

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° :

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : Psychiatrie

Par

Armelle PAILLARD LEBREUILLY

Née le 31 Juillet 1980 à Alençon

Présentée et soutenue publiquement le : 23 Septembre 2009

**PLACE DU PEDOPSYCHIATRE DANS L'ACCUEIL ET LA
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS
VICTIMES DE MALTRAITANCES SEXUELLES**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Directeur : Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. SAINT-ANDRÉ
Pr. BAUFRETON
Pr. RICHARD

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER

Professeurs Émérites : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. M. CAVELLAT, Pr. J.-F. CAVELLAT, Pr. COULLAUD, Pr. DENIS, Pr. DESNOS, Pr. EMILE, Pr. FRANCOIS, Pr. FRESNEAU, Pr. GROSIEUX, Pr. GUNTZ, Pr. HUREZ, Pr. JOUBAUD, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PIDHORZ, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
Mme BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUPRIS Lionel	Chirurgie infantile
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DELHUMEAU Alain	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUBAS Frédéric	Neurologie
DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIÉ Alain	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie

MM	FRESSINAUD Philippe	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAMELIN Erick	Cancérologie ; radiothérapie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GESLIN Philippe	Cardiologie
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
MM	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
	JALLET Pierre	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
	PENNEAU Michel	Médecine légale et droit de la santé
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	POUPLARD François	Pédiatrie
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mme	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SORET Jean-Yves	Urologie
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mme BARON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
Mlle BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
MM BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
BOUYE Philippe	Physiologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE BOUIL Anne	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
M. LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mme LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
Mmes MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOREAU Marie-Françoise	Cytologie et histologie
MM MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
NICOLAS Guillaume	Neurologie
PAPON Xavier	Anatomie
Mmes PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
M PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
MM SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
SIX Patrick	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
VERNY Christophe	Neurologie

mai 2009

COMPOSITION DU JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

Membres du jury :

**Monsieur le Docteur Gérard CHAMPION
Madame le Docteur Martine CHARLERY
Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER
Monsieur le Professeur Michel PENNEAU**

Introduction	p. 7
Première partie : Actualité des maltraitances sexuelles chez l'enfant et l'adolescent.	p. 9
Deuxième partie : Approche clinique des enfants et adolescents De 6 à 18 ans.	p.58
Conclusion	p.106
Bibliographie	p.107
Table des matières	p.111

Introduction

Tous les ans, en France, quatre à cinq mille enfants et adolescents font l'objet d'un signalement pour maltraitance sexuelle [36]. Ces enfants et adolescents bénéficient alors d'une enquête sociale mais aussi judiciaire. La ville d'Angers a été particulièrement sensibilisée à cette question lors du procès de pédophilie qui s'y est tenu en 2002.

Depuis ce procès, une Permanence d'Accueil Pédiatrique de l'Enfance en Danger (PAPED) a été créée au CHU d'Angers. Cela s'inscrit dans un mouvement plus global, social, judiciaire et médical, de reconnaissance de la maltraitance sexuelle. Les dimensions sociale et judiciaire des actes de maltraitance sont très exploitées, comme l'atteste la (sur)-médiatisation des procès de pédophilie et des actions de prévention se développent de plus en plus dans les écoles. De plus, la Fédération Française de Psychiatrie a publié une conférence de consensus sur le thème « Conséquences des maltraitements sexuels, reconnaître, soigner, prévenir ». Enfin, de nombreux centres hospitaliers ont créé des lieux spécifiques d'accueil des enfants et adolescents en danger.

Ces lieux spécifiques ont pour vocation de proposer un accueil pluri-disciplinaire de l'enfant ou de l'adolescent victime de maltraitance et de maltraitance sexuelle en particulier. La Permanence d'Accueil Pédiatrique de l'Enfance en Danger (PAPED) du CHU d'Angers permet de réaliser dans un lieu hospitalier (c'est-à-dire médical mais aussi peut-être plus rassurant que des locaux de police ou de gendarmerie) l'audition par les services de police ou de gendarmerie de l'enfant ou de l'adolescent présumé victime de maltraitance sexuelle, ainsi que son examen médico légal. Les intervenants du côté du soin sont une infirmière puéricultrice d'accueil et le médecin légiste. Pour la dimension judiciaire de la prise en charge, on trouve des enquêteurs de police ou de gendarmerie. Enfin, l'assistante sociale de pédiatrie rencontre le jeune et sa famille.

Mais cet enfant ou cet adolescent, comment va-t-il ? C'est-à-dire : comment se situe-t-il dans tout ce qui fait sa vie sociale, affective, relationnelle, émotionnelle ? Quel est son état de santé physique mais aussi psychique ? Comment va-t-il par rapport à la maltraitance sexuelle dont il a été victime ? Et par rapport à la révélation de cette maltraitance et à ses conséquences ?

Comment s'adapte-t-il à sa vie actuelle ? Il n'y a pas, à la PAPED, d'intervention directe des pédopsychiatres. Ce n'est pas le cas dans tous les centres hospitaliers.

Nous demandons alors quelle est la place du pédopsychiatre dans l'accueil et la prise en charge de ces enfants et adolescents victimes de maltraitances sexuelles. Doit-il intervenir ? Si oui, quand ? Comment ? Qui ? Nous allons répondre à ces questions en deux temps, qui correspondent aux deux parties de ce travail.

Dans la première partie, nous ferons le point sur l'actualité des maltraitances sexuelles chez l'enfant et l'adolescent, en France. Nous définirons la maltraitance et la maltraitance sexuelle et nous détaillerons les données épidémiologiques récentes. Dans un second temps, nous aborderons les conséquences pédopsychiatriques des maltraitances sexuelles. Un troisième chapitre aura pour sujet le parcours judiciaire de l'enfant ou de l'adolescent présumé victime. Puis nous exposerons concrètement comment ces jeunes sont accueillis sur le CHU d'Angers. Enfin, dans le cinquième et dernier chapitre, nous enquêterons sur la façon dont les enfants et adolescents victimes de maltraitances sexuelles sont pris en charge dans d'autres centres hospitaliers et par les associations.

Dans la deuxième partie, nous approfondirons notre compréhension clinique des enfants et des adolescents victimes de maltraitances sexuelles. Nous étudierons d'abord ce que la psychanalyse peut nous apporter dans cette compréhension. Puis nous exposerons une étude que nous avons réalisée pour évaluer la psychopathologie des jeunes victimes de 6 à 18 ans. Enfin, nous discuterons l'intérêt et la nécessité d'inclure la pédopsychiatrie dans l'accueil et la prise en charge des enfants et des adolescents victimes de maltraitances sexuelles.

**1^e partie : Actualités de la maltraitance sexuelle chez
l'enfant et l'adolescent**

I/ La maltraitance et la maltraitance sexuelle

Pour débiter cet état des lieux sur les maltraitements sexuelles, nous définirons la maltraitance, puis la maltraitance sexuelle en particulier. Puis nous aborderons les données épidémiologiques récentes, les conséquences psychiatriques possibles des maltraitements sexuelles et enfin les difficultés du parcours judiciaire.

1) Définition de la maltraitance

« Tout acte accompli, ou à l’opposé non réalisé par des individus, des institutions ou la société dans son ensemble, et tout état qui découle de ces actes ou de leur absence et privent les enfants de leurs libertés ou de leurs droits et /ou entravent leur développement, constituent par définition de mauvais traitements. »¹

L’office national de l’action sociale décentralisée, Odas, définit l’enfant maltraité « comme celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique »². Dans un souci préventif certain, l’Odas regroupe sous le terme « enfant en danger » les enfants en risque de maltraitance et ceux qui sont effectivement maltraités.

2) Définition de la maltraitance sexuelle

L’organisation mondiale de la santé (OMS) utilise le terme d’exploitation sexuelle plutôt que de maltraitance. « L’exploitation sexuelle d’un enfant implique que celui-ci est victime d’un adulte ou d’une personne sensiblement plus âgée que lui aux fins de satisfaction sexuelle de l’adulte. Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs. »³

¹ Ciavaldini A., Choquet M. (2004), Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé ? *in* Conséquences des maltraitements sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext. p.19

² [33] www.odas.net : La Lettre de l’Odas, Décembre 2006. Protection de l’enfance : De nouvelles perspectives pour les départements.

³ Définition citée par Gabel Marcelline (sous la direction de) (1992), L’enfant victime d’abus sexuels, Paris, PUF. p.7

Cette définition nuance différents types d'abus : attitudes malsaines, abus sans toucher, abus avec toucher sans violence, et abus avec violences entraînant des lésions de gravité variable. On peut aussi distinguer les maltraitances passives (absence de protection, de règles, de lois, d'écoute, d'éducation et d'informations relatives à la sexualité ; promiscuité sexuelle) et les maltraitances actives (attouchements, manipulations génitales, inceste, viol, exploitation, prostitution, pornographie). Les mutilations sexuelles s'apparentent à la maltraitance physique plus qu'à la maltraitance sexuelle car elles n'ont pas pour but la satisfaction sexuelle de celui qui les pratique.

Le code pénal français a lui aussi des définitions bien précises. S'il y a eu pénétration sexuelle sur la personne de la victime (anale, vaginale, orale si la victime a effectué une fellation), par quelque objet que ce soit, la loi retient la qualification de viol. Mais si la victime subit une fellation, on ne peut parler de viol, mais d'agression sexuelle. [27]

Par ailleurs, la loi ne retiendra pas les termes de viol ou d'agression sexuelle s'il n'est pas établi que la victime était sous l'emprise de la violence, la contrainte, la menace ou la surprise au moment des faits. On parlera seulement d'atteinte sexuelle, si la victime est mineure. [27]

Au regard de ces définitions, de quelles données disposons nous pour évaluer les maltraitances sexuelles ? Nous allons principalement utiliser les travaux de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas).

3) Epidémiologie des maltraitances

a- Réflexions générales sur les recherches épidémiologiques

La recherche de données épidémiologiques sur les maltraitances sexuelles est difficile à plusieurs niveaux. Tout d'abord en ce qui concerne l'épidémiologie descriptive : il faut définir le champ d'étude. Qu'est-ce que la maltraitance ?

En France, la maltraitance est balisée par deux repères : l'âge et le consentement [6]. La limite d'âge se situe à quinze ans, même si pour des âges chronologiques identiques, tous les sujets n'ont pas le même développement intellectuel ni le même équilibre émotionnel. De même le consentement peut n'être pas constant...

Dans les études épidémiologiques, l'Odas utilise les définitions suivantes : les enfants en danger sont soit maltraités soit en risque [35]. L'enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, de violences sexuelles, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. L'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité. Quand à la définition précise de la maltraitance sexuelle, la définition de l'OMS précédemment citée est la plus courante.

La deuxième difficulté, à propos de l'épidémiologie descriptive, concerne le recueil des informations : quelles sont les sources de recueil des données ? Il faut garder à l'esprit que beaucoup de victimes ne se font pas connaître, et que les chiffres « officiels » sous-estiment probablement la réalité. Je me suis appuyée sur les données statistiques publiées par l'Odas.

Enfin, la partie analytique de l'épidémiologie des maltraitances pose problème aussi. En effet, la plupart des études se basent sur des sujets hospitalisés ou pris en charge par une institution. Cela induit un biais, en sélectionnant en priorité les sujets les plus en difficultés ou les plus fragiles. En ce qui concerne l'enquête de l'Odas, elle recense les signalements effectués auprès des conseils généraux. Il faudrait faire des enquêtes en population générale pour évaluer plus finement les conséquences des maltraitances sexuelles, car toutes les victimes ne ressentent pas le besoin d'être suivies, ou ne sont pas repérées par les acteurs sociaux ou médicaux. J'ai donc complété les chiffres de l'Odas par les résultats d'une enquête en population générale.

b- Evolution des statistiques

Les chiffres de l'Odas recensent les enfants signalés. Par signalement, on entend : « toute information préoccupante ayant donné lieu à une évaluation pluridisciplinaire, à l'issue de laquelle est décidée soit une mesure administrative, soit une saisine judiciaire »⁴. L'enquête

⁴ www.odas.net : Lettre de l'ODAS, Décembre 2006 : Protection de l'enfance, de nouvelles perspectives pour les départements.

annuelle de l’Odas recense les signalements traités par les conseils généraux, hors saisines directes de la justice, sauf si le Parquet les a transmises pour évaluation aux services départementaux, auquel cas elles entrent dans le champ de l’observation.

En 2006, 98 000 enfants ont été signalés en danger auprès des conseils généraux, soit 7 mineurs sur 1000 en population générale, contre 5 sur 1000 en 1998. Le nombre d’enfants en danger a donc progressé de 1% depuis 2005, 18% depuis 1998. Ce nombre progresse donc plus vite que la population de la tranche d’âge correspondante. Certes, le meilleur repérage peut expliquer en partie cette augmentation, mais il faut voir dans cette évolution continue un indéniable problème de société. Le risque constitue 81% des signalements, les enfants maltraités représentent donc 19% des signalements en 2006. [36]

Tableau I : Evolution du nombre d’enfants signalés en danger, par type de danger (risque ou maltraitance). [36]

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Enfants maltraités	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500	18 000	19 000	20 000	19 000
Enfants en risque	64 000	65 000	65 500	67 500	67 500	71 000	76 000	77 000	79 000
Total	83 000	83 500	83 800	85 500	86 000	89 000	95 000	97 000	98 000

Ainsi, depuis 1998, le nombre d’enfants identifiés en danger a progressé de manière continue, quoique avec des intensités variables : les évolutions les plus marquées sont observées entre 2002 et 2006 (plus de 14%), et plus particulièrement entre 2003 et 2004 avec près de 7%. Cette augmentation est rapportée par l’Odas au fort retentissement de graves affaires de maltraitances telles qu’Outreau ou Angers. [36]

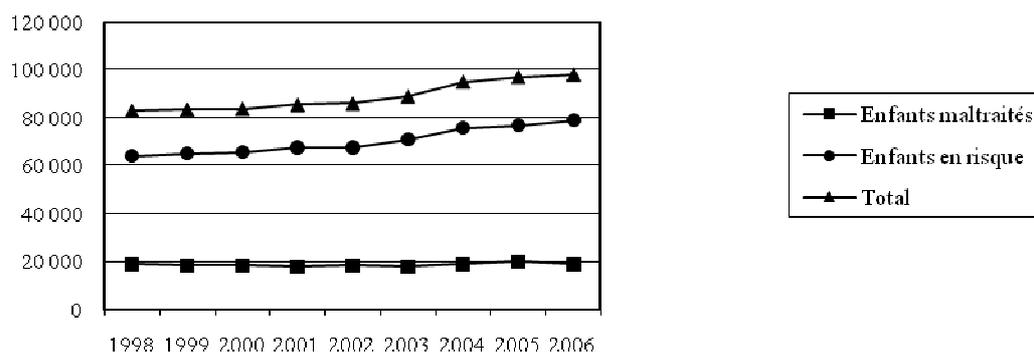


Figure 1 : Evolution du nombre d'enfants signalés en danger, par type de danger (risque ou maltraitance).

La répartition par âge et également informative. En 2006, on dénombre 2 100 enfants supplémentaires âgés de onze ans et plus alors que parallèlement, le chiffre des enfants âgés de moins de onze ans diminue de 1 100. L'augmentation des signalements en 2006 est donc liée au public de pré adolescents et adolescents. La part de cette population reste toutefois minoritaire avec 43 100 jeunes soit moins de 44% du total. Le nombre d'enfants âgés de moins de onze ans s'élève à 54 900 soit 56% du total. Notons que les enfants de moins de six ans représentent, pour leur part, près de 29% des signalements.

Tableau II : Enfants signalés par âge en 2005 et 2006.

Enfants signalés	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-17 ans	18-21 ans	Total
En 2005	13 500	16 300	26 200	21 700	16 600	2 700	97 000
En 2006	13 200	15 900	25 800	22 600	17 600	2 900	98 000
Evolution	- 300	- 400	- 400	+ 900	+ 1 000	+ 200	+ 1 000

L'enquête de novembre 2007 [36] identifie les facteurs de danger les plus fréquents : les carences éducatives parentales, les conflits de couple, la précarité économique et les maladies psychiques. Autant de phénomènes qui se trouvent aggravés dans une société où les liens sociaux et familiaux se délitent.

Concernant les maltraitances, le nombre d'enfants signalés comme maltraités diminue légèrement en 2006, de l'ordre de 5%. Les enfants maltraités sont 19 000 en 2006. Comment

se répartissent les maltraitances ? Rappelons que l’Odas distingue quatre types de maltraitances : physiques, sexuelles, psychologiques et les négligences lourdes. [36]

Tableau III : Evolution des types de mauvais traitements parmi les enfants signalés pour maltraitance.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Violences physiques	7 000	6 500	6 600	5 800	5 600	5 800	6 600	6 400	6 300
Violences sexuelles	5 000	4 800	5 500	5 900	5 900	5 200	5 500	4 700	4 300
Négligences lourdes	5 300	5 400	4 800	4 700	5 000	4 400	4 400	5 100	5 000
Violences psychologiques	1 700	1 800	1 400	1 600	2 000	2 600	2 500	3 800	3 400
Total des enfants maltraités	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500	18 000	19 000	20 000	19 000

On remarque que les maltraitances sexuelles ont diminué en 2005 et 2006, mais qu’elles représentent encore presque un quart des maltraitances. En effet, en 2006, les violences physiques représentent 33%, les violences sexuelles 23%, les négligences lourdes 26%, et les violences psychologiques 18% des maltraitances.

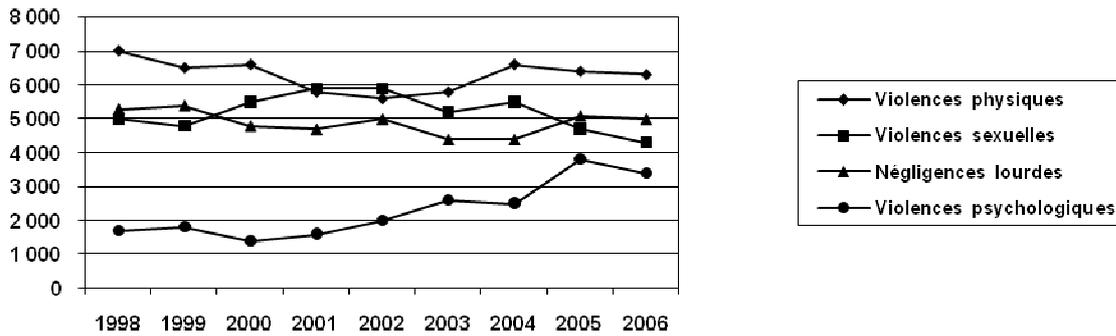


Figure 2 : Evolution des types de mauvais traitements signalés entre 2002 et 2006⁵.

Sur le graphique, on constate que les écarts se sont resserrés entre les types de maltraitements, entre 2002 et 2006. Enfin, l’Odas repère que 57% des signalements sont judiciairisés en 2006. Ce chiffre est stable depuis 1998.

Mais élargissons notre état des lieux à la population générale.

c- Une étude menée sur la population générale

Les chiffres de l’Odas sont très informatifs sur l’évolution des maltraitements, mais ne permettent pas vraiment de se rendre compte de leur impact sur la population générale, et, en particulier, de la prévalence des maltraitements sexuelles. Il nous a donc paru intéressant de citer une étude réalisée en 1989. Elle n’est pas très récente, mais ce type d’étude est difficile à réaliser, et il y en a assez peu. L’évaluation des abus sexuels est compliquée du fait de leur reconnaissance récente et donc des tabous qui persistent, mais aussi à cause de la difficulté à donner une définition reconnue par tous et qui en fixerait les limites. Il faut donc intégrer quelques questions sur les antécédents de maltraitance dans une autre étude. Des études épidémiologiques anglo-saxonnes donnent des chiffres très différents, mais elles portent aussi sur des populations très diverses. De plus, plus la révélation est tardive, plus la réalité des faits est difficile à reconstituer.

Nous avons choisi l’étude de A. Lazartigues [21] car elle a été réalisée en France, sur un échantillon important, d’une population assez jeune, donc proche des faits. En effet, le fait de

⁵ www.odas.net : Lettre de l’ODAS, Décembre 2006 : Protection de l’enfance, de nouvelles perspectives pour les départements.

s'adresser à une population jeune permet d'avoir une idée des maltraitances sexuelles subies dans l'enfance, et non pas sur une vie entière.

Dans un auto questionnaire proposé pour une recherche sur le SIDA, ont été intégrées trois questions sur les abus sexuels. L'enquête a été faite sur une population représentative de mille étudiants de première ou deuxième année des universités parisiennes. 26% de femmes et 11% d'hommes disent avoir été victimes d'au moins un abus proposé dans le questionnaire. L'exhibitionnisme apparaît le plus fréquemment (22% des femmes et 8% des hommes), puis le harcèlement sexuel (3% et 4%), le viol (3% et 2%) et enfin l'inceste (1% et 1%). On constate chez ces étudiants des différences de comportements (tendance suicidaire, tendance dépressive, conduites d'addiction plus importantes que les autres), mais pas d'inhibition intellectuelle particulière. [21]

Nous voyons que la maltraitance sexuelle ayant eu lieu dans l'enfance concerne une grande partie de la population générale, alors qu'en dehors de quelques procès retentissants, on en parle relativement peu. Il me semble donc important de continuer la réflexion sur ce sujet, d'autant que, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant, les maltraitances sexuelles ne sont pas sans conséquence.

II/ Conséquences des maltraitances sexuelles : quelles pathologies pédopsychiatriques risquent d'apparaître ? Dans quels délais ?

La survenue d'un événement traumatique chez l'enfant peut avoir pour conséquence l'apparition de troubles psychiques. Ces troubles psychiques secondaires à une agression sont appelés syndromes psycho traumatiques. Nous n'aborderons pas ici les conséquences somatiques des maltraitances sexuelles : délabrement, maladies sexuellement transmissibles, grossesse, etc.

Chez l'adulte, le DSM IV décrit l'état de stress post traumatique, l'état de stress aigu, les troubles de l'adaptation, le trouble psychotique bref avec facteurs de stress marqués. Ces syndromes sont à distinguer de la décompensation à l'occasion du traumatisme d'une pathologie psychiatrique préexistante.

Chez l'enfant, nous allons étudier la description de Terr [30], reprise par Vila [33], qui distingue les troubles psycho traumatiques de type I quand l'évènement traumatique est

unique des troubles psycho traumatiques de type II quand l'évènement est répété. Les quatre principaux signes retenus par Terr sont les reviviscences envahissantes, les « jeux » répétitifs, les phobies spécifiques liées au traumatisme et les changements dans les relations aux autres, à la vie, à l'avenir. Détaillons donc la description clinique des tableaux psychiatriques risquant d'apparaître après une maltraitance sexuelle.

1) Troubles psycho traumatiques de type I

Ces troubles répondent à un traumatisme unique comme par exemple un viol ou un épisode d'attouchements. On distingue les réactions immédiates, les tableaux cliniques post immédiats et l'état de stress post traumatique. [30, 33]

a- Réactions immédiates

Chez les enfants, les réactions immédiates sont décrites a posteriori, à partir du récit du sujet ou de son entourage. Outre la réaction aiguë à un facteur de stress que nous allons décrire en détail, on peut observer des attaques de panique, des troubles dissociatifs sévères (amnésie psychogène, fugue psychogène), ou un état confusionnel. Mais revenons à la réaction aiguë à un facteur de stress, qui donne une illustration condensée des réactions immédiates possibles.

La réaction aiguë à un facteur de stress

La réaction aiguë à un facteur de stress est décrite dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^e édition) [24]. Elle répond aux critères diagnostiques suivants :

A- Confrontation à un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel.

B- Survenue immédiate de symptômes (dans l'heure qui suit la confrontation).

C- Les symptômes sont répartis en deux groupes. Selon le nombre de symptômes de chaque groupe, l'intensité est cotée : légère (groupe 1), moyenne (groupe 1 plus au moins deux symptômes du groupe 2), sévère (groupe 1 plus au moins quatre symptômes du groupe 2).

Groupe 1 : vécu de peur, signes neuro végétatifs.

Groupe 2 : composante comportementale.

- Retrait par rapport aux interactions sociales attendues.
- Rétrécissement du champ de l'attention.

- Désorientation apparente.
- Colère ou agressivité verbale.
- Désespoir ou perte d'espoir.
- Hyperactivité inappropriée ou sans but.
- Affliction incontrôlable et excessive compte tenu des normes culturelles.

D- Quand le facteur de stress est transitoire ou quand il est possible d'y remédier, les symptômes doivent commencer à diminuer dans les huit heures. Quand le facteur de stress reste actif, les symptômes doivent commencer à s'atténuer dans les quarante-huit heures.

La réaction aiguë à un facteur de stress d'intensité sévère peut aussi correspondre aux critères d'une stupeur dissociative : présence d'une diminution importante ou d'une absence des mouvements volontaires et d'une réactivité normale à des stimuli externes tels que la lumière, le bruit ou le toucher, mais l'examen clinique et les examens complémentaires ne mettent en évidence aucun élément en faveur d'une cause physique. Par ailleurs, on dispose d'arguments en faveur d'une origine psychogène du trouble, dans la mesure où il est possible de mettre en évidence des événements ou des problèmes stressants récents.

Autres réactions immédiates

Les autres réactions immédiates incluent des angoisses de séparation, des somatisations, des décompensations de pathologies préexistantes, des troubles du sommeil. Les tableaux de psychose réactionnelle brève sont rares.

b- Réactions post immédiates

Dans les jours suivant un évènement traumatique, les tableaux cliniques observés sont variés.

Citons entre autres:

- troubles de l'adaptation
- psychoses réactionnelles brèves
- état de stress aigu
- tentatives de suicide, suicide
- agressivité, opposition, troubles des conduites
- troubles du sommeil
- troubles des conduites alimentaires

- syndrome de refus global
- abus d'alcool ou de substances psycho actives

c- Etat de stress post traumatique et tableaux tardifs

L'état de stress post traumatique fait suite aux manifestations précoces ou survient classiquement après un intervalle libre. Nous allons d'abord rappeler l'état de stress post traumatique tel qu'il est décrit dans la CIM 10 [24] puis nous verrons les particularités propres aux enfants.

L'état de stress post traumatique (ESPT)

A- Confrontation brève ou prolongée à une situation ou à un évènement stressant, exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.

B- Le facteur de stress est constamment remémoré ou « revécu », comme en témoigne la présence de reviviscences envahissantes (*flashbacks*), de souvenirs intenses, de rêves répétitifs, ou d'un sentiment de détresse quand le sujet est exposé à des situations ressemblant au facteur de stress ou associées à ce dernier.

C- Evitement ou tendance à l'évitement, non présente avant l'exposition au facteur de stress ou associée à ce dernier.

D- Soit (1) soit (2) :

(1) Incapacité partielle ou complète à se rappeler des aspects importants de la période d'exposition au facteur de stress.

(2) Présence de symptômes persistants traduisant une hyper sensibilité psychique et une hyper vigilance (non présentes avant l'exposition au facteur de stress), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil
- irritabilité ou accès de colère
- difficultés de concentration
- hyper vigilance
- réaction de sursaut exagérée

E- Survenue des critères B, C et D dans les six mois suivant l'évènement stressant ou à la fin d'une période de stress.

Particularités de l'état de stress post traumatique chez l'enfant [30, 33]

Le traumatisme peut être vécu sans peur, sans sentiment d'impuissance ni d'horreur mais avec un comportement désorganisé ou agité. D'ailleurs, en ce qui concerne les maltraitances sexuelles, le DSM IV précise que «chez les enfants, les éléments traumatiques sexuels peuvent inclure des expériences sexuelles inappropriées par rapport au développement, sans violence ou blessure grave ou réelle»⁶. N'importe quelle maltraitance sexuelle peut donc induire un état de stress post traumatique, et pas seulement un viol ou une maltraitance sexuelle associée à des violences physiques.

L'entourage rapporte des «jeux» répétitifs, effectués sans plaisir à la différence du jeu normal. Ces «jeux» expriment des thèmes ou des aspects du traumatisme. On les retrouve plus facilement que les souvenirs répétitifs et envahissants qui constituent le syndrome de reviviscence de l'adulte. L'enfant a aussi des agissements soudains. C'est comme si l'évènement traumatique allait se produire : reconstitutions spécifiques du traumatisme, remises en actes. Les rêves récurrents de reviviscence traumatique de l'adulte prennent la forme chez l'enfant (surtout jeune) de rêves effrayants sans contenu reconnaissable. De même, les souvenirs visualisés sous forme d'illusions ou de *flashbacks* sont plus rares chez l'enfant (surtout jeune).

L'enfant ou l'adolescent peut développer des peurs spécifiques, comme la peur du noir après une agression dans un lieu sombre. Ceci peut se rapprocher de l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme.

La classique amnésie psychogène post traumatique est assez rare chez l'enfant qui présente en revanche, vis-à-vis des évènements traumatiques, des distorsions des perceptions et des cognitions souvent marquées. En particulier, l'enfant peut relater l'évènement avec beaucoup de détails, mais en changeant la chronologie des faits.

L'hyperréactivité neurovégétative se traduit chez l'enfant par des troubles du sommeil, une irritabilité, des accès de colère, un état d'alerte, des réactions exagérées de sursaut. Les troubles de l'attention et de la concentration se répercutent sur la scolarité. Ajoutons les plaintes somatiques, fréquentes chez l'enfant.

⁶ Cité par Vila G., Porche L.-M., Mouren Siméoni M.-C., L'enfant victime d'agression, Paris, Masson, 1999.

L'enfant peut en outre présenter un fatalisme (conviction que d'autres traumatismes se produiront nécessairement), un sentiment profond de vulnérabilité et la perte de la confiance habituellement accordée aux adultes protecteurs. Cette attitude changée vis-à-vis des gens, de la vie et de l'avenir est caractéristique des psycho traumatismes de l'enfant.

Les troubles associés à l'état de stress post traumatique

Les troubles anxieux regroupent les idées obsédantes, l'anxiété et les phobies sociales, l'anxiété généralisée, le trouble panique. L'anxiété de séparation est un trouble spécifique de l'enfance qui peut être réactivé par le traumatisme.

Les troubles de l'humeur (syndrome dépressif majeur) seraient l'association comorbide la plus fréquente aux états de stress post traumatiques.

Comme chez l'adulte, des troubles somatiques peuvent apparaître tels la pelade, les diabètes, l'asthme... On peut aussi observer des symptômes conversifs, ou des comportements régressifs comme l'énurésie secondaire, la reprise de la succion du pouce...

Evolution de l'état de stress post traumatique (ESPT) et des troubles associés

Selon le DSM IV, la moitié des ESPT évoluerait vers une résolution complète dans les trois mois suivant le traumatisme. L'ESPT persisterait au-delà de douze mois dans la plupart des cas restant. Une durée supérieure à six mois serait, d'après les études citées par Vila [33], aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Quand aux troubles associés tels que les troubles anxieux et dépressifs, ils s'intensifient durant le premier semestre post traumatique. Les troubles anxieux s'atténuent ensuite plus rapidement que les troubles de l'humeur qui peuvent persister pendant plusieurs années. On retrouve chez les adultes dont l'ESPT a commencé dans l'enfance plus de dépression et de troubles somatoformes que dans la population générale. Chez les enfants, ceci peut avoir un retentissement sur la scolarité (difficultés de concentration, absentéisme). Soulignons aussi le risque suicidaire associé aux troubles dépressifs.

Les sujets ayant subi un psycho traumatisme présentent plus souvent que la population générale des troubles des conduites (délinquance), des abus d'alcool ou d'autres substances psycho actives, des troubles des conduites alimentaires et des troubles sexuels.

Etudions à présent les troubles psycho traumatiques de type II.

2) Troubles psycho traumatiques de type II

Ces troubles sont consécutifs à l'exposition prolongée ou répétée à des évènements extrêmement délétères. Ils se distinguent des troubles psycho traumatiques de type I par l'absence de surprise voire la résignation qu'ils entraînent chez l'enfant ou l'adolescent, y compris durant leur survenue. Il s'agit souvent de maltraitances graves, physiques ou sexuelles. [30, 33]

Comme dans les symptômes psycho traumatiques de type I, on retrouve l'état de stress post traumatique que nous avons déjà longuement décrit, le syndrome de répétition, les peurs spécifiques liées au traumatisme et l'évitement délibéré de ce qui a trait au traumatisme, le fatalisme, l'absence de confiance en autrui et l'avenir, l'hyperréactivité neurovégétative, les troubles de l'humeur, les plaintes somatiques.

Mais certaines manifestations cliniques sont plus spécifiques des psycho traumatismes répétés :

Plus qu'un simple évitement, on peut observer un déni massif du traumatisme. Le secret est longtemps gardé. L'émoussement intellectuel, émotionnel et affectif, le détachement avec restriction des intérêts et des relations est plus marqué que pour les troubles psycho traumatiques de type I.

L'amnésie de pans entiers de souvenirs de l'enfance (souvent manifeste dès l'adolescence), le manque d'empathie, l'indifférence à la douleur, peuvent être rapprochés de phénomènes d'auto hypnose et de dissociation de la conscience (anesthésie corporelle ou émotionnelle, amnésie dissociative, dépersonnalisation). Nous pouvons comprendre ces phénomènes comme des mécanismes psychiques de défense que l'enfant développe pour échapper à des stress répétés insupportables.

L'enfant peut s'établir dans un état de passivité extrême. Il peut même développer des liens de dépendance pathologique vis-à-vis de son agresseur. Ceci peut alterner avec des moments de

rage qui se traduisent par des attaques au corps, des tentatives de suicide, des abus de substances toxiques, des conduites prédélinquantes.

Evolution des troubles psycho traumatiques de type II

Les troubles psycho traumatiques de type II peuvent évoluer vers des troubles de la personnalité de type borderline, antisociale, narcissique, dont certains traits apparaissent parfois dès l'enfance ou l'adolescence. La CIM 10 décrit un trouble de la personnalité spécifique des conséquences à long terme des psycho traumatismes : « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ». Le DSM IV recense le « trouble personnalité multiple » qui est un trouble dissociatif de la personnalité, exceptionnel dans l'enfance.

Dans le cadre de maltraitances sexuelles, l'enfant peut développer des troubles du développement psycho sexuel [34], proportionnellement à la fréquence des maltraitances. Ainsi, les femmes victimes de maltraitances sexuelles répétées dans l'enfance sont plus sujettes que les victimes d'agression unique à développer des troubles du désir et de l'orgasme. On observe chez ces adolescentes et jeunes adultes deux types de troubles qui peuvent coexister : une aversion pour la sexualité ou au contraire une préoccupation plus importante avec des comportements sexuels à risque, des grossesses à l'adolescence, des expériences homosexuelles plus fréquentes que la population générale.

L'enfant ou l'adolescent peut donc présenter des troubles de la sexualité [14] : l'excitation sexuelle se manifeste par des conduites inadaptées de voyeurisme et d'exhibitionnisme ainsi que par l'exploration sexuelle d'autres enfants. L'enfant ou l'adolescent qui vit ainsi un « allumage précoce » de sa sexualité s'expose à d'autres adultes maltraitants.

Les troubles psycho sexuels peuvent être compris comme des manifestations de la perte de réactivité générale, de l'évitement ou de la compulsion de répétition propres aux syndromes psycho traumatiques et à l'état de stress post traumatique. Ils traduisent aussi les modifications de la personnalité secondaire à un psycho traumatisme.

Cependant, tous les enfants victimes de maltraitances sexuelles ne développent pas les mêmes troubles psychiatriques. Nous allons donc relever les facteurs de risque et de protection vis-à-vis de ces troubles. Nous nous arrêterons plus particulièrement sur les facteurs de risque et de protection propres aux maltraitances sexuelles.

3) Facteurs de risque et de protection

Nous allons voir que les facteurs de risque et de protection relevés dans la conférence de consensus de 2004 [16] ne concernent pas les réactions aiguës, que les soignants voient très rarement dans le cadre des maltraitances sexuelles. Notons simplement qu'une symptomatologie post traumatique initiale sévère est fortement prédictive d'une évolution prolongée et sévère de l'état de stress post traumatique. Cette symptomatologie initiale peut être retrouvée par l'interrogatoire. Nous allons détailler les autres facteurs de risques et de protection. Les caractéristiques de l'abus et de l'abuseur retiendront notre attention.

a- Facteurs préalables

Age et sexe de l'enfant : comme le montrent les chiffres de l'Odas (office national de l'action sociale décentralisée) cités plus haut, en dehors des très jeunes enfants et des 18-21 ans, tous les âges sont représentés à égalité, soit en moyenne 5 400 enfants par année d'âge. Selon les études, les filles sont recensées comme deux à cinq fois plus fréquemment maltraitées sexuellement que les garçons. [35, 36]

Existence d'un handicap ou d'une pathologie psychiatrique : tous handicaps confondus, le risque d'être plus confronté à l'abus est de 1,7 à 2. Les personnes présentant un retard mental sont particulièrement exposées. Les enfants psychotiques, eux, sont plutôt protégés.

b- Traits de caractère de l'enfant et style de vie

En ce qui concerne le risque d'être confronté à un abus sexuel, l'auteur distingue les enfants qui s'exposent « volontairement » de ceux qui sont exposés « involontairement ». [16]

Un enfant curieux, fureteur, défiant, provocateur, hédoniste, matérialiste, amoral, en recherche de privilèges affectifs, solitaire par choix, présentera un plus grand risque « volontaire » d'être confronté à l'abus. Mais un enfant naïf, suggestible, peu informé, trop protégé, peu habitué à affronter les risques seul, anxieux (de type conformiste), inhibé, solitaire de fait, aura un plus grand risque « involontaire » d'être confronté à l'abus. Enfin, un enfant lucide, intelligent, déterminé, fort, prudent, bien informé et entraîné à se protéger, anxieux (de type agitation bruyante) aura moins de risque d'être confronté à l'abus.

Au niveau des conséquences de l'abus sexuel, un enfant anxieux, peu confiant dans sa valeur, se culpabilisant facilement, sera plus à risque de développer un syndrome de stress post traumatique. En revanche, un enfant hédoniste, matérialiste, amoral, risquera plus de réagir par un « allumage précoce » de la sexualité. Un enfant habituellement résilient, intelligent et mûr, apte à analyser correctement ce qui lui arrive, sera quand à lui plus protégé que la moyenne par rapport aux conséquences de l'abus sexuel sur son développement.

c- Entourage et fonctionnement familial

Un entourage hyper protecteur (l'enfant n'est pas entraîné à la lucidité ni à l'auto défense), tyrannique (la terreur morale empêche toute opposition de la part de l'enfant), dépressif, indifférent, absent, laxiste, immoral, négligeant la surveillance constitue un risque pour l'enfant ou l'adolescent d'être plus confronté à l'abus.

En ce qui concerne les conséquences de l'abus, un entourage hyper protecteur (car générateur d'angoisses excessives), pessimiste, prédisposant à des culpabilités indues, violent, effrayant, va plutôt favoriser le développement d'un syndrome de stress post traumatique. Mais un entourage laxiste, immoral, pervertissant, accentuera le risque d' « allumage précoce » de la sexualité.

Enfin, un entourage présent, ayant un rapport correct aux règles, structuré, communiquant clairement, encourageant l'enfant à se définir et s'affirmer, protégera l'enfant du risque d'être confronté à l'abus, et aidera à limiter les conséquences de l'atteinte.

d- Caractéristiques propres à l'abuseur

Le risque d'être confronté à l'abus augmente d'autant plus que :

- l'enfant identifie l'abuseur comme adulte (par son statut et son âge).
- un lien de sang existe entre les deux et est investi par l'enfant.
- un lien affectif bien investi existe.
- l'enfant attribue une autorité morale à l'adulte.

- l'enfant reconnaît dans celui qui le sollicite un savoir sur la vie et la sexualité.
- l'enfant attribue à l'adulte le pouvoir de la force (c'est-à-dire le pouvoir de lui faire du mal s'il résiste).

Quand aux motivations de l'abuseur, elles peuvent schématiquement être classées par ordre croissant de potentiel nuisible :

- amour vécu comme sincère pour l'enfant.
- proposition de relations sexuelles « pour le plaisir », sans passer outre au « consentement » du mineur.
- enfant appréhendé comme une chose sexuelle.
- idée que l'enfant doit souffrir moralement ou physiquement.
- idée que toute la vie de l'enfant doit appartenir à l'abuseur (sa sexualité, mais aussi toutes les dimensions de sa vie quotidienne).

NB : le sexe de l'abuseur ne semble pas intervenir dans les critères de gravité. Le risque de gravité du traumatisme augmente en revanche avec le nombre d'abuseurs, et avec l'existence d'un adulte au courant des faits, mais qui reste passif.

e- Caractéristiques de l'abus

Les facteurs de moindre gravité sont :

- Un abus isolé ou se produisant très rarement, dont la mise en route est « contrôlée » largement ou totalement par l'enfant.
- Une ambiance calme lors des faits.
- L'absence de prosélytisme (l'abuseur utilise l'enfant mais ne cherche pas à l'initier).
- L'existence d'un lien interpersonnel en dehors de l'activité sexuelle.
- Une argumentation douce pour obtenir le silence de l'enfant.
- L'acceptation partielle ou totale par l'enfant de ce qui se passe.

Attention ! L'absence de pénétration ne protège pas contre un traumatisme important si d'autres critères sont présents.

En revanche, les facteurs de gravité sont :

- La longue durée des abus et leur fréquence élevée, l'imprévisibilité du retour.
- Le fait que l'abuseur impose sa volonté.

- Une ambiance violente, effrayante ou très ludique (« partouze ») lors des faits.
- Le fait que l'abuseur initie l'enfant aux plaisirs de la sexualité.
- L'absence de lien entre les deux : l'enfant est la chose sexuelle de l'adulte, jeu du chat et de la souris.

f- Au long terme

L'enfant victime peut adopter des comportements inadaptés qui l'enferment dans des cercles vicieux, en particulier s'il réagit à l'abus par un « allumage précoce » de sa sexualité, qui le conduit à chercher d'autres expériences. Ainsi cet enfant de 13 ans, rencontré à la PAPED Permanence Pédiatrique d'Accueil de l'Enfance en Danger, à Angers), suite à des viols commis par un adulte bien investi affectivement. Il confiait à l'infirmière avoir « envie de recommencer », et cela provoquait un grand désarroi chez lui. L'enfant ou l'adolescent qui réagit ainsi risque de s'exposer à une nouvelle maltraitance, ou de vivre une sexualité désorganisée.

Un autre facteur de gravité peut être la persistance de l'adulte à nier les faits. On retrouve aussi comme facteur de risque de « sur traumatisme » le fait d'interrompre brutalement une relation pédophile ou incestueuse entre un enfant et un adulte bien investi affectivement par sa victime. L'enfant ou l'adolescent risque paradoxalement de se sentir puni, privé de l'adulte qu'il investit affectivement, alors que cette rupture visait à le protéger en l'éloignant de l'auteur de la maltraitance.

Pour clore cette partie sur les conséquences psychiatriques des psycho traumatismes, rappelons les principaux modèles théoriques du psycho traumatisme.

4) Conceptions théoriques : trois modèles du psycho traumatisme

Nous résumerons trois modèles du psycho traumatisme : le modèle psychanalytique, le modèle cognitivo comportemental et le modèle neurobiologique. [9, 33]

a- Modèle psychanalytique

Dans une perspective métapsychologique, Freud avait d'emblée intégré la notion de traumatisme dans sa théorisation sur l'organisation de la psyché. Puis il a introduit l'aspect économique de sa théorie et la notion de pulsion de mort. En travaillant sur les névroses traumatiques liées à la guerre, Freud précise sa conception du psycho traumatisme comme ouvrant une brèche dans le bouclier de protection contre les stimuli. Cette effraction du pare excitation est rendue possible par l'intensité extrême de ces stimuli qui déborde les mécanismes de défense du Moi. Le syndrome de répétition et, en particulier, les rêves répétitifs sont des illustrations cliniques de la compulsion de répétition et de la fixation au traumatisme, en œuvre à la suite de la sidération et du débordement traumatique des défenses. Freud interprète ces phénomènes comme des tentatives répétées pour parvenir à une maîtrise du traumatisme, dans un contexte économique de régression narcissique, à l'origine de la réorganisation névrotique de la personnalité.

Anna Freud et D. Burlingham ont publié les premières observations de psycho traumatisme de l'enfant à la fin de la seconde guerre mondiale. Elles ont repéré les mécanismes de déni, de projection et d'identification à l'agresseur, considérés comme défenses du Moi. Elles insistent sur la réaction des parents durant l'évènement traumatique, sur l'influence de l'anxiété maternelle post traumatique et sur le jeu comme mode d'expression privilégié.

Plus récemment, L.C. Terr, aux Etats-Unis, a relancé l'intérêt pour les psycho traumatismes de l'enfant, qu'elle sépare en psycho traumatismes de type I et II, comme nous l'avons déjà vu [30]. Elle insiste sur les mécanismes de déni, de refoulement, de dissociation du Moi, d'identification à l'agresseur, de retournement de l'agressivité contre soi et le développement de relations objectales sadomasochistes de dépendance. Ces modalités défensives, utilisées de façon massive et exclusive, entravent le développement affectif et pourraient conduire, à terme, à de graves perturbations de l'organisation de la personnalité.

Nous reviendrons plus longuement sur la compréhension psychanalytique du psycho traumatisme lié aux maltraitances sexuelles, dans la seconde partie de ce travail.

b- Modèle cognitivo comportemental

Dans ce modèle, l'état de stress post traumatique est considéré comme un trouble anxieux stimulus dépendant. Par le conditionnement classique, l'évènement stressant agit comme un stimulus inconditionnel qui provoque une réponse inconditionnelle réflexe chez l'enfant, se caractérisant par une peur intense et sur le plan cognitif, par la perception de son impuissance. Des indices cognitifs, affectifs physiologiques et environnementaux deviennent alors des stimuli conditionnés. Ces indices traumatiques deviennent à leurs tours capables d'entraîner une réponse prenant la forme de symptômes de l'état de stress post traumatique. Par le conditionnement opérant, les enfants apprennent rapidement à réduire les symptômes de réactivation anxieuse post traumatique grâce aux évitements cognitifs et comportementaux. Ces conduites aboutissent à la généralisation du stimulus tout en empêchant l'extinction de l'anxiété liée à l'évènement traumatique. Ceci peut se résumer dans le schéma suivant :

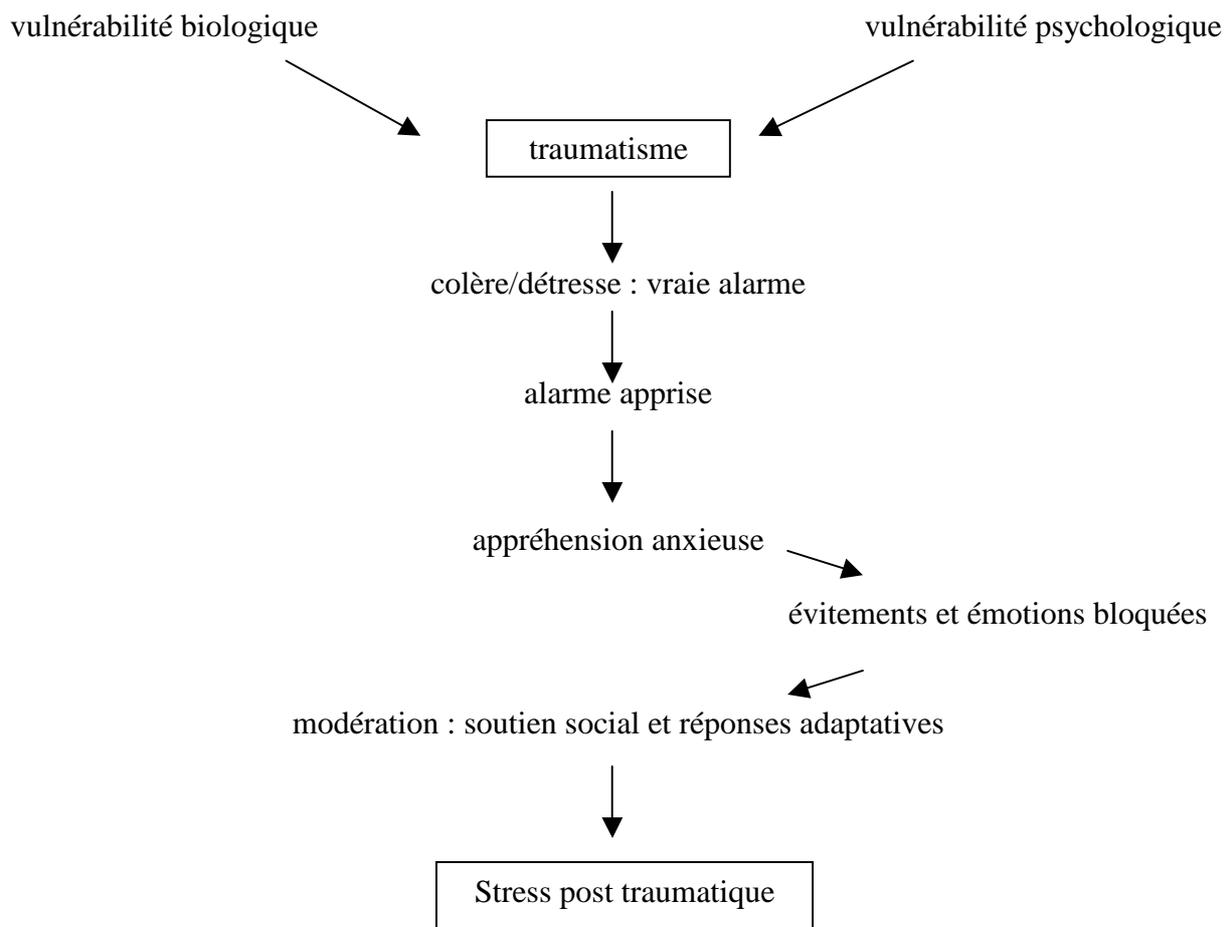


Figure 3 : modèle du stress post traumatique de Barlow (2002)⁷

⁷ Cité par : Cottraux J., Les thérapies comportementales et cognitives, Paris, Masson, 2004. p.77

Comme dans le modèle psycho dynamique, c'est à la fois le caractère objectif de la menace et sa perception subjective qui détermineraient la réponse individuelle au stimulus initial. Ainsi, les indices traumatiques émotionnels, somatiques ou cognitifs (perceptions et croyances) pourraient être touchés par la généralisation du stimulus puis par l'évitement. Ces mécanismes expliqueraient en partie les altérations de la perception de la chronologie des événements, les modifications des croyances, des conceptions de la vie et de la confiance dans les autres.

c- Modèle neuro biologique

Les modèles neurobiologiques de l'état de stress post traumatique sont surtout développés chez l'adulte. Ils associent plusieurs phénomènes [33] :

- augmentation de la réactivité sympathique
- hyperactivité adrénargique
- anomalies de l'axe hypothalamo hypophysaire
- accroissement des fonctions thyroïdiennes
- anomalies de la régulation du système opioïde
- exagération de la réaction de sursaut
- dysrégulation des systèmes du sommeil et des rêves
- probables anomalies des systèmes monoaminergiques, sérotoninergiques et dopaminergiques
- probable sensibilisation des noyaux limbiques, avec des perturbations concernant les récepteurs GABA-benzodiazépines et NMDA
- probables anomalies immunologiques

Chez l'enfant, le stress lié à une menace vitale augmenterait l'activité du locus coeruleus et du noyau tegmental ventral. Cela aboutirait à une augmentation de la transmission noradrénergique qui a un rôle sur l'éveil, l'attention, la vigilance, les affects, l'irritabilité, les comportements, le sommeil, la réaction de sursaut et la réaction de stress. Une menace intense sensibiliserait les récepteurs à des stimulations ultérieures semblables. Une menace d'intensité ou de fréquence excessive entraînerait l'activation généralisée mal adaptée des réactions d'alerte correspondant cliniquement aux manifestations de l'état de stress post traumatique.

Ces trois modèles apportent des éclairages différents sur l'apparition de troubles psychiatriques après un traumatisme. Cela nous conforte dans l'intérêt que nous portons à la

dimension pédopsychiatrique de la prise en charge des maltraitances sexuelles. Mais avant de continuer dans cette voie, revenons au parcours judiciaire, qui sert de toile de fond à toute maltraitance sexuelle révélée.

III) Les difficultés du parcours judiciaire

1) Les obstacles à la procédure

Les victimes d'abus sexuel récent et patent et souffrant éventuellement de délabrements physiques, bénéficient conjointement d'une prise en charge médicale d'urgence et de la procédure judiciaire. La situation est « claire » pour tout le monde y compris pour la victime. Mais il existe d'autres situations, que nous allons découper schématiquement, et qui sont plus complexes. [20]

Un sujet victime d'une maltraitance plus ancienne (mais pouvant encore être actuelle), peut être réticent à parler. La difficulté pour les acteurs de terrain consiste à l'accompagner sans le contraindre dans la procédure de révélation, tout en l'informant de la nature des procédures, de leurs enjeux, mais aussi de leurs aléas.

Certains mineurs victimes de maltraitances sexuelles s'en défendent par des conduites provocantes voire délictueuses. Comment, sans confusion, articuler de façon claire et cohérente leur protection et leur soin en même temps que les éventuelles sanctions de leurs propres délits ?

Enfin, en cas de maltraitance sexuelle alléguée par un membre de la famille ou de l'entourage, dans un contexte de divorce conflictuel, l'enfant risque fort de voir sa parole exploitée, et d'être lui-même pris dans des conflits de loyauté.

Notons ici qu'en cas de maltraitance sexuelle révélée pendant un travail psychothérapeutique, si l'abuseur ne risque plus de nuire, prudence et patience sont de mise avant de déclencher une procédure administrative ou judiciaire qui risque d'inscrire, dans la réalité, des productions fantasmatisques transitoires. Reste que si ces révélations gardent un caractère persistant et difficile à élaborer, il est licite d'évoquer avec la victime les recours judiciaires possibles.

2) Les effets potentiellement délétères du parcours judiciaire

Pendant le parcours judiciaire, l'incoordination des services psychiatriques ou médicaux et des services sociaux est une source majeure de traumatisme secondaire. En réponse à ce premier risque, l'état a incité les conseils généraux à créer des pôles de référence dans chaque département. Nous étudierons celui du Maine et Loire, la Permanence d'Accueil Pédiatrique de l'Enfance en Danger (PAPED). Nous allons aussi voir les réponses données par les hôpitaux de Tours, St Nazaire, Nantes et Paris (Hôpital Trousseau).

Le second risque souvent évoqué réside dans la lenteur des procédures judiciaires, et la multiplication des confrontations. La loi du 17 juin 1998 définit le cadre des enregistrements audio visuels. Cela ne résout pas la lenteur des procédures, mais apporte une réponse à la multiplication des auditions. Ces enregistrements audio visuels sont largement promus par l'association « La Voix de l'Enfant ».

Mais les décisions judiciaires elles-mêmes peuvent avoir des effets délétères. Si l'enfant est retiré de sa famille, il peut vivre cette protection comme une punition, doublement injuste à ses yeux si l'abuseur ne semble pas inquiété. Il peut y répondre par une recrudescence symptomatique ou une escalade de la violence institutionnelle, dont nous voyons bien qu'il est la première victime.

L'inculpation de l'agresseur n'apaise pas tout non plus. Cela peut remanier profondément les liens familiaux s'il s'agit d'un membre de la famille, et l'enfant peut être stigmatisé comme « celui qui a détruit la famille ». Mais même si les choses se passent mieux que cela, ses projections d'avenir peuvent être bornées par la date de libération, sans compter la crainte que l'agresseur peut bénéficier d'une sortie anticipée.

La place donnée à la parole n'est pas simple non plus... La « sacraliser » n'est pas anodin. Si toute l'attention portée à l'enfant ou l'adolescent passe par sa parole, il va y fixer son narcissisme. Un « non-lieu » pourra alors déclencher un effondrement narcissique du sujet, qui vivra cette décision comme un désaveu.

Parler ne doit pas non plus nuire au développement de l'enfant. Il doit pouvoir comprendre qu'il peut « cacher des choses », non parce qu'il y est contraint, mais parce cela lui permet d'avoir une intimité. Inutile de croire que « tout dire » permet de « tout purifier » !

Cela nous amène à une constatation difficile à comprendre pour les tiers : parfois, les enfants victimes de maltraitance ne veulent pas parler ! A moins qu'ils ne le puissent pas.

3) Pourquoi ne pas parler

Pour comprendre pourquoi les enfants victimes de maltraitance sexuelle se sentent coupables, nous allons reprendre la théorie psychanalytique. Le besoin de savoir au niveau de la sexualité apparaît très tôt chez l'enfant. Dans son cheminement, il rencontre des adultes qui ont des réponses évasives, contradictoires, ou qui n'offrent pas la même qualité de dialogue que pour d'autres questions. « L'enfant éprouve alors le sentiment qu'il ne faut pas transgresser un interdit et qu'il faut dissimuler aux parents ce qu'on apprend d'une autre source sous peine d'un grand danger » (Lebovici, Soulé, 1970)⁸. On voit donc que le secret et la culpabilité (« c'est mal d'en parler ») sont associés à l'éveil des premières curiosités sexuelles.

Parler de culpabilité, c'est faire référence à une instance morale qui légifère sur ce qui est bien ou mal. Cette instance est d'abord externe au sujet (valeurs morales des parents et de la société), mais peu à peu l'enfant construit son surmoi, à l'image du surmoi des parents.

Dans sa dimension consciente et inconsciente, la culpabilité est très présente chez l'enfant, en raison des différents mécanismes décrits précédemment, auxquels nous devons ajouter un mécanisme spécifique, l'identification à l'agresseur. Ferenczi décrit ainsi ce mécanisme : « par identification, disons par introjection de l'agresseur, celui-ci disparaît en tant que réalité extérieure, et devient intrapsychique. Mais le changement significatif, provoqué dans l'esprit de l'enfant par l'identification anxieuse avec le partenaire adulte, est l'introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte : le jeu jusqu'à présent anodin apparaît maintenant comme un acte méritant une punition. »⁹ Les enfants se sentent physiquement et moralement sans défense, leur personnalité est encore trop faible pour pouvoir protester, même en pensée.

⁸ Cité par Gabel Marcelline (sous la direction de) (1992), *L'enfant victime d'abus sexuels*, Paris, PUF. p.61

⁹ Cité par Gabel Marcelline (sous la direction de) (1992), *L'enfant victime d'abus sexuels*, Paris, PUF. p.64

Cependant, l'approche interactive nous apporte encore un autre éclairage, en particulier dans le cadre des violences intra familiales. Dès la naissance, l'enfant est en proie à des forces pulsionnelles, sources de tensions, d'excitations, dont il n'a que partiellement la maîtrise. La mère va jouer un rôle de contenant, de « pare excitation », pour que l'enfant ne reçoive, des stimulations externes, que celles qu'il peut intégrer. Ainsi, progressivement, l'enfant va découvrir son corps et s'éveiller à la sensualité, dans ses relations avec des adultes qui s'ajusteront constamment à son niveau de développement. Lebovici et Soulé écrivent ainsi en 1970 : « Toute excitation extérieure qui ne correspond pas au degré de l'évolution intérieure de l'individu et à ses possibilités d'intégration physique et affective est perturbatrice ».¹⁰

Quand nous entrons en contact avec des familles où l'enfant est exposé à des maltraitances, il est essentiel d'évaluer les relations parents enfant, tant au point de vue des parents que de l'enfant. S'il y a maltraitance et/ou négligence, c'est toujours dans le cadre de perturbations relationnelles que ces mouvements s'inscrivent. C'est l'interaction entre la vie psychique des parents et celle du bébé (interaction fantasmatique) qui oriente les interactions comportementales et leur donne sens. Du point de vue du parent, quand la maltraitance s'inscrit dans une répétition intra familiale, l'enfant vient tour à tour rendre présent le parent maltraitant qu'il a eu lui-même, ou l'enfant maltraité qu'il a été. Le parent a très peu de possibilités de dégager l'enfant, dans sa réalité, de ses propres projections. Si l'on se situe du point de vue de l'enfant, sujet en devenir, sa vie fantasmatique va rencontrer les fantasmes parentaux. Cette rencontre peut susciter une excitation qui le déborde. Mais l'enfant a aussi appris un mode relationnel et une loi où l'adulte est tout puissant ; il sait s'ajuster aux besoins de l'adulte. L'enfant et l'adulte peuvent alors être pris dans un système relationnel fermé qui s'auto entretient. Le risque est que l'enfant sollicite d'autres adultes à fonctionner sur ce mode relationnel.

Mais alors, pourquoi le silence, le secret, la dénégation ? Summit, dans un article de 1983 [29], décrit le syndrome d'adaptation de l'enfant victime d'abus sexuel. Le moment de la découverte constitue un traumatisme pour l'enfant, car il se heurte à l'incompréhension et à l'incrédulité des adultes. Les comportements de l'enfant sont à l'opposé de l'attente des

¹⁰ Cité par Gabel Marcelline (sous la direction de) (1992), *L'enfant victime d'abus sexuels*, Paris, PUF, p.66.

adultes, c'est-à-dire de la projection de leurs propres réactions en tant qu'adultes. C'est pourquoi ils doutent de la parole de l'enfant.

Les réactions décrites par Summit, et qui renforcent les adultes dans leurs préjugés, sont au nombre de cinq :

- le secret : l'enfant ne dit rien par crainte de la punition, ou pensant les adultes incapables de le protéger de la violence de l'abuseur. Il ne fait plus confiance à l'adulte.

- le sentiment d'impuissance : l'enfant est dans une relation d'autorité à l'adulte. On lui a appris à se méfier des étrangers, mais aussi à obéir à tout adulte qui s'occupe de lui. Or l'abuseur, dans la majorité des cas, est un familier de l'enfant et a établi une relation de confiance avec celui-ci.

- l'enfant s'adapte à cette situation : s'il n'a pas immédiatement cherché de l'aide et n'a pas été protégé, la seule option pour lui est d'apprendre à accepter la situation et survivre, au prix d'un renversement de ses valeurs morales et de remaniements psychiques dommageables pour sa personnalité.

- le dévoilement retardé est non convaincant.

- la rétractation : devant le risque de catastrophe que provoque la révélation, l'enfant choisira de se rétracter. Il est fondamental que les professionnels qui entourent l'enfant ne craignent pas les conséquences de la révélation plus que les conséquences de l'abus sur son développement et son fonctionnement psychique.

Après cette approche théorique sur les maltraitances sexuelles, voyons comment le CHU d'Angers s'est organisé pour accueillir et prendre en charge les enfants victimes.

IV/ La Permanence d'Accueil Pédiatrique pour l'Enfance en Danger, à Angers

La PAPED, ou Permanence d'Accueil Pour l'Enfance en Danger, est un lieu unique d'audition en milieu hospitalier pédiatrique, où il est possible d'enregistrer l'audition et de procéder à l'examen médico-légal si celui-ci est nécessaire, lorsqu'un mineur porte plainte pour maltraitance. C'est la fonction médico judiciaire de la PAPED, qui est complétée par une fonction d'évaluation de certaines situations non judiciairisées.

Nous allons d'abord reprendre le contexte de création de la PAPED, puis son fonctionnement et la conduite d'une audition. Nous poserons enfin les questions qui émergent aujourd'hui.

1) Contexte historique

La PAPED a été créée dans le contexte du procès de pédophilie d'Angers, ouvert le 3 mars 2002 et qui a suscité une émotion très importante dans la région. « Son objectif est d'accueillir l'enfant dans les meilleures conditions, faciliter son expression et lui apporter du réconfort. Les patients concernés sont les mineurs de moins de dix-huit ans, émancipés ou non, victimes de viol, agression sexuelle, corruption, pornographie infantile, ou de tout autre fait de maltraitance. »¹¹

La PAPED a été ouverte au CHU d'Angers (Maine et Loire) en avril 2005 et inaugurée en avril 2009. Cela a nécessité un long travail de concertation entre différents services : pédiatrie, médecine légale, service social, pédopsychiatrie, gynécologie. Ce projet a été soutenu par l'association « La Voix de l'Enfant ». Plusieurs acteurs externes sont aussi impliqués : le parquet du Tribunal de Grande Instance, la brigade des mineurs, la gendarmerie, le conseil général, la caisse primaire d'assurance maladie, et la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales).

En ce qui nous concerne, nous avons été amenés à nous interroger sur cette permanence quand nous étions en psychiatrie adulte de liaison au CHU d'Angers. A l'époque, nous avons été frappés du nombre de révélations de maltraitances sexuelles que nous avons eues à recueillir, de la part de jeunes femmes de 30 - 40 ans. Elles étaient souvent dans un contexte de crise suicidaire, qu'elles établissaient comme la conséquence de ces maltraitances dont elles avaient été ou étaient encore victimes. Ces accompagnements douloureux, qui ne duraient que le temps d'une hospitalisation, nous ont fait réfléchir davantage sur les maltraitances, les traumatismes, et nous ont conduits à nous interroger sur la proposition de soin actuellement existante. C'est ainsi que nous avons participé au DU « Stress, traumatismes et pathologies » organisé par le Dr Thurin et le Pr Mazet à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris, et que nous avons appris l'existence de la PAPED.

Voyons à présent le fonctionnement de cette permanence.

¹¹ Protocole de fonctionnement de la PAPED, non publié.

2) La PAPED : protocole de fonctionnement

Nous allons reprendre ici le protocole de fonctionnement de la PAPED tel qu'il a été établi à la création de la structure. Nous verrons les prises en charge judiciaires et non judiciaires qui peuvent être réalisées à la PAPED.

a- Déroulement du passage de l'enfant à la PAPED, pour une prise en charge judiciaire

La PAPED effectue environ 300 accueils judiciaires par an. A l'arrivée de l'enfant, une infirmière est chargée de l'accueillir et de le réconforter. Elle restera à ses yeux la personne relais pour la suite de la procédure au sein de la PAPED. Un rendez-vous doit être pris par téléphone par les services d'enquête pour s'assurer de la disponibilité de la salle d'audition. Dans la mesure du possible, il est souhaitable que les enquêteurs se présentent aux heures ouvrables.

L'enfant est ensuite accompagné en salle d'audition. Le local est aménagé en deux parties séparées par une glace sans tain : l'une consacrée au recueil de la parole de l'enfant selon des techniques d'entretien non directif et dans une ambiance adaptée, l'autre dédiée à l'installation technique d'enregistrement sur des supports numériques. L'audition est enregistrée en original et copiée par des moyens audio visuels ou parfois uniquement sonores. Le consentement de l'enfant ou de son représentant légal est requis avant tout enregistrement. Ceci est réalisé selon la loi n° 98-468, du 17 juin 1998¹² : « Art. 706-52. - Au cours de l'enquête et de l'information, l'audition d'un mineur victime de l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 fait, avec son consentement ou s'il n'est pas en état de le donner, celui de son représentant légal, l'objet d'un enregistrement audiovisuel. L'enregistrement prévu à l'alinéa précédent peut être exclusivement sonore si le mineur ou son représentant légal en fait la demande. Lorsque le procureur de la République ou le juge d'instruction décide de ne pas procéder à cet enregistrement, cette décision doit être motivée. Le procureur de la République, le juge d'instruction ou l'officier de police judiciaire chargé de l'enquête, ou agissant sur commission rogatoire, peut requérir toute personne qualifiée pour procéder à cet enregistrement. Les dispositions de l'article 60 sont applicables à cette personne, qui est tenue au secret professionnel dans les conditions de l'article 11. Il est par

¹² www.legifrance.gouv.fr : Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

ailleurs établi une copie de l'enregistrement aux fins d'en faciliter la consultation ultérieure au cours de la procédure. Cette copie est versée au dossier. L'enregistrement original est placé sous scellés fermés. Sur décision du juge d'instruction, l'enregistrement peut être visionné ou écouté au cours de la procédure. [...] La copie de ce dernier peut toutefois être visionnée par les avocats des parties au palais de justice dans des conditions qui garantissent la confidentialité de cette consultation. Le fait, pour toute personne, de diffuser un enregistrement ou une copie réalisée en application du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende. A l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date de l'extinction de l'action publique, l'enregistrement et sa copie sont détruits dans le délai d'un mois. »

Si la justice le demande, un examen médico-légal est alors effectué par le médecin légiste qui peut, sur demande, être accompagné d'une infirmière de pédiatrie. Si l'examen permet de recueillir des traces biologiques, des prélèvements sont effectués et conservés selon le protocole établi.

« Enfin, après la phase judiciaire et déconnectés de celle-ci, des bilans médicaux, sociaux et une évaluation psychologique devraient systématiquement être réalisés, selon l'importance des moyens institutionnels. »¹³

b- Le rôle des différents professionnels

La justice est chargée de la direction de l'enquête, de l'exercice de l'action publique et de la protection judiciaire du mineur.

Les services de police et de gendarmerie mènent les enquêtes judiciaires, de leur propre initiative, sur instruction du Procureur de la République ou sur commission rogatoire du Juge d'Instruction.

Le service de médecine légale du CHU doit réaliser l'examen médico-légal ordonné par l'autorité judiciaire.

¹³ Protocole de fonctionnement de la PAPED, non publié.

Le service de gynécologie du CHU aide éventuellement à l'examen gynécologique en cas de difficultés rencontrées par le médecin légiste.

La pédiatrie du CHU gère le planning d'occupation et le maintien logistique de la salle d'audition, accompagne l'enfant et sa famille et aide aux soins durant la présence à la PAPED. Elle prend aussi en charge des problèmes somatiques éventuels, en particulier dans le cadre de la prévention des maladies sexuellement transmissibles, en partenariat avec le service de maladies infectieuses du CHU.

L'équipe de pédopsychiatrie du CHU souhaite se positionner dans la dimension de l'évaluation psychologique et du soin à l'enfant. Dans la mesure où des moyens humains seront alloués à la permanence, elle propose, après l'audition, une évaluation psychologique systématique de l'enfant après la démarche judiciaire, mais celle-ci ne peut en aucun cas se substituer à l'expertise médico-psychologique. Si l'enfant est redevable d'un suivi spécialisé, l'équipe de pédopsychiatrie organisera sa prise en charge en utilisant, si besoin, tous les relais libéraux et/ou extra hospitaliers. (Nous verrons qu'en pratique, ceci ne peut être réalisé).

Dans la mesure où des moyens humains seront alloués à la permanence, le service social hospitalier rencontrera l'enfant et/ou sa famille. L'évaluation sociale et familiale des difficultés et des besoins permettra soit de solliciter les services déjà présents dans l'accompagnement de la famille, soit de proposer ou d'initialiser des moyens de soutien adaptés sur le plan socio-éducatif. Des informations concernant les aides liées à la procédure judiciaire pourront être données (avocat, administrateur ad hoc, associations d'aide aux victimes : ADAVEM, AAVAS...) Ce travail social s'organisera essentiellement autour d'une fonction de liaison avec l'ensemble des services médicaux, sociaux, éducatifs et judiciaires concernés par la protection de l'enfance.

Dans le cadre d'une part de leur mission de prévention et de protection et d'autre part de leur travail de « liaison » avec les services hospitaliers de pédiatrie, les services médicaux et médicosociaux de la Direction du Développement Social et de la Solidarité (conseil général) s'impliqueront dans le fonctionnement de cette permanence d'accueil pédiatrique de l'enfant en danger, afin d'améliorer la prise en charge médicosociale des enfants reçus dans le cadre hospitalier.

c- Prise en charge non judiciaire à la PAPED

La PAPED effectue environ 50 accueils non judiciaires par an. Ces accueils débutent par un passage aux urgences pédiatriques, où l'enfant arrive à la demande de ses parents ou du médecin traitant le plus souvent. Si les parents ont porté plainte ou si un signalement est en cours, l'enfant ira à la PAPED au moment où la justice le demandera.

Si aucune judiciarisation n'est en cours, l'enfant peut être convoqué par le pédiatre à la PAPED pour un complément d'évaluation. C'est ce que nous appelons un « accueil non judiciaire ». L'enfant et sa famille sont alors reçus en consultation conjointe par le pédiatre et l'assistante sociale. Ceci aboutit à un signalement ou à une action d'éducation ou de guidance parentale.

Si la situation ne requiert pas un accueil à la PAPED, la famille est contactée au téléphone par le pédiatre ou l'assistante sociale, afin de s'assurer du bon déroulement de son retour à la maison. Ces appels téléphoniques n'étant pas cotés administrativement, ils sont difficiles à évaluer quantitativement.

d- Clause évolutive

Le protocole actuel formalise la prise en charge des patients adressés à la PAPED par les services judiciaires. Par contre, il a pour vocation de servir de base à un futur accueil plus large des enfants en danger. Nous avons vu que des accueils non judiciaires sont déjà réalisés mais ils sont actuellement peu nombreux : une cinquantaine par an. Cette évolution hautement souhaitable vers plus d'évaluation ne pourra se concrétiser que si des moyens humains supplémentaires sont alloués à la structure.

Voyons, après l'accueil, comment se déroule l'audition de l'enfant qui vient dans le cadre d'une procédure judiciaire.

3) La conduite de l'audition

L'audition peut se subdiviser en différentes étapes qui ne constituent pas cependant un modèle standard applicable à toutes les auditions et à tous les enfants.

a- Les différentes étapes

L'ouverture de l'audition constitue la phase de contact indispensable et le temps d'adaptation nécessaire à l'enfant. Elle se compose principalement d'un accueil, d'une prise en compte de l'enfant, d'une familiarisation avec le service enquêteur ; d'une explication du rôle et de la fonction de celle ou de celui qui va procéder à l'audition ; d'une explication des règles de la discussion et des attentes de l'enquêteur, d'un échange informel sur des sujets concrets pas trop menaçants afin d'évaluer le mode de fonctionnement de l'enfant et ses capacités narratives.

L'approche des faits est l'étape la plus délicate car il faut amener l'enfant à raconter l'agression dont il a été victime tout en essayant que l'information provienne de son expérience et non de l'influence de l'enquêteur. L'introduction peut être très générale ou si nécessaire plus précise en n'indiquant toutefois pas le nom du ou des suspects, ni la nature de l'agression. C'est souvent à ce stade que l'enquêteur doit soutenir et rassurer l'enfant, tenter de le déculpabiliser, lui rappeler ses droits ou encore l'aider à surmonter ses craintes, ses peurs.

L'étape du récit libre permet ensuite à l'enfant de livrer sa propre version et compréhension des faits. Il s'agit là de recueillir un aperçu global des faits. Il importe particulièrement à ce stade, de respecter le rythme de l'enfant et de ne jamais l'interrompre, le corriger ou le confronter à ses contradictions ou invraisemblances. La quantité d'information fournie spontanément est très variable d'un enfant à un autre.

L'étape du questionnement est destinée enfin à aider l'enfant à élaborer, à fournir les détails du ou des événements qu'il vient de décrire et à clarifier certains aspects de sa narration. Il importe alors d'opter pour un questionnement ouvert puis plus spécifique voire en dernière limite, suggestif.

La clôture de l'audition permet de rassurer, d'informer, de répondre aux questions de l'enfant.

b- Exemple de déroulement d'une audition de police

Dans le cadre de ma thèse, j'ai pu assister, derrière la glace sans tain, à une audition de police. Il s'agissait d'un petit garçon de 9 ans, auditionné par la Brigade pour la Prévention de la Délinquance Juvénile (BPDJ) pour une suspicion de maltraitance sexuelle intra familiale grave. La BPDJ est un service de police, les enquêteurs étaient donc en civil, et le jeune garçon ne semblait pas effrayé, mais très impressionné.

L'audition s'est déroulée comme expliqué précédemment et a confirmé les faits suspectés. J'ai été frappée par la différence entre une telle audition et un entretien pédopsychiatrique. L'enquêteur avait le souci du bien-être matériel de l'enfant et l'encourageait sans l'influencer. Mais il ne se préoccupait pas du tout de ce que l'enfant pouvait ressentir ou avoir ressenti au moment des faits ou après. L'enquêteur s'intéressait aux faits et uniquement aux faits. Il voulait aller toujours plus loin dans les détails matériels.

J'ai trouvé cette audition difficile à supporter tant la technique utilisée me semblait indifférente au vécu de l'enfant. Encore une fois, l'enquêteur s'est toujours montré respectueux du rythme de l'enfant, mais son souci le plus grand et c'est normal vu sa fonction investigatrice, était d'obtenir le plus d'information possible.

Nous reviendrons sur cette audition dans la discussion. Pour terminer avec la présentation de la PAPED, nous allons poser les questions qui émergent aujourd'hui.

4) Les questions émergentes aujourd'hui

La PAPED existe donc depuis trois ans. En pratique, environ trois cents enfants sont accueillis à la PAPED à la demande de la justice et cinquante enfants dans un cadre non judiciaire. Ces chiffres sont annuels et suivent une courbe croissante. Concernant l'aspect pédopsychiatrique, tous les enfants ne sont pas reçus systématiquement. Les enfants sont évalués par l'infirmière de pédiatrie et l'assistante sociale. Ce sont elles qui alertent les

pédopsychiatres si elles estiment qu'un mineur est en grande difficulté. De plus, l'infirmière rappelle tous les enfants quatre semaines après leur audition. En moyenne, trente enfants sont ainsi reçus par les pédopsychiatres chaque année, par l'intermédiaire de la PAPED.

Cette méthode a des avantages : tous les enfants sont évalués, le jour même et à distance, par l'infirmière d'accueil et/ou par l'assistante sociale. Ceux qui en ont le plus besoin sont reçus rapidement par un pédopsychiatre. Cette régulation permet de s'adapter aux moyens humains actuellement disponibles en pédopsychiatrie.

Mais elle a aussi des inconvénients : les mineurs sont évalués par des personnes certes expérimentées, mais qui ne sont pas pédopsychiatres. Cette évaluation reste subjective, et sa fiabilité n'a pas été évaluée. Enfin, cette méthode est plus le fruit d'une conjoncture faite de faibles moyens, qu'un choix argumenté.

Des questions émergent de cet état des lieux : la PAPED, dans son organisation actuelle, propose-t-elle le meilleur accueil possible ? La prise en charge pédopsychiatrique est-elle adaptée ? Faut-il rencontrer tous les enfants victimes de maltraitance sexuelle, et si oui, quand ? Le moment du passage à la PAPED est-il le meilleur pour une évaluation pédopsychiatrique ?

Pour alimenter la réflexion autour de ces questions, nous avons rencontré les médecins impliqués dans les accueils d'enfants victimes, des centres hospitaliers de Tours, St Nazaire, Nantes et de l'hôpital Trousseau, à Paris. Nous sommes aussi allés à la rencontre des associations d'aide aux victimes. Nous avons enfin recueilli des données sur trente enfants auditionnés à la PAPED. Nous allons d'abord aborder le témoignage des acteurs des autres centres hospitaliers. Nous développerons l'étude dans la seconde partie, après un approfondissement de la clinique et avant la discussion.

V/ Les pratiques d'autres centres hospitaliers et des associations

1) CHU de Tours, l'ASPED (Accueil et Soins Pour l'Enfance en Danger)

Au CHU Clocheville de Tours, j'ai rencontré le Dr Rolland, pédiatre consultant qui a été responsable du réseau ASPED (Accueil et Soins Pour l'Enfance en Danger). Il était accompagné du Dr Urvois, pédiatre urgentiste et de Mme Michel, assistante sociale.

Il n'y a pas d'unité médico judiciaire au CHU de Tours, selon un choix bien réfléchi. Les auditions judiciaires ont lieu dans les locaux de la gendarmerie ou de la brigade des mineurs et les examens médico légaux sont réalisés à l'institut médico légal du CHU. Il n'y a pas de structure spécifique pour les enfants victimes de maltraitance qui sont en cours de procédure judiciaire. Le tribunal a pourtant émis le souhait de créer une UMJ (Unité Médico Judiciaire) sur Clocheville, mais cela n'a pas abouti. Voyons pourquoi.

a- Quels sont les arguments pour ne pas créer une UMJ (Unité Médico Judiciaire)?

Le premier argument est le souhait de ne pas faire intervenir le judiciaire dans un lieu de soins. Le Dr Rolland insiste sur la nécessité de « distinguer la culture et les responsabilités judiciaires de la culture et des responsabilités médicales. »

De plus, mes interlocuteurs soulignaient le constat suivant : ils voient beaucoup d'enfants qui viennent pour suspicion de maltraitance sexuelle, mais très peu de situations sont judiciairisées. Dans le contexte actuel de moyens limités, ils font donc le choix de mettre l'accent sur l'accueil, la prévention et l'éducation en amont de la judiciarisation. Quel accueil ont-ils élaboré ?

b- L'accueil aux urgences pédiatriques d'un enfant peut-être victime

La réflexion qui sous-tend l'accueil réalisé à Clocheville est la suivante : la judiciarisation excessive de toute situation suspecte peut provoquer beaucoup de dégâts au sein d'une famille et pour un enfant. Chaque situation nécessite avant tout une évaluation pédiatrique. Cette évaluation est réalisée par un binôme « pédiatre et assistante sociale ». Le binôme consultant reçoit les parents seuls dans un premier temps. Le Dr Urvois constate d'ailleurs que l'enfant n'a pas de mal à se séparer de ses parents, comme s'il était soulagé de ne pas avoir à assister à

cet entretien. Cela laisse supposer que même une suspicion de maltraitance n'est pas anodine pour l'enfant... Au cours de cet entretien, les parents se sentent accueillis et écoutés. Ils sont rassurés de trouver un endroit où ils peuvent enfin exposer leur angoisse. Ils se sont souvent déjà heurtés à un ou deux professionnels qui n'ont pas pu ou pas su donner suite à leurs questions. Le but principal de cet entretien est de refaire le chemin qui va des faits à la consultation. Il n'est donc pas question de faire un travail d'enquêteur mais d'éclaircir les circonstances de la demande. Il s'agit d'évaluer la situation d'un enfant et de sa famille. Une fiche d'évaluation a été créée dans ce but. Cette fiche est reproduite en annexe 1.

L'évaluation aboutit le plus souvent à une action de guidance parentale et d'éducation en matière de sexualité. Elle peut aussi bien sûr donner lieu à un signalement voire une saisine directe du Parquet en vue d'une OPP (Ordonnance de Placement Provisoire).

Si un appel a lieu le soir ou le week-end et s'il n'y a pas de critère de gravité immédiate, un rendez-vous est donné pour le lendemain pour que l'évaluation puisse être réalisée conjointement par le pédiatre et l'assistante sociale.

Pour renforcer cette prise en charge, le bureau de l'assistante sociale est volontairement situé au sein des urgences pédiatriques de Clocheville et elle assiste tous les matins à la revue de garde. Des moyens humains sont donc spécialement alloués au repérage de la maltraitance en amont de la judiciarisation. Mais y a-t-il des moyens pédopsychiatriques ou psychologiques ?

c- Quelle place est faite à la pédopsychiatrie ?

Il n'y a pas de consultation pédopsychiatrique systématique au moment de l'évaluation aux urgences. C'est essentiellement le fait des moyens insuffisants. En effet, tant le Dr Rolland que le Dr Urvois ou Mme Michel sont convaincus de la nécessité d'un accueil et d'une évaluation pédopsychiatriques. Ils estiment que le fait de suspecter une maltraitance sexuelle n'est pas anodin pour l'enfant ni pour sa famille. Cette situation nécessite d'être accueillie et ses conséquences évaluées. Idéalement, cette prise en charge pédopsychiatrique devrait se faire dans la semaine suivant le passage aux urgences. Malheureusement, les délais de consultation ne permettent pas une telle réactivité. Les situations les plus inquiétantes sont donc personnellement présentées par le pédiatre au pédopsychiatre. Les autres familles repartent avec les coordonnées du CMP (Centre Médico Psychologique) le plus proche de leur domicile ou sont orientées vers le CAVAS (Centre d'Accueil des Victimes d'Abus Sexuel). Ce centre créé, il y a vingt ans, est un service hospitalier qui appartient au centre

d'orthogénie de la maternité. Des psychologues peuvent y intervenir, mais n'y sont pas attachées.

Par ailleurs, l'accueil des enfants potentiellement victimes a déjà été organisé en réseau, au CHU de Tours. Nous allons voir comment.

d- L'ASPED (Accueil et Soins Pour l'Enfance en Danger)

L'ASPED est un réseau qui a été développé depuis le CHU de Clocheville pour favoriser un travail pluri disciplinaire. Le réseau n'existe plus faute de budget mais il mérite notre attention pour alimenter notre réflexion.

Le réseau était animé par les Dr Rolland et Urvois (pédiatres), Mme Michel (assistante sociale à mi-temps) et le Dr Perrot (pédopsychiatre à 10%). Son but était de proposer aux professionnels une aide pour évaluer les situations d'enfants en danger. Les professionnels pouvaient joindre le réseau au téléphone ou venir rencontrer ses membres.

Un deuxième objectif du réseau était d'organiser deux types de rencontres : des rencontres régionales bi annuelles et des rencontres mensuelles. Les rencontres régionales sur le thème de la maltraitance permettaient un rassemblement des équipes hospitalières de la région, pour comparer les pratiques et mettre en commun les expériences. Les rencontres mensuelles étaient ouvertes à tous les professionnels intéressés. Y venaient des médecins de PMI, des pédiatres de ville, des assistantes sociales. Les services hospitaliers y étaient aussi représentés et ces réunions étaient le lieu de réflexions concrètes sur l'accueil de l'enfant maltraité.

Ce réseau n'est actuellement plus financé, si ce n'est pour quelques heures de secrétariat. Cependant, les acteurs de terrain continuent certainement d'y trouver un intérêt puisque les réunions régionales et mensuelles sont maintenues. Par ailleurs, l'accueil aux urgences tel que nous l'avons décrit, qui est à l'origine de la création du réseau, continue lui aussi selon les mêmes modalités. Seule la ligne téléphonique destinée aux professionnels n'est plus en service.

Nous voyons que ce réseau est constitué de soignants. Mais quels sont les liens de ces soignants avec la justice ?

e- Les liens avec la justice

Les urgences de Clocheville maintiennent des liens privilégiés avec le Substitut du Procureur de la République de Tours. Ainsi, à chaque nomination, le Dr Urvois et Mme Michel rencontrent le nouveau Substitut. Par ailleurs, Mme Michel se déplace en personne pour le rencontrer quand un signalement part des urgences. La cellule de signalement du conseil général reçoit alors un double de ce signalement. Enfin, pour renforcer le partenariat entre l'hôpital de Clocheville et le conseil général, une convention devrait être bientôt signée.

f- Au total

L'hôpital pour enfants Gatien de Clocheville, à Tours, favorise dans la répartition de ses moyens la prévention, l'éducation et l'évaluation des familles où une suspicion de maltraitance sexuelle existe. Cette attitude est volontairement préférée à la mise en place d'une unité médico judiciaire, pour conserver à la médecine et à la justice leurs spécificités. La volonté des acteurs de terrain serait d'inclure une dimension pédopsychiatrique ou psychologique à chaque prise en charge mais cela ne se fait pas pour l'instant faute de moyens.

L'accueil aux urgences est donc particulièrement pensé et élaboré pour répondre spécifiquement à la suspicion de maltraitance sexuelle, dans un but éducatif. L'objectif de cette évaluation est de limiter le nombre de signalements abusifs et d'éviter de tout judiciariser. Cependant, quand la judiciarisation est nécessaire, l'enfant n'est pas spécialement accompagné dans son parcours médico judiciaire.

Voyons à présent comment le centre hospitalier de St Nazaire s'est organisé autour de cette question.

2) Centre hospitalier de St Nazaire

Le Dr Picherot, chef de service de pédiatrie au CHU de Nantes, m'a relaté l'expérience de deux services, celui de St Nazaire, entre 1990 et 2001 et celui de Nantes, à partir de 2001.

Nous allons d'abord retracer l'expérience du centre hospitalier de St Nazaire, en commençant par la resituer dans son contexte historique.

a- Contexte historique

Avant les années 1990, à l'hôpital de St Nazaire, il n'y avait pas d'accueil spécifique des enfants victimes de maltraitance sexuelle. Lorsqu'un enfant était supposé victime de maltraitance, il était entendu par les gendarmes à la gendarmerie. Si le Procureur demandait un examen physique, l'enfant était accompagné aux urgences pédiatriques par les gendarmes. Le médecin présent devait examiner l'enfant pour répondre à la question précise du Procureur, quelle que soit sa formation. Cet examen non préparé était non seulement intrusif mais aussi approximatif.

Les années 1990 ont été le théâtre de révélations d'abus sexuels plus ou moins médiatisées. Dans le même temps, le ministère de la santé a lancé des campagnes de sensibilisation auprès des professionnels. Dans ce contexte, le Dr Picherot a participé à un groupe de réflexion sur l'accueil des enfants victimes de maltraitements. Ce groupe a pensé l'accueil de ces enfants par une structure réunissant trois services : la pédiatrie, la gynéco obstétrique et la pédopsychiatrie. S'y adjoint une assistante sociale. On remarque que la pédopsychiatrie est partie prenante de l'accueil dès le début. Voyons à présent comment s'organise cet accueil.

b- Organisation de l'accueil

Les enfants, dans la mesure du possible, n'arrivent pas aux urgences mais sont adressés directement aux personnes compétentes pour répondre aux questions de la justice. On se situe donc dans l'accueil d'enfants dont la situation est déjà judiciairisée. Le Procureur a le souci de recevoir un certificat descriptif mais aussi un compte-rendu des paroles recueillies auprès de l'enfant et une évaluation psychologique. Le dossier est donc adressé en premier à l'assistante sociale, puis l'enfant est accueilli, en consultation conjointe, par un médecin (pédiatre ou gynécologue) et l'assistante sociale. Il est d'abord écouté puis l'examen lui est expliqué et est enfin réalisé. Le pédopsychiatre reçoit l'enfant d'emblée, et propose quelques consultations de suivi. L'objectif idéal de ce suivi est d'accompagner l'enfant jusqu'au procès ou de faire un relais dans la même perspective. Le suivi peut se prolonger au-delà du procès. Le but de cet accueil hospitalier est donc non seulement d'éviter le « sur traumatisme » mais encore d'accompagner l'enfant jusqu'à l'aboutissement de la procédure judiciaire.

En 1998, l'association « La Voix de l'Enfant » a promulgué la technique de l'audition filmée. Ceci s'est fait à St Nazaire à partir de 2001, mais le Dr Picherot a quitté le centre hospitalier de St Nazaire pour le CHU de Nantes à cette époque. Nous allons donc poursuivre avec l'expérience du CHU de Nantes.

3) CHU de Nantes, l'UAED (Unité d'Accueil des Enfants en Danger)

Le Dr Picherot m'a ensuite expliqué comment les enfants victimes de maltraitance sexuelle sont accueillis au CHU de Nantes. Il a travaillé sur ce projet à partir de 2001, avec le Dr Vabres, pédiatre elle aussi. L'UAED (unité d'accueil des enfants en danger) a été créée. Cette unité rassemble quatre services : pédiatrie, pédopsychiatrie, gynéco obstétrique et médecine légale.

L'UAED accueille trois cents enfants par an, selon une répartition très différente de la PAPED : en 2008, il y a eu soixante-quatre réquisitions (quarante-quatre pour des moins de onze ans et vingt pour des enfants plus âgés) et environ 240 évaluations.

Les évaluations réalisées en amont de la justice peuvent aboutir à trois possibilités : signalement, réévaluation trois semaines plus tard, ou réassurance et éducation à la sexualité.

a- Comment se déroule l'accueil de l'enfant à l'UAED ?

Les évaluations sont réalisées sur rendez-vous, à la demande des parents, du médecin traitant ou plus rarement des services sociaux. Les réquisitions sont faites à la demande de la justice. Les délais de consultation sont inférieurs à une semaine pour les réquisitions et dépendent de l'affluence pour les évaluations.

L'UAED effectue le même accueil pour une réquisition que pour une évaluation. En revanche, l'UAED n'étant pas équipée d'un dispositif permettant les auditions filmées, les auditions ont lieu dans les locaux de la police ou de la gendarmerie.

L'enfant est accueilli par un « couple » : un pédiatre (ou une gynécologue) et un pédopsychiatre (ou une psychologue). La gynécologue intervient pour les filles de onze ans et plus. Le pédopsychiatre est le Dr Dréno. La psychologue est Mme Chailloux. Ce « couple » reçoit l'enfant et ses parents. Le pédopsychiatre ou la psychologue reste aussi le temps de l'examen physique.

L'examen physique est un examen global, pédiatrique, complété si besoin d'un examen gynécologique. Le pédiatre fait un bilan global de la santé de l'enfant, recherche des traces de maltraitances mais aussi de négligences. Dans le cadre d'une réquisition, il rédige un certificat descriptif.

b- Quels sont les arguments pour réaliser une consultation conjointe ?

Tout d'abord, le Dr Picherot met en avant le risque d'une relation duelle adulte – enfant. Selon lui, l'enfant peut se sentir « pris au piège », agressé. Puis il insiste sur la richesse des regards croisés de deux professionnels pour évaluer des situations si complexes. Enfin, il est important de ne pas recevoir ces enfants seuls car leurs histoires sont douloureuses et, en tant que soignants, nous devons aussi nous protéger.

c- Quels sont les arguments pour faire intervenir un pédopsychiatre ou un psychologue dès l'accueil ?

Pour le Dr Picherot, il est fondamental que le pédopsychiatre soit présent dès l'accueil et l'évaluation des enfants.

Cette première rencontre peut permettre l'émergence d'une demande de prise en charge. De plus, très souvent, les enfants victimes ont une histoire personnelle particulière qui nécessite, d'emblée, un abord pédopsychiatrique ou psychologique. L'UAED va même plus loin dans le raisonnement puisque le pédopsychiatre et le psychologue proposent quelques consultations avant d'orienter l'enfant vers un relais. Ils restent ensuite à la disposition de l'enfant et de la famille.

Les acteurs de l'UAED travaillent donc dans une perspective pédiatrique et pas seulement médico légale. Mais cette description ne serait pas complète sans quelques problématiques actuelles.

d- Actualités de l'UAED

Le Dr Picherot évoque tout d'abord un problème de moyens : le conseil général finance un mi-temps de secrétariat et un quart temps de psychologue. Tous les autres intervenants se détachent de leur service pour intervenir à l'UAED. Cela suppose une dynamique d'équipe

particulièrement volontaire et convaincue de la nécessité de ces prises en charge. Mais on envisage mal de créer des postes uniquement dévolus à l'UAED tant ces situations sont difficiles à porter.

La seconde problématique porte sur l'avenir proche : la mise en place du dispositif d'auditions filmées est prévue pour fin 2009. Or le nombre d'auditions de gendarmerie est de trois cents par an et trois cents auditions de police annuelles aussi. Actuellement, ces auditions sont réalisées dans les locaux respectifs de la police et de la gendarmerie et les examens sont réalisés par différents médecins de Loire Atlantique. La possibilité de réaliser des auditions filmées au CHU de Nantes drainerait donc six cents enfants par an. Ceci n'est pas compatible avec les effectifs médicaux actuels et ne laisse malheureusement plus de place aux évaluations.

e- Au total

Le CHU de Nantes réussit à répondre aux réquisitions de la justice et à faire des évaluations de qualité en cas de suspicion de maltraitance. Mais avec la mise en place des auditions filmées, l'équipe va se retrouver confrontée à un nombre de réquisitions croissant et à l'augmentation du temps de chaque prise en charge du fait de l'inclusion de l'audition.

Intéressons-nous enfin au dispositif d'accueil des enfants en danger du CHU Trousseau, à Paris.

4) CHU Trousseau à Paris : le CVM (Centre de Victimologie pour Mineurs)

Au CVM (Centre de Victimologie pour Mineurs) de l'hôpital Armand Trousseau, à Paris, j'ai été reçue par le Dr Rey Salmon, pédiatre légiste. Le CVM comporte trois unités : l'UMJ (Unité Médico Judiciaire pour mineurs victimes), la consultation psycho traumatisme et l'UAJV (Unité d'Accueil des Jeunes mineurs Victimes).

a- l'UMJ (Unité Médico Judiciaire pour mineurs victimes)

L'UMJ s'adresse aux mineurs (0 – 18 ans) victimes d'infractions pénales commises sur Paris

intra muros (violences volontaires ou involontaires, agressions sexuelles), pour lesquels une expertise médico légale ou psychologique est demandée. L'UMJ est dirigée par le Dr Rey Salmon. Les médecins de l'UMJ travaillent sur réquisition pour réaliser un examen médico légal ou une expertise psychologique. Deux cents mineurs sont ainsi reçus chaque année pour maltraitance sexuelle.

L'accueil de l'enfant à l'UMJ est réalisé par une infirmière puéricultrice. La puéricultrice d'accueil ne revient pas sur les faits avec l'enfant mais elle observe l'enfant dans son environnement. Elle relève son comportement face à des inconnus, au moment de se séparer de l'adulte qui l'accompagne. Elle analyse sa façon de jouer, de quoi il parle spontanément. Elle accompagne aussi l'enfant pendant l'examen médico légal. Les puéricultrices de l'UMJ ont élaboré une grille d'évaluation spécifique pour les enfants de 0 à 6 ans. Cette grille est reproduite en annexe 2. Si l'enfant doit revenir à l'UMJ pour un suivi sérologique ou l'instauration d'une tri thérapie, la même puéricultrice l'accompagnera à tous ses rendez-vous. Enfin, elle donne systématiquement à l'enfant et sa famille une information sur le psycho traumatisme et les rappelle dix jours après pour savoir comment va l'enfant et évaluer s'il doit être adressé aux pédopsychiatres de la consultation psycho traumatisme.

Les pédiatres légistes réalisent un examen médico légal sur réquisition. Les pédopsychiatres qui font les expertises travaillent à la consultation psycho traumatisme. Si un examen médico légal et une expertise sont demandés pour le même enfant, l'entretien pédopsychiatrique a lieu avant l'examen et le pédiatre légiste rencontre le pédopsychiatre avant de procéder à l'examen. Cela lui permet d'avoir un aperçu de l'enfant pour ajuster sa manière de l'aborder. Pour les urgences de nuit et du week-end, les examens médico légaux sont réalisés à l'UMJ pour adultes de l'Hôtel-dieu, dirigée aussi par le Dr Rey Salmon, qui assure le lien avec l'UMJ pour mineurs du CVM (Centre de Victimologie pour Mineurs).

L'audition avec enregistrement audiovisuel n'a pas lieu à l'UMJ. Ceci est un choix car l'UMJ est dédiée aux affaires qui ont eu lieu dans Paris intra muros. Toutes les auditions ont donc lieu au même endroit, la brigade pour la protection des mineurs de Paris. Les quatre-vingts personnes qui y travaillent sont formées à l'écoute des mineurs. De plus, bon nombre d'auditions ne sont pas suivies d'un examen médico légal. Enfin, l'équipe de l'UMJ préfère différencier le judiciaire du médical.

Enfin, l'UMJ réalise un travail institutionnel interne, mensuel, avec bibliographie et reprise en commun de certains dossiers. Il y a aussi un travail de lien avec les autres unités du CVM, la brigade des mineurs et le Parquet. Le nombre des partenaires permet à chacun de rester dans sa branche de compétence spécifique et les liens sont sans cesse cultivés entre les différents acteurs du réseau.

b- La consultation psycho traumatisme

Trois pédopsychiatres travaillent dans cette unité : un pour les 0 – 6 ans et deux pour les plus grands. Le coordonnateur est le Dr Vila. Il n'y a pas de psychologue dans cette unité.

On peut rencontrer les pédopsychiatres de trois façons : soit sur réquisition, soit sur rendez-vous à la demande de la puéricultrice de l'UMJ ou du médecin légiste. Le délai est alors de deux ou trois jours. La puéricultrice peut solliciter le pédopsychiatre dès le premier passage à l'UMJ ou après le contact téléphonique qu'elle établit dix jours après. Enfin, les familles peuvent prendre rendez-vous directement, en dehors de toute action en justice, pour des mineurs victimes d'une agression, d'un accident, d'une catastrophe ou d'autres évènements traumatiques.

L'expertise pédopsychiatrique est un entretien long, visant à évaluer le retentissement psychologique de l'agression sexuelle, à étoffer le dossier pénal ou à mettre en évidence d'autres problématiques que l'agression sexuelle. L'enfant, même très jeune, est toujours reçu seul puis avec la personne l'accompagnant. L'examen pédopsychiatrique dure environ une heure et comporte un examen complet avec une anamnèse, les antécédents personnels et familiaux, l'évaluation du niveau de développement, une description de la sémiologie comportementale, l'observation de la relation de l'enfant avec la personne l'accompagnant, la recherche de troubles déficitaires, de troubles psychotiques et de troubles de la personnalité. L'ensemble des résultats est adressé au requérant.

La consultation simple est une évaluation complète aussi, qui débouche sur une orientation ou un suivi sur place, si les symptômes constatés sont la conséquence directe de l'évènement traumatique en cause.

c- L'UAJV (Unité d'Accueil des Jeunes Victimes)

Cette unité s'adresse aux mineurs ou aux familles alléguant des maltraitances ainsi qu'aux professionnels confrontés à des situations de risque ou de maltraitance avérées. L'évaluation est réalisée par trois personnes à chaque fois : un pédiatre, une assistante sociale (dont le poste est financé par l'Aide Sociale à l'Enfance) et un psychologue. L'évaluation aboutit à un signalement, une orientation vers un Centre Médico Psychologique pour un suivi ambulatoire, ou une action de guidance parentale et d'éducation.

L'UAJV travaille en réseau avec l'éducation nationale, la Protection Maternelle et Infantile, les médecins scolaires et bien sûr les pédopsychiatres de la consultation psycho traumatisme. Ainsi, les psychologues de l'UAJV peuvent être sollicités par les pédopsychiatres pour réaliser des tests qui seront joints au dossier d'expertise. De même, le projet est en cours pour deux psychologues de l'UAJV de devenir experts auprès du Parquet pour participer aux expertises demandées à L'UMJ.

d- Au total

Le CVM (Centre de Victimologies pour Mineurs) est organisé autour de trois axes : les expertises, la prise en charge du traumatisme et l'évaluation des situations. L'aspect pédopsychiatrique ou psychologique est bien représenté dans chacune des trois structures. Les délais de consultation sont brefs. L'enfant n'est pas accueilli systématiquement par un pédopsychiatre ou un psychologue mais il est toujours évalué d'un point de vue psychologique, que ce soit par un spécialiste ou plus rarement par la puéricultrice, éventuellement aidée d'une échelle.

5) Les associations : ADAVEM et AAVAS

Nous avons rencontré Mme Mage à Angers, qui est psychologue au sein de l'ADAVEM (Association Départementale d'Aide aux Victimes Et de Médiation). Elle nous a parlé de l'ADAVEM et de l'AAVAS (Association d'Aide aux Victimes d'Abus Sexuels).

L'ADAVEM est composée de cinq salariés : une psychologue à 80%, deux juristes, une secrétaire et une directrice. Le conseil d'administration est composé de bénévoles. Le président de l'ADAVEM est le Pr Penneau. L'ADAVEM est financé à 80% par le ministère de la justice et les locaux qu'elle occupe dans le palais de justice sont mis à sa disposition gratuitement. Le reste du financement vient de l'aide des communes (dans le Maine et Loire, l'ADAVEM a des antennes à Angers, Cholet, Saumur, Segré). Il y a une ADAVEM par département environ, et l'ADAVEM appartient à une fédération de 150 associations, l'INADEM (Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation), dont le siège est à Paris. L'ADAVEM accueille toute personne qui s'estime victime d'infraction (vol, cambriolage, escroquerie, accident de la circulation ou de travail, harcèlement, coups et blessures volontaires, violence conjugale et familiale, agression sexuelle, viol, etc.), qu'elle ait porté plainte ou pas. On peut entrer en contact avec l'ADAVEM de plusieurs façons : il y a un bureau de l'association dans les locaux de la médecine légale du CHU, où sont examinés les personnes ayant porté plainte. Le numéro de téléphone de l'association est inscrit sur le récépissé de plainte délivré par la gendarmerie. Des plaquettes présentant l'association sont dans tous les palais de justice du département et dans les locaux des autres associations d'aide aux victimes (SOS femmes, AAVAS, etc.) Le procureur peut lui-même demander à l'ADAVEM d'entrer en contact avec des familles dans des affaires particulièrement difficiles. Enfin, le bouche à oreille entre plaignants est un bon moyen de diffusion de l'information.

La psychologue de l'ADAVEM n'a pas de vocation thérapeutique. Elle a un « rôle de passeur ». Son accompagnement dure environ six entretiens. Elle saisit le moment où la personne vient parler, pour l'aider à donner du sens et réintroduire le langage. Puis elle passe le relais, le plus souvent vers les CMP (Centres Médico Psychologiques) , pour répondre à une demande de suivi à plus long terme. Elle oriente les enfants plus facilement vers les CMPP (Centres Médico Psycho Pédagogiques), après un à deux entretiens, s'ils ont besoin d'un suivi.

L'accompagnement psychologique proposé par l'ADAVEM n'est donc pas coordonné à la procédure, qui est souvent longue (un à deux ans). Cet accompagnement a pour but de rendre acceptables certains mots (par exemple « viol ») pour les victimes qui vont devoir les entendre et les utiliser pendant la procédure. La psychologue remet aussi les personnes dans un fil temporel pour qu'elles ne restent pas figées dans le temps du traumatisme. Elle travaille enfin la demande de thérapie avec elles.

En ce qui concerne les victimes de maltraitances sexuelles, elles sont orientées vers les CMP ou vers l'AAVAS, si elles ont plus de seize ans.

L'AAVAS a pour but d'écouter, aider et soutenir toute personne à partir de seize ans, victime d'abus sexuels récents ou anciens dans une triple approche psychologique, sociale et juridique. Elle se veut aussi à l'écoute des proches des victimes et des professionnels concernés. L'équipe des écoutants est composée de professionnels (assistantes sociales, éducatrices spécialisées, psychologues et médecins) agissant en qualité de bénévoles. Les entretiens sont menés par des couples thérapeutiques et les prises en charge peuvent se faire sur des temps plus longs.

Au total, nous voyons que le monde associatif est présent auprès des victimes et facilement repérable. Mais nous n'avons pas trouvé d'association qui se destine particulièrement aux victimes mineures. L'AAVAS reçoit bien les victimes de maltraitances sexuelles, mais uniquement à partir de seize ans. Les enfants sont ré orientés vers les CMP (Centres Médico Psychologiques) et les CMPP (Centres Médico Psycho Pédagogiques).

**2^e partie : Approche clinique des enfants et adolescents de
6 à 18 ans victimes de maltraitances sexuelles**

I/ Apports de la psychanalyse dans la compréhension des maltraitements sexuels des enfants et adolescents de 6 à 18 ans

Au cours du développement d'un enfant puis d'un adolescent, l'accession à la sexualité, par la révélation de la particularité de l'homme et de la femme, ouvre à la différence, à l'altérité et à la relation inter subjective. Mais la maltraitance sexuelle évacue le symbolique, symbolique de la parole et du langage, voire symbolique de la parenté, des voies de la génération et de la vie.

1) Une maltraitance sexuelle particulière : l'inceste

Une maltraitance sexuelle bien particulière est l'inceste. L'inceste est une relation sexuelle entre membres de la même famille. L'inceste nie le don de la vie par la consommation de la chair de l'enfant. Il annule la coupure des générations et la place de l'enfant dans le tissu de la parenté : fils ou fille de, frère ou sœur de, etc. l'inceste refuse à l'enfant la nomination, la place qui lui est réservée dans le langage, son nom propre. L'enfant est dépouillé de sa parole puisqu'il n'est personne de nommable. [10, 14]

L'enfant est donc mis hors la loi fondatrice. Cette loi donne à l'enfant sa place dans le montage culturel des générations qui se succèdent sans se confondre, en lignée continue depuis l'origine des hommes. L'ouverture à l'origine permet à chacun et à l'enfant de se laisser traverser par la parole qui en sourd : « au commencement était le verbe »¹⁴. Tout est hermétiquement clos par la mise en confusion incestueuse : plus d'interdit, plus de sujet de la loi, plus de parole, plus de possibilité de faire maillon générationnel. L'inceste est l'opération radicale de dégénération.

Nous allons nous intéresser aux conséquences de la maltraitance sexuelle et de l'inceste : le silence, la culpabilité, la répétition. Puis nous aborderons le parcours judiciaire et la loi. Enfin nous reprendrons les symptômes que peut présenter un enfant ou un adolescent suite à une maltraitance sexuelle, avec un éclairage psychanalytique.

¹⁴ Evangile selon St Jean, chapitre I, verset 1.

2) Silence et exclusion

La maltraitance sexuelle et a fortiori la position incestueuse est toujours occultée, quels qu'en soient les acteurs et les situations. Ce secret, obligatoirement partagé, prend l'enfant dans le piège de la confusion avec son agresseur. Ce petit là n'est pas comme les autres enfants de sa génération, d'où il est exclu. Il ne peut être sujet d'une parole dont il est dépossédé par l'agresseur. Quand cet agresseur est un ascendant, c'est celui là même qui devrait avoir placé l'enfant dans la parole qui l'en dépossède. La parole de la victime est réduite à rien par une sorte de complicité dont la marque persiste même après la levée du secret.

La génération est ce qui ouvre, par la voie de la lignée, chaque être humain à l'origine commune des hommes. C'est d'elle que lui vient cette marque particulière de l'humanité : le langage et la parole. La confusion des chairs et l'annulation de la différence obturent cette voie. En effet, tout être a une place. Le processus d'humanisation d'un enfant vise à lui donner la place qui lui est propre. L'être maltraité voit disparaître sa place, surtout s'il est dans l'impossibilité de se dire. Il est exclu de la parole parce qu'un élément du Réel (par exemple le sexe) s'évanouit dans la confusion, parce que le mensonge s'impose en place de la vérité, parce que la mort occulte la vie. L'exclusion va se dire sous la forme de la culpabilité et de la honte. La perte du désir, de ce qui tracte tout être vers le point d'origine de son humanité, place la victime dans un manque dont elle se sent coupable. La victime a honte car elle est dans une position de non communauté avec les autres, qui ont gardé leur pleine capacité d'être. Nous reviendrons plus longuement sur ces notions de culpabilité et de honte.

La victime exclue de sa parole a pour seul refuge l'Imaginaire, lui aussi amoindri par cette coupure avec le Réel. L'exclusion conduit à un enfouissement dans un monde imaginaire désormais sans lien avec le monde extérieur. Cet ensemble tourne sur lui-même dans des répétitions sans fin, monde circulaire fermé à celui des autres, traduisant la ruine de la parole. Cet imaginaire, replié sur lui-même dans un totalitarisme obligé, maintient l'exclusion et occasionne une douleur psychique. L'être est reclus dans sa tête. Cette pensée qui tourne dans le vide laissé par le langage figure le désespoir. Elle s'accompagne souvent d'une désespérance dans les autres.

Mais revenons à la culpabilité.

3) Culpabilité

Pour aborder la culpabilité, commençons par la notion de mal. La victime, même enfant, dès qu'elle peut parler, pose le problème du mal. La conséquence de la faute est le mal et la culpabilité mêle constamment la faute et le mal. Si elle peut parler du mal qui est le sien, la victime fait sourdre la suspicion d'une faute inconnue, dont le mal dont elle souffre serait la punition. C'est ainsi que la victime se trouve coupable. Ce que la victime révèle également, c'est que le mal commis par l'un trouve sa réplique dans le mal subi par l'autre : la faute de l'agresseur produit le mal et la victime ressent le mal. Il y a une communauté du mal qui augmente la confusion entre les êtres.

Précisons la conception psychanalytique de la genèse de la culpabilité pour comprendre comment une victime de maltraitance sexuelle peut se sentir coupable, car cela interpelle les soignants. La culpabilité est, selon Winnicott [51], un aspect du développement de l'individu. Elle ne résulte pas de l'enseignement religieux et moral. Pour expliciter d'avantage cette notion, Winnicott s'appuie successivement sur les travaux de Freud et de Mélanie Klein.

Selon Freud, chez une personne en bonne santé, la véritable culpabilité réside dans « l'intention inconsciente »¹⁵. Seule la culpabilité légale se rapporte à un crime. La culpabilité morale se rapporte à une réalité intérieure. En termes de moi et de ça, la culpabilité est une angoisse spéciale, ressentie en raison du conflit personnel, qui surgit de la coïncidence entre amour et haine. Cette coïncidence s'établit au moment du complexe d'Œdipe. Ce conflit appartient au développement normal. Le moment où le petit enfant vit dans sa famille la première relation triangulaire marque le point culminant de l'angoisse et de la culpabilité. On trouve des équivalents du complexe d'Œdipe pour les enfants élevés en institution ou loin des parents. La culpabilité provient donc de la collusion entre l'amour et la haine.

Pour mieux comprendre, il convient d'aborder la notion de surmoi. C'est du concept de surmoi que découle l'idée que la genèse de la culpabilité relève de la réalité intérieure. « Le surmoi se constitue par intériorisation des exigences et des interdits parentaux ».¹⁶ Mais Winnicott va plus loin : « Il y a une histoire primitive du surmoi chez chaque individu : l'objet introjecté peut devenir humain et analogue au père, mais à des stades antérieurs, les introjects du surmoi, utilisés pour maîtriser les pulsions du ça et les produits du ça, sont sub-humains :

¹⁵ Winnicott D. W., De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989. p. 335.

¹⁶ Laplanche J, Pontalis J.-B., Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France, 2003. p. 471.

ils sont vraiment primitifs à l'extrême».¹⁷ La culpabilité est donc au début (chez le nourrisson) une sorte de crainte grossière et devient peu à peu quelque chose de proche d'une relation vis-à-vis d'un être humain révérent, capable de comprendre et de pardonner.

En travaillant sur la position dépressive, Mélanie Klein [46] développe la notion que la pulsion libidinale primitive a un but agressif. Peu à peu apparaît aussi la sollicitude de l'enfant pour sa mère, à mesure qu'il devient capable de la percevoir comme une personne. Cette évolution dépend en partie de la capacité de la mère à maintenir la situation des soins maternels pendant une durée suffisamment longue pour que le petit enfant puisse passer par des expériences complexes. C'est à ce niveau que se situe, selon Winnicott, l'origine de la capacité de sentir la culpabilité : « Peu à peu, de même que l'enfant découvre que la mère survit et accepte le geste de restitution, il devient aussi capable d'assumer la responsabilité du fantasme total de la pulsion instinctuelle complète qui était antérieurement impitoyable. L'attitude impitoyable cède le pas à la pitié, à la compassion, l'insouciance au souci, à la sollicitude »¹⁸. Cette phase importante du développement se compose de multiples répétitions qui s'étendent sur toute une période, selon les étapes suivantes : 1) expérience instinctuelle, 2) acceptation de la responsabilité : la culpabilité, 3) élaboration, 4) acte authentique de restauration.

Pour Winnicott, cette acquisition de la culpabilité se fait pendant la première année de vie de l'enfant, pendant qu'il a une relation très binaire avec sa mère.

En ce qui concerne les maltraitances sexuelles, Liliane Daligand [10] propose la lecture suivante de la culpabilité. Elle part de l'état d'avant la naissance, qui est qualifié de paradisiaque. Cet état idéal est celui d'un monde tout entier au service d'un moi qui en est le centre. Dans ce fantasme, tous les besoins de l'être sont satisfaits sans qu'il ait à demander ou à agir. Quand le petit vient au monde, il passe de ce paradis fantasmé à un monde de nécessité, où il est obligé de maintenir sa vie grâce à une action permanente et pénible. Son désir est alors de revenir en arrière pour se perdre dans un état de totale satisfaction (la jouissance). Ce désir de retour à l'origine, au ventre maternel, est, selon elle, l'aspiration à l'inceste.

Or, deux barrages à cette aspiration apparaissent dans le développement. Le premier est le surmoi, qui s'oppose à la jouissance. De l'affrontement entre le moi tenté par la jouissance et le surmoi naît la faute et la culpabilité. L'autre barrage consiste en l'élaboration du désir.

¹⁷ Winnicott D. W., De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989. p. 338.

¹⁸ Winnicott D. W., De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989. p. 343.

Chaque fois que la mère empêche son petit de se confondre avec elle dans un exercice pulsionnel total, elle le replace face à son manque. Ceci s'appelle une castration symboligène : la mère donne à l'enfant les moyens du langage par la gravure de ses mots dans la chair des sensations de l'enfant. Ainsi le désir se construit. Il a comme objectif le comblement du manque par un objet inconnu et inconnaissable. Grâce au langage et à la parole, l'enfant pourra demander cet objet aux autres. L'autre, dans cette élaboration du désir, est un être aimé, mais qui ne sera pas intériorisé. Il restera extérieur, sera le « tu » de « je ». Il est l'autre marqué par une altérité irréductible. Il a, par la différence de son histoire, ce que « je » n'a pas. L'amour de l'autre, porté par la parole, oriente le désir et donne sens à la vie.

L'action pénétrante du traumatisme (la maltraitance sexuelle) détruit ces deux barrages contre la jouissance. L'élément agressif précipite la victime dans un monde de sensations, comme si elle était revenue dans sa chair primitive. La victime redevient un moi pulsionnel sans surmoi, une chair sans mot. Cette glissade vers la jouissance est source d'angoisse et réactive le surmoi culpabilisant. Mais cette résurgence de l'angoisse, de la culpabilité et de la faute font disparaître ce qui s'était élaboré autour de l'autre : le désir et l'amour.

Abordons à présent un autre point clinique qui est la répétition de la maltraitance.

4) Répétition

L'abus sexuel, le viol, l'inceste, sont des histoires sans parole. S'il subsiste une parole, elle est pervertie par le mensonge. Les enfants victimes sont plongés dans une érotisation répétitive parfois associée à des cadeaux. Ils deviennent un bien de consommation courante, ils sont pris dans un commerce à prétexte sexuel et sont exclus de toute relation inter humaine. Consommés, réduits à un objet de besoin, ils ne peuvent qu'éprouver, ressentir en eux ces excitations multiples imposées dans leur chair désertée par le langage : ils ne sont pas des sujets parlants. Les sensations, parfois extrêmement fortes mais qui s'évanouissent sans laisser de mots, exigent leur réapparition par l'excitation charnelle, tant du côté des auteurs que parfois du côté des victimes. C'est l'affrontement à vif de sensations à sensations, de chair à chair, dans la totale confusion des personnes, le non respect de la loi qui dit : « tu n'es pas l'autre ».

Dans les abus avec support d'image ou de sons (cassettes pornographiques), l'auteur utilise les effets de l'excitation des pulsions scopiques ou auditives de l'enfant pour son propre plaisir. Il accentue ainsi le morcellement du corps de l'enfant ou l'y fait revenir, par centration sur un organe ou un orifice. Cliniquement, les effets d'une projection d'images érotisées se constatent par des symptômes qui traduisent la perturbation de l'image du corps. Ce sont des conduites d'exhibition charnelle et langagière, car l'enfant ou l'adolescent reproduit avec d'autres ce qui a provoqué chez lui l'excitation sexuelle. Pris pour un pervers, il risque alors d'apparaître comme le premier et seul coupable. Il s'expose aussi à d'autres prédateurs, ou à long terme, à la prostitution. Quand la victime est prise dans un processus de répétition d'agression, elle est placée hors du cycle de la vie humaine que constituent les échanges langagiers, où chacun se signifie par la parole et par son nom.

Pour pouvoir continuer à vivre, la victime doit recourir à une source d'identification lui servant de repère d'existence. Le processus identificatoire qui permet de dire « je suis une victime », comble le vide laissé par l'impossible identification symbolique. Cependant, pour être efficace, cette identification imaginaire a sans cesse besoin d'être relancée, du fait de l'épuisement des images et de la réapparition du besoin. Alors la victime est de nouveau en risque : elle envoie un message inconscient à un agresseur potentiel capable de rouvrir la scène du fantasme et relancer ainsi le processus identificatoire imaginaire. La répétition de l'agression, dans ce cas, vient toujours de la pulsion de l'auteur associée à la latitude donnée inconsciemment par la victime à l'agresseur. De plus, la répétition conduit la victime à découvrir un processus d'évasion d'elle-même. Elle se concentre dans sa tête aux dépens du corps et va au-delà, en un lieu de supériorité scopique, où elle se voit avec son agresseur, comme si elle occupait une position tierce. Elle peut par exemple dire : « je suis ailleurs ». Cet ailleurs au-delà de la sensorialité, de l'intellectualité, de tout plaisir ou déplaisir, est appelé par Lacan la jouissance. Cet état, qui confine à l'intuition métaphysique, peut être inconsciemment recherché par la victime dans la répétition. Cependant, cet état n'est pas à confondre avec le masochisme car la souffrance morale ou la douleur physique ne sont pas pour la victime source de plaisir.

Enfin, nous ne pouvons parler de répétition sans évoquer la pulsion d'emprise du côté de l'agresseur et ses conséquences pour la victime. La pulsion d'emprise est la volonté de dominer l'autre, de le réduire à un objet manipulable. C'est une force qui coupe ce qui lie la tête au corps de la victime. On la retrouve souvent dans les maltraitances sexuelles. Dans les

maltraitements répétés, le corps va devenir inerte, inhibé et peu sensoriel, alors que la tête va être remplie par les injonctions, les attitudes, les actions d'autrui. Ce ressassement d'idées rend difficile toute génération personnelle et originale de pensées. Si l'emprise n'est pas totale, n'a pas éliminé le corps au seul bénéfice de la tête, la victime conserve une chair réduite aux seules sensations injectées par l'agresseur. Dans ces conditions d'aliénation sensorielle, la victime cherche à réactiver ses sensations sourdement présentes. La récurrence signifie alors la recherche de ces sensations, mais aussi et surtout l'éveil de l'intérêt d'un autre. C'est dans l'empire des sens que se rencontrent agresseur et agressé.

Mais la victime peut échapper à ces répétitions en révélant la maltraitance sexuelle. Elle entre alors dans le parcours judiciaire.

5) Parcours judiciaire

Le parcours judiciaire commence par la révélation du secret qui enferme l'enfant dans la position incestueuse ou dans la maltraitance sexuelle. Seule la révélation lui permet de revendiquer sa place parmi les autres. Or, dire les éléments du secret est souvent impossible et toujours difficile. Dire l'inceste ou la maltraitance sexuelle, c'est faire un effort de discernement pour se sortir de la confusion, reprendre sa place en tant que personne, exister. Comment peut se dérouler la levée du secret?

La plupart du temps, le parcours de la révélation est long et tortueux. Le premier confident peut être un enfant du même âge. C'est pour celui qui se livre un enfant témoin, qui permet de vérifier la différence de comportement parental. Par cet aveu, l'enfant s'assure que ce qu'il vit est bien anormal. La divulgation du secret emprunte alors le circuit parent – enfant. La famille de l'enfant confident sert de famille relais vers les soignants, les enseignants, jusqu'au magistrat. Si ce trajet demande beaucoup de temps, l'enfant maltraité peut être désemparé de savoir le secret mis à jour, mais sans effet sur sa vie quotidienne (que ce soit la perpétuation de la maltraitance, ou des symptômes et des pensées si la maltraitance avait déjà cessé avant la révélation).

Une autre question concerne les révélations tardives : à quoi sert de dire le secret quand les agissements incestueux ou maltraitants ont cessé ? Là encore, le non dit pèse sur la parole en

l'obturant. Il occupe tout le champ du langage et limite donc toute relation à l'autre. L'enfant ou l'adulte qui a été victime peut donc dévoiler tardivement son secret pour libérer ses capacités relationnelles. La levée du secret peut aussi être motivée par la volonté de protéger d'autres membres de la famille ou par la découverte qu'il y a eu d'autres victimes. C'est enfin l'entourage qui peut inciter l'enfant ou l'adolescent à révéler complètement ce qu'il n'a qu'évoqué.

Pendant le parcours judiciaire, la révélation peut être remise en cause. En effet, la pénibilité du processus judiciaire est à l'origine de certaines rétractations (fatigue et désespérance d'une parole trop difficile à porter). L'entourage peut aussi exercer une pression pour que l'enfant revienne sur ses paroles. La révélation bouleverse tout le groupe familial, surtout en cas d'inceste, y compris les ascendants et les collatéraux. L'enfant risque de devenir intolérable à tous. Cet enfant qui n'a jamais été mis au monde dans le langage risque de retourner à son néant. Les pressions, les tentations de tous ordres l'assaillent, pour qu'il annule son dire. Mais nous verrons que d'autres raisons peuvent motiver une rétractation, dans le rapport de l'enfant victime à la loi.

Enfin, le principe de l'audition filmée, largement promue par les associations de victimes, pose question d'un point de vue psychanalytique. Il ne s'agit pas là de la remettre en cause, mais de l'interroger. Liliane Daligand [10] considère que ce qui est dit l'est toujours pour quelqu'un, un destinataire de la parole. La vérité qui est énoncée ne peut donc être interprétée que par ce destinataire, à ce moment là et à ce lieu là. Avec l'audition filmée, l'enfant victime est figé dans une représentation particulière. Il risque de perdre une fois de plus son expression langagière « pour n'être plus qu'un objet à saisir pour les besoins de la procédure »¹⁹. Le thérapeute devra être particulièrement attentif à redynamiser la langage de l'enfant, comme nous le verrons plus tard.

Elément fondamental dans le parcours judiciaire, la loi doit maintenant être interrogée au regard de l'interprétation analytique.

¹⁹ Daligand L., *L'enfant et le diable*, Paris, L'Archipel, 2004. p.70.

6) La loi

Comment s'articulent la loi, le bien et le mal ? [10] En résumé, la loi permet de faire coupure entre le bien et le mal. Cette coupure place la victime dans le bien et lui permet d'entrer dans la dialectique bien/mal. Le mal est un confinement dans l'imaginaire qui enferme et qui conduit à des attitudes répétitives. Le bien confie l'être à la parole et au risque du désir. La loi ne donne pas la vie mais protège le vivant. C'est en partie pour cette raison que l'élaboration thérapeutique se fonde sur une action légale, juridique.

Qu'est-ce qu'une victime ? La position de victime ne s'élabore pas spontanément dans l'esprit de l'enfant. Les sentiments ou la commisération que l'enfant maltraité provoque dans son entourage ne sont pas suffisants pour qu'il se place comme victime. La reconnaissance de cette position prend sa source dans la division de responsabilité : l'enfant ayant subi une maltraitance n'est pas seul responsable de son malheur et de la souffrance de son entourage. Or, il peut le croire initialement, car il peut penser qu'il a commis une faute et que cette agression est une punition. Nous dirons que la victime est celle qui est atteinte dans son être par la faute d'un autre. Cette faute est déterminée par la seule loi. C'est la loi qui tranche dans la confusion entre l'agresseur et l'agressé. Le procès est donc le procès de la confusion, quels que soient les fantasmes de l'enfant ou de l'adolescent, de l'agresseur et des autres participants, défenseurs ou accusateurs. C'est la décision de la justice, marquée par la sanction de l'agresseur, qui institue la victime en la rétablissant dans la loi.

Dans tout procès on distingue trois instances : l'agresseur, la victime et la loi dite par le juge. L'agresseur et la victime, rétablis comme sujets de la loi, sont reconnus humains, bénéficiant du lien à l'origine, d'où la parole vient et les traverse. Les deux sont sous le commandement de la loi, mais aucun des deux ne peut l'utiliser lui-même : il y a besoin d'un tiers, le juge. C'est le symbolique de la sanction qui scelle la culpabilité de l'agresseur et restaure la place la victime. Celle-ci ne peut pas se prononcer sur la peine elle-même. Une fois la victime symboliquement reconnue comme telle, elle doit, pour Liliane Daligand [10], entamer un autre processus, psychothérapique, car la décision judiciaire n'est pas suffisante pour soulager ses maux ni rétablir le fonctionnement intime de sa personne.

Insistons sur un point, qui rejoint les rétractations déjà évoquées. Il est important que le procès ne soit pas une nouvelle source de confusion pour la victime. Ce n'est pas elle qui « met son père en prison », par exemple. C'est bien la loi et la loi n'est pas à la libre disposition de la victime. Or celle-ci, souvent choisie pour sa faiblesse par l'agresseur, est dans une immaturité encore accentuée par l'agression, qui ne lui permet pas de se situer en tant que tiers dans son rapport à la loi. Dès lors qu'elle en bénéficie, elle se sent possesseur de la loi. Ceci est renforcé par l'impression de toute-puissance de la victime, qui, en retirant sa plainte, peut arrêter tout le processus judiciaire. En effet, à moins que l'infraction ne soit dûment constatée, l'action judiciaire repose essentiellement sur son témoignage. La victime a l'impression d'être celle qui met la loi en œuvre. C'est une charge imaginaire très lourde, mais plus encore pour une personne fragilisée par la maltraitance qu'elle a vécue. Les gestes suicidaires ne sont pas rares en ces moments-là et les soignants devront être particulièrement attentifs à ce risque. La victime a besoin d'un tiers parlant pour ne pas glisser dans la confusion, ne pas se croire maîtresse du processus judiciaire, ne pas vouloir participer à la décision de la peine (être redresseur de torts), ni se faire porte parole de toutes les victimes passées au nom du « plus jamais ça » (être un rempart contre tous les torts futurs). Nous approfondirons cela plus loin, dans le chapitre consacré à la thérapie.

7) Apports de la psychanalyse dans la compréhension des symptômes de l'enfant et de l'adolescent

Quels symptômes peuvent apparaître après une maltraitance sexuelle, et quelle interprétation analytique pouvons-nous en faire ?

Une certaine proportion d'enfants ne présente aucun symptôme après une maltraitance sexuelle. Il existe plusieurs raisons à cela, variables d'un enfant à l'autre. Tout d'abord, le traumatisme en lui-même, s'il est unique, peut n'avoir que peu de conséquences sérieuses, surtout si l'enfant n'a pas vécu les faits comme une expérience traumatisante, douloureuse, horrible et effrayante. Ensuite, certains enfants sont plus résilients. Ils ont une plus grande capacité à résister, surmonter les événements difficiles de leur vie, se développer dans des conditions défavorables. Enfin et surtout, il existe un « effet de latence » (« *sleeping effect* ») [10]: l'évènement qui a marqué profondément une personne reste contenu jusqu'à une période très tardive de sa vie. Cette hypothèse est difficile à prouver, mais l'expérience

clinique en témoigne. Ainsi ces femmes d'une trentaine d'années que nous avons rencontrées en psychiatrie adulte de liaison. Au décours d'une période de crise conjugale ayant abouti à une tentative de suicide, elles ont révélé une maltraitance sexuelle vécue dans leur enfance. Les expériences passées remontent à la surface de la vie psychique quand la vie de la personne se trouve à un tournant, quand un évènement vient réactiver des souvenirs oubliés.

En réalité, la trace constante laissée par la maltraitance et l'inceste en particulier est le vide. Toute la période de l'enfance comme celle de la puberté ne font l'objet d'aucun fait mémorisable. Les manifestations psychologiques mémorisées sont souvent récentes et vagues. Le désintérêt pour le loisir comme pour le travail est une constante. L'enfant ou l'adolescent, hors génération, ne se sent de lien de parenté ni avec son agresseur ni avec aucun membre de sa famille. Certains enfants refusent de continuer de porter le nom de leur agresseur. D'un point de vue physique, la souffrance des victimes prend de multiples expressions. Les douleurs charnelles montrent que le séisme qui les a atteintes a secoué une chair temporairement dépossédée du ciment des mots, une chair qui a perdu sa qualité de corps parlant. C'est le fondement de la psychosomatique.

Mais revenons plus précisément sur la compréhension psychanalytique des symptômes psychologiques les plus fréquemment observés, selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent.

a- L'enfant avant la puberté

L'enfant maltraité avant la puberté exprime sa détresse de façon peu spectaculaire, peu démonstrative. Ce qu'on retrouve surtout c'est le désintérêt, l'ennui. On les retrouve de façon permanente à la différence de la contrariété. L'enfant ne signifie pas souvent cet état par la parole. Il préfère s'exprimer par le dessin et le jeu. L'attitude de l'adulte est importante pour que l'enfant puisse dire sa détresse. En effet, l'enfant répond en conformité à l'attente de l'adulte. Sans mimer la joie, il peut plus ou moins masquer sa détresse. L'adulte doit donc être en mesure envisager que l'enfant puisse ressentir de la douleur morale. Intéressons nous à ce propos de façon plus précise aux notions d'inhibition et de régression puis d'agitation.

L'enfant traumatisé est inhibé (signe de dépression). Cette inhibition (atténuation de la force pulsionnelle) permet à l'enfant de régresser. Si le thérapeute accepte ce temps qui ressemble à un effondrement, il peut entrer en contact avec l'enfant traumatisé car l'enfant n'a plus besoin de se protéger de la même façon. Cet effondrement n'est en effet pas une néantisation du

monde mais une dé création momentanée. Le thérapeute peut donc, après avoir accompagné l'effondrement, accompagner le mouvement de réouverture au monde, le moment re-créatif, premier signe d'une réappropriation de ce qui parle.

L'inhibition et la régression sont donc à respecter dans la patience et la discrétion, pour que la régression offre ses capacités de reconstruction. La régression la permet en renvoyant l'enfant à la position dépressive, celle qu'il a connue dans les premiers mois de sa vie, selon Mélanie Klein [46]. De cette première expérience où l'enfant a lutté pour restaurer l'objet maternel qu'il avait détruit dans son fantasme, dépend la résolution de l'état dépressif généré par le trauma. De même, dans cette première lutte contre les fantasmes destructeurs, l'enfant a assumé une culpabilité archaïque, qui ressurgit dans l'action traumatique. C'est de là que vient toute la valeur restructurante de la régression.

Un autre élément de la dépression infantile est l'agitation. Cette agitation comporte des mouvements amorcés non achevés, sans but, à la différence de l'hyperactivité qui suppose l'accomplissement de tâches multiples, même si elles sont mal faites. L'agitation freine ou empêche la régression. Il est difficile de traiter un enfant agité.

b- Le grand enfant, près de la puberté

Le grand enfant (près de la puberté) déprimé présentera des attitudes de retrait, des troubles du comportement et/ou une agitation. Assez fréquemment, on trouve une fatigabilité, une lassitude, qui justifient des temps de repos et d'isolement. Le traumatisme est toujours une érosion du langage et l'enfant peut se mettre à redouter tout ce qui est de l'ordre de la parole. Il ne s'en protège pas seulement pour un temps, comme dans le cas de l'inhibition, mais la filtre constamment. Il peut aller jusqu'à paraître hébété, demander le redoublement des questions, mettre du temps à répondre. Tout discours de l'autre devient suspect, toute acceptation de savoir reviendrait à se faire pénétrer par un corps étranger. L'enfant déprimé au long cours développe donc des troubles de la scolarisation décrits comme des troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire. Ils peuvent aller jusqu'à la phobie scolaire. Il ne s'agit pas avec ces enfants d'être dans le *cocooning*, mais de leur manifester un intérêt, une présence, une disponibilité autour de l'audition. Ceci est bien d'actualité dans le protocole de la PAPED qui a pour objectif de réconforter l'enfant ou l'adolescent dès son arrivée pour faciliter sa prise de parole pendant l'audition.

c- L'adolescent

L'aspect dépressif post traumatique chez l'adolescent est souvent marqué par une dépréciation globale de sa personne. Il ne supporte pas les dénégations de l'adulte qui voudrait le rassurer sur sa valeur. Il est dans l'auto accusation, dite ou suggérée. Il est souvent dans l'impuissance affirmée : il ne peut répondre à toutes les exigences de la vie. Il va aussi présenter des troubles du comportement : mensonge, provocation, fugue. Le thérapeute est lui-même réduit à l'impuissance : il ne peut rien faire pour le jeune. Pour le thérapeute s'imposent le silence et l'attente patiente.

Pour avoir un aperçu plus concret de la psychopathologie des enfants et des adolescents accueillis à la PAPED, nous avons réalisé une étude de dossiers. Détaillons-la.

II/ Etude de dossiers : méthodologie

1) Le but

Le but de cette étude de dossiers est de déterminer si les enfants accueillis à la PAPED relèvent d'une aide pédopsychiatrique. La réponse à cette question alimentera la réflexion qui vise à améliorer l'accueil fait à ces enfants : faut-il inclure une évaluation pédopsychiatrique ? Un accueil pédopsychiatrique ou psychologique ? Une évaluation de la psychopathologie de l'enfant ou de l'adolescent par l'infirmière d'accueil, à l'aide d'une échelle ?

2) Démarche de travail

La démarche de travail a consisté en l'étude de trente dossiers d'enfants et d'adolescents de 6 à 18 ans accueillis à la PAPED dans un cadre de procédure judiciaire. Chacun de ces dossiers était rempli par la puéricultrice d'accueil, comme d'habitude. Mais il était en outre complété par une échelle d'évaluation remplie par la puéricultrice et le parent accompagnateur. Nous détaillons cette échelle plus bas. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Age entre 6 et 18 ans inclus, sexe féminin ou masculin.
- Enfant ou adolescent auditionné à la PAPED dans un contexte judiciaire.
- Enfant ou adolescent supposé victime de maltraitances sexuelles.

- Enfant ou adolescent accompagné d'un parent ou d'un adulte proche.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Enfant ou adolescent supposé auteur de maltraitances sexuelles.
- Enfant ou adolescent seul.
- Enfant ou adolescent victime de maltraitances autres que sexuelles.
- Enfant ou adolescent accueilli à la PAPED dans un contexte non judiciaire.

Trente dossiers ont été constitués sur trois mois, du 27 janvier au 4 mai 2009. Pour chacun, outre l'échelle d'évaluation, nous relevions les éléments suivants : parents ensemble ou séparés, précisions sur les faits présumés (anciens, récents, unique, répétés, intra familiaux, extra familiaux, nature des faits), précisions sur la révélation (ancienne, récente), précisions sur l'auteur présumé (connu, inconnu, unique, plusieurs, âge, sexe, lien à la victime). Enfin, nous nous renseignions sur le suivi pédopsychiatrique éventuel : était-il en cours avant le passage à la PAPED ? A-t-il été demandé par les parents après le passage à la PAPED ? A-t-il été demandé par la puéricultrice d'accueil ? Ou n'y a-t-il pas de suivi ?

Voyons à présent plus en détails l'échelle d'évaluation qui a été proposée aux parents de ces trente enfants et adolescents. Il s'agit de la Liste de Comportement pour les Enfants développée par Thomas M. Achenbach.

3) Présentation de l'outil d'évaluation

La *Child Behaviour Check List* est traduite et validée en français sous le titre « Liste de Comportement pour les Enfants » (LCE). Son objectif est de différencier les enfants qui s'adaptent bien à leur vie de ceux qui ont besoin d'aide à cause de difficultés comportementales et émotionnelles. L'échelle est divisée en deux sous-échelles : l'échelle des compétences sociales et l'échelle des troubles du comportement. Les deux sous-échelles discriminent de façon significative deux populations d'enfants appariées : des enfants suivis en pédopsychiatrie et des enfants contrôle.

J'ai choisi d'utiliser la sous-échelle des compétences sociales car elle s'appuie, pour discriminer le groupe clinique du groupe contrôle, sur des compétences évaluables par les

parents, comme les compétences scolaires. Par conséquent, cette échelle s'applique moins aux enfants d'âge préscolaire. Elle concerne donc les enfants de 6 à 18 ans.

En résumé, la sous-échelle des compétences sociales de la LCE est un outil validé permettant de distinguer, chez des enfants et adolescents de 6 à 18 ans, ceux qui s'adaptent à leur vie, de ceux qui ont besoin d'une aide psychologique ou pédopsychiatrique. Voyons plus en détail sa validité, son mode de passation et de cotation.

a- Etudes de validation

Les qualités psychométriques de la version anglaise ont été réalisées sur des enfants suivis en psychiatrie et sur des enfants issus de la population générale. Elles ont été résumées dans un manuel [2]. La version française a également été étudiée sur une population clinique et une population générale. Les deux versions ont bénéficié d'une étude comparative sur une population générale qui démontre la stabilité culturelle de l'outil. La fidélité test – re test ainsi que la fidélité inter juges sont satisfaisantes quelle que soit la version. La validité des critères de la version française montre que la LCE différencie bien les enfants suivis en pédopsychiatrie des enfants issus de la population générale. [12, 31]

L'échelle des problèmes du comportement donne des résultats très significatifs mais nous n'avons pas pu l'utiliser dans le cadre de la PAPED car la passation était trop contraignante pour les parents et aurait trop interféré avec la prise en charge médico judiciaire. L'échelle de compétence sociale, et en particulier l'échelle scolaire, a des résultats comparables à ceux de l'échelle des problèmes du comportement. Nous n'avons donc inclus que des enfants de six ans et plus, c'est-à-dire des enfants en âge de scolarité obligatoire. Dans la version française, l'effet du sexe sur les résultats est négligeable. La validité concurrente de la version française est satisfaisante avec le Rutter Parental Questionnaire, une autre échelle de psychopathologie générale. La version anglaise possède la même propriété.

b- Mode de passation

Il est demandé à un des parents (ou un substitut parental) de remplir le questionnaire en basant ses réponses sur les six derniers mois. La personne qui donne l'échelle à remplir peut aussi la lire au parent et la remplir à sa place.

L'échelle des compétences sociales évalue les compétences de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne, les relations sociales et les performances scolaires. Elle se subdivise en échelle d'activités (étendue de 0 à 12), échelle sociale (de 0 à 12) et échelle scolaire (de 0 à 6). Voici un exemplaire de cette échelle des compétences sociales :

Nom et prénom :

Sexe : M ou F

Age :

Lieu de naissance (département ou pays) :

Date de naissance :

Date d'aujourd'hui :

Classe :(si l'enfant ne va pas à l'école, veuillez l'indiquer)

Activité professionnelle habituelle des parents, même si la profession n'est pas actuellement exercée. (Soyez aussi précis que possible et indiquez la nature de l'emploi occupé. Par exemple : employé de mairie, technicien en électricité, professeur de collège, artisan plombier, etc.)

 Pour le père :

 Pour la mère :

Questionnaire rempli par : Père

 Mère

 Autre (précisez) :

Répondez à ce questionnaire en exprimant *votre* impression sur l'enfant, même si d'autres personnes pourraient en avoir une autre. N'hésitez pas à écrire des commentaires à côté de chaque question.

I. Veuillez indiquer les sports auxquels votre enfant aime le plus participer.

Par exemple : natation, football, bicyclette, etc.

	Par rapport aux autres enfants de son âge, combien de temps y passe-t-il (elle) environ ?				Par rapport aux autres enfants de son âge, comment réussit-il (elle) à chacun d'eux ?			
	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Comme la moyenne	Plus que la moyenne	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Comme la moyenne	Plus que la moyenne
aucun								
a).....								
b).....								
c).....								

II. Veuillez indiquer les passe-temps, activités et jeux favoris de votre enfant, autres que les sports.

Par exemple : chant, danse, collections, lecture, poupée, piano, etc. Ne pas compter la télévision ni la radio.

	Par rapport aux autres enfants de son âge, combien de temps y passe-t-il (elle) environ ?				Par rapport aux autres enfants de son âge, comment réussit-il (elle) à chacun d'eux ?			
	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Comme la moyenne	Plus que la moyenne	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Comme la moyenne	Plus que la moyenne
Aucun								
a).....								
b).....								
c).....								

III. Veuillez énumérer les organismes, clubs, équipes ou groupes auxquels votre enfant appartient.

Par exemple : scouts, associations sportives, club d'échecs, troupe de théâtre, etc.

	Par rapport aux autres enfants de son âge, comment y participe-t-il (elle) ?			
	Ne sait pas	Moins activement	Aussi activement	Plus activement
Aucun				
a).....				
b).....				
c).....				

IV. Veuillez indiquer les petits travaux ou tâches que votre enfant fait.

Par exemple : garde d'enfants, faire les courses, faire la vaisselle, ranger sa chambre, faire son lit, etc...

	Par rapport aux autres enfants de son âge, comment y participe-t-il (elle) ?			
	Ne sait pas	Moins bien	Aussi bien	Mieux
Aucun				
a).....				
b).....				
c).....				

V.1. Combien de très bons amis, ou d'amis intime, votre enfant a-t-il (elle) environ ?

Aucun 1 2 ou 3 4 ou plus

2. A peu près combien de fois par semaine font-ils des choses ensemble en dehors de l'école ? (ne pas compter les frères et sœurs)

Moins que 1 1 ou 2 fois 3 fois ou plus

VI. Par rapport aux autres enfants de son âge, comment votre enfant...

	Moins bien	A peu près pareil	Mieux
a) s'entend-il (elle) avec ses frères et sœurs ?			
b) s'entend-il (elle) avec les autres enfants ?			
c) se comporte-t-il (elle) envers ses parents ?			
d) joue-t-il (elle) et travaille-t-il (elle) tout seul ?			

N'a pas de frère et sœur.

VII.1. Pour les enfants de 6 ans et plus : résultats dans les matières scolaires principales.

	Insuffisant	En dessous de la moyenne	Dans la moyenne	Au dessus de la moyenne
a) lecture, français ou littérature				
b) histoire, géographie				
c) calcul ou mathématiques				
d) sciences				

Autres matières scolaires, par exemple : langues étrangères, économie, informatique, etc. Ne pas compter éducation physique, travaux manuels, dessin, musique, etc.

	Insuffisant	En dessous de la moyenne	Dans la moyenne	Au dessus de la moyenne
e)				
f)				
g)				

2. Est-ce que votre enfant est dans une classe spéciale ou une école spéciale ?

NON OUI, de quel type ?.....

3. Est-ce que votre enfant a redoublé une classe ?

NON OUI, classe(s) et raisons.....

.....

4. Votre enfant a-t-il (elle) eu des difficultés d'apprentissage ou d'autres problèmes à l'école ?

NON OUI, décrivez.....

.....

Quand ces problèmes ont-ils commencé ?.....
Ces problèmes sont-ils terminés ?
NON OUI, depuis quand ?.....

Est-ce que votre enfant a une maladie ou un handicap ?

NON OUI, décrivez.....

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus à son sujet ?

.....
.....

Indiquez les aspects les plus positifs de votre enfant.

.....
.....

c- Cotation

L'échelle d'activités comprend les items I, II et IV. Elle est étendue de 0 à 12. Le nombre de sport (item IA) reçoit la note 0 si l'enfant pratique 0 ou 1 sport, la note 1 s'il pratique 2 sports et la note 2 s'il pratique 3 sports ou plus. La cotation du temps passé à faire du sport est de 0 pour « moins que la moyenne », 1 pour « comme la moyenne », 2 pour « plus que la moyenne ». La cotation de la réussite sportive est aussi de 0 pour « moins que la moyenne », 1 pour « comme la moyenne », 2 pour « plus que la moyenne ». Il suffit ensuite de faire la moyenne entre ces deux dernières questions (item IB) et de répéter l'opération pour l'item II, mais l'item IIA (total des activités non sportives) n'est pas coté. La procédure est identique pour l'item IV.

L'échelle sociale comprend les items III, V et VI (étendue de 0 à 12). Le principe de la cotation est le même que précédemment, à savoir 1 point pour deux ou trois amis (V-1), une ou deux activités par semaine (V-2), et « à peu près pareil » (VI). On cotera 2 points pour quatre amis ou plus (V-1), trois activités ou plus (V-2), et « mieux » (VI).

L'échelle scolaire (étendue de 0 à 6) est représentée par l'item VII. En ce qui concerne les performances scolaires, il suffit de faire la moyenne des quatre matières principales sachant que « dans la moyenne » reçoit 1 point, et « au dessus de la moyenne » reçoit 2 points. On

ajoute dans cette moyenne les autres matières s'il y a lieu. L'item « classe spéciale » reçoit 0 pour « oui » et 1 pour « non ». Il en est de même pour les problèmes scolaires.

Les règles de cotation permettent de tenir compte de la quantité mais aussi de la qualité des compétences sociales de l'enfant. Ainsi, un enfant qui ne pratique qu'un seul sport obtiendra le score 0 pour la quantité, mais il peut avoir un score plus élevé pour la qualité de sa participation, ce qui le différenciera de l'enfant qui ne pratique aucun sport. D'un autre côté, on calcule la moyenne des scores qualitatifs, si bien que les points obtenus pour la qualité de la participation n'augmentent pas nécessairement en fonction du nombre de sports pratiqués.

d- Normes

Voici les résultats obtenus par les auteurs [2] pour la sous-échelle des compétences sociales :

Tableau IV : Scores obtenus à l'échelle des compétences sociales en fonction de l'âge et du sexe²⁰.

	Garçons 6-11 ans	Garçons 12-18 ans	Filles 6-11 ans	Filles 12-18 ans
Population clinique	14,5	14,0	14,6	14,8
Population générale	18,5	19,1	18,7	19,3

Rappelons que « les coefficients de corrélation entre les échelles françaises et les échelles américaines sont très élevés »²¹. Nous pouvons donc utiliser ces résultats pour interpréter les trente dossiers étudiés.

²⁰ D'après Achenbach T.M., Manual for the child behaviour checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991. p.252-255.

²¹ Vermeesch S., Fombonne E.. Le Child Behavior Checklist : Résultats préliminaires à la Standardisation de la Version Française. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1997, 45 (10) 615-620.

III/ Résultats

Nous avons donc recueilli des informations sur trente enfants venus à la PAPED entre le 27 janvier et le 4 mai 2009. Plus d'enfants ont été accueillis, mais nous n'avons inclus que ceux qui répondaient aux critères ci-dessus. Nous parlerons toujours de faits présumés, d'auteurs et de victimes présumées. Ces trente dossiers se composent de deux parties : les données générales et l'échelle d'évaluation des compétences sociale. Nous allons détailler les résultats obtenus, qui sont résumés dans le tableau en annexe 3.

1) Données générales

a- Age et sexe

Sur trente enfants évalués, 23 sont des filles et 7 des garçons. 23 enfants ont plus de 11 ans, 7 enfants ont entre 6 et 11 ans. Voici comment ces enfants se répartissent, par tranches d'âges et par sexe.

Tableau V : Répartition de la cohorte par âge et par sexe

	6 – 11 ans	12 – 18 ans	Total
Garçons	1	6	7
Filles	6	17	23
Total	7	23	30

Nous pouvons en déduire que la plupart des jeunes accueillis à la PAPED sont des filles de plus de 11 ans (56,6% de la cohorte), puis des filles de moins de 11 ans (20%) et des garçons de plus de 11 ans (20%). Les enfants les moins souvent accueillis à la PAPED sont les garçons de moins de 11 ans (3,3%). Nous voyons cependant que toutes les tranches d'âge sont représentées et que les filles sont trois fois plus concernées que les garçons, ce qui correspond aux observations de l'Odas citées en première partie. [35]

b- Contexte familial

21 enfants et adolescents sur 30 ont des parents séparés, soit 70% des dossiers étudiés. Ceci est supérieur à la population générale. Evoquons ici les observations de l'Odas [36], qui place en premier facteur de risque aboutissant à un signalement les difficultés intra familiales et en second facteur de risque les conflits de couples et les séparations conflictuelles.

c- Faits présumés

Les informations sur les faits ont été recueillies succinctement par l'infirmière d'accueil de la PAPED auprès des enquêteurs. Elle le fait habituellement pour éviter de commettre un impair auprès de l'enfant et de la famille.

Les faits sont anciens (14 sur 30) ou récents (15 sur 30) ou anciens mais encore actuels (1 sur 30). Nous qualifions d'anciens des faits qui ont plus de six mois. Sur les trente enfants évalués, les faits sont plus souvent extra familiaux (17 sur 30) que intra familiaux (13 sur 30). Nous reviendrons cependant sur l'identité du coupable présumé, qui est le plus souvent connu de la victime. Enfin, les faits sont plus souvent répétés (17 sur 30) que survenus une seule fois (13 sur 30). Nous qualifions de répétés des faits survenus deux fois ou plus, ce qui traduit un enfant resté en danger. Ces données sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau VI : Caractéristiques des faits présumés.

Anciens	Récents	Intra familiaux (inceste)	Extra familiaux	Unique	Répétés
15	16	13	17	13	17

Comment s'articulent la répétition des faits et leur ancienneté ? On constate que 71,4% des faits anciens sont répétés et 64,28% des faits récents sont répétés.

Nous reviendrons sur l'articulation entre l'ancienneté et le lien entre l'auteur et la victime d'une part, la répétition des faits et le lien entre l'auteur et la victime d'autre part, en étudiant les caractéristiques de l'auteur présumé.

Quelle est la nature de faits présumés ? Rappelons la définition pénale des faits: « s'il y a eu pénétration sexuelle sur la personne de la victime (anale, vaginale, orale si la victime a effectué une fellation), par quelque objet que ce soit, la loi retient la qualification de viol. Mais si la victime subit une fellation, on ne peut parler de viol, mais d'agression sexuelle »²². Dans 14 situations, il s'agit d'attouchements (dont une fois associés à un viol). Pour 10 enfants, il s'agit de viol. Dans 5 cas, les faits n'ont pas pu être caractérisés à la sortie de l'audition. Enfin, dans 2 situations il s'agit de voyeurisme seul ou associé à une fellation. La dernière situation est un fait d'exhibitionnisme. Ces données sont résumées par le graphique ci dessous.

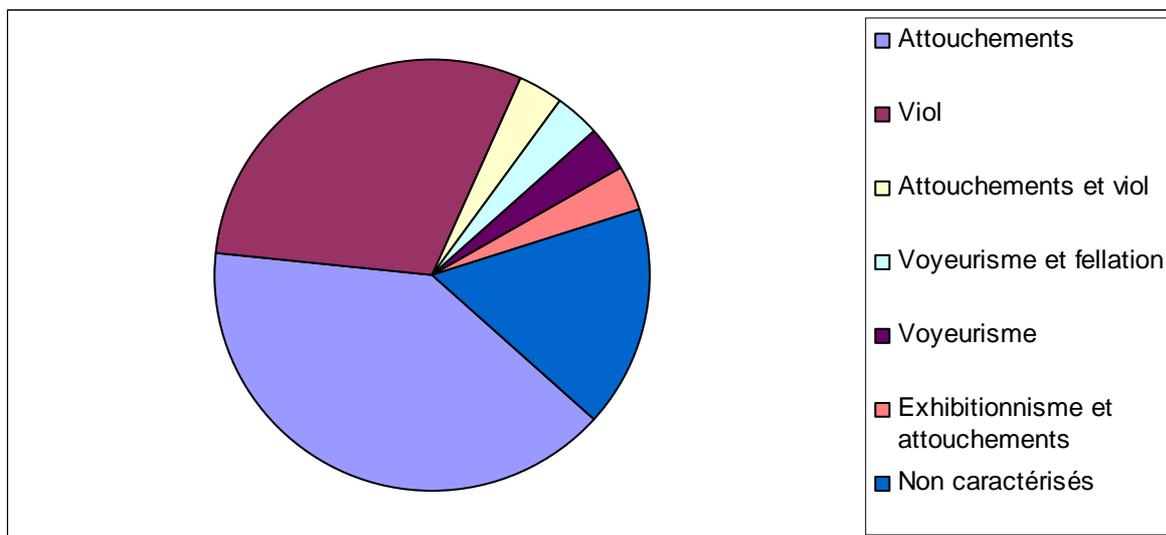


Figure 3 : Nature présumée des faits

Les faits les plus souvent révélés sont donc les attouchements (46,6%) et les viols (33,3%). Les attouchements sont très souvent répétés (78,6%). Les viols sont plus souvent uniques (80%). 2 viols sur les 10 que nous avons retrouvés auraient été commis par des inconnus, soit 20%. Enfin une proportion non négligeable de victimes présumées (16,6%) n'est pas en mesure de caractériser les faits, ce qui va certainement compliquer l'instruction. Cela montre aussi à quel point le langage de ces enfants et adolescents est altéré, puisqu'ils ne disent pas non plus clairement qu'ils n'ont rien subi.

²² D'après Porchy M-P. : Histoire juridique et sociale de la maltraitance sexuelle et de sa prise en charge, *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004. p. 12.

d- Révélation

Sur trente enfants évalués, seules deux révélations anciennes (datant de plus de six mois) ont abouti à une audition. Il y a aussi deux cas où une première révélation ancienne n'a pas été entendue mais une seconde révélation, plus récente, a conduit à l'enquête. Pour la majorité des victimes présumées, une révélation unique et récente (86,6%) a déclenché l'enquête. Cela va sans doute de pair avec une meilleure sensibilisation des adultes encadrant des jeunes. Mais nous ne savons pas combien de révélations actuelles ne sont pas entendues.

e- Auteur présumé

L'auteur présumé est la plupart du temps connu (28 fois sur 30, soit 93,3% des cas). Il est le plus souvent seul (24 fois sur 30 soit 80% des cas), majeur (21 auteurs présumés soit 70%). Il peut aussi être adolescent (8 fois soit un peu plus d'un quart des situations). Une seule fois il s'agit d'un enfant, nous y reviendrons dans la discussion. Il s'agit d'un homme 29 fois sur 30, soit 96,6% des fois. La fois où une femme est en cause, il s'agit de la mère, les faits ne sont pas caractérisés.

Quel est le lien entre l'auteur et la victime présumés ? En intra familial, il peut s'agir de la mère (1 fois), du père (2 fois), du grand-père (2 fois), du compagnon de la grand-mère (3 fois, il s'agissait d'une fratrie), du compagnon de la mère (3 fois), du fils du compagnon de la mère (1 fois), d'un cousin (1 fois). Nous voyons que dans 7 situations sur 13 il n'y a pas de lien de sang entre l'auteur et la victime présumés, mais un lien consécutif au remaniement familial.

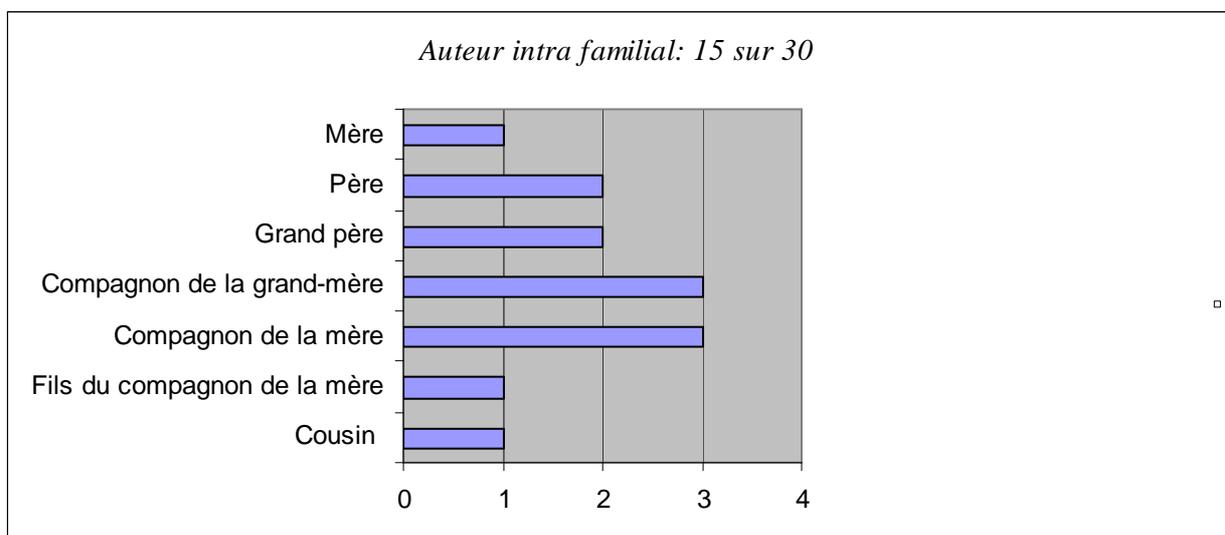


Figure 4 : Liens à la victime des auteurs de maltraitance sexuelle intra familiale

En extra familial, il peut s'agir du petit ami (1 fois), d'un voisin (2 fois), d'un ami rencontré sur Internet (2 fois), d'un ami de la famille (4 fois), d'un camarade de cours (6 fois). Dans 2 cas (deux viols), il n'y a aucun lien entre l'auteur et la victime présumés.

Les 8 adolescents impliqués en tant qu'auteurs sont camarades de cours (4 fois), voisins (2 fois), cousin (1 fois) ou fils du compagnon de la mère (1 fois). Ce ne sont donc pas des adolescents qui sont rencontrés sur Internet, mais des adultes, qui peuvent falsifier leur identité.

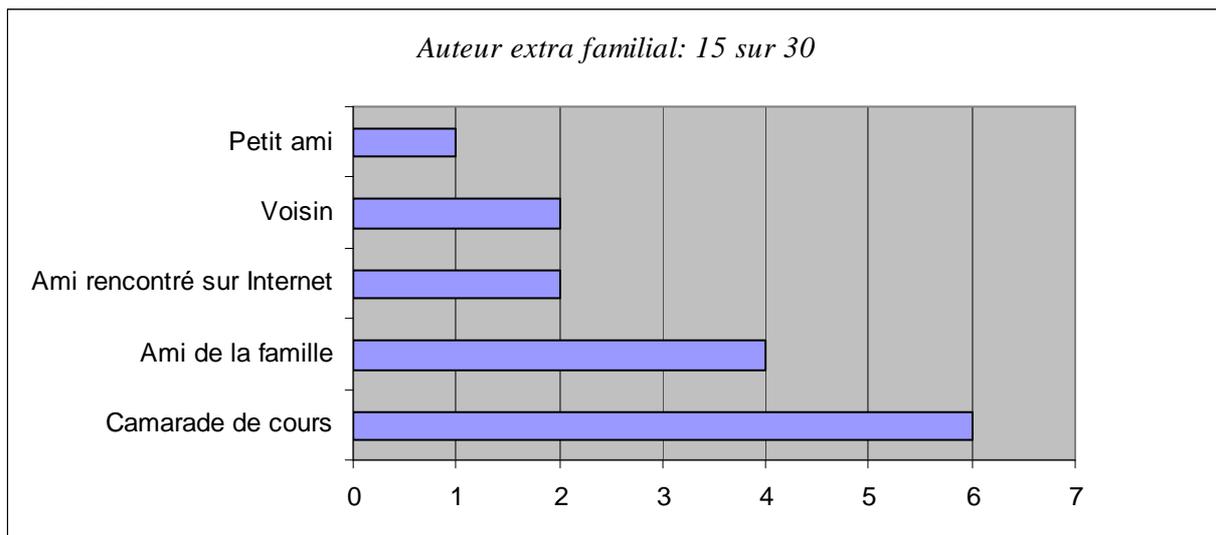


Figure 5 : Liens à la victime des auteurs de maltraitance sexuelle extra familiale.

f- Suivi pédopsychiatrique

11 des enfants évalués avaient déjà un suivi pédopsychiatrique ou psychologique avant leur passage à la PAPED. Pour 16 d'entre eux la prise en charge a été demandée après le passage à la PAPED, que ce soit par les parents après l'entretien avec l'infirmière ou l'assistante sociale, ou que ce soit par l'infirmière directement. Enfin, 5 enfants ou adolescents n'ont pas de projet de soin du tout.

Tableau VIII : Suivi pédopsychiatrique des enfants évalués au moment de leur passage à la PAPED

Suivi déjà en cours	Suivi demandé par les parents	Suivi demandé par l'infirmière PAPED	Pas de suivi
11	12	2	5

Pour quelle raison des enfants étaient pris en charge avant leur audition à la PAPED ? Le suivi avait été instauré suite aux faits de maltraitance pour 3 d'entre eux. Pour 2 enfants, il était consécutif à des conflits familiaux (divorce). 1 enfant était hospitalisé à temps plein en pédopsychiatrie. 3 enfants avaient des troubles à expression somatique (malaises ayant débuté avant les faits présumés, obésité, troubles du sommeil). Enfin, deux enfants avaient des troubles du comportement. Nous pouvons penser que les troubles du comportement, les troubles du sommeil, l'obésité, ont à voir avec la maltraitance sexuelle, mais notre étude ne permet pas de l'affirmer.

2) Scores à l'échelle des compétences sociales

29 échelles d'évaluation des compétences sociales ont pu être cotées. Pour une d'entre elles, il manquait trop de données. Pour les résultats, nous nous référons à l'annexe 3.

Les 17 filles de la tranche d'âge 12 – 18 ans obtiennent des scores sous la moyenne de la population clinique. Sur les 6 filles de la tranche d'âge 6 – 11 ans, une seule a un score entre la moyenne de la population clinique et celle de la population générale. Les cinq autres détiennent des scores inférieurs à ceux de la population clinique. Quand aux garçons, sur les six de la population 12 – 18 ans, un obtient un score intermédiaire, quatre présentent des scores bas (inférieurs à la population clinique) et un n'a pas pu être coté. Le garçon de la tranche d'âge 6 – 11 ans recueille quand à lui un score inférieur à celui de la population clinique de son âge. Ces résultats sont résumés dans le tableau suivant:

Tableau VI : Scores obtenus à l'échelle d'évaluation des compétences sociales par tranches d'âge

	Garçons 6 – 11 ans (n = 1)	Garçons 12 – 18 ans (n = 6)	Filles 6 – 11 ans (n = 6)	Filles 12 – 18 ans (n = 17)	Total (n = 30)
Score \leq population clinique	1	4	5	17	27
Score intermédiaire	0	1	1	0	2
Score \geq population générale	0	0	0	0	0
Score inconnu	0	1	0	0	1

Sur trente enfants étudiés, 27 ont donc des résultats inférieurs à ceux de la population clinique de leur tranche d'âge. Deux ont des résultats intermédiaires et un n'est pas coté. Ceci est illustré par le graphique ci-dessous.

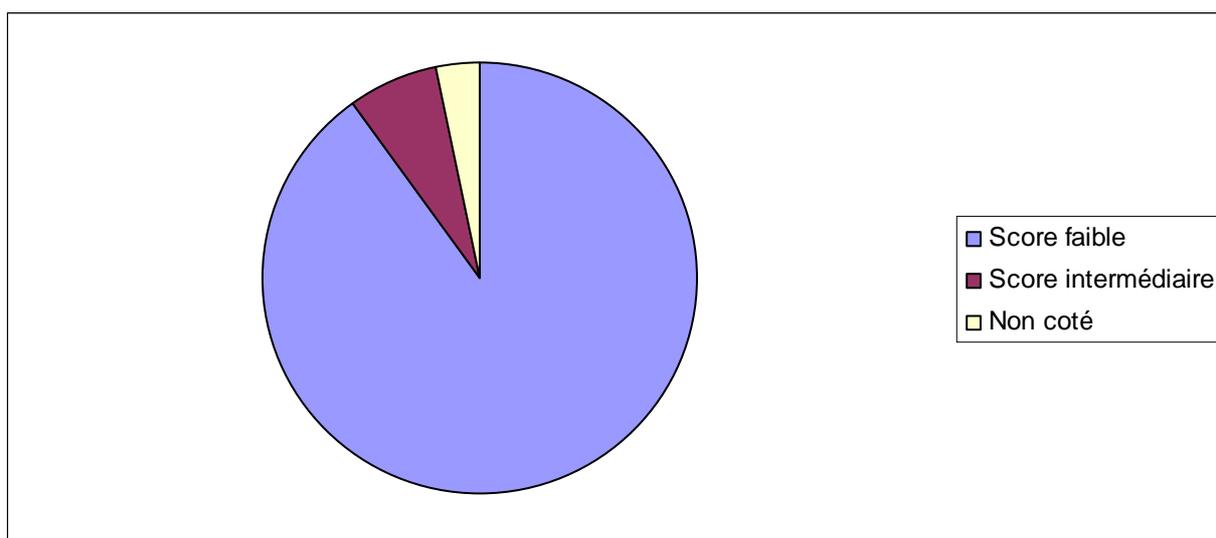


Figure 6 : scores obtenus par les trente enfants étudiée à l'échelle d'évaluation des compétences sociales.

Nous constatons qu'une écrasante majorité (93,1%) des enfants et adolescents de 6 à 18 ans évalués lors de cette étude a besoin d'une aide pour s'adapter à sa vie. Nous allons, dans la discussion, nous demander s'il faut prendre en charge ces enfants et adolescents d'un point de vue pédopsychiatrique et si oui, quand, comment et par qui.

IV/ Discussion

1) Place de la pédopsychiatrie dans l'accueil et la prise en charge des enfants et adolescents victimes de maltraitements sexuels ?

L'ensemble des soignants interrogés pense qu'il faut inclure une dimension pédopsychiatrique à l'accueil et/ou à la prise en charge des enfants présumés victimes de maltraitance sexuelle. A Angers et à Tours, les enfants sont accueillis par des puéricultrices, des pédiatres, des assistantes sociales. Ils sont ensuite orientés vers les CMP mais les plus préoccupants d'entre eux sont adressés directement au service de pédopsychiatrie du CHU correspondant. A St Nazaire et à Nantes, le pédopsychiatre (ou le psychologue) participe à l'accueil de l'enfant et lui propose même quelques consultations après son passage afin de faire émerger la demande de soin et d'orienter l'enfant vers un relais. Quand au CHU Trousseau (Paris), les soignants de l'unité médico judiciaire pour mineurs victimes travaillent en partenariat avec le service de consultation psycho traumatisme, et adressent aux pédopsychiatres les enfants qui leur semblent préoccupants. Les parents peuvent aussi demander un rendez-vous directement auprès des pédopsychiatres de la consultation psycho traumatisme. Enfin un des buts des associations est de permettre la rencontre entre l'enfant et un psychologue.

Nous pensons aussi qu'il est très important que l'enfant rencontre un pédopsychiatre ou un psychologue, dès lors qu'il est victime ou supposé victime de maltraitance sexuelle. En effet, la révélation signe le retour dans le langage de l'enfant ou de l'adolescent. Cela ne se fait pas sans difficulté. La révélation bouleverse les liens intra familiaux, a fortiori si l'auteur de la maltraitance appartient à la famille. L'enfant ou l'adolescent souffre aussi fréquemment de troubles pédopsychiatriques qu'il convient de soigner. Enfin, l'action thérapeutique participe à prévenir la répétition de la maltraitance.

a- L'enfant ou l'adolescent revient dans le langage

L'enfant ou l'adolescent a tenu le secret qui lui était imposé plus ou moins longtemps. Maintenu dans le secret, il a été dépossédé de sa parole par son agresseur. Mais même quand il révèle le secret, sa parole peut être rejetée. Cela se voit dans les cas où l'enquête a lieu longtemps après la révélation (4 cas sur 30 dans l'étude). Dans certains cas, il faut même une seconde révélation à une autre personne pour que l'enfant soit entendu. L'enfant reste donc exclu de la parole, et sa tentative pour revenir à la parole peut même être ignorée. Parfois, la maltraitance continue... L'adulte dans ce cas ne remplit pas sa fonction de protection et l'enfant ou l'adolescent ne peut plus lui faire confiance. Ce n'est plus un mais deux éléments du Réel qui le maintiennent dans la confusion : la maltraitance et la négation de sa parole. L'instauration d'une relation thérapeutique permettra de renouer ce lien de la parole. Le thérapeute adulte, en écoutant cette parole, reconnaît l'enfant ou l'adolescent dans la place qui est la sienne. En révélant le secret, l'enfant ou l'adolescent signifie qu'il avait perdu cette place.

Revenons sur l'apparition du langage pour mieux comprendre les enjeux d'une prise en charge pédopsychiatrique [10]. L'homme est un être parlant. Chaque petit de l'homme a la particularité d'être pris dans le langage dès ses commencements. La mère qui parle à son enfant donne des mots aux sensations qu'il éprouve (ce qui est le contraire de ce que vit l'enfant maltraité sexuellement : il vit des sensations très fortes, sans qu'aucun signifiant n'y soit associé). Elle lui permet ainsi de résister à l'attraction purement pulsionnelle et elle lui ouvre les voies de l'émergence du langage. La mère devient le lien entre ce que l'enfant sent et ce qui parle en lui. Elle ne lui apprend pas le langage mais lui indique de façon répétitive la voie pour y accéder.

Pour que l'enfant puisse se dire à un autre, il faut qu'il ait dominé ses pulsions (recherches répétitives de la sensation). Cela se traduit par la maîtrise de ses orifices, fermeture et ouverture, c'est-à-dire l'acquisition de la propreté. L'enfant propre, qui maîtrise ses sphincters, fait sortir de lui ce qui le représente, à la fois par la matière de l'objet et par le geste qu'il commet. Par cet acte, il se manifeste pour un autre. Il accepte de faire trace à l'extérieur de lui, trace laissée à la libre interprétation de celui qui la reçoit. La problématique de la trace est l'enjeu de tout langage. La trace message étant partiellement inconsciente, elle appartient non seulement à l'émetteur mais aussi à celui qui la reçoit. Il n'y a donc possibilité de parole vraie que lorsque la trace fait don, qu'elle est offerte à un autre. Il faut donc bien un

autre pour recevoir le message délivré par l'enfant. Si sa parole est rejetée au moment de la révélation du secret, elle n'a aucune valeur, ce qui peut être désespérant pour la victime.

Comment l'agression sexuelle peut-elle perturber le langage de l'enfant ? L'enfance est l'entrée dans l'humanisation et l'entrée dans le langage. Pour le développement de ce qui parle en lui, l'enfant dépend d'un autre : il naît à sa parole en écoutant un autre. S'il est dévoyé par un faux témoin, il lui est difficile de discriminer ce qui fait vérité dans l'échange qu'il a. En particulier, l'enfant agressé dans son sexe est bouleversé dans tout son corps, seul lieu d'habitation de l'être. Le corps est le lieu de l'humain. Le processus d'humanisation de l'enfant est perturbé par l'agression. Nous voyons bien qu'il est nécessaire de restaurer ce processus d'humanisation. Le pédopsychiatre, en aidant peu à peu l'enfant à refaire du lien entre ce qu'il ressent et ce qui parle en lui, le réintroduira dans le langage donc dans l'humanisation.

La parole de l'enfant ou de l'adolescent peut aussi être « sacralisée » par l'entourage, qui va se fixer sur le récit de l'enfant, le lui faire répéter sans cesse, enfermer l'enfant dans cet épisode de sa vie. Tous les espoirs de la famille peuvent alors se fixer sur la procédure judiciaire et le procès, ainsi que ceux de l'enfant ou de l'adolescent. Mais que se passera-t-il si le jeune n'est pas reconnu victime ? S'il n'existe plus que par son récit de la maltraitance et si sa parole ne lui semble pas reconnue par la justice, il risque de s'effondrer sur un mode dépressif avec en particulier un risque de passage à l'acte suicidaire. Il est donc important d'accompagner l'enfant ou l'adolescent dans son récit, non pas pour l'« enfermer » dans cet épisode de sa vie, mais pour l'aider à le resituer dans son histoire. En se constituant un passé et un présent, l'enfant ou l'adolescent peut progressivement penser son futur. De même, un accompagnement pendant le temps de la procédure permettra aux parents de rester parents et non pas soignants de leur enfant au moment des reviviscences traumatiques.

Même si la parole de l'enfant ou de l'adolescent est reçue « à sa juste mesure », ses conséquences sont telles que la jeune victime peut être ébranlée et même se rétracter, entrant à nouveau dans la confusion. L'enfant ou l'adolescent peut se dédire pendant le parcours judiciaire, à cause de la pénibilité de celui-ci. Il peut aussi faire l'objet de pressions de la part du groupe familial qui est bouleversé par cette révélation. Dans ces deux situations, l'enfant ou l'adolescent a besoin d'un tiers neutre, ni famille ni justice, qui le soutienne et l'accompagne. Le pédopsychiatre ou le psychologue peut trouver sa place ici. Mais surtout, il faut accompagner la jeune victime dans son rapport à la loi, pour la resituer comme sujet de la

loi et non pas possesseur de la loi. Ce n'est pas l'enfant ou l'adolescent qui « met son agresseur en prison ». C'est bien la loi qui lui donne le statut de victime d'une part, et décide de la peine de l'agresseur d'autre part. Ceci doit faire l'objet d'un travail psychothérapeutique pour que l'enfant ou l'adolescent ne se croie tout puissant ou au contraire, incapable de supporter cette charge imaginaire très lourde, ne fasse une tentative de suicide.

Que dire si la révélation ne repose pas sur des faits pénalement répréhensibles ? Bien sûr, ce n'est pas au médecin d'en juger, mais à la justice. Mais nous sommes parfois confrontés à la PAPED à des faits qui nous semblent plus relever de la découverte de la différence sexuelle que de la maltraitance. Cela peut être le cas au sein d'une fratrie (mais pas toujours) ou entre copains de classe en primaire ou en maternelle. Que faire quand des enfants acteurs d'une telle situation arrivent pour une audition à la PAPED ? Il nous semble que l'instauration d'un suivi ne serait pas judicieuse, mais qu'une parole claire et non culpabilisante doit être délivrée aux enfants et pourquoi pas à leur parents, concernant le corps des enfants. Qu'il soit expliqué clairement aux enfants que leur corps n'appartient qu'à eux et qu'il y a une limite, un interdit à respecter. Dans ce cas, cette parole peut, nous semble-t-il, être délivrée par un pédiatre, qui est le médecin en charge de la santé globale de l'enfant.

Une révélation infondée peut aussi apparaître dans le cadre de conflits parentaux majeurs. Le soupçon de maltraitance sexuelle est alors porté par l'un des parents sur son ex-conjoint, au moment du retour de l'enfant au foyer, après un week-end. Dans certains cas, l'enfant ne se plaint de rien. Parfois, il a un discours qui semble appris par cœur. Là encore, c'est la justice qui tranchera, mais nous pensons que ces situations requièrent une écoute attentive de l'enfant. Il faut là encore un tiers neutre, détaché de la procédure judiciaire, qui se mette à l'écoute de l'enfant, là où il en est. Cet enfant risque d'être instrumentalisé dans le conflit parental : il faut lui rendre une place de sujet parlant, l'aider à se dégager du conflit de loyauté où il se trouve pour le resituer dans sa vérité.

Nous voyons donc que l'émergence d'une révélation de maltraitance sexuelle, quelles qu'en soient les suites judiciaires, nécessite l'écoute spécifique d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue : quelle que soit la situation, une telle parole, révélation d'un secret si mortifère, est lourde de répercussions si elle est entendue et ne pas l'entendre est aussi grave pour l'enfant ou l'adolescent. Ce retour fracassant dans le langage, par la révélation de la maltraitance sexuelle, nécessite l'accompagnement d'un « docteur de la parole ». Mais les

conséquences ne concernent pas seulement l'enfant ou l'adolescent. La famille aussi est bouleversée.

b- Les liens intra familiaux sont bouleversés

En cas d'inceste en particulier, la cellule familiale est bouleversée par la révélation de la maltraitance sexuelle. L'enfant ou l'adolescent peut être retiré de sa famille pour être mis à l'abri. Mais il a alors l'impression d'être à nouveau exclu, que sa parole l'éloigne de ceux qu'il aime, alors que l'auteur présumé peut parfois, lui, rester au sein de la famille. L'enfant ou l'adolescent a alors besoin d'être accompagné particulièrement sur ce point pour ne pas se sentir victime une seconde fois, pour ne pas se rétracter à cause de son désir de rentrer chez lui, pour travailler ses nouveaux liens à chacun des membres de sa famille.

Dans le cas où l'inceste a été commis par le père, la cellule familiale peut complètement exploser, avec incarcération du père, divorce, formation de clans familiaux pour ou contre l'enfant ou le père. La mère est prise dans ce tourbillon et se trouve en difficulté pour soutenir son enfant contre son mari ou compagnon. L'enfant ou l'adolescent se vit comme celui qui est à l'origine de tant de bouleversements et de malheurs. Il faut lui ouvrir un espace de parole non menaçant où il puisse relater les conséquences de sa parole, exprimer sa culpabilité, sa peur. Le pédopsychiatre pourra accueillir ces émotions qui le traversent et encourager ce retour à la parole.

Dans le cas où la maltraitance a eu lieu au sein de la fratrie, les parents vont avoir beaucoup de mal à se positionner vis-à-vis de leurs enfants. Ainsi cette mère d'un garçon de 15 ans qui avait violé son frère de 9 ans : « je ne sais pas quoi faire, je reste la mère de mes deux garçons ». S'il s'agit d'une « demi fratrie », d'une famille recomposée, la cellule familiale risque de se déliter à nouveau, chaque parent « reprenant » ses enfants. Là encore, l'enfant ou l'adolescent victime peut se sentir coupable de fragiliser ainsi ses parents et de bouleverser la famille.

Nous voyons se profiler à travers ces situations la nécessité de prendre en charge non seulement l'enfant ou l'adolescent mais aussi la famille. En effet, les parents peuvent être tentés de rejeter « l'enfant par qui le malheur arrive » mais ils peuvent aussi se culpabiliser de n'avoir pas su le protéger et être désemparés devant les troubles qui apparaissent chez leur enfant ou adolescent, suite à la maltraitance ou à la révélation. Nous reviendrons sur les différents types de thérapie, dont la thérapie familiale.

Que la maltraitance soit intra ou extra familiale, l'enfant ou l'adolescent change de statut et de place dans la famille et la fratrie. Qu'il soit stigmatisé (« il/elle l'a bien cherché ») ou surprotégé dans un désir de réparation, il se retrouve à une place particulière. Il avait perdu sa place à cause de la maltraitance, la révélation ne la lui rend pas. Un travail psychothérapeutique l'aidera à redéfinir sa place, au fur et à mesure du travail de mémoire et de l'apaisement des symptômes développés pendant et après la maltraitance. Revenons justement sur ces symptômes, qui nécessitent aussi une prise en charge pédopsychiatrique.

c- L'enfant ou l'adolescent peut souffrir de troubles pédopsychiatriques : il faut les dépister et les soigner

Reprenons les troubles psycho traumatiques tels que nous les avons décrits dans la première partie. La réaction aiguë à un facteur de stress dure au maximum 48 heures. Le pédopsychiatre n'intervient que très rarement à ce moment, mais il pourra la rechercher dans l'anamnèse, ainsi que repérer des angoisses de séparation, des somatisations, des troubles du sommeil.

Le pédopsychiatre devra être particulièrement attentif à rechercher des tentatives de suicide passées ou des idées suicidaires actuelles, qu'elles interviennent dans un syndrome dépressif ou non. On les retrouve fréquemment au décours de l'agression mais aussi après la révélation tant la charge émotionnelle est lourde au cours de la procédure judiciaire et tant l'enfant ou l'adolescent peut être soumis à des pressions de la part de son entourage. Il dépistera aussi les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles somatiques.

L'état de stress post traumatique peut revêtir des formes variées chez l'enfant. Outre les reviviscences et les rêves répétitifs, les troubles du sommeil, l'irritabilité, l'hyper vigilance, on trouvera des symptômes moins spécifiques mais qui entrent dans ce tableau. A l'école, l'enfant ou l'adolescent aura des difficultés de concentration, d'attention, voire manifestera un émoussement intellectuel. On recherchera aussi un émoussement émotionnel et affectif, une restriction des intérêts et des relations, une amnésie de pans entiers de l'enfance, des phobies spécifiques, des distorsions des perceptions, un changement dans son attitude vis-à-vis des gens et de l'avenir. Il faudra enfin repérer chez l'enfant les jeux répétitifs effectués sans plaisir, équivalant à des reviviscences.

L'intervention du pédopsychiatre est nécessaire pour donner du sens à ces symptômes qui peuvent passer pour des troubles du comportement, une crise d'adolescence, une dépression « isolée ». Parfois d'ailleurs, le pédopsychiatre sera consulté pour ces symptômes et non pas dans un contexte de révélation de maltraitance. A lui de laisser ouvert le champ de la parole et d'être prêt à recevoir une éventuelle révélation si elle émerge.

Dans un contexte de révélation, il est important que l'enfant soit reçu par un pédopsychiatre qui s'intéressera à l'ensemble de son psychisme et de sa vie pour repérer toutes ces souffrances possibles, conséquences de la maltraitance ou de la révélation. L'enfant ou l'adolescent maltraité sexuellement est atteint dans tous les domaines de sa vie. Il faut le soigner, l'aider, grâce au langage, à reconstruire son psychisme.

Parfois, il n'y a aucun symptôme, comme nous l'avons vu plus haut (après une maltraitance unique, peu traumatisante, chez un enfant résilient). Dans ce cas, il peut ne pas y avoir de procédure judiciaire non plus. Cependant, nous pensons qu'il ne faut pas se fier à cet apparent bien être et proposer un espace de parole dès lors qu'il y a une maltraitance sexuelle, car nous avons vu dans la première partie que les symptômes peuvent apparaître de façon très différée. En ce qui concerne la population d'enfants et adolescents accueillis à la PAPED dans le cadre d'une enquête, l'étude que nous avons réalisée montre qu'ils ont tous un score faible à la sous échelle des compétences sociales de la LCE, ce qui signifie qu'ils rencontrent tous des difficultés pour s'adapter à leur vie. Les entretiens pédopsychiatriques permettront certainement de retrouver des symptômes traduisant ces difficultés.

Outre le dépistage et le soins des symptômes, l'intervention du pédopsychiatre doit préparer l'avenir.

d- Soigner pour prévenir la récurrence de la maltraitance

L'enfant ou l'adolescent victime de maltraitance sexuelle a vécu des sensations très fortes, non mises en mots. Ces sensations très fortes alimentent la confusion des personnes et des chairs et tant l'auteur que la victime peut chercher leur réapparition. L'enfant ou l'adolescent peut reproduire avec d'autres ce qui a provoqué chez lui l'excitation sexuelle, s'exposant ainsi à de nouveaux prédateurs. Nous avons vu aussi que l'enfant ou l'adolescent maltraité sexuellement de façon répétée peut apprendre à s'évader de lui-même, au-delà de la sensorialité, de l'intellectualité, du plaisir ou du déplaisir. Autrement dit, il peut connaître un

état de jouissance (et non de plaisir) pendant l'agression, et rechercher cet état, inconsciemment, dans la répétition. Il peut aussi, plus tard, en concevoir une grande culpabilité.

Il est donc plus que jamais nécessaire d'aider la jeune victime à revenir dans le langage, à nommer à nouveau ses sensations et ses émotions, pour mettre en lien ce qu'elle ressent et ce qui parle en elle et éviter une recherche de sensations brutes, trop fortes, désertées par le langage. Le thérapeute doit l'accompagner.

Nous pensons donc qu'il faut l'intervention d'un soignant de la parole dans la prise en charge des enfants et adolescents victimes de maltraitances sexuelles. Nous allons discuter de ce que nous pouvons proposer au sujet de cette prise en charge : quand, comment, qui ?

2) Quand ?

Parmi les personnes interrogées dans les différents hôpitaux, le Dr Picherot est le plus fervent défenseur de la présence d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue dès l'accueil de l'enfant à l'UAED (Unité d'Accueil des Enfants en Danger, à Nantes). Pour lui, la présence du pédopsychiatre dès l'accueil de l'enfant et pendant quelques consultations ensuite, permet de faire émerger la demande de soin. Cependant, la PAPED d'Angers ne fonctionne pas tout à fait comme l'UAED.

En ce qui concerne la PAPED, les enfants ne viennent pas seulement pour un examen médico légal, mais aussi pour une audition d'enquête judiciaire. Comme nous l'avons relaté dans la première partie, nous y avons assisté et nous ne croyons pas qu'il serait judicieux de réaliser un entretien pédopsychiatrique à but d'évaluation de la psychopathologie dans la suite immédiate de l'audition. Tout d'abord, notre étude permet de mettre en avant que tous les enfants accueillis à la PAPED ont un score faible à la LCE. De plus, l'évaluation pédopsychiatrique ne pourrait avoir lieu avant l'audition pour ne pas influencer celle-ci. Or, nous pensons que l'enfant ressort très fatigué de cette séance judiciaire, pendant laquelle on ne l'a pas autorisé à exprimer ses affects. Nous pensons que ce ne serait pas opportun, après la pénibilité de cette première prise de parole, d'aller interroger des émotions qui ont été volontairement mises à l'écart.

Par ailleurs, nous avons vu dans l'étude que 11 des 30 enfants avaient déjà commencé un suivi avant l'audition. Pour 14 d'entre eux, le suivi a été demandé après l'audition, que ce soit par les parents (12) ou par l'infirmière de la PAPED (2). Il reste donc 5 enfants qui n'ont ni suivi en cours ni demandé de suivi, soit 16% des enfants de l'étude, mais pour la majorité, la demande de soins a déjà émergé.

Enfin, l'accueil à la PAPED est pensé pour être le moins traumatisant possible. Les infirmières sont bien sensibilisées à l'accueil de l'enfant ou de l'adolescent dans ce cadre de procédure judiciaire et leur rôle est primordial. Le cadre lui-même est rassurant, accueillant. Les médecins légistes qui procèdent à l'examen médico légal sont eux aussi habitués à ces jeunes patients. Ce travail d'accueil et de réassurance de l'enfant ou de l'adolescent, réalisé à la PAPED d'Angers, est d'ailleurs reconnu et valorisé par l'association La Voix de l'Enfant.

Dans ces conditions, et vu les arguments développés juste avant, nous ne pensons pas nécessaire d'assurer une présence pédopsychiatrique dès l'accueil de chaque enfant ou adolescent à la PAPED. Nous pensons préférable de retravailler cette question avec les infirmières d'accueil, les assistantes sociales et les pédiatres pour qu'ils signalent tout particulièrement aux pédopsychiatres du CHU les enfants et les adolescents qui n'ont aucun suivi ni demande de suivi. Jusqu'à présent l'équipe ne parlait aux pédopsychiatres que des enfants les plus préoccupants, mais nous avons vu que tous devraient bénéficier d'un accompagnement par un soignant de la parole.

Concrètement, il nous semble qu'il faut encore développer le partenariat entre la pédopsychiatrie de liaison et la PAPED, pourquoi pas en créant un créneau de consultation hebdomadaire. Le but de cette consultation ne serait pas d'assurer le suivi au long cours de ces enfants et adolescents, mais de recevoir rapidement, après leur audition, ceux qui n'ont aucun projet de soin, pour quelques consultations qui permettraient de faire émerger une demande de soins et d'accompagner l'enfant ou l'adolescent et sa famille vers un relais pour un travail plus long.

Cela nous amène à envisager les modalités de ce travail, qui, nous l'avons vu, est nécessaire pour l'enfant ou l'adolescent. Comment cette prise en charge peut-elle se dérouler, et qui peut la proposer ? Vers qui faire ce relais ?

3) Comment ?

a- Thérapies individuelles d'inspiration analytique

Recevoir une victime de maltraitance sexuelle demande à renouer le lien de parole. La soigner est la reconnaître dans la place qui est sienne, mais qu'elle a perdu à cause de la maltraitance. La culpabilité et la honte, qu'elle offre malgré elle à son interlocuteur, constituent toujours des ouvertures possibles au langage. En dehors de ces manifestations, l'enfant ou l'adolescent maltraité est réduit au silence. Il n'est pas porté par son désir, comme dans l'élan d'une parole adressée. Ici, je désire l'autre et je désire que l'autre me désire. Là, le sujet est réduit au silence : il n'a plus d'autre. Son désir s'affaiblit. La thérapie ré ordonne le langage à sa chair pour lui permettre de retrouver les voies du désir et de la parole.

Lorsqu'une victime entre dans une démarche thérapeutique, elle essaie de sortir de la confusion. Il convient de lui répondre avec patience, car la patience recrée la dimension relationnelle du temps et de l'espace. La thérapie revendique un retour au monde des hommes dans et par les mots. Le thérapeute appelle sans relâche l'enfant à vivre, à ne pas confondre sa vie avec celle de son agresseur dans la remémoration de l'agression, source de confusion.

Lors d'un échange langagier entre un adulte et un enfant, les deux ont également droit à la parole. Le fait d'être plus habile dans le discours ne donne pas de supériorité à l'adulte. L'échange doit se faire dans le respect mutuel. Mais cet échange langagier nécessite parfois un support, une médiation. L'enfant peut manifester l'agression subie par des symptômes corporels, des dessins, des modelages, des jeux, des mots. L'enjeu de la représentation par l'image est le même que celui de la parole et plus schématiquement repérable. Un enfant peut dessiner pour lui-même, se donner les représentations de ses sensations et les conserver dans son cercle narcissique. L'enfant qui n'est pas dans le langage véritable refuse de donner ses dessins. Il veut les emporter avec lui pour les garder ou les offrir à sa seule mère. Le dessin n'est objet relationnel que lorsqu'il est tracé pour un autre, par exemple le thérapeute. L'objet graphique devient alors support de la parole. Il dépasse la seule transcription événementielle. Il manifeste un travail de transcription des sensations qui ont submergé l'enfant dans un moment d'agression en un langage. Le dessin est donc une représentation visuelle, perceptible

par un autre, des troubles, parfois de leurs causes et de leurs conséquences. L'enfant peut indiquer dans ses dessins ce qui fait conflit en lui et malgré lui, passer outre les barrages à la parole. Mais le dessin ne suffit pas. Il est un support pour la verbalisation de l'enfant et ce qu'il en dit dépasse ou transforme ce qui est vu par le thérapeute qui ainsi ne reste pas sous l'emprise de son propre imaginaire. Le thérapeute devient un co-participant qui ouvre petit à petit à ce qui est représenté. Sans sa participation (ses interrogations, les ressentis qu'il propose à partir des dessins et les interprétations à partir des mots de l'enfant), les productions de l'enfant resteraient opaques à ce dernier. Le thérapeute est un témoin du travail de l'être empêtré dans sa structure bouleversée par la maltraitance.

Nous avons dit que la souffrance d'un enfant maltraité vient de la dissociation entre ses sensations et ce qui parle. Au contraire de la mère qui met des mots sur les sensations de l'enfant, l'agresseur agit en silence ou dans la menace. Il peut même faire croire que parler c'est risquer de mourir. La dissociation de l'imaginaire des sensations et du symbolisme langagier provoque le traumatisme. C'est alors l'inscription de la parole au corps de l'enfant qui est annulée. La thérapie se trouve confrontée à cette déchirure. L'enfant est muet devant ce qui lui est arrivé, ou demeure descriptif, sans élaboration émotionnelle. La production graphique ré institue l'émission d'une matière corporelle (pré langagière) qui devient progressivement élément de langage. Dès que l'enfant peut se projeter dans un dessin ou modeler un objet, il propose au thérapeute un lieu relationnel d'où peut surgir du sens entre lui et l'autre. Par la mise en forme de l'objet inter subjectif, il sort de lui-même, il existe (*ex sistere* : sortir de). Sa production est non seulement l'expression imagée et commentée de ce qu'il a subi, du travail qu'il fait à partir de la situation première, mais c'est aussi le lieu où ça parle. Pour cela, il faut que l'enfant comme le thérapeute parlent, qu'il y ait un échange entre eux. L'agression, qui dissocie les sensations de la parole, est entrée dans un lent travail de retour à ce qui se nomme. La thérapie ne permet pas d'oublier les sensations mais d'en faire des événements de vie. D'ailleurs, outre la trace laissée par les dessins, le thérapeute doit laisser une trace écrite qui témoigne de la compréhension qui s'est élaborée et de la progression de l'inscription des sensations dans le langage. C'est ainsi que chaque séance devient événement pour l'un et pour l'autre. Un fait devient un événement de vie quand il est pris dans un langage, quand il accède au signifiant. Il prend place et sens dans la vie du sujet.

Mais les dessins ne trouvent pas toujours cette écoute du thérapeute. Ils peuvent ne pas être vus ou crus. Refuser d'accorder crédit à l'expression de l'enfant, c'est accuser celui-ci de

mensonge, ce qui crée un nouveau traumatisme. L'enfant qui n'est pas cru n'est pas entendu. Il n'a plus de parole, n'existe plus. L'enfant peut alors essayer de s'exprimer sous forme de poème ou de fable. L'histoire est la même mais les personnages sont masqués.

Plus grave encore, l'enfant peut ne trouver refuge que dans une chair muette. L'enfant victime renonce à être homme. Il abandonne ce qui fait l'humanité en lui pour rester dans une sorte de pseudo animalité. Il n'a aucune tentation de dénonciation, il n'est ni dans la vérité, ni dans la confiance. Il abandonne ce qui parle en lui.

D'un autre côté, le travail peut être entravé par l'entourage qui lui aussi fait dessiner l'enfant, lui demandant de représenter la situation traumatique. Or le dessin n'est pas une représentation de la réalité. C'est une expression à la limite de l'imaginaire et du langage. L'important est de se replacer dans le jeu, le mouvement entre le moi et le sujet, entre l'enfant et l'autre, représenté par le thérapeute.

Les thérapies d'inspiration analytique ont donc pour objectif le retour de l'enfant ou de l'adolescent dans le langage, en s'appuyant sur des médiations comme le dessin. Mais précisons encore ce qu'elles sont ou pas.

b- Qu'est-ce que la thérapie n'est pas ?

La thérapie ne vise pas à exercer une pression pour que l'enfant raconte une nouvelle fois son affaire, ce qui réactiverait le trauma et réduirait sa parole à un discours « anecdotique » vide. (Décrire ce qui ne parle pas c'est parler pour ne rien dire). Mais dans la pratique, plusieurs acteurs sont rapidement mobilisés lors de la révélation : parents, enquêteurs, avocats, magistrats, entourage, experts, thérapeute. Ils risquent de s'afficher dans la répétition du dire des éléments dramatiques, entrant ainsi non dans la thérapie mais dans la poursuite répétitive de l'agression. Les auditions filmées, avec les limites que nous leur avons décrites, ont ce mérite d'éviter la répétition du discours « anecdotique ».

La thérapie n'est pas non plus une dédramatisation ou une déculpabilisation. Le drame, la mise en scène vie/mort au moment de l'agression, manifeste le conflit fondamental auquel est confronté l'homme. La thérapie n'ouvre pas à l'oubli ou l'atténuation, mais à un travail de mémoire. Quand à la culpabilité, qu'on retrouve chez toute victime, son expression inaugure l'entrée dans un travail personnel si elle peut être écoutée. La honte est un autre trait de saisie

pour la relation thérapeutique. La thérapie n'est pas volonté d'effacer la honte ou la culpabilité mais elle est rencontre et appel de la victime vers un désir de vie.

En fait, ce qui est nommé thérapie est un appel. Soigner, c'est appeler la victime à ce qui parle en elle. Le premier dire recueilli lors de la thérapie est souvent chuchoté, maladroit, voilé dans son sens. Il a besoin d'un tuteur de langage, non pour corriger mais pour affermir. C'est une parole difficile qui nécessite une écoute attentive entraînant réponse de la part d'un témoin, pour encourager le débutant. Ceci est l'essence même de la thérapie. Le traitement commence là où la parole de l'enfant disant sa maltraitance surgit. Encouragée, cette parole première se déploie, forme des litanies. Les rencontres successives ne doivent pas être des répétitions mais des variations sur un même thème, en fonction des capacités de l'auditeur de l'enfant. Cette richesse paradigmatique, hors de l'interrogatoire, dynamise l'enfant dans son dire, dans sa recherche désirante de ce qui fait vérité en lui. Ainsi le ciment des mots tient unies les diverses parties pulsionnelles du corps de l'enfant. Le traitement doit permettre à l'enfant victime de sortir de la confusion, d'entrer dans l'altérité, de retrouver le désir. Mais ceci ne se fait pas sans difficulté.

c- Soigner au risque de la violence

Nous avons détaillé les supports du soin : langage, dessin. Mais ce soin de l'enfant victime de maltraitance sexuelle a trait à la violence et se fait donc au risque de la violence. Il s'agit de déterminer ce qu'il faut éviter pour que le soin ne génère pas une répétition des violences déjà subies. Il s'agit aussi d'accepter que l'enfant doive se faire violence pour accepter d'entrer dans la voie ouverte par le soin.

La première violence a lieu lors de la maltraitance : la violence c'est de ne pas reconnaître l'autre comme sujet de parole et de le prendre uniquement comme objet pulsionnel. La violence occasionne donc une demande de soin, mais le soin ne peut pas se faire sans une certaine violence, car il fait appel à la castration symboligène qui ouvre à la parole. En effet, toute entrée dans la parole donc dans l'humanité s'élabore à partir de pertes consenties qui réfèrent toutes au manque fondamental, paradis mythique d'avant la naissance où tout était donné à l'être sans qu'il y ait besoin de consentement ou de volonté d'acquérir. Cette perte ne se ferme pas sur un état dépressif si elle ouvre à l'acceptation du don de ce qui parle en soi.

Pour naître au monde, le nouveau né perd les organes annexes qui lui permettaient de recevoir les éléments vitaux sans avoir à les demander. C'est la castration ombilicale, première des castrations symboligènes. La maltraitance sexuelle, en réduisant l'être aux sensations de sa chair meurtrie et à la pénétration de ses trous pulsionnels, le ferme à ce manque et au don de la parole en lui. Le soin doit inciter l'enfant victime à accepter des pertes constructives, à retrouver la voie du manque et de la parole naissante. Cette ouverture à ce qui parle est, pour le soignant comme pour le soigné, difficile, douloureuse et objet de résistance. Traiter n'est pas seulement apaiser les cris, c'est retrouver la voix humaine, rétablir le lien de l'être à ce qui parle en lui dès l'origine.

La relation vraie permet donc d'éviter la perpétuation de la violence. Cependant, le langage dans le cadre de la thérapie de ces enfants touche à des faits de violence. Il convient de ne pas les répéter mais de faire un travail de mémoire. Pour éviter la répétition, le soignant ne doit pas érotiser ses demandes, c'est-à-dire se faire plaisir en dénonçant l'imposture incestueuse (pour se signifier lui-même comme parent responsable), jouir de pointer la faute chez autrui, se satisfaire des détails du récit, etc. Erotiser peut aussi être la volonté de se positionner comme seul interlocuteur de la victime, sans tenir compte de la place que l'agresseur occupe dans le cœur de l'enfant (surtout en cas de maltraitance intra familiale). Chaque soignant doit identifier ses propres résistances. Nous avons déjà souligné aussi l'importance de respecter ce que l'enfant donne, de ne pas le dépouiller de la honte ou de la culpabilité qu'il exprime, pour ne pas se mettre à la place de celui qui dit la loi. Enfin, c'est une violence du soin que de vouloir la guérison, car toute idée de guérison est une identification du patient à un modèle idéal, conçu par l'imaginaire du soignant. Le patient deviendrait objet de l'idéal du moi du thérapeute, et non pas sujet de la parole. On ne peut pas non plus imposer le soin. Le soin qui coupe de la confusion et qui ouvre à ce qui fait manque en l'être n'a pas pour visée un parfait bien être. Soigner, c'est permettre l'accession à la tristesse comme à la joie.

Quelles sont les autres approches thérapeutiques possibles ? Nous allons aborder les TCC (Thérapies Cognitives et Comportementales) et les thérapies familiales.

d- Autres approches individuelles : les TCC

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) peuvent être, dans le cas des maltraitances sexuelles, utiles pour gérer le stress par des techniques de relaxation.

En cas d'état de stress post traumatique, la thérapie comporte de la relaxation, l'exposition aux situations et aux images mentales évocatrices de la situation traumatique, l'inoculation du stress et la thérapie cognitive proprement dite. [9]

L'exposition aux images mentales évocatrices se fait en état de profonde relaxation pour parvenir progressivement à la désensibilisation. L'inoculation du stress commence par une phase éducative où le sujet est informé des effets du stress. Ensuite vient une phase de mise en place des stratégies d'ajustement lors de la confrontation au stress (*coping*), comme par exemple la régulation respiratoire ou l'affirmation de soi par des jeux de rôles. Dans l'inoculation du stress, il n'y a pas d'exposition. Enfin, la thérapie cognitive peut se réaliser selon le programme suivant²³ :

- Exposition à la scène traumatique refusée.
- Représentation de comportements adaptatifs au traumatisme
- Permission d'images de « vengeance ».
- Représentation en imagination de figures parentales ayant un rôle de consolation.
- Discussion de pensées automatiques et des postulats dysfonctionnels.
- Prise de congé par rapport au traumatisme.
- On peut y ajouter des méthodes de re scénarisation.

En cas de trouble de l'humeur associé et en particulier de dépression, une thérapie cognitive complétée de techniques comportementales peut être proposée. La thérapie cognitive durera vingt séances environ²⁴. Les séances un à cinq servent à repérer les émotions et les affects pour isoler les monologues intérieurs et les images dépressogènes. Le patient apprend à utiliser des fiches d'auto enregistrement. A partir de la cinquième séance, on commence à modifier les pensées automatiques pour entraîner le patient à se distancier de ses pensées dévalorisantes. A partir de la dixième séance, on isolera les processus et les postulats dysfonctionnels. Les processus dysfonctionnels (ou distorsions cognitives) sont des erreurs de logique formelle (inférence arbitraire, généralisation, personnalisation). Les postulats dysfonctionnels représentent des contenus de pensées qui sont à la base des distorsions cognitives et des pensées automatiques. Ces postulats sont peu à peu questionnés par le thérapeute pour en tester la vérité avec le patient, pour que ce dernier puisse re structurer ses pensées automatiques.

²³ Cottraux J., Les thérapies comportementales et cognitives, Paris, Masson, 2004. p.210.

²⁴ Cottraux J., Les thérapies comportementales et cognitives, Paris, Masson, 2004. p.221.

En ce qui concerne la dépression, « la thérapie cognitive est surtout efficace dans les dépressions d'intensité légère ou moyenne, qu'il s'agisse de dépressions majeures ou d'états dysthymiques au sens du DSM IV »²⁵

Cependant, en cas de maltraitances sexuelles, les TCC ne nous semblent pas les plus indiquées. Ces maltraitances sont tellement associées au secret, au silence, qu'il ne suffit pas de travailler symptôme par symptôme ou scène traumatique par scène traumatique pour aider l'enfant. Il nous semble fondamental de retourner avec lui aux origines de ce qui parle en lui. C'est pourquoi nous avons particulièrement insisté sur la thérapie d'inspiration analytique, voire la psychanalyse.

e- Prise en charge familiale

Pour Michel Suard, « l'inceste est une forme de violence ou d'emprise intra familiale qui évoque des troubles de la communication entre tous les membres de la famille [...] La violence agie, quelle soit sexuelle, psychologique ou physique, parle d'une autre violence, de même nature ou de nature différente, subie par l'auteur ou par quelqu'un de son entourage (conjoint, mère, frère, sœur) et qui n'a jamais pu être parlée. »²⁶ D'où la nécessité de proposer, quand cela devient possible, parfois depuis le parloir de la prison, une thérapie familiale. L'objectif thérapeutique de la thérapie familiale n'est pas de réhabiliter à tout prix, de restaurer une famille éclatée. Il s'agit de permettre la mise en mots de faits qui restent impossibles à verbaliser dans le milieu familial malgré le dire de la justice. Ces faits ne sont souvent pas verbalisés car le groupe familial veut oublier ce passé douloureux ou car il fait corps autour du condamné en niant la culpabilité de celui-ci. Or il faut dire ces faits pour enrayer la violence inter générationnelle qui peut toucher d'autres membres de la famille, ainsi que pour aider les enfants et les adolescents à ne pas reproduire les mêmes dysfonctionnements et les mêmes passages à l'acte quand ils seront adultes.

On voit donc que la thérapie familiale est indiquée en cas d'inceste, à condition évidemment que la sécurité de la victime soit assurée. Mais elle peut s'avérer nécessaire aussi en cas de maltraitance sexuelle extra familiale si la famille était déjà en équilibre fragile et que le psycho traumatisme de l'enfant est trop difficile à soutenir pour ses membres.

²⁵ Cottraux J., Les thérapies comportementales et cognitives, Paris, Masson, 2004. p.225.

²⁶ A.F.I.R.E.M. 49, Autres regards sur la maltraitance, Angers, 2000. p. 227 et 228.

Les techniques employées sont d'inspiration systémique ou psychodynamique.

Il existe par ailleurs des groupes d'entraide entre parents, animés par des travailleurs de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance). Ces groupes sont très intéressants pour les parents pour échapper au phénomène de loyauté familiale qui voudrait qu'un enfant maltraité devienne un parent maltraitant. Ce phénomène est décrit ainsi dans le livre publié par l'AFIREM (Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée)²⁷: mon parent m'a maltraité. Je maltraite aussi mon enfant, mais je sais que je ne suis pas si méchant que cela. Donc mon parent ne devait pas être si méchant que cela. Cela permet à un adulte de « réparer » son parent maltraitant. Ainsi, les parents peuvent bénéficier d'une aide spécifique, en couple ou individuelle, qui peut compléter la thérapie familiale. Nous resterons aussi attentifs au besoin d'aide éventuel d'un des membres de la fratrie.

En complément de ces approches, le pédopsychiatre peut prescrire des médicaments.

f- Approche psycho pharmacologique

L'approche psycho pharmacologique du traumatisme est peu répandue chez l'enfant et l'adolescent. Nous allons recenser quelques molécules qui peuvent être utilisées, souvent hors AMM, pour faciliter la prise en charge pédopsychiatrique. Nous nous appuyerons sur les recherches de Vila²⁸.

La clonidine (Catapressan®) est un anti hypertenseur d'action centrale, qui serait efficace sur l'hyper réactivité, l'hyper vigilance, les troubles du sommeil chez les enfants et adolescents présentant un état de stress post traumatique sévère. Elle est formellement contre indiquée en cas de dépression associée. Le propranolol (Avlocardyl®), β -bloquant, serait efficace sur les mêmes symptômes.

En cas de trouble thymique associé à un état de stress post traumatique, seuls l'amitryptiline (Laroxyl®), anti déprimeur inhibiteur non sélectif de la recapture de la monoamine, et la

²⁷ A.F.I.R.E.M. 49, Autres regards sur la maltraitance, Angers, 2000. p. 129

²⁸ Vila G., Porche L.-M., Mouren Siméoni M.-C., L'enfant victime d'agression, Paris, Masson, 1999. p. 113-115.

fluoxétine (Prozac®), antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine, ont l'AMM pour traiter les épisodes dépressifs sévères de l'enfant et de l'adolescent de moins de 15 ans. Les benzodiazépines sont à éviter chez l'enfant et l'adolescent en raison du risque de réaction paradoxale et de dépendance. En cas d'angoisse importante, on leur préférera l'hydroxyzine (Atarax®).

L'utilisation des psychotropes dans le traitement des syndromes psycho traumatiques de l'enfant apparaît réduite en l'absence d'études probantes étayant leur usage. L'utilisation des médicaments anti dépresseurs se justifie en cas d'épisode dépressif majeur associé, de préférence en hospitalisation et après un bilan pré thérapeutique approprié.

4) Qui ? Le travail en réseau

Le travail avec des enfants victimes ne peut se faire dans l'isolement. Chaque institution qui travaille autour de l'enfant ou de l'adolescent a sa mission. Il y a la mission de la justice (procès et décision de protection), la mission de soin (Protection Maternelle et Infantile, médecin généraliste ou pédiatre, Centre Médico Psychologique, hôpital de jour), la mission éducative (Action Educative en Milieu Ouvert, famille d'accueil, foyer), la mission sociale (Aide Sociale à l'Enfance). Chaque institution a sa mission et ses acteurs propres, mais leur objectif est le même : « Le thérapeute, en toute humilité, travaille à une œuvre commune [...] Il doit faire partie d'un réseau dont chaque maillon conjugue son action avec l'action de chaque autre. Il joint ses efforts pour le rétablissement de l'être de l'enfant à sa place dans ses différentes modalités ». ²⁹ Chacun doit donc travailler dans son domaine, mais sans ignorer ce que fait l'autre.

Pourquoi travailler en réseau ? Tout d'abord parce que la maltraitance sexuelle (comme toute autre maltraitance) est pénalement répréhensible. Le thérapeute ne peut donc pas la prendre en charge seul et la loi prévoit même que le secret médical doit être levé dans cette circonstance. Ensuite, comme nous l'avons dit, parce que chacun a une mission spécifique. Chaque mission se complète et est nécessaire. Ainsi, la justice ne se substitue pas au soin, mais le soin s'appuie sur la justice : « Si la justice est nécessaire pour réaffirmer le droit de chacun à vivre à égalité avec son prochain, si elle peut fixer les rôles de l'agresseur et de sa victime, si elle

²⁹ Daligand L., L'enfant et le diable, Paris, L'Archipel, 2004. p. 382.

peut ainsi condamner le coupable et tenter de réparer l'agressé, si elle constitue ainsi le soubassement indispensable du traitement, elle n'est pas en elle-même une thérapeutique ».³⁰ En ce qui concerne la mission éducative, elle est souvent imposée par le juge en cas de maltraitance sexuelle intra familiale, mais elle peut aussi être proposée en cas de maltraitance sexuelle dont l'auteur est plus éloigné, pour aider l'enfant à renouer des liens sociaux et pour aider les parents qui seraient en grande difficulté, les liens familiaux étant tout de même modifiés.

Au sein même de la mission de soin, pourquoi travailler en réseau ? Comme nous l'avons déjà dit, pour partager à plusieurs une charge émotionnelle lourde. Ensuite, nous avons dit que : « les rencontres successives ne doivent pas être des répétitions mais des variations sur un même thème, en fonction des capacités de l'auditeur de l'enfant ». Avoir deux ou trois lieux de parole différents, avec des médiations différentes, peut permettre à l'enfant d'enrichir ces variations. Psychodrame, atelier conte, atelier terre... Autant de propositions de soins qui seront adaptées à chaque enfant et proposées en plus de la thérapie individuelle, pour soutenir la parole fragile de l'enfant qui revient à la vie, l'aider à se déployer jusqu'à ce que le ciment des mots tienne unies les différentes parties pulsionnelles de son corps.

Les associations ont aussi leur place dans ce réseau de soin, par le soutien qu'elles apportent aux familles et aux victimes. Ainsi, l'ADAVEM, que nous avons rencontrée, se situe, de par sa localisation au sein même du palais de justice, à la frontière entre la justice et le soin. Cela est intéressant pour articuler ces deux dimensions du parcours de la jeune victime.

Quelle est la place du pédopsychiatre dans ce réseau de soin ? Le pédopsychiatre impliqué dans le travail psychothérapeutique ne peut être mis en place d'expert. Il n'est pas là pour juger de la crédibilité de l'enfant, ou pour contribuer à l'instruction du dossier. Il offre un lieu neutre où la parole peut se déployer et s'affermir. Si un pédopsychiatre est sollicité par la justice pour faire une expertise, nous pensons qu'il ne pourra pas en même temps s'inscrire dans une relation thérapeutique avec l'enfant ou l'adolescent en question. Ce message est important à faire passer aux familles qui peuvent confondre ces deux rôles possibles du pédopsychiatre.

³⁰ Daligand L., L'enfant et le diable, Paris, L'Archipel, 2004. p. 382.

Le pédopsychiatre va donc être le médecin référent de l'enfant. C'est lui qui va rencontrer l'enfant pour recueillir ou faire émerger la demande de soins. Il va dépister les troubles pédopsychiatriques associés à la maltraitance ou à la révélation. Il restera particulièrement attentif au risque suicidaire qui peut apparaître aux différents moments de la procédure. Il décidera avec l'enfant ou l'adolescent de la prescription éventuelle d'un traitement. Il posera en équipe les indications pour des éventuels ateliers thérapeutiques. Il servira d'interlocuteur au médecin généraliste ou au pédiatre, pour garder une vision globale de la santé du jeune patient. Il pourra participer aux synthèses avec l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) et les membres de la mission éducative. Mais par-dessus tout, il effectuera avec l'enfant ou l'adolescent ce long travail de retour dans le langage.

Conclusion

La maltraitance sexuelle et *a fortiori* l'inceste exclut l'enfant ou l'adolescent de la dimension symbolique. La victime est enfermée dans le silence, ressent honte et culpabilité. Elle développe, parfois insidieusement, des troubles pédopsychiatriques qui peuvent être invalidants et l'exposer à la répétition de la maltraitance.

Lorsque l'enfant ou l'adolescent, dans un effort pour s'arracher à la confusion et au silence, révèle la maltraitance sexuelle dont il est victime, il entame un parcours judiciaire pénible et compliqué. Il provoque aussi des réactions contrastées de la part de son entourage et de sa famille.

Il faut soigner ces enfants et ces adolescents qui, à cause de la maltraitance sexuelle, sont pris dans la confusion et le non sens. Cela se traduit par des symptômes variés, qu'il faut savoir relire et prendre en compte. L'étude que nous avons réalisée montre bien que tous les enfants et adolescents accueillis à la Permanence d'Accueil Pédiatrique de l'Enfance en Danger (PAPED) du CHU d'Angers ont besoin d'une aide psychologique pour s'adapter à leur vie. Il faut aussi les accompagner tout au long du parcours judiciaire, dans leur rapport à la loi et dans la (re)construction de leurs liens familiaux et sociaux souvent bouleversés.

Ce travail nécessite une dimension pédopsychiatrique au sein d'un réseau pluri disciplinaire. Ce réseau doit allier les partenaires sociaux et les soignants, qui fondent leur approche thérapeutique sur la procédure et les décisions judiciaires mais aussi sur les symptômes présentés par l'enfant ou l'adolescent. Le but de ce travail est de permettre un retour de la victime dans le symbolique du langage.

Concrètement, nous proposons de repérer spécifiquement les enfants et adolescents qui n'ont pas de projet de soin au moment de leur passage à la PAPED, pour les orienter vers un premier accompagnement qui aura pour but de faire émerger une demande de soins et de l'organiser dans le réseau des secteurs de pédopsychiatrie.

L'enfant ou l'adolescent a besoin d'un témoin pour s'extraire de l'informe. Ce témoin peut ainsi être le thérapeute, qui croit que l'humanité de la victime n'est pas gommée. Il appelle l'enfant victime à être un parmi d'autres dans l'espérance du désir de vie.

Bibliographie

Bibliographie spécifique à la maltraitance sexuelle chez l'enfant et l'adolescent :

- [1] Achenbach T.M., Edelbrock C.S. The child behavior profile :II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of consulting and clinical psychology* 1979, Vol. 47, N° 2, 223-233.
- [2] Achenbach T.M., *Manual for the child behaviour checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.
- [3] A.F.I.R.E.M. 49, *Autres regards sur la maltraitance*, Angers, 2000.
- [4] Berg I., Fombonne E., Mc Guire R., Verhulst F. (1997), A cross cultural comparison of French and Dutch disturbed children using the Child Behaviour Checklist (CBCL). *European Child & Adolescent Psychiatry* 6:7-11 (1997).
- [5] Bouvard M., Cottraux J., *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Issy les Moulineaux, Masson, 2008.
- [6] Chiland C. : Problèmes soulevés par la maltraitance sexuelle et ses conséquences, *in* *Conséquences des maltraitances sexuelles*, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [7] Ciavaldini A., Choquet M., Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé ? *in* *Conséquences des maltraitances sexuelles*, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [8] Coinçon Y., Thévenot J.-P., Comment reconnaître une maltraitance ancienne chez l'enfant et l'adolescent ? *in* *Conséquences des maltraitances sexuelles*, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [9] Cottraux J., *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, 2004.
- [10] Daligand L., *L'enfant et le diable*, Paris, L'Archipel, 2004.
- [11] Duverger Ph., Laurent B., Gohier B., Garre J.B. Accueil et prise en charge d'enfants témoins de la mort violente, par suicide, de leurs parents. *La revue française de psychiatrie et psychologie médicale*, Octobre 2000, Tome IV, N°41.
- [12] Fombonne E., Chehdan F., Carradec A.M., Achard S., Navarro N., Reis S. Le child behavior checklist : un instrument pour la recherche en psychiatrie de l'enfant. *Psychiatr & Psychobiol.*, 3 (1998) 409-418.

- [13] Fremy D., Comment aborder et traiter les conséquences du traumatisme associé à une maltraitance sexuelle ancienne chez l'enfant et l'adolescent ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [14] Gabel Marcelline (sous la direction de) (1992), L'enfant victime d'abus sexuels, Paris, PUF.
- [15] Haidar M. (1999), Place du stress post traumatique dans l'abus sexuel. La revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale, mars 1999, n°26, p.100-101.
- [16] Hayez J-Y. : Facteurs de risque ou de protection chez le mineur d'âge victime d'abus sexuel, *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [17] Hochard F., Garret-Gloanec N., Comment aborder et traiter une maltraitance récente chez l'enfant et l'adolescent ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [18] Hochart F., Roussel A., L'hôpital face à l'enfance maltraitée, Paris, Karthala, 1997.
- [19] Huerre P., Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'adolescent ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [20] Jonas C., Quel est le rôle du psychiatre au long du parcours judiciaire de la victime ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [21] Lazartigues A., Perard D., Lisandre H., Pailleux T. (1989), Les abus sexuels, étude sur une population de 1000 étudiants. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1989, 37 (5-6), 223-229.
- [22] Nathanson M., Guettier B., Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant de 3 ans à la puberté ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [23] Nezelof S., Quels sont les effets potentiels du parcours judiciaire, de l'attitude des professionnels rencontrés, des examens cliniques, des auditions, des confrontations sur la santé de la victime ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [24] Organisation Mondiale de la Santé, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, Genève, Masson, 2000.
- [25] Parret C., Comment prendre en compte le rôle de la famille dans les conséquences potentielles de la maltraitance sexuelle lorsque la victime est un enfant ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004
- [26] Picherot G., Dufihol-Drénot L., Balençon M., Vabres N., Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant de 0 à 3 ans ? *in* Conséquences des maltraitances sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.

- [27] Porchy M-P. : Histoire juridique et sociale de la maltraitance sexuelle et de sa prise en charge, *in* Conséquences des maltraitements sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [28] Portelli S., Vers qui et comment orienter la victime d'une maltraitance sexuelle, quelles sont les principales modalités du parcours judiciaire ? *in* Conséquences des maltraitements sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [29] Roland C. Summit. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child abuse and neglect*, Vol 7, pp. 177-193, 1983.
- [30] Leonore C. Terr. Childhood traumas : an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1: 10-20.
- [31] Vermeersch S., Fombonne E. Le child behavior checklist : résultats préliminaires de la standardisation de la version française. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 1997, 45 (10), 615-620.
- [32] Vila G., Messerschmitt P. Conduite à tenir face à des événements psychotraumatiques chez l'enfant. *Réalités pédiatriques*, N°117, Janvier 2007.
- [33] Vila G., Porche L.-M., Mouren Siméoni M.-C., L'enfant victime d'agression, Paris, Masson, 1999.
- [34] Vila G. : Quels sont les éléments permettant d'évaluer les risques de conséquences à moyen et long terme ? *in* Conséquences des maltraitements sexuelles, Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- [35] www.odas.net : La Lettre de l'Odas, Décembre 2006. Protection de l'enfance : De nouvelles perspectives pour les départements.
- [36] www.odas.net : La Lettre de l'Odas, Novembre 2007. Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs.

Bibliographie générale :

- [37] David M., 0 à 2 ans, Vie affective et problèmes familiaux, Paris, Dunod, 1998.
- [38] David M., L'enfant de 2 à 6 ans, Paris, Dunod, 1997.
- [39] Dolto F., Tout est langage, Paris, Gallimard, 2002.
- [40] Ferenczi S., Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, Paris, Payot, 2004.
- [41] Ferenczi S., Le traumatisme, Paris, Payot, 2006.
- [42] Freud A., Le normal et le pathologique chez l'enfant, Paris, Gallimard, 1968.

- [43] Freud S., Cinq leçons sur la psychanalyse, Paris, Payot, 1988.
- [44] Freud S., Psychopathologie de la vie quotidienne, Paris, Payot, 1997.
- [45] Freud S., Trois essais sur la théorie sexuelle, Paris, Gallimard, 1989.
- [46] Klein M., Deuil et dépression, Paris, Payot, 2004.
- [47] Laplanche J, Pontalis J.-B., Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France, 2003.
- [48] Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Presses Universitaires de France, 2004.
- [49] Mazet Ph., Houzel D., Développement affectif, *in* Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Maloine, 1995.
- [50] Shea S. C., La conduite de l'entretien psychiatrique, l'art de la compréhension, Paris, Elsevier 2005.
- [51] Winnicott D. W., De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989.

Table des matières

<u>Introduction</u>	p. 7
<u>1^e partie : Actualités de la maltraitance sexuelle chez l'enfant et l'adolescent</u>	p. 9
I/ La maltraitance sexuelle et la maltraitance sexuelle	p. 10
1) Définition de la maltraitance	p. 10
2) Définition de la maltraitance sexuelle	p. 10
3) Epidémiologie des maltraitements	p. 11
a- Réflexions générales sur les recherches épidémiologiques	p. 11
b- Evolution des statistiques	p. 12
c- Une étude menée sur la population générale	p. 16
II/ Conséquences des maltraitements sexuels : quelles pathologies pédopsychiatriques risquent d'apparaître ? Dans quels délais ?	p. 17
1) Troubles psycho traumatiques de type I	p. 18
a- Réactions immédiates	p. 18
b- Réactions post immédiates	p. 19
c- Etat de stress post traumatique et tableaux tardifs	p. 20
2) Troubles psycho traumatiques de type II	p. 23
3) Facteurs de risques et de protection	p. 25
a- Facteurs préalables	p. 25
b- Traits de caractère de l'enfant et style de vie	p. 25
c- Entourage et fonctionnement familial	p. 26
d- Caractéristiques propres à l'abuseur	p. 26
e- Caractéristiques de l'abus	p. 27
f- Au long terme	p. 28
4) Conceptions théoriques : trois modèles du psycho traumatisme	p. 28
a- Modèle psychanalytique	p. 29
b- Modèle cognitivo comportemental	p. 30
c- Modèle neuro biologique	p. 31
III/ Les difficultés du parcours judiciaire	p. 32
1) Les obstacles à la procédure	p. 32
2) Les effets potentiellement délétères du parcours judiciaire	p. 33
3) Pourquoi ne pas parler	p. 34

IV/ La Permanence d'Accueil Pédiatrique pour l'Enfance en Danger, à Angers	p. 36
1) Contexte historique	p. 37
2) La PAPED : protocole de fonctionnement	p. 38
a- Déroulement du passage de l'enfant à la PAPED , pour une prise en charge judiciaire	p. 38
b- Le rôle des différents professionnels	p. 39
c- Prise en charge non judiciaire à la PAPED	p. 41
d- Clause évolutive	p. 41
3) La conduite de l'audition	p. 42
a- Les différentes étapes	p. 42
b- Exemple de déroulement d'une audition de police	p. 43
4) Les questions émergentes aujourd'hui	p. 43
V/ Les pratiques d'autres centres hospitaliers et des associations	p. 45
1) CHU de Tours, l'ASPED (Accueil et Soins Pour l'Enfance en Danger)	p. 45
a- Quels sont les arguments pour ne pas créer une UMJ ?	p. 45
b- L'accueil aux urgences pédiatriques d'un enfant peut-être victime	p. 45
c- Quelle place est faite à la pédopsychiatrie ?	p. 46
d- L'ASPED	p. 47
e- Les liens avec la justice	p. 48
f- Au total	p. 48
2) Centre hospitalier de St Nazaire	p. 48
a- Contexte historique	p. 49
b- Organisation de l'accueil	p. 49
3) CHU de Nantes, l'UAED (Unité d'Accueil de Enfants en Danger)	p. 50
a- Comment se déroule l'accueil de l'enfant à l'UAED ?	p. 50
b- Quels sont les arguments pour réaliser une consultation conjointe ?	p. 51
c- Quels sont les arguments pour faire intervenir un pédopsychiatre ou un psychologue dès l'accueil ?	p. 51
d- Actualités de l'UAED	p. 51
e- Au total	p. 52
4) CHU Trousseau à Paris : le CVM (Centre de Victimologie pour Mineurs)	p. 52
a- L'UMJ (Unité Médico Judiciaire pour mineurs victimes)	p. 52
b- La consultation psycho traumatisme	p. 54
c- L'UAJV (Unité d'Accueil des Jeunes Victimes)	p. 55
d- Au total	p. 55
5) Les associations : ADAVEM et AAVAS	p. 55

<u>2^e partie : Approche clinique des enfants et adolescents de 6 à 18 ans</u>	p. 58
I/ Apports de la psychanalyse dans la compréhension des maltraitances sexuelles	p. 59
1) Une maltraitance sexuelle particulière : l'inceste	p. 59
2) Silence et exclusion	p. 60
3) Culpabilité, honte, peur	p. 61
4) Répétition	p. 63
5) Parcours judiciaire	p. 65
6) La loi	p. 67
7) Apports de la psychanalyse dans la compréhension des symptômes de l'enfant et de l'adolescent	p. 68
a- L'enfant avant la puberté	p. 69
b- Le grand enfant, près de la puberté	p. 70
c- L'adolescent	p. 71
II/ Etude de dossiers : méthodologie	p. 71
1) Le but	p. 71
2) Démarche de travail	p. 71
3) Présentation de l'outil d'évaluation	p. 72
a- Etudes de validation	p. 73
b- Mode de passation	p. 73
c- Cotation	p. 77
d- Normes	p. 78
III/ Résultats	p. 79
1) Données générales	p. 79
a- Age et sexe	p. 79
b- Contexte familial	p. 80
c- Faits présumés	p. 80
d- Révélation	p. 82
e- Auteur présumé	p. 82
f- Suivi pédopsychiatrique	p. 83
2) Scores à l'échelle des compétences sociales	p. 84
IV/ Discussion	p. 85
1) Place de la pédopsychiatrie dans l'accueil et la prise en charge des enfants et adolescents victimes de maltraitances sexuelles	p. 86

a- L'enfant ou l'adolescent revient dans le langage	p. 87
b- Les liens intra familiaux sont bouleversés	p. 90
c- L'enfant ou l'adolescent peut souffrir de troubles pédopsychiatriques : il faut les dépister et les soigner	p. 91
d- Soigner pour prévenir la récurrence de la maltraitance	p. 92
2) Quand ?	p. 93
3) Comment ?	p. 95
a- Thérapies individuelles d'inspiration analytique	p. 95
b- Qu'est-ce que la thérapie n'est pas ?	p. 97
c- Soigner au risque de la violence	p. 98
d- Autres approches individuelles : les TCC	p. 99
e- Prise en charge familiale	p.101
f- Approche psycho pharmacologique	p.102
4) Qui ? Le travail en réseau	p.103
<u>Conclusion</u>	p.106
Bibliographie	p.107
Table des matières	p.111
Annexe 1 : Fiche d'évaluation utilisée au CHU de Tours	p.115
Annexe 2 : Fiche d'observation utilisée au CHU Trousseau, à Paris	p.119
Annexe 3 : Tableau présentant les résultats de l'étude des trente dossiers	p.121

ANNEXE 1 : Fiche d'évaluation utilisée au CHU de Tours



Réseau Accueil et Soins Pour l'Enfance en Danger



A S P E D

FICHE D'ÉVALUATION EN CAS DE SUSPICION DE MALTRAITANCE

Date :

Nom :	Prénom :	Sexe :
Né(e) le :	Age :	
Nom du père :	Nom de la mère :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	

MOTIF DE LA DEMANDE

ADRESSÉ(E) PAR

CIRCUIT AVANT L'ENTRETIEN

EVALUATION

Effectuée par :

Le : .../.../

INFORMATIONS PERSONNELLES

Antécédents médicaux, sociaux :

Composition familiale (parents, fratrie...) :

Mode de vie (scolarité, garde...) :

Nom des interlocuteurs (lien de parenté) :

ENTRETIEN

CONDUITE PROPOSEE / TENUE

LIAISONS EFFECTUEES

CONCLUSION (diagnostic...)

SIGNALEMENT Oui /Non

Administratif

Judiciaire

SUITES DONNEES

Placement

Autre :

COORDONNÉES DES CORRESPONDANTS (sociaux, médicaux...)

ANNEXE 2 : Fiche d'observation utilisée au CHU Trousseau, à Paris

FICHE D'OBSERVATION

N°dossier : _____ Etiquette _____
Examen psy :
Age (mois) : _____ Sexe : f m
Accompagné par : _____
Allégations parents séparés : conflit parental sans conflit
Interprétations de signes divers révélations spontanées
Signalement plainte
Nombre de frères et sœurs : _____ Rang dans la fratrie : _____

1.Séparation avec l'accompagnant (entretien avec le médecin)

- joue sans s'inquiéter du départ de l'accompagnant
- pleure au départ mais accessible au divertissement
- accepte de rester en salle d'attente mais refuse de jouer
- refuse la séparation, entretien médical en présence de l'enfant

2.Appropriation de l'espace

- occupe toute la salle d'attente en étalant les jouets
- joue assis à la table
- fait le tour du service, essaie de sortir par les portes
- reste dans un coin de la salle sans jouer

3.Utilisation des jouets

- joue spontanément
- demande la participation de l'adulte pour jouer
- ne joue pas mais demande à l'adulte de dessiner pour lui ou de jouer pour lui
- ne s'intéresse à aucun jouet

4.Parole

- parle beaucoup
- parle peu
- ne parle pas mais répond aux questions
- mutique, ne répond pas quand on lui parle

5.Contact avec un adulte inconnu et de surcroît en blouse blanche

- confiance spontanée
- petite réticence au début mais qui passe en jouant
- recherche le contact (excès de familiarité)
- refuse tout contact

6.Examen médical

- accepte facilement l'examen
- accepte après explications
- refuse sans être effrayé par la nature de l'examen
- refuse par peur de l'examen

7.Examen gynécologique

- accepte sans réticence
- en prenant du temps, accepte l'examen
- refuse sans être effrayé par la nature de l'examen
- refuse par peur de l'examen

8.Relation avec l'accompagnant pendant l'examen

- présence rassurante de l'accompagnant
- accompagnant présent mais ne participe pas et ne rassure pas l'enfant
- trop proche de l'enfant au point de gêner l'examen
- interroge l'enfant au moment de l'examen, veut le forcer à parler des faits

9.Réaction de l'accompagnant après le résultat de l'examen (normal)

- soulagé ou n'est pas surpris
- ne comprend pas le résultat
- n'accepte pas les conclusions du médecin
- déçu de ne pas avoir de preuves physiques

10.Après l'examen

- l'enfant retourne jouer
- ne veut pas quitter le parent
- ne tient pas en place, s'agite
- fait une colère

Commentaires :

Annexe 3 : Tableau présentant les résultats de l'étude de trente dossiers

Tableau I : Légende des abréviations utilisées dans le tableau p. 122 et 123

Nature des faits présumés	Lien de l'auteur présumé à la victime présumée
A : Attouchements E : Exhibitionnisme F : Fellation NC : non caractérisés V : Viol Vy : Voyeurisme	AF : Ami de la Famille AI : Ami rencontré sur Internet C : Cousin CE : Camarade d'Ecole CGM : Compagnon de la Grand-Mère CM : Compagnon de la Mère FCM : Fils du Compagnon de la Mère GP : Grand-père M : Mère P : Père PA : Petit Ami PL : Pas de Lien Vs : Voisins

Prénom	Age Sexe	Score	Parents		Faits							Révélation		
			Ensemble	Séparés	Anciens	Récents	Intra familiaux	Extra Familiaux	Unique	Répétés	Nature des faits	Ancienne	Récente	
1 Mo	14 F	4,5	X			X		X			X	A		X
2 Mi	13 F	6,5		X		X		X	X			A + V		X
3 No	15 F	9,6	X			X		X	X			V		X
4 An	16 M	14,5	X		X			X			X	A		X
5 Ch	15 F	10,6		X	X		X				X	A		X
6 An	9 F	18,2	X			X		X	X			NC		X
7 Ci	12 F	13,3		X	X		X			X		V		X
8 Sa	15 F	7		X	X		X				X	A	X	X
9 Ma	14 F	4,6		X	X		X				X	A		X
10 Mo	13 F	14,6		X	X	X	X				X	A		X
11 Ma	16 F	9,8		X	X		X				X	V	X	X
12 Fl	12 M	0		X		X		X			X	E + A		X
13 Ju	14 F	10,5		X		X		X	X			Vy		X
14 El	11 F	10,6		X	X		X				X	A		X
15 Ca	7 F	9,8		X	X		X				X	A		X
16 Ro	13 F	13,6		X	X		X				X	A		X
17 Ch	15 F	11		X		X		X	X			V		X
18 Th	9 F	12,4	X			X		X			X	NC		X
19 Me	15 F	8,3	X		X		X		X			A		X
20 Lu	7 F	13,2		X	X		X				X	NC	X	
21 Co	13 M	11,2	X		X			X	X			F + Vy	X	
22 MB	12 F	11,9		X		X		X	X			V		X
23 Co	15 F	9,8	X			X		X			X	V		X
24 He	15 M	7,7		X	X			X	X			A		X
25 La	17 F	12		X		X		X	X			V		X
26 Mé	15 F	7,5		X		X		X	X			V		X
27 St	6 F	6,5	X			X	X			X		V		X
28 Al	10 M	13,25		X		X	X				X	NC		X
29 Th	14 M	12,2		X		X		X			X	A		X
30 Ch	15 M	?		X	X			X			X	NC		X

Prénom	Auteur								Suivi pédopsychiatrique			
	Connu	Inconnu	Un seul	Plusieurs	Enfant	Adolescent	Adulte	Lien victime	En cours	Demandé parents	Demandé PAPED	Pas de suivi
1 Mo	X			X		X		CE		X		
2 Mi	X			X			X	PA	X			
3 No	X		X				X	CE		X		
4 An	X		X				X	AF		X		
5 Ch	X		X				X	CM	X	X		
6 An	X		X		X			CE		X		
7 Ci	X		X			X		C				X
8 Sa	X		X				X	CM	X			
9 Ma	X		X			X		FCM	X			
10 Mo	X		X				X	CM				X
11 Ma	X		X				X	GP		X		
12 Fl	X			X		X		CE	X			
13 Ju	X			X		X		CE		X		
14 El	X		X				X	CGM		X		
15 Ca	X		X				X	CGM		X		
16 Ro	X		X				X	CGM	X			
17 Ch	X		X			X		CE		X		
18 Th	X			X		X		Vs				X
19 Me	X		X				X	GP	X			
20 Lu	X		X				X	M				X
21 Co	X		X			X		Vs	X			
22 MB		X	X				X	PL			X	
23 Co		X	X				X	PL	X			
24 He	X		X				X	AF		X	X	
25 La	X		X				X	AI		X		
26 Mé	X		X				X	AI		X		
27 St	X		X				X	P	X			
28 Al	X		X				X	P	X			
29 Th	X			X			X	AF				X
30 Ch	X		X				X	AF		X		