pour le développement.

Tableau présentée dans l'article, p. 85

Tableau 1 : Caractéristiques Interactions Professionnel/Bébé.

Items	T0* n=32		T4* n=30		Enfants passés de* n=14		P	Signifi- catif
	Oui	Non	Oui	Non	Non à oui	Oui à non		
Adaptation corporelle harmonieuse	35,71	64,29	71,43	28,57	55,56		0,02	Oui
Adaptations corporelles harmonieuses qualifiées par l'observateur	46,67	53,33	80,00	20,00	62,50		0,02	Oui
Echanges de regards spontanément	60,00	40,00	86,67	13,33	66,67		0,04	Oui
Interactions visuelles harmonieuses qualifiées par l'observateur	46,67	53,33	86,67	13,33	75,00		0,01	Oui
Bonne qualité du regard	46,67	53,33	80,00	20,00	62,50		0,02	Oui
Evitement du regard	41,18	56,25	6,25	93,75	0,00	80,00	0,01	Oui
Interactions intersubjectives harmonieuses qualifiées par l'observateur	53,33	46,67	86,67	13,33	71,43		0,02	Oui
Echange de sourires	46,15	53,85	92,31	7,69	75,00		0,01	Oui
Isolement	31,25	68,75	6,25			80,00	0,04	Oui
Retrait relationnel	35,71	64,29	7,14	92,86		80,00	0,04	Oui
Acquisitions des rythmes de la vie quotidienne	42,89	57,14	85,71	14,29	75,00		0,01	Oui
S'endort facilement	40,00	60,00	86,67	13,33	77,78		0,008	Oui

* Ces chiffres sont donnés en pour cent.

Source : MASCARO' R., DUPUIS-GAUTHIER C. JARDRI R. et al. Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*. 2012, 2, vol. 24, p. 69-115, (p. 85).

Les résultats obtenus ont mis en évidence une certaine hétérogénéité de la reprise des capacités interactives et des secteurs du développement. Les divers secteurs de développement du bébé n'évoluent pas tous au même rythme. Les interactions corporelles dysharmonieuses seraient plus difficiles à mobiliser que les interactions visuelles et intersubjectives. Ce résultat a des implications pratiques très intéressantes car « il peut permettre aux soignants de ne pas se décourager et de modérer leurs attentes d'une reprise développementale globale et rapide, dès la mise en place des soins » (p. 95.).

➤ **L'importance des soins institutionnels bien organisés offrant des conditions de maternage suffisamment contenant et sécurisant**

Les capacités innées du bébé à désirer communiquer, partager une intimité psychique avec l'autre ont besoin d'un environnement adéquat pour se déployer. L'absence ou l'incohérence des soins maternants au début de la vie entravent chez le bébé le déploiement des compétences innées à l'intersubjectivité primaire et peuvent entraîner le recours à des mécanismes de défense très primitifs (allant de l'hypervigilance à l'endormissement ; des stratégies de mise à distance ou de fuite : évitement du regard, corporel, auditif, etc.) pour s'extraire d'un trop-plein d'excitation qui lui est désagréable. Des conditions de maternage suffisamment contenant et sécurisant sont un facteur indispensable à la reprise développementale et des capacités interactives des bébés en pouponnière. Les bébés négligés ou maltraités tirent très rapidement profit de l'organisation institutionnelle des soins qui leur sont offerts à la pouponnière. La rythmicité de ces derniers est un facteur essentiel de la construction corporelle et psychique du bébé. Ceci confirme également le rôle d'adulte identifié et de confiance qui prend

soin du bébé dans une relation d'intimité. La qualité de ces expériences rythmiques et la sensibilité de l'adulte au sein de cette dyade sont essentielles pour que le bébé accède à la commodification sensorielle, à l'extériorité de l'objet et aux processus de subjectivité primaire.

L'ensemble des résultats confirme la nécessité d'une prise en charge précoce du bébé négligé ou maltraité pour lui permettre de poursuivre, voire reprendre, son développement.

➤ **Limites identifiées par les auteurs de l'étude**

Le nombre très important d'items retenus a rendu la cotation difficile. Les auteurs ont pointé la nécessité de conduire la même étude avec une cohorte plus importante et des grilles réduites reprenant des items plus précis concernant chaque groupe d'interactions.

Il leur paraît également primordial de prendre en compte dans une prochaine étude les interactions parents-enfant et les changements potentiels de leurs caractéristiques lors de la prise en charge en pouponnière.

Enfin, il semble nécessaire de contrôler dans l'analyse des variables genre et sexe et de déterminer si les changements observés y sont associés, ainsi que la variable concernant la durée d'exposition à la maltraitance ou à la négligence.

Les auteurs ont prévu de poursuivre la recherche en prenant en considération les limites observées.

AFIFI T.O., ENNS M.W., COX B.J. *et al.* Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am. J. Public Health.* 2008, 98, p. 946-52.

AFIREM, 2007, *États des savoirs sur la maltraitance*, États généraux de l'Afirem. Novembre 2005, Paris : Karthala.

ALAGGIA R. Many ways of telling: expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse and Neglect.* 2004, 28, p. 1213-27.

ALLIN H., WATHEN C.N. et MACMILLAN H. Treatment of child neglect : a systematic review. *Can. J. Psychiatry.* 2005, 50, p. 497-504.

AMMANITI M., CANDELORI C., POLA M. *et al.* Maternité et grossesse : étude des représentations maternelles. Paris : PUF, 1999.

ANAUT M. La relation de soin dans le cadre de la résilience. *Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), Informations sociales.* 2009, 6, 156, p. 70-78.

ANAUT M. *La résilience : surmonter les traumatismes.* Paris : Armand Colin, 2008.

ANDREWS G., CORRY J., SLADE T. *et al.* Childsexual abuse. Comparative quantification of health risks. Genève : WHO, 2004.

APPEL A.E. et HOLDEN G.W. The co-occurrence of spouse and physical child abuse : A review and appraisal. *Journal of Family Psychology.* 1998, 12, 4, p. 578-599.

ARRIOLA K., LOUDEN T., DOLDREN M. *et al.* A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse and Neglect.* 2005, 29, p. 725-46.

AYOUN P. et ROMANO H. (dir.) *Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant.* Toulouse : Érès « 1001 et + », 2013, 294 p.

BAGINSKY M. *Schools social services and safeguarding children. Past practice and future challenges.* Londres : NSPCC, 2007.

BAGLEY C., WOOD M. et YOUNG L. Victim to abuser : mental health and behavioural sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse and Neglect.* 1994, 18, p. 683-97.

BAIR-MERRITT M.H., BLACKSTONE M. et FEUDTNER C. Physical health out-comes of childhood exposure to intimate partner violence : asystematic review. *Pediatrics.* 2006, 117, p. 278-90.

BAKERMANS-KRANENBURG M.J., VAN IJZENDOORN M.H., JUFFER F. Lessis more : meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull.* 2003, 129, p. 195-215.

BANYARD V.L., WILLIAMS L.M., SIEGEL J.A. The long-term mental health consequences of child sexual abuse : an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *J. Trauma. Stress.* 2001, 14, p. 697-715. ; MAXFIELD M.G., WIDOM C.S. The cycle of violence : revisited 6 years later. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1996, 150, p. 390-5.

BARTH R.P., BLACKWELL D.L. Death rates among California's foster care and former foster care populations. *Child Youth Serv. Rev.* 1998, 20, 577-604.

BARTHOLOMEW K. et HOROWITZ L. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1991, 61, p. 226-44.

BARUDY J. *La violence individuelle comme organisatrice de la subjectivité individuelle, familiale et sociale : l'approche systémique de la maltraitance d'enfants* [en ligne]. 19 p. http://www.yapaka.be/files/texte/barudy_approche_systmique_malt.pdf

BARUDY J. et DANTAGNAN M. *De la bientraitance infantile*. 2007, Paris : Fabert.

BELLON L. A quoi sert un juge des enfants ? *Médecine thérapeutique pédiatrie*. 2011, 1, p. 38-46.

BEN HAMED S. Le « roman de la grossesse » et ses variations dans les situations de maltraitance mère-enfant : la relation mère-enfant entre l'inceste agi et l'inceste fantasmé. Thèse de doctorat en psychologie : Université Lyon 2, 2007.

BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M. *et al.* Abus, maltraitance et négligences : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014, 62, p. 299-312.

BENAROUS X., CONSOLI A., RAFFIN M. *et al.* Abus, maltraitance et négligences : (2) prévention et principe de prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014, 62, p. 313-325.

BENEDICT MI., WHITE RB. et CORNELLY DA. Maternal perinatal risk factors and child abuse. *Child Abuse and Neglect*. 1985, 9, p. 217-24.

BERGER M. *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris : Dunod, 2003, 252 p. (Deuxième édition mise à jour).

BERGER M., CASTELLANI C., NINOREILLE K. *et al.* Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2010, 58, 5, p. 282-292.

BERGERET J. *La violence fondamentale*. Paris : Bordas, 1984.

BERNSTEIN D.P., STEIN J.A., NEWCOMB M.D. *et al.* Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*. 2003, 27, p. 169-90.

BEYNIER D., DESQUESNES G. et LOCHON A. *Les violences envers les enfants dans le Perche ornais : une approche par les réseaux personnels de la parentalité en difficulté*. Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'ONPE. 2016.

BICK E. Notes sur l'observation du bébé dans la formation psychanalytique. *in : Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Larmor-Plage : Éditions du Hublot, 1998, p. 141-152.

BONNEVILLE-BARUCHEL E. *Les traumatismes relationnels précoces : Clinique de l'enfant placé*. Toulouse : Érès, La vie de l'enfant, 2015, 252 p.

- BONNEVILLE E. Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*. 2010, 1, 53, p. 31-70.
- BONNIER C., NASSOGNE M.C., HUSSON I. *et al.* Sévices et développement cérébral. Devenir des enfants secoués. *Journées parisiennes de pédiatrie*. Paris : Flammarion (Médecine Sciences), 1996, p. 173-178.
- BOUCHARD E.-M., TOURIGNY M., JOLY J. *et al.* Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2008, 56, p. 333-344.
- BOUCHARD-GODART A. Un étranger à demeure. *Devenir*. 1993, 5, 2, p. 43-60.
- BRADLEY A.R. ET WOOD J. How do children tell ? The disclosure process in child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*. 1996, 20, p. 881-91.
- BRETHERTON I., RIDGEWAY D. et CASSIDY J. Assessing internal working models of the attachment relationship : An attachment story completion task for 3-year-olds. In GREENBERG M.T., CICCETTI D. et CUMMINGS E.M. *Attachment in the preschool years : Theory, research, and intervention*. Chicago : University of Chicago Press, 1990, p. 273-308.
- BREWERTON T.D. Eating disorders, trauma, and comorbidity : focus on PTSD. *Eat Disord*. 2007, 15, p. 285-304.
- BRIERE J. et ELLIOTT DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*. 2003, 27, p. 1205-22.
- BRIERE J., JOHNSON K., BISSADA A. *et al.* The trauma symptom checklist for young children (TSCYC) : reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse and Neglect*. 2001, 25, 1001-14.
- BRILLON P., MARCHAND A. et STEPHENSON R. Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. *Santé mentale au Québec*. 1996, 21, 1, p. 129-144.
- BUTCHART A, KAHANE T, PHINNEY-HARVEY A, *et al.* Preventing child maltreatment : a guide to taking action and generating evidence. Geneva : WHO, 2006.
- BYDLOWSKI M. La transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes*. 1991, 32, p. 2-9.
- CAFFEY J. The whiplash shaker infant : manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*. 1974, 54, p. 396-403.
- CAREL A. L'évitement relationnel du nourrisson et les dysharmonies interactives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2000, 48, p. 375-87.
- CASPI A., VISHNE T., SASSON Y. *et al.* Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder : case control study. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci*. 2008, 45, p. 177-82.

- CASTELLANI C., NINOREILLE K., BERGER M. *et al.* Visites à domicile et mesure du quotient de développement dans des situations de défaillances parentales précoces. *Devenir*. 2011, 23, 3, p. 205-238.
- CHAFFIN M., SILOVSKY J.F., FUNDERBURK B., *et al.* Parent-child interaction therapy with physically abusive parents : efficacy for reducing future abuse reports. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004, 72, p. 500-10.
- CHAMBERLAND C. *Violence parentale et violence conjugale. Des réalités plurielles, multi-dimensionnelles et interreliées.* Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec, 2003.
- CHAMPAGNE F., DIORIO J., SHARMA S. *et al.* Naturally occurring variations in maternal behavior in the rat are associated with differences in estrogen-inducible central oxytocin receptors. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2001, 98, p. 12736-41.
- CLEMENT M.-E., BOUCHARD C., JETTE M. *et al.* *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*, 1999. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2000.
- CLEMENT M.-E., CHAMBERLAND C., TOURIGNY M. *et al.* Taxinomie des besoins des enfants dont les mauvais traitements ou les troubles de comportement ont été jugés fondés par la direction de la protection de la jeunesse. *Child Abuse and Neglect*. 2009, 33, p. 750-765.
- CLEMENT M.-E., CHAMBERLAND C. et TROCME N. Épidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec. *Santé, Société et Solidarité*. 2009, n°1, p. 27-38.
- COHEN D. Traumatismes et traces : données expérimentales. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2012, 60, p. 315-23.
- COHEN D. Probabilistic epigenesis : an alternative causal model for conduct disorders in children and adolescents. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2010, 34, p. 119-29.
- COHEN D. *Op. cit.* ; MIRESCU C., PETERS J.D., GOULD E. Early life experience alters response of adult neurogenesis to stress. *Nat. Neurosci.* 2004, 7, p. 841-6.
- CONTE P. La maltraitance infantile : essai d'une typologie de droit pénal. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2015, 1, p. 91-101.
- COPPEL-BATSCH et DUMARET A.C. *Que sont-ils devenus ? Les enfants placés à l'œuvre Granchet. Analyse d'un placement spécialisé.* Toulouse : Érès, 1995.
- CORBET E., SEVERAC, N., LE DUFF R. *et al.* Appréciation des situations de maltraitements(s) intrafamiliale(s). Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'ONPE. Lyon : CREA Rhône-Alpes, 2015. 272 p.
- CORBRY B. *Child Abuse: Toward a Knowledge Base*. 2^e éd., Buckingham : Open University Press, 2000.
- CORMAN L. *Le test du dessin de famille*. Paris : PUF, 1978.
- COWEN S.P. Effectiveness of a parent education intervention for at-risk families. *Journal of Family Violence*. 2001, 6, 2, p. 73-82.

- COX C.E., J.B. KOTCH et M.D. EVERSON. A longitudinal study of modifying influences in the relationship between domestic violence and child maltreatment. *Journal of Family Violence*. 2003, 18, 1, p. 5-17.
- CREOFF M. La protection de l'enfance : impuissance, toute-puissance et recherche de sens. *Enfances & Psy*. 2008, 3, n° 40, p. 43-47.
- CREOFF M. La réforme de la protection de l'enfance : la loi du 5 mars 2007. Le malentendu ?. *Enfances & Psy*. 2013, 3, n° 60, p. 59-65.
- CYRULNIK B. La résilience : un processus multicausal. *Revue française des affaires sociales*. 2013, 1, 1-2, p. 15-19
- CYRULNIK B. Résilience des sujets âgés. *Synapses*. juin 2005, n° spécial.
- CYRULNIK, B. et DUVAL, P. (dir.) *Psychanalyse et résilience*. Paris : Odile Jacob, 2006.
- CYRULNIK B. *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob, 1999.
- DANESE A., MOFFITT T.E., HARRINGTON H. *et al.* Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease : depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2009, 163, p. 1135-43.
- DARCHIS Élisabeth, « Violence périnatale dans la parentalité confuse », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2010/2 (n° 55), p. 69-78.
- DAVIDSON-ARAD B., ENGLECHIN-SEGAL D. et WOZNER Y. Short-term follow-up of children at risk : comparison of the quality of life of children removed from the home and children remaining at home. *Child Abuse and Neglect*. 2003, 27, 733-50.
- DAVIS M.H. *Empathy : A social Psychological Approach*. Wisconsin : Brown & Benchmark. 1994.
- DE BECKER E. Comment la maltraitance intrafamiliale se répète-t-elle ?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2007, 55, p. 185-93.
- DE BECKER E. et CHAPPELLE S. L'accompagnement systémique des familles abusives. *Thérapie familiale*. 2010, 1, Vol. 31, p. 65-78.
- DE BECKER E., CABILLAU E. et CHAPPELLE S. Pratique de réseau et maltraitance d'enfants. *Thérapie familiale*. 2011, 2, 32, p. 231-251.
- DE MOURA S. *Les représentations de la parentalité chez les jeunes femmes ayant subi des incestes, en fonction des modes de prises en charge*. Thèse de doctorat en psychologie : Université de Rouen, 2014, 276 p.
- DERIVOIS D. *et al.* Parcours et accompagnement de mères victimes de violences conjugales : une étude exploratoire dans le champ de la Protection de l'Enfance. Rapport de recherche. Paris : mission de recherche droit et justice, 2015.
- DESQUESNES G. Sociabilité, réseau, vulnérabilité relationnelle et contexte social des familles dites dysfonctionnelles par les services de protection de l'enfance : une approche de la maltraitance. Thèse de doctorat en démographie-sociologie : Université de Caen Basse-Normandie, 2009, 409 p.

DESQUESNES G. et BEYNIER D. Parcours de vie et réseaux personnels de familles dites maltraitantes. *La revue internationale de l'éducation familiale*. 2012, 1, n° 31, p. 97-121.

DIAS M.S., SMITH K., DEGUEHERY K. *et al.* Preventing abusive head trauma among infants and young children : a hospital-based, parent education program. *Pediatrics*. 2005, 115, 470-7.

DIQUELOU J.-Y. La prévention de la maltraitance précoce des nourrissons, la prise en charge en milieu obstétrical. In *Maternité de l'an 2000, qu'en sera-t-il ?* Euroforum, Paris-Bercy, 28 et 29 septembre 1995.

DORAIS M. *Ça arrive aussi aux garçons : l'abus sexuel au masculin*. Paris : Payot & Rivages, 2008 (2013). 297p.

DUBE S.R., ANDA R.F., FELITTI V.J. *et al.* Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001, 286, p. 3089-96.

DUFOUR M., NADEAU L. et BERTRAND K. Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : état de la question. *Child Abuse and Neglect*. 2000, 24, 6, p. 781-797.

DUGRAVIER R.A., GUEDENEY A., SAIAS T. *et al.* Le groupe de recherche CAPEDP. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009, 57, p. 482-6.

DUMARET A.C. et FRECHON I. Bilan critique de cinquante ans d'études sur le devenir à l'âge adulte des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2008, 3, p. 135-147.

DUMARET A.C., GUERRY E. et CROST M. Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2011, 59, p. 289-98.

DUPONT M., MESSERSCHMITT P., VILA G. *et al.* Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Annales médico-psychologiques*. 2014, vol. 172, n°6, p. 426-431.

EDLESON, J.L. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence against Women*. 1999, 5, 2, p. 134-154.

EDWARDS V.J., HOLDEN G.W., FELITTI V.J. *et al.* Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents : results from the adverse childhood experiences study. *Am. J. Psychiatry*. 2003, 160, p. 1453-60.

EHRENSAFT M.K., COHEN P., BROWN J., *et al.* Intergenerational transmission of partner violence : a 20-year prospective study. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2003, 71, p.741-3.

ÉTHIER L.S., COUTURE G. et LACHARITE C. Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*. 2004, 19, 1, p. 13–24.

ETHIER L. Evolution des enfants négligés et caractéristiques maternelles. *Santé, Société et Solidarité*. 2009, 1, p. 50-59.

ÉTHIER L.S. et MILOT T. Effet de la durée et de l'âge d'exposition à la négligence parentale sur le développement socio-émotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009, 57, p. 136-145.

FAORO-KREIT B. *Les enfants et l'alcoolisme parental. La question de la transmission et l'apport de la fratrie comme modèle thérapeutique*. Toulouse : Érès « la vie de l'enfant », 2011, 296 p.

FERGUSSON D.M., BODEN J.M., HORWOOD L.J. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*. 2008, 32, p. 607-19.

FERGUSSON D.M., GRANT H., HORWOOD L.J. *et al.* Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics*. 2005, 116, p. 803-9.

FIDRY E., CLAUDON P., SAAD SAINT-GILLES S. *et al.* Prendre soin du bébé et de sa famille : une expérience de recherche-action en périnatalité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014, [in press].

FINKELHOR D. *Childhood victimization. Violence, crime and abuse in the lives of young people*. Oxford : Oxford University Press, 2008.

FINKELHOR D., HOTALING G., LEWIS I.A. *et al.* Sexual abuse in a national survey of adult men and women : prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*. 1990, 14, p. 19-28.

FLAHERTY E.G., SEGE R.D., GRIFFITH J. *et al.* From suspicion of physical child abuse to reporting : primary care clinician decision-making. *Pediatrics*. 2008, 122, p. 611-9.

FLUKE J.D., SHUSTERMAN G.R., HOLLINSHEAD D.M. *et al.* Longitudinal analysis of repeated child abuse reporting and victimization : multistate analysis of associated factors. *Child Maltreat*. 2008, 13, p. 76-88.

FRAIBERG S. *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris : PUF, 1980, 3^e éd. (2010).

FRASCAROLO F., CARNEIRO C., TISSOT H. *et al.* Collaboration entre cliniciens et chercheurs autour de la « consultation systémique » : une situation de violence intrafamiliale. *Devenir*. 2012, 4, Vol. 24, p. 315-327.

FRASCAROLO F., FAVEZ N. Une nouvelle situation pour évaluer le fonctionnement familial : Le Jeu du Pique-Nique. *Devenir*. 2005, 17, p. 141-151.

FRECHON I. et DUMARET A.C. Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2008, 56, p. 135-47.

- FRECHON I. (dir.) *Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger. Trajectoires des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans*. Rapport final pour la Mission Recherche du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 2009.
- FRECHON I., GUYAVARCH E. et HALIFAX J. État des lieux de l'enfance en danger, sources et données disponibles en France. *Santé, Société et Solidarité*. 2009, n°1, p. 39-47.
- FRECHON I., MARQUET L. et SEVERAC N. Les enfants exposés à des « violences et conflits conjugaux ». Parcours en protection de l'enfance et environnement social et familial. *Politiques sociales et familiales*. 2011, n°105, p. 59-72.
- GABEL M. La Maltraitance faite aux enfants. *Actualité et dossier en santé publique*. 2000, 31, p. 26-34.
- GABEL M. Un double regard sur la souffrance des professionnels face à l'enfant maltraité. *Journal du droit des jeunes*. 2003, 3, n° 223, p. 36-39.
- GABEL M. et DURNING P. *Évaluation des maltraitances. Rigueur et Prudence*. Paris : Fleurus psychopédagogie. 2002, 390 p.
- GARRET-GLOANEC N. et PERNEL A.-S. Conséquences des négligences parentales sur les bébés. *L'information psychiatrique*. 2012, 3, Vol. 88, p. 195-207.
- GERARD M. Guide pour prévenir la maltraitance. [en ligne] Bruxelles : Yapaka, Temps d'arrêt, 2014, p.62. Disponible sur Yapaka.be
- GERSHATER-MOLKO R.M., LUTZKER J.R., WESCH D. Using recidivism data to evaluate Project Safecare: teaching bonding, safety, and health care skills to parents. *Child Maltreat*. 2002, 7, p. 277-85.
- GIBB B.E., WHEELER R., ALLOY L.B. *et al.* Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *J. Personal Disord*. 2001, 15, p. 505-11.
- GILBERT R., WIDOM C.S., BROWNE K. *et al.* Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009, 373, p. 68-81.
- GILBERT R., KEMP A., THOBURN J. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009, 373, p. 167-80.
- GIRARD J. Les violences conjugales : pour une clinique du réel. *Thérapie familiale*. 2004, 25, 4, p. 473-483.
- GLASER B., STRAUSS A. *The discovery of Grounded theory : strategies for qualitative research*. Chicago : Aldine Publishing Company, 1967, p. 1-30.
- GOLSE B. La maltraitance infantile, par delà la bienpensée. [en ligne] Bruxelles : Yapaka, 2013, 34 p.
- GOLSE B. Dialogue université-associations pour des propositions effectives contre la maltraitance à enfants, Sorbonne Paris Cité, Paris, 30 septembre 2014. Paris.
- GOODWIN R. et STEIN M.B. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol. Med*. 2004, 34, p. 509-20.

- GOVINDAMA Y. Clinique judiciaire et efficacité symbolique. *Psychologie clinique*. 2001, 11, p. 72-91.
- GOVINDAMA Y. Le monde hindou à La Réunion. *Une approche anthropologique et psychanalytique*. Paris : Karthala, 2006.
- GOVINDAMA Y. (sous la dir.) *Temps et rites de passage-Naissance-Enfance-Culture et religion*. Paris : Karthala, 2011.
- GOVINDAMA Y. La clinique de l'enfant exposé-désaffilié : l'enfant singulier, l'enfant handicapé. In Scelles R. *et al. Famille, Culture, Handicap*. Toulouse : Érès, 2013, p. 153-171.
- GOVINDAMA Y. Un état des lieux de la maltraitance des jeunes enfants en France. Les enjeux psychiques dans la relation mère-enfant. *Devenir*. 2014, 4, Vol. 26, p. 261-290.
- GUNNAR M.R. et DONZELLA B. Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*. 2002, 27, p. 199-220.
- HAEVESOETS Y.M. La souffrance des familles maltraitantes à l'épreuve de l'intervention : vers une éthique de l'intervention médico-psycho-sociale. *Évol. psychiatri*. 2003, 68, p. 509-29.
- HAMILTON-GIACHRITSIS C.E. et BROWNE K.D. A retrospective study of risk to siblings in abusing families. *J. Fam. Psychol*. 2005, 19, p. 619-24.
- Haute Autorité de santé (HAS). Rapport d'élaboration. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014.
- HELIE S., CLEMENT M.E. et LARRIVÉE M.-C. Epidemiological considerations in the conceptualization and utilization of "prevalence" and "incidence rate" : a reply to Brownridge and Halli, 1999. *Journal of Family Violence*. 2002, 18, 4, p. 219-225.
- HENRION R. *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*. Rapport commandité par le ministère de la Santé. Paris : La Documentation française. 2001.
- HERRENKOHL T.I., SOUSA C., TAJIMA E.A. *et al.* Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse*. 2008, 9, p. 84-99.
- HOURS A. Au fil d'un groupe conte, l'aventure de quelques images. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 2015, 1, Vol. 5, p. 197-216.
- HYMEL K.P. When is lack of supervision neglect ? *Pediatrics*. 2006, 118, p. 1296-8.
- JASPARD M., BROWN E., CONDON S. *et al.* *Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale*. Paris : La Documentation française, 2003.
- JONES R., FLAHERTY E.G., BINNS H.J. *et al.* Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse : report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*. 2008, 122, p. 259-66.
- LINDBERG D.M., LINDSELL C.J. et SHAPIRO R.A. Variability in expert assessments of child physical abuse likelihood. *Pediatrics*. 2008, 121, p. 945-53.

JOSSE D. *Brunet-Lézine révisé BLR : Échelle de développement psychomoteur de la première enfance*. Paris : Editions et Applications psychologiques, 2001.

KAYSER C., JAUNAY E., GIANNITELLI M. *et al.* Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2011, 59, p. 393-403.

KELLY L. The interconnectedness of domestic violence and child abuse: Challenges for research, policy and practice. In MULLENDER A. et MORLEY R. (dir.). *Children Living with Domestic Violence*. Londres : Whiting and Birch, 1994, p. 43-56.

KIRSCHBAUM C. et HELLHAMMER H. Salivary cortisol in psychobiological research : an overview. *Neuropsychology*. 1989, 22, p. 150-69.

LACHARITE C. Représentation de l'enfant maltraité dans le discours scientifique. Une esquisse de problématisation. in BERGONNIER-DUPUY G. *L'Enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille*. 2005, Toulouse : Érès « Petite enfance et parentalité », p. 63-75.

LACHARITE C., ETHIER L., NOLIN P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*. 2006, 59, 4, p. 381-394.

LACHARITE C., FAFARD G., BOURASSA, L. *et al.* Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, nouvelle génération. Trois-Rivières, Groupe de recherche en développement de l'enfant, 2005, p. 391.

LACHARITE C. et FAFARD G. Négligence envers les enfants et actions collectives auprès des parents : l'expérience parentale des besoins des enfants dans l'animation de groupes de parole. In ZAUCHE-GAUDRON C. (dir.) *Précarités et éducation familiale*. Toulouse : Érès, 2011, p. 391-398.

LACHARITÉ C. et ROBIDOUX S. « La qualité de la relation conjugale, le soutien du conjoint et la détresse parentale des mères négligentes ou à risque sur le plan psychosocial ». In TESSIER R., TARABULSY G.M. et ÉTHIER L. (dir.). *Dimensions de la maltraitance*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 1996, p. 67-87.

LAMOUR M. et BARRACO M. *Souffrances autour du berceau*. Paris : Gaétan Morin, 1998.

LANKTREE C.B., GILBERT A.M., BRIERE J. *et al.* Multi-informant assessment of maltreated children : convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse and Neglect*. 2008, 32, p. 621-5.

LAPIERRE S. *La concomitance de la violence conjugale et des mauvais traitements envers les enfants : le point de vue d'enfants et d'adolescents*. Mémoire de maîtrise non publié. Québec, Université Laval, École de service social, 2003.

LAPIERRE S. et DAMANT D. Les mauvais traitements envers les enfants et les adolescents : le point de vue d'enfants et d'adolescents victimes. *Service social*. 2004, vol. 51, n° 1, p. 98-109.

LASEK-DURIEZ A. et LEAUTE-LABREZE C. Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels). *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2009, 136, p. 838-844.

- LAU A.S., LEEB R.T., ENGLISH D. *et al.* What's in a name ? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 2005, 29, p. 533-51.
- LAVERGNE C., CLEMENT M.-E., DAMANT D. *et al.* Cooccurrence de violence conjugale et de maltraitance envers les enfants : facteurs individuels et familiaux associés. *La revue internationale de l'éducation familiale*. 2011, n°29, p. 37-61.
- LEBOVICI S., MAZET P., VISIER J.P. *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris : Eshel, 1989.
- LEFEBVRE D. et STEPHANOFF M. Un dispositif de soin pour les familles « hors la loi » de la protection de l'enfance. *Le Divan familial*. 2013, n° 30, p. 23-36.
- LEMAY M. Rôle des déterminants affectifs et familiaux. In B. CYRULNIK *et al.* *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et perspectives, 1998, p. 27-44.
- LE NESTOUR A. et GRANDIN S. Des bébés exposés aux excès ou aux négligences parentales. L'obligation de soins empathiques. *Enfances & Psy*. 2009, 2, n° 43, p. 32-40.
- LESSARD G., LAVERGNE C., CHAMBERLAND C. *et al.* Conditions for resolving controversies between social actors in domestic violence and youth protection services: Toward innovative collaborative practices. *Children and Youth Services Review*. 2006, 28, p. 511-524.
- LESSARD G. et PARADIS F. *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : recension des écrits*. Québec : Institut national de la santé publique du Québec, 2003.
- LLOYD-SMITH M., et TARR J. Researching children's perspectives: A sociological dimension. In LEWIS A. et LINDSAY G. (dir.). *Researching Children's Perspectives*. Buckingham : Open University Press, 2000, p. 59-70.
- LOBBESTAEL J., ARNTZ A. et SIESWERDA S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*. 2005, 36, p. 240-53.
- LOPEZ G. Prendre en charge les victimes d'agressions et d'accidents. Accueillir, orienter et traiter. Paris : Dunod, 2014, 225 p.
- MACMILLAN H. (ed. thème). Maltraitance des enfants. In TREMBLAY R.E., BOIVIN M. et PETERS R. DeV. (dir.) *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants. 2012.
- MAJER M., NATER U.M., LIN J.M. *et al.* Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults : a pilot study. *BMC Neurol*. 2010, 10, p. 61.
- MACMILLAN H.L., THOMAS B.H., JAMIESON E., *et al.* Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2005, 365, p. 1786-93.

- MAGARINOS A.M. et MC EWEN B.S. Chronic psychosocial stress causes apical dendritic atrophy of hippocampal CA3 pyramidal neurons in subordinate tree shrews. *J. Neurosci.* 1996, 16, 10, p. 3535-40.
- MANCIAUX M. *et al.* *Enfances en danger*. Paris : Fleurus, 1997, p. 156.
- MANCIAUX M. *et al.* *La résilience : résister et se construire*. Genève : Cahiers médico-sociaux, 2001.
- Manciaux M. Maltraitance : évolution du concept, définition, épidémiologie. *Médecine thérapeutique pédiatrie*. 2011, 1, p. 38-46.
- MASCARO' R., DUPUIS-GAUTHIER C. JARDRI R. *et al.* Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*. 2012, 2, Vol. 24, p. 69-115.
- MAXFIELD M.G. et WIDOM C.S. *Op. cit.* ; FERGUSSON D.M., BODEN J.M., HORWOOD L.J. *Op. cit.* ; LOBBESTAEL J., ARNTZ A. et SIESWERDA S. *Op. cit.*
- MERRICK M.T., LITROWNIK A.J., EVERSON M.D. *et al.* Beyond sexual abuse: the impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreat.* 2008, 13, p. 122-32.
- MILNER J.S. Assessing Physical Child Abuse Risk : The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*. 1994, 14, 6, p. 547-583.
- MIREAU E. Syndrome du bébé secoué. Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance, à propos d'une série de 404 cas [en ligne]. Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine : Université Paris-V René-Descartes, 2005. p. 216. <http://syndromedubebesecoue.com/wp-content/uploads/2012/04/these-SBS-Mireau-2005.pdf>
- MIREAU E. Maltraitance du nourrisson, le syndrome du bébé secoué. *LAENNEC*. 2008, 1, Tome 6, p. 18-25.
- MISSONNIER S. et ROBINEAU C. La prévention de la maltraitance en périnatalité. In BRACONNIER A. et GOLSE B. *Bébés agressifs, bébés agressés*. Toulouse : Érès « 1001 bébés », 2008 p. 43-62.
- MORGAN C. et FISHER H. Environment and schizophrenia : environmental factors in schizophrenia : childhood trauma – A critical review. *Schizophr. Bull.* 2007, 33, p. 3-10.
- MOUNIER B. Spécificités des cures d'enfants placés en famille d'accueil : réflexions sur le maintien du lien. *La psychiatrie de l'enfant*. 2009, Vol. 52, p. 517-534.
- NOVELLI C. et HEIM C. Les enfants victimes de violences conjugales. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2006, 36, p. 185-207.
- ODAS. *L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique*. Paris : ODAS, 1994, 110 p.
- ODAS. Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. Paris : Publication de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée, 2007.

Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS). *L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique*. Paris : ODAS Éditeur, 1994.

OLDS D., HENDERSON Jr. C.R., COLE R., *et al.* Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior : 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998, 280, p. 1238-44. ; OLDS D., ROBINSON J., O'BRIEN R. *et al.* Home visiting by paraprofessionals and by nurses : a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2002, 110, p. 486-96.

Oned/ONPE (coordonné par GUYAVARCH E.). Note 1 sur l'estimation du « chiffre noir » de l'enfance en danger par le biais des enquêtes de victimation [en ligne]. Paris : ONED, 2008.

Oned/ONPE (coordonné par Zaouche-Gaudron C., Euillet S. et Pinel-Jacquemin S.). Recensement critique des instruments de recherche validés en langue française en psychologie du développement. Bilan sur 10 ans (1995 à 2005) [en ligne]. Rapport final. Paris : Oned/ONPE, Janvier 2007. http://www.oned.gouv.fr/system/files/ao/rapport07_zauouche_recens05_3.pdf

Oned/ONPE (coordonné par SEVERAC N.) *Les enfants exposés à la violence conjugales, Recherche et pratiques* [en ligne]. Rapport d'étude. Paris : Oned/ONPE, 2012. http://www.oned.gouv.fr/system/files/oned_eevc_1.pdf

Oned/ONPE (coordonné par CHAIEB S.). *Revue de littérature sur les recherches francophones, sur les parcours de placement, la transition à l'âge adulte et le devenir des enfants placés* [en ligne]. Paris : Oned, février 2013. http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20131016_revue_de_litterature_0.pdf

Oned/ONPE (coordonné par CAPELIER F.). *Revue de littérature sur l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes sortant du dispositif de protection de l'enfance* [en ligne]. Paris : Oned/ONPE, Octobre 2014. http://oned.gouv.fr/system/files/publication/20141029_revue_de_litterature_autonomie.pdf

Oned/ONPE. *Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant* [en ligne]. Note d'actualité. Paris : Oned/ONPE, mars 2016. http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf

Organisation mondiale de la santé (OMS), International society for prevention of child abuse and Neglect. (ISPCAN). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. Genève : OMS, 2006. 97 p.

PALACIO-QUINTIN E., JOURDAN-IONESCU C. et MARTINEAU G. Évaluation du réseau social de l'enfant d'âge préscolaire à risque et de celui de sa mère. In Corbillon M. (dir.) *Suppléance familiale : nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Paris : Matrice, 2011, p. 219-234.

PENG J. La psychanalyse à l'épreuve de l'inceste : trauma, mémoire, guérison. Thèse de doctorat en psychopathologie fondamentale et psychanalyse : université Paris-Diderot - Paris-7, 2006, 521 p.

PENG J. L'« Œdipe incestué » : violence de l'inceste et subjectivation. *Psychologie clinique*. 2014, 1, n° 37, p. 172-185.

- PREVILLE M., BOYER R., POTVIN L. *et al.* La détresse psychologique : déterminants de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. *Cahier de la recherche*. Québec : gouvernement du Québec, 1992, 7.
- PRINS A., OUIMETTE P., KIMERLING R. *et al.* The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*. 2003, 9, p. 9-14.
- PRINZ R.J., SANDERS M.R., SHAPIRO C.J. *et al.* Population-based prevention of child maltreatment : the US Triple P system population trial. *Prev. Sci.* 2009, 10, p. 1-12.
- PROSSER L.A. et CORSO P.S. Measuring health-related quality of life for child maltreatment : a systematic literature review. *Health Qual. Life Outcomes*. 2007, 5, p. 42.
- RACAMIER P.-C. *Le génie des origines*. Paris : Payot, 1992, p. 147. Le point commun entre l'inceste et l'incestuel est l'indifférenciation (Ben Hamed S. p. 66).
- RACAMIER P.-C. Cortège conceptuel. *Apsygée*. 1993, p. 33-34. Le deuil originaire et le tabou de l'inceste sont les deux conflits fondamentaux absents dans les situations incestuelles (p. 67).
- RACAMIER P.-C. *L'esprit des soins*. 1994, Éditions du collège.
- RESNICK P.J. Murder of the newborn : A psychiatric review of neonaticide. *The American Journal of Psychiatry*. 1970, 126, 10, p. 1414-20.
- REY A. (dir.) *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Dictionnaire Le Robert, 1992, 2640 p.
- REY-SALMON C. et ADAMSBAUM C. *Maltraitance chez l'enfant*. Paris : Lavoisier Médecine Sciences Publications, 2013, 229 p.
- ROBIN M. et CORCOS M. (dir.) Recueil des phénomènes de maltraitements chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie. Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'ONPE. 2016.
- ROMANO H. Être un adulte transitionnel ou comment permettre à l'enfant de se dégager de l'impact du trauma. *Dialogue*. 2010, 189, p. 121-30.
- ROMANO H. Le lien fraternel à l'épreuve de l'inceste. *La psychiatrie de l'enfant*. 2012, 1, Vol. 55, p. 225-245.
- ROUSSILLON R. Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. In BRUN A. (dir.) *Les Médiations thérapeutiques*. Toulouse : Érès, 2011, p. 21-35.
- ROUYER M. Psychopathologie de l'enfant maltraité et de sa famille. *Médecine thérapeutique pédiatrie*. 2011, 1, p. 24-30.
- RUTTER M. et O'CONNOR T.G. English and Romanian Adoptees (ERA) study. Are there biological programming effects for psychological development ? Findings from a study of Romanian Adoptees. *Dev. Psychol.* 2004, 40, p. 81-94.
- SAMSON B. Les enfants de l'aide sociale à l'enfance, 20 ans après. *Arch. Pédiatr.* 2007, 14, p. 735-7.

- SAPOLSKY R. Why stress is bad for your brain. *Science*. 1996, 273, p.749-50.
- SARASON I.G., SARASON B.R., SHEARIN E.N. *et al.* A brief mesure of social support : practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationship*. 1987, 4, p. 497-510.
- SCHAEFFER E.S. et EDGERTON M. The sibling inventory of behavior. Chapel Hill, NC : University of North Carolina, 1981.
- SCELLES R., ZAOUCHE-GAUDRON C. et DELCROIX S. Améliorer l'accompagnement des enfants : pour une meilleure analyse de la dimension fraternelle. Rapport final. Recherche réalisée avec le soutien de l'Oned/ONPE. 2010.
- SCHORE A.M. La régulation affective et la réparation du soi. Traduction française, CIG : Montréal, 2008.
- SCHULTHEIS F., FRAUENFELDER A., DELAY C., avec la coll. STASSEN J.-F., ION G. La maltraitance envers les enfants : entre fausses évidences et enjeux sociaux ignorés. Analyse sociologique des transformations du rapport social à l'enfance dans le canton de Genève depuis 1990. Rapport final destiné à la Commission de contrôle de gestion du Grand Conseil (République et canton de Genève), Université de Genève, 2005.
- SCHULTHEIS F., FRAUENFELDER A. et DELAY C. *Maltraitance : contribution à une sociologie de l'intolérable*. Paris : L'Harmattan, 2007, p. 267.
- SENECAL C.B., VALLERAND R.J. et VALLIÉRES E.F. Construction et validation de l'Échelle de la Qualité des Relations Interpersonnelles (EQRI). *Revue européenne de psychologie appliquée*. 1992, 42, p. 315-22.
- SERAPHIN G. Observatoire nationale de l'enfance en danger. Enfance en danger, enfance maltraitée : mieux cerner le phénomène pour mieux agir. Intervention du 4 juin 2013. Paris : Sénat, 2013.
- SIDEBOTHAM P. An ecological approach to child abuse : creative use of scientific models in research and practice. *Child Abuse Rev*. 2001, 10, p. 97-112.
- SINCLAIR I., BAKER C., WILSON K., *et al.* *Foster children : where they go and how they get on*. London : Jessica Kingsley, 2005.
- SORENSEN T. ET SNOW B. How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare*. 1991, LXX, p. 3-15.
- SPECK R.V. et ATTNEAYE C. *Family networks*. New-York : Panthéon, 1972. ; SPECK R.V. Social network intervention. In SHOLEVAN G.P. et SCHWOERS L.D. (Eds.) *Textbook of family and couples therapy : clinical applications*. Washington DC : American psychiatric publishing, 2003.
- ST AMAND A., BARD D.E., SILOVSKY J.F. Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems : practice elements and out-comes. *Child Maltreat*. 2008, 13, p. 145-66. ; FERGUSSON D.M., BODEN J.M., HORWOOD L.J. *Op. cit.*
- Statistique Canada. *Recherche sur la violence contre les femmes. Documentations sur microfilms et guide de l'utilisateur à l'usage du public*. Ottawa : Industrie, Science et Technologie Canada, 2004.

STEINHAUER P. Guide d'évaluation des capacités parentales. Centre jeunesse de Montréal et Institut de recherche, 2004. http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/evaluation/pdf/guide_competences_parentales.pdf.

STERN D., ROBERT-TISSOT C., MURALT M. *et al.* Entretien « R » une méthode d'évaluation des représentations maternelles. In VISIER P., LEOVICI S. et MAZET P. (dir). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Genève : Eshel, 1989, p. 151-177.

STOLTENBORGH M., BAKERMANS-KRANENBURG M.J., VAN IJZENDOORN M.H. *et al.* Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse ? A meta-analysis of global prevalence. *Int. J. Psychol.* 2013, 48, 2, p.81-94.

STRAUS M.A., HAMBY S.L., FINKELHOR D. *et al.* Identification of Child Maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales : Development and Psychometric Data for a National Sample of American Parents. *Child Abuse and Neglect.* 1998, 22, 4, p. 249-70.

STRAUS M.A. et KANTOR G.K. Definition and measurement of neglectful behavior : some principles and guidelines. *Child Abuse and Neglect.* 2005, 29, p. 19-29.

STRAUS P. et MANCIAUX M. *L'enfant maltraité*. Paris : Fleurus, 1982, (éd.1993).

TALLEY N.J., BOYCE P.M. et JONES M. Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism ? A population-based study. *Gut.* 1998, 42, p. 47-53.

TAUSSIG H.N. et CULHANE S.E. Contextual influences on mentalhealth and behavioral outcomes of children in foster care. In Poster session presented at the 15th international conference on mental health services research, National institute of mental health. 2002.

TAYLOR G.J., BAGBY R.M. et PARKER J.D.A. *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge : Cambridge University Press, 1997.

TEICHER M.H. et SAMSON J.A. Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am. J. Psychiatry.* 2013, 170, p. 1114-33.

THEIS A. *Approche psychodynamique de la résilience : étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil*. Thèse de doctorat en psychologie : Université Nancy 2, 2006, 306 p.

THOMPSON MP., ARIAS I., BASILE KC. *et al.* The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women. *J. Interpers Violence.* 2002, 17, p. 1115-29.

THORNBERRY T.P., IRELAND T.O. et SMITH C.A. The importance oftiming : the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Dev. Psychopathol.* 2001, 13, p. 957-79.

- TORRENTE J. (dir). *La maltraitance. Regards pluridisciplinaires*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et perspectives, 2001, 245 p.
- TOURIGNY M., GAGNE M.-H., JOLY J. *et al.* Prévalence et coocurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health*. 2006, vol. 97, n°2, p. 109-113.
- TOURIGNY M., MAYER M., WRIGHT J. *et al.* EIQ : *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec* (EIQ). Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP), 2002. 212 p.
- TROCME N., DURRANT J., MARWAH I. *et al.* *Les abus physiques envers les enfants en contexte de punition*. Feuillet d'information du CEPB #8F. Ottawa : Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, 2004.
- TROCME N., FALLON B., MACLAURIN B., *et al.* *Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 : Données principales*. Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2005. 148 p.
- TROCME N., MACLAURIN B. FALLON B. *et al.* *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Rapport final. Ottawa (Canada) : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 2001. 188 p.
- TROUPEL-CREMEL O., PINEL-JACQUEMIN S. et ZAOUCHE-GAUDRON C. Fratrie et violence intrafamiliale : la fratrie obstacle ou ressource pour l'enfant ? *Archives de pédiatrie*. 2009, Vol. 16, issue 6, p.943-945.
- TURSZ A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. *Arch. Pediatr*. 2009, 16, p. 936-9.
- TURSZ A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Seuil, 2010, 420 p.
- TURSZ A., CROST M., GERBOUIN-REROLLE P. *et al.* Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France : quelle est la part des homicides ? *Bull. épidémiol. Hebd*. 2008, 3-4, p. 25-28.
- TYCHEY (de) C. et LIGHEZZOLO J. L'évaluation de la résilience : quels critères diagnostiques envisager ? *Perspectives Psy*. 2004, 43, 3, p. 226-233.
- Children's Bureau. *Child maltreatment 2006*. Washington DC : US Government Printing Office, 2008. 237 p.
- VACHERET C. *Photo, groupe et soin psychique*. Lyon : PUL, 2010.
- VELLUT N., SIMMAT-DURAND L. et TURSZ A. Accoucher sans donner naissance : les néonaticides, des histoires tues. *Recherches familiales*. 2015, 1, 12, p. 99-112.
- VELLUT N., SIMMAT-DURAND L. et TURSZ A. Le portrait des mères néonaticides dans les expertises judiciaires. *L'Encéphale*. 2013, 39, 5, p. 352-9.

- VIVIER G. La fiche ageven : un outil adapté à la collecte de trajectoires. 14^e colloque de l'AIDELF, Université d'Aveiro, Portugal, 2006 (www.erudit.org/livre/aidelf/2006/001404co.pdf).
- WAGNILD G. et YOUNG H.M. Resilience among older women. *Journal of Nursing Scholarship*. 1990, 22, p. 252-255. ; WAGNILD G.M. et YOUNG H.M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1993, 1, p. 165-78.
- WALSH C.A., JAMIESON E., MACMILLAN H. *et al.* Child abuse and chronic pain in a community survey of women. *J. Interpers Violence*. 2007, 22, p. 1536-54.
- WEBB E. Poverty, maltreatment and attention deficit hyperactivity disorder. *Arch. Dis. Child*. 2013, 98, p. 397-400.
- WEISS D.S. et MARMAR C.R. The Impact of Event Scale - Revised. In WILSON, J. et KEANE, J.M. (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. NY : Guilford press, 1997, p. 399-411.
- WHELAN D.W. Using attachment theory when placing siblings in foster care. *Child. Adol. Social Work J*. 2003, 20, p. 21-36.
- WHITBECK L.B., HOYT D.R. et YOKER K.A. A risk-amplification model of victimization and depression symptoms among runaway and homeless adolescents. *American Journal of Community Psychology*. 1999, 27, p. 273-296.
- WIDMER E. *Les relations fraternelles à l'adolescence*. Paris : PUF, 1999.
- WIDOM C.S. The cycle of violence. *Science*. 1989, 244, p. 160-6.
- WIDOM C.S. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am. J. Psychiatry*. 1999, 156, p. 1223-9.
- WIDOM C.S., MARMOSTEIN N.R., WHITE H.R. Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychol. Addict. Behav*. 2006, 20, p. 394-403.
- WINNICOTT D. W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. 1956, Paris : Payot, 1971.
- WINNICOTT D.W. *Playing and Reality*. Trad. fr. C. Monod : *Jeu et Réalité, l'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 1975 (1971).
- WINNICOTT D.W. Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. In : *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot, 1962, p. 9-18. (Collection science de l'homme)
- WISE L.A., ZIERLER S., KRIEGER N. *et al.* Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization : a case-control study. *Lancet*. 2001, 358, p. 881-7.
- WOLFE V., GENTILE C., MICHIEZI T. *et al.* The children's impact of traumatic events scale : a measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behav. Assess*. 1991, 13, p. 359-83.
- WOODMAN J., PITT M., WENTZ R. *et al.* Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. *Health Technol. Assess*. 2008, 12, p. 1-95.

CHANG DC, KNIGHT VM, ZIEGFELD S, *et al.* The multi-institutional validation of the new screening index for physical child abuse. *J. Pediatr. Surg.* 2005, 40, p. 114-9.

YATES T.M., CARLSON E.A., EGELAND B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev. Psychopathol.* 2008, 20, p. 651-71.

La présente revue de littérature a pour objectif de dresser un état des lieux des recherches francophones sur la maltraitance intrafamiliale envers les enfants. Après une introduction présentant les enjeux de ce travail et la méthode de recueil employée pour constituer le corpus de publications sélectionnées, les apports des recherches sont présentés sous forme de fiches de lecture. Une synthèse transversale présente les principaux éléments de cette revue de littérature et les discute en analysant, d'une part, les différentes approches mobilisées par les auteurs à propos de la maltraitance intrafamiliale et, d'autre part, en relevant les nouvelles perspectives envisagées.