

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 207

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Psychiatrie

par

Hélène RAFFIN *Psychiatrie*

née le 27 janvier 1984 à La Roche sur Yon

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2013

**Quand le traumatisme rencontre la loi : vers un modèle de tuteur de
résilience ?**

Réflexion psychopathologique à partir de témoignages d'enfants victimes de maltraitance

Président : Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Carole GÉTIN

Remerciements

À Monsieur le Professeur Olivier BONNOT,

Vous me faites l'honneur de présider ce Jury de thèse.

Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude et de tout mon respect.

À Monsieur le Professeur Gérard DABOUIS,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce Jury de thèse.

J'ai été très sensible à vos indications concernant ce travail, et particulièrement aux lectures dans le domaine de l'éthique clinique, qui ont contribué à nourrir ma réflexion.

Soyez assuré de mon profond respect.

À Madame le Professeur Christèle GRAS - LE GUEN,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de siéger à ce Jury de thèse.

Votre participation, au-delà du champ de la pédopsychiatrie, contribue à la richesse de ce travail.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Renaud CLÉMENT,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce Jury de thèse.

Vous m'avez permis de découvrir le fonctionnement de l'Unité de Médecine Légale de Nantes et de mieux comprendre l'articulation médico-judiciaire des soins. Votre vision de spécialiste de la médecine légale est un apport précieux dans le cadre de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur Carole GÉTIN,

J'ai eu la chance de bénéficier de tes conseils et de ton expérience tout au long de ce travail. Merci d'avoir accepté de me soutenir dans cette thèse, merci pour ta disponibilité et ta bienveillance.

Au-delà, merci pour ton précieux enseignement de la pédopsychiatrie qui a contribué à enrichir mon regard de nouvelles réflexions et de véritablement comprendre et m'intéresser en profondeur à la psychopathologie de l'enfant.

Que ce travail soit la reconnaissance de ma sincère gratitude.

Mes remerciements vont également :

À mes parents, pour m'avoir accompagnée sur le chemin sinueux de la médecine. Pour votre infailible soutien, votre attention bienveillante. Pour m'avoir transmis votre courage et votre détermination. Pour être toujours là. Merci Maman pour ta précieuse relecture.

À Béa pour ta disponibilité de chaque instant, ton soutien, ton énergie communicative. Pour tes conseils avisés de juriste et ta si précieuse aide à la mise en pages et à la relecture. Pour être toi aussi toujours là.

À ma famille, pour votre présence. Pour tous les bons moments passés et à venir.

À tous mes amis, pour l'amitié que vous me témoignez. À Antoine, Sabine et Sylvain pour la rigueur de votre relecture qui m'a énormément aidée. À Vincent, pour tout ton soutien et tes encouragements.

À l'ensemble des professionnels et des équipes de soins ayant contribué à ma formation. À l'équipe de l'UAED pour leur accueil et leur disponibilité.

Enfin, une pensée sincère pour toutes ces personnes, enfants ou adultes, qui m'ont permis d'alimenter ma réflexion et m'ont prêté, pour ce travail, une petite part d'elles-mêmes.

Composition du jury

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

PU-PH, Unité Universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Nantes

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Carole GÉTIN

PH, Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie (SHIP), S.I.S.M.L.A, Nantes

Membres du Jury :

Monsieur le Docteur Renaud CLÉMENT

PH, Unité de Médecine Légale, CHU de Nantes

Monsieur le Professeur Gérard DABOUIS

PU-PH, Consultation d'éthique clinique, CHU de Nantes

Madame le Professeur Christèle GRAS - LE GUEN

PU-PH, Service de Pédiatrie Communautaire, CHU de Nantes

« In the little world in which children have their existence, there is nothing so finely perceived and so finely felt as injustice ».

« Dans le petit monde des enfants, rien n'est aussi finement perçu, rien n'est aussi subtilement ressenti que l'injustice ».

Pip - Great Expectations - Charles Dickens.

Liste des abréviations

AEFP : Aide Éducative Familiale Préventive

AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CDEF : Centre Départemental Enfance et Famille

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CG : Conseil Général

CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico Psycho-Pédagogique

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

IML : Institut Médico-Légal

IP : Information Préoccupante

ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

JDE : Juge Des Enfants

ODAS : Observatoire Départemental de l'Action Sociale

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

OGP : Ordonnance de Garde Provisoire

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PR : Procureur de la République

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile

SSD : Service Social Départemental

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TGI : Tribunal de Grande Instance

TISF : Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et Familiale

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TPSE : Tutelle aux Prestations Sociales destinée aux Enfants

UAED : Unité d'Accueil des Enfants en Danger

UGOMS : Unité de Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund – Fonds des Nations Unies pour l'Enfance –

Table des matières

Introduction.....	13
I. Histoires cliniques d'enfants victimes de maltraitance.....	14
1. L'enfant, le traumatisme et la loi : intérêt du sujet.....	14
2. Marie.....	16
2.1. <i>Présentation</i>	16
2.2. <i>Contexte de vie</i>	16
2.3. <i>Antécédents</i>	17
2.4. <i>Récits cliniques / Recours aux soins et accompagnement</i>	17
3. Antoine.....	20
3.1. <i>Présentation</i>	20
3.2. <i>Contexte de vie</i>	20
3.3. <i>Antécédents</i>	21

3.4. <i>Récits cliniques / Recours aux soins et accompagnement</i>	21
4. David.....	25
4.1. <i>Présentation</i>	25
4.2. <i>Contexte de vie</i>	25
4.3. <i>Antécédents</i>	26
4.4. <i>Récits cliniques / Recours aux soins et accompagnement</i>	28
5. Céline.....	30
5.1. <i>Présentation</i>	30
5.2. <i>Contexte de vie</i>	30
5.3. <i>Antécédents</i>	30
5.4. <i>Récits cliniques / Recours aux soins et accompagnement</i>	30

II. Maltraitance infantile et Droit.....35

1. La maltraitance infantile.....	35
1.1. <i>Conditions de définition</i>	35
1.1.1. Dimension historique.....	35
1.1.2. Dimension culturelle.....	39
1.2. <i>Définition</i>	41
1.2.1. Types de maltraitance.....	41
1.3. <i>Clinique</i>	43
1.3.1. Généralités.....	43
1.3.2. Eléments cliniques évocateurs de maltraitance	44
1.3.2.1. <i>Maltraitance physique</i>	44
1.3.2.2. <i>Symptômes témoins de carences, négligences ou cruauté mentale</i>	45
1.3.2.3. <i>Abus sexuels</i>	47
1.3.3. Facteurs de risque.....	48
1.4. <i>Données épidémiologiques actuelles</i>	49
1.4.1. Echelle nationale.....	49
1.4.2. Echelle mondiale.....	50
2. Droits fondamentaux de l'enfant.....	52
2.1. <i>Aperçu historique</i>	52
2.2. <i>Point sur la situation actuelle : généralités sur les droits fondamentaux de l'enfant</i>	54
2.3. <i>Statut juridique de l'enfant</i>	57
3. La protection de l'enfance.....	59
3.1. <i>Dimension internationale</i>	59

3.2. <i>Qu'en est-il au niveau national ?</i>	60
3.2.1. Application de la Convention dans les législations internes.....	60
3.2.2. Système français de protection de l'enfance.....	60
3.2.2.1. <i>Principaux apports de la loi du 5 mars 2007</i>	61
3.2.2.2. <i>Notion de secret partagé</i>	62
3.2.2.3. <i>Procédure</i>	63
3.2.2.3.1. Protection administrative.....	63
3.2.2.3.1.1. <i>Principaux acteurs du dispositif</i>	63
3.2.2.3.1.2. <i>Actions administratives</i>	64
3.2.2.3.2. Protection judiciaire.....	65
3.2.2.3.2.1. <i>Cas particulier des situations d'urgence</i>	66
3.2.2.3.2.2. <i>Rôle du Juge des Enfants</i>	67
4. De la violence au traumatisme.....	71
4.1. ... <i>ou des fonctions sociétales de la loi</i>	71
4.2. ... <i>à son ressenti individuel</i>	71

III. Réflexion sur les enjeux psychopathologiques soulevés au regard de la procédure

judiciaire	74
1. L'enfant, le traumatisme et la loi : abord psychopathologique.....	74
1.1. <i>Du traumatisme de la maltraitance</i>	74
1.1.1. Concept de traumatisme dans l'oeuvre freudienne.....	74
1.1.2. La compulsion de répétition.....	75
1.1.3. Place dans les classifications actuelles.....	76
1.1.4. Aspects cliniques du psychotraumatisme de l'enfant.....	78
1.1.4.1. <i>Considérations générales</i>	78
1.1.4.2. <i>Données sémiologiques de l'ESPT de l'enfant et de l'adolescent</i>	79
1.1.4.3. <i>Formes cliniques</i>	80
1.1.4.4. <i>Troubles associés</i>	81
1.1.5. Apports neurobiologiques.....	82
1.1.6. Variabilité inter-individuelle du traumatisme.....	83
1.2. <i>Etapes du développement psycho-affectif de l'enfant</i>	84
1.2.1. Bases nécessaires au développement psycho-affectif normal	84
1.2.1.1. <i>Cadre et soutien narcissique</i>	84
1.2.1.2. <i>Mise en place de l'espace transitionnel</i>	85
1.2.2. Considérations au regard du fonctionnement intra-psychique	85

1.2.2.1. <i>Données psychanalytiques</i>	86
1.2.2.1.1. Instances psychiques.....	86
1.2.2.1.1.1. <i>Particularités du Surmoi</i>	87
1.2.2.1.2. Intégration de la loi symbolique.....	89
1.2.2.1.3. Naissance du sentiment de justice.....	89
1.2.2.1.4. Gratitude et culpabilité.....	90
1.2.2.1.5. Émergence et développement de la pensée morale.....	90
1.2.2.1.6. Apports des travaux récents	92
1.3. <i>Effets psychopathologiques du traumatisme de la maltraitance à la lumière des situations cliniques de Marie, Antoine, David et Céline</i>	94
1.3.1. Atteinte narcissique	94
1.3.2. Dépression.....	95
1.3.3. Confusion des rôles et absence de repères identificateurs.....	95
1.3.4. Troubles de l'attachement.....	96
1.3.5. Sentiment de culpabilité.....	97
1.3.6. Peurs et troubles anxieux.....	98
1.3.7. Troubles du sommeil.....	99
1.3.8. Troubles cognitifs et mise à mal de l'activité de pensée.....	100
1.3.9. Colère, hostilité et troubles du comportement sur un mode agressif.....	100
1.3.10. Pseudo-maturité.....	101
1.3.11. Troubles du comportement alimentaire.....	102
1.3.12. Troubles des interactions et rapport au monde.....	102
2. Le concept de résilience.....	104
2.1. <i>Naissance du concept</i>	104
2.2. <i>Définition</i>	105
2.2.1. Les ressources internes, facilitateurs de résilience.....	106
2.2.1.1. <i>Attachement et milieu sensoriel</i>	107
2.2.1.2. <i>Données neurobiologiques</i>	107
2.2.2. Les tuteurs de résilience.....	108
2.3. <i>Loi et résilience : une alliance possible ?</i>	109
3. Quand le traumatisme de la maltraitance rencontre la loi : vers un modèle de tuteur de résilience ? Réflexion psychopathologique à la lumière des situations de Marie, Antoine, David et Céline.....	110
3.1. <i>Du cadre général de la loi symbolique</i>	110
3.2. <i>... au singulier de chaque situation</i>	114

3.2.1. Marie.....	114
3.2.2. Antoine.....	115
3.2.3. David.....	116
3.2.4. Céline.....	117
IV. Abords thérapeutiques.....	120
1. Le soin.....	120
1.1. <i>Qu'est-ce que le soin ?</i>	120
1.2. <i>Principes généraux du soin</i>	121
2. Le dispositif du CHU de Nantes.....	123
2.1. <i>Présentation</i>	124
2.2. <i>Unité d'Accueil des Enfants en Danger</i>	124
2.2.1. <i>Présentation</i>	124
2.2.2. <i>Fonctionnement</i>	125
2.2.3. <i>Lieu d'accueil pour auditions filmées</i>	126
3. La loi tuteur de résilience : conditions apparaissant nécessaires.....	128
4. Particularités du soin psychique auprès de l'enfant.....	135
5. Place et rôle du pédopsychiatre.....	141
6. Propositions thérapeutiques en pratique clinique.....	145
Conclusion.....	149
Annexes.....	152
<i>Annexe 1 : Déclaration de Genève</i>	153
<i>Annexe 2 : Déclaration des Droits de l'enfant</i>	154
<i>Annexe 3 : Convention Internationale des Droits de l'Enfant</i>	157
Bibliographie.....	174

Introduction

Maltraitance et traumatisme, loi, résilience. Des concepts qui semblent bien éloignés. Pourrait-on imaginer les articuler autour d'une problématique commune ?

La maltraitance infantile est un préoccupant phénomène de santé publique. Affaires Marina, Typhaine, dossier Séréna, les médiatisations ne font que révéler au grand jour un fait de société que les données historiques font remonter à l'Antiquité.

Confrontés à de telles situations, et lorsque l'issue n'est pas fatale, il n'est pas rare que les enfants éprouvent à distance un véritable traumatisme. Quand le recours à la justice est engagé, l'enfant se retrouve au cœur d'un système médico-judiciaire qui lui est inconnu. C'est à cette configuration médico-judiciaire que nous avons voulu nous intéresser, en tentant de discerner comment, au même titre que la prise en charge médicale, l'application de la loi pouvait faire partie intégrante du soin. De façon plus spécifique, en quoi pourrait-elle aider l'enfant et devenir un tuteur de résilience sur lequel, pour poursuivre la métaphore, il pourrait s'appuyer pour mieux grandir ? C'est cette question que notre démarche propose de considérer.

Dans un premier temps, nous rencontrerons Marie, Antoine, David et Céline qui nous guideront

dans notre réflexion. Puis, nous nous intéresserons aux fondements théoriques à connaître en matière de maltraitance infantile et de droits de l'enfant. La troisième partie traitera des enjeux psychopathologiques soulevés au regard de la procédure judiciaire. Enfin, nous aborderons dans un dernier temps la dimension du soin auprès de l'enfant et de son entourage.

I. Histoires cliniques d'enfants victimes de maltraitances

1. L'enfant, le traumatisme et la loi : intérêt du sujet

Au cours de mon deuxième semestre d'internat, dans le service de pédopsychiatrie de liaison au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes, j'ai été amenée à suivre des enfants victimes de maltraitances et pour lesquels une procédure judiciaire était engagée. Les histoires de ces enfants étaient plurielles, mais tous avaient vécu une situation traumatique, ponctuelle ou continue, nécessitant l'intervention du pédopsychiatre.

Malgré leur jeune âge, tous, avec leurs propres mots, faisaient spontanément référence à un moment ou à un autre au rôle de la justice dans leur parcours de soin.

L'idée de ce travail est née de ces rencontres, et des témoignages singuliers de ces enfants. Elle s'est précisée à la suite de mon parcours clinique, émaillé de rencontres d'enfants et d'adultes ayant vécu des situations comparables.

Quels peuvent être, pour un enfant victime de maltraitances, les enjeux psychiques soulevés par une procédure judiciaire ? Qu'est-ce qui, au travers de cette démarche, peut être signifiant pour lui ? Dans de telles situations, peut-on formuler des hypothèses psychopathologiques sur lesquelles s'appuieraient les soins ? En quoi le droit peut-il être un point d'appui du processus de réparation

pour ces enfants ?

Autant de questions qui m'ont interpellée et ont constitué la trame de fond de ma réflexion.

La méthode que j'ai utilisée est celle d'une démarche casuistique. Chacun des cas cliniques qui va suivre illustre une situation de maltraitance avérée pour laquelle la question des enjeux psychopathologiques d'une application des droits de l'enfant s'est posée. Il s'agit notamment d'essayer de repérer les processus à l'œuvre dans les situations exposées. Forts des apports théoriques qui seront envisagés dans une deuxième partie, c'est dans cet esprit de repérage des enjeux psychopathologiques en action que j'ai entrepris un travail d'analyse, m'efforçant de mieux poser les questions et de repérer les lignes de réflexion paraissant les plus fécondes. Dans une dernière partie, et à partir des axes dégagés, j'ai souhaité rejoindre la pratique clinique quotidienne en formulant quelques propositions thérapeutiques. Il ne s'agit bien évidemment pas de recettes qui viendraient se substituer à l'évaluation et à la réflexion personnelle de chaque situation particulière, mais plutôt d'outils pouvant servir à une telle évaluation.

Les témoignages que j'ai recueillis reposent sur ce que chacun a bien voulu me livrer de lui-même et de sa vie. Nous pouvons retenir de chacune de ces histoires qu'elle reste singulière, mais permet de nous apporter un éclairage indispensable pour amorcer notre réflexion.

Ainsi, à travers leurs témoignages, Marie, Antoine, David et Céline guideront notre réflexion psychopathologique et nous aideront à en extraire quelques pistes thérapeutiques.

2. Marie

2.1. Présentation

Je rencontre Marie alors qu'elle est hospitalisée depuis la veille dans le service de pédiatrie de l'hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes. Elle est à l'époque âgée de 11 ans. C'est une fillette souriante, brune aux cheveux longs, qui parle facilement et se montre très à l'aise face à l'adulte, employant un vocabulaire étonnamment élaboré pour son âge.

Marie a été hospitalisée la veille dans un contexte de maltraitances physiques, à la demande du pédopsychiatre du Centre Médico-Psychologique (CMP) qui la suit. Elle s'est présentée avec de nombreuses ecchymoses sur le visage lors de la précédente consultation. À l'examen d'accueil aux urgences, Marie dit subir des violences physiques répétées de la part de son père, que celui-ci reconnaît.

2.2. Contexte de vie

Marie vit à domicile avec ses parents et sa grande sœur de 13 ans. Son père, sans emploi, a un fils aîné de 25 ans d'une première union qui s'est terminée par un divorce. Sa mère, ouvrière dans une usine, est en arrêt maladie depuis plusieurs semaines au moment de l'hospitalisation de Marie.

Marie rapporte des relations conflictuelles dans le couple parental avec deux épisodes de séparation, l'année précédente pendant deux mois, puis le mois précédent pendant trois semaines. Ses parents vivent à nouveau ensemble depuis trois semaines. Marie dira à propos de ces événements « c'est maman qui est partie, c'était difficile pour elle avec mon père ».

Sur le plan scolaire, Marie vient d'achever sa 6ème. Elle a d'elle-même demandé le redoublement car « l'année a été difficile et je n'ai pas acquis de bases solides ». Elle me dit qu'elle aimerait être boulangère-pâtissière, parce que « c'est un métier où on voit les gens et où on peut leur faire plaisir ». Par ailleurs, c'est une petite fille pleine de vie qui pratique la natation, l'équitation et aime particulièrement la lecture.

2.3. Antécédents

Il ne s'agit pas du premier épisode de violences intra-familiales. Marie avait été victime de violents coups il y a trois ans. Un signalement avait été fait par l'équipe éducative de l'école. Une mesure d'Assistance Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) avait été prise l'année auparavant et un éducateur intervenait depuis à domicile. De plus, devant des inquiétudes des professeurs concernant l'état psychique de Marie, un suivi pédopsychiatrique en CMP avait été demandé et s'était mis en place le mois précédent l'hospitalisation. Ils rapportaient un changement dans le comportement de Marie, avec une tendance au repli et des attitudes d'hypervigilance. Elle semblait souvent soucieuse et inquiète.

À noter enfin, en ce qui concerne les antécédents familiaux, que les parents de Marie étaient tous les deux suivis pour syndrome dépressif, depuis plusieurs années.

2.4. Récits cliniques / Recours aux soins et accompagnement

À son arrivée aux urgences, Marie rapporte un climat de violences intra-familiales qui s'est accentué ces derniers temps. La veille, elle dit avoir reçu de son père plusieurs coups de poing au front « avec sa chevalière ». Ces violences durent selon elle depuis cinq ans, « surtout quand je fais des bêtises ». En la faisant préciser, Marie dit que cela peut se produire par exemple lorsqu'elle coupe la parole, ou qu'elle n'a pas envie de faire ce que son père lui demande. Les entretiens auprès de Marie mettent en évidence, comme souvent dans ces cas-là, un contexte mêlé de maltraitance psychologique avec des insultes et des propos disqualifiants quotidiens.

Ses parents reconnaîtront cet état de fait, la mère de Marie précisant qu'elle et sa fille aînée subissent aussi des violences physiques de la part du père de Marie. Elle ajoutera que c'est pour cette raison qu'elle était partie du domicile l'an dernier, à la suite d'un violent conflit.

L'examen clinique de Marie à l'arrivée montre effectivement un hématome frontal important, associé à de multiples ecchymoses du visage. Elle présente par ailleurs des douleurs dorsales et cervicales sans lésion visible.

Devant cette situation de particulière gravité, un signalement est effectué auprès du Procureur de la République. Marie est hospitalisée dans le service de pédiatrie de l'unité Mère-Enfant. Conformément à la décision judiciaire, cette hospitalisation se fait dans le cadre d'une Ordonnance de Garde Provisoire (OGP) interdisant les rencontres de Marie avec ses parents. La fillette est confiée aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) en charge de trouver une famille d'accueil ou une institution.

Une rencontre est rapidement organisée auprès de l'assistante sociale, à laquelle sont présentes Marie et sa maman. Celle-ci peut formuler qu'elle et son mari ont demandé à plusieurs reprises de l'aide car ils se sentaient en difficulté avec Marie. Elle décrit un climat très conflictuel à la maison depuis plusieurs années, mais qui s'est accentué ces derniers temps. Elle fait le lien avec le licenciement récent de son mari.

Au cours de cette rencontre sont expliqués à Marie ce qu'est une OGP et le projet à plus long terme prévu pour elle. Marie fait part de son souhait de ne pas vouloir voir son père mais demande à plusieurs reprises à ce que sa mère puisse venir la voir le temps de l'hospitalisation et exprime à quel point cela est important pour elle. Elle dit se sentir « perdue » et fait part d'un sentiment de solitude très pesant. Il semble en effet à l'équipe soignante qu'il serait bénéfique pour Marie que sa mère puisse venir la voir, le comportement observé de celle-ci étant toujours adapté et bienveillant. Dans ce contexte, un appel est effectué auprès du Parquet de Nantes sollicitant une révision de la situation. Le Procureur, après révision, autorise les visites de sa mère auprès de Marie.

Rapidement, une famille d'accueil est trouvée pour Marie. Dans le cadre du Protocole de Préparation au Placement élaboré par les professionnels de l'hôpital, de l'ASE, de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et du Centre Départemental Enfance et Famille (CDEF), elle les rencontre deux fois au cours de son hospitalisation, d'abord pendant quelques heures, puis elle ira déjeuner et passer l'après-midi en leur compagnie. Cela la rassurera beaucoup.

Une audience a lieu la veille de la sortie d'hospitalisation de Marie. Elle confie au cours des entretiens appréhender ce moment, en particulier la confrontation avec son père. À l'issue de cette audience, il est décidé que Marie aille en famille d'accueil pour une durée de huit mois. Elle quitte comme convenu le service le lendemain.

Sur le plan de ses loisirs, Marie pourra suivre un stage d'équitation, prévu de longue date, en s'y rendant tous les jours lors de la dernière semaine dans le service.

Marie reste hospitalisée quinze jours dans le service. Au cours des entretiens, elle verbalise facilement la plupart du temps, avec cependant plus de difficultés dès qu'il s'agit d'évoquer son ressenti ou de mettre des mots sur ses sentiments. Il ressort de son discours une extrême ambivalence, Marie faisant part de son souhait d'être protégée en raison de la peur qu'elle ressent vis-à-vis de son père et de manière plus générale du climat conflictuel à domicile; mais évoquant également son sentiment de culpabilité face à cette situation. Elle dira notamment à plusieurs reprises avoir « peur que [son] papa aille en prison à cause [d'elle] ». Au-delà de sa relation avec son père, ce sentiment de culpabilité se retrouve dans le fonctionnement habituel de Marie. On l'observe notamment sur les temps de groupe au cours desquels elle se trouve avec des jeunes de son âge (activités ou temps de vie en commun dans le service), où elle est sans cesse dans l'excuse ou dans une demande de pardon.

Par ailleurs, elle semble quelquefois être dans une attitude d'hyperadaptation, et fait preuve d'une étonnante disposition à ne jamais se plaindre. Tout semble lui convenir, ce qui sera d'ailleurs souligné par un jeune patient du service avec qui Marie se liera d'amitié « Marie, elle est toujours contente, elle ne se plaint jamais ».

Marie aborde les maltraitances qu'elle subit régulièrement avec un certain détachement, disant la plupart du temps que « ce n'était pas grand chose ». On peut formuler ici l'hypothèse d'un fonctionnement de banalisation à visée défensive face à sa situation.

Les entretiens ne mettront pas en évidence d'éléments dépressifs la concernant.

Marie pose beaucoup de questions sur le fonctionnement d'une famille d'accueil, exprime sa peur de ne plus voir ses parents si elle était placée. Elle se montre très rassurée par les entrevues organisées pendant la période d'hospitalisation.

Par ailleurs, elle formule à de nombreuses reprises le souhait de voir sa sœur et vit difficilement le fait de ne pouvoir avoir avec elle que des contacts téléphoniques.

3. Antoine

3.1. Présentation

Je suis amenée à rencontrer Antoine alors qu'il est hospitalisé depuis la veille dans le service de pédiatrie de l'hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes. C'est un jeune garçon brun de 10 ans et demi, plutôt petit pour son âge, souriant et très vif d'esprit. Je suis d'emblée frappée par la facilité à entrer en contact avec lui, Antoine ne manifestant aucune méfiance et étant tout de suite dans la relation.

Antoine s'est présenté la veille aux urgences pédiatriques du CHU, accompagné par le personnel de la Brigade des Mineurs, dans le cadre d'une enquête ordonnée en urgence par le substitut du Procureur du Parquet de Nantes. Cette enquête faisait suite à un signalement émanant du médecin scolaire. À son arrivée, conformément à la décision judiciaire, Antoine est donc sous la protection de l'ASE, avec orientation au CHU de Nantes en vue d'un examen et d'une éventuelle hospitalisation, dans le cadre d'une OGP. L'ordonnance précise que les rencontres avec ses parents sont interdites en dehors de la présence d'un travailleur social.

3.2. Contexte de vie

Antoine est enfant unique. Au moment de son hospitalisation, ses parents sont séparés depuis sept ans et la garde d'Antoine est confiée à son père. Il voit sa mère un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires.

Le père d'Antoine a refait sa vie depuis quelques années avec une femme avec qui il a eu deux enfants, Naomi, 3 ans, et Yanis, 10 mois. Ils vivent donc au quotidien tous les cinq ensemble.

Sa mère vit en couple depuis quelques années mais n'a pas d'autres enfants.

Antoine est scolarisé en CM1 en Classe pour L'Inclusion Scolaire (CLIS). Il m'annonce qu'il passera en CM2 à la rentrée.

3.3. Antécédents

Il s'agit de la première hospitalisation dans le service pour Antoine.

Il signale avoir été hospitalisé il y a trois ans dans le service de chirurgie plastique. L'examen du dossier nous apprendra qu'il s'agissait d'une hospitalisation de 24 heures pour prise en charge chirurgicale d'une brûlure thermique sur la cuisse.

Par ailleurs, Antoine a bénéficié d'une consultation chez une psychologue avant son entrée en CLIS, dans le cadre de la procédure en vigueur de son établissement scolaire.

On ne relève pas d'antécédents familiaux notables le concernant.

3.4. Récits cliniques / Recours aux soins et accompagnement

Antoine est adressé dans le service des urgences pédiatriques par le médecin scolaire de son établissement.

Le matin, il se plaint de douleurs au bras gauche auprès de l'auxiliaire scolaire. Celle-ci contacte le médecin scolaire qui reçoit Antoine. À l'examen clinique, il constate de multiples lésions cutanées à type d'ecchymoses et d'excoriations, et une contusion du poignet à l'origine d'une impotence fonctionnelle partielle.

Pour expliquer cela, Antoine dit qu'il aurait été victime de violences physiques de la part de son père. Devant ces constatations cliniques et les explications d'Antoine, le médecin scolaire effectue un signalement auprès du Parquet de Nantes. Une OGP est prononcée, plaçant Antoine sous la protection de l'ASE, avec orientation au CHU de Nantes en vue d'un examen et d'une éventuelle hospitalisation. L'ordonnance précise que les rencontres avec ses parents sont interdites en dehors de la présence d'un travailleur social. Antoine est conduit aux urgences pédiatriques par le personnel de la Brigade des Mineurs.

À son arrivée, Antoine semble très inquiet mais est tout à fait accessible à l'échange auprès des soignants. Il demande d'emblée à voir sa maman, et dit qu'il sait en revanche que son père « n'a pas le droit de [lui] rendre visite pour le moment ».

L'observation indique qu' « Antoine semble très attristé lorsque nous l'informons de l'interdiction de visites de sa mère, malgré le fait que nous lui expliquions que, bien sûr, il s'agit

d'une mesure de protection ».

L'examen clinique relève des lésions cutanées multiples disséminées sur tout le corps, à type d'ecchymoses, excoriations et contusion. La radiographie du poignet effectuée devant une contusion avec impotence fonctionnelle partielle s'avère sans particularité.

Des photographies sont effectuées par le service de photologie et jointes au certificat médical effectué sur réquisition du Commandant de Police.

Pendant l'examen et l'entretien, Antoine tient des propos très clairs en ce qui concerne l'origine des lésions présentées. « C'était hier, je n'avais pas rangé ma chambre ». « Papa m'a tapé », « avec la ceinture en cuir ». « Là » (il désigne sa cuisse et ses fesses). Il précise : « Il me dit de me mettre les mains sur le bureau et de ne pas bouger [...] et il tape avec la ceinture ». Il ajoute que « Papa m'a pris la tête et a fait boum sur le sol », mimant qu'on lui tire les cheveux.

Lorsqu'on lui demande si c'est la première fois, Antoine répond « Non. A la maternelle, il m'avait tapé quand j'étais tout petit » [...] « parfois il s'énerve contre moi et ma petite sœur. Des fois, il fait mal à ma petite sœur. Mais pas à mon petit frère ».

Il dit ne jamais avoir été victime de violences de la part de sa mère.

Il peut faire part de bons moments avec chacun de ses deux parents, mais exprime aussi les difficultés rencontrées au domicile de son papa.

Antoine vit difficilement le fait de ne pas voir sa maman au début de l'hospitalisation. Il formule avec insistance la demande de la voir mais dit en revanche ne pas souhaiter avoir de visites de son père. Les journées se passent bien, et il s'intègre facilement au groupe d'enfants et de jeunes hospitalisés dans le service. C'est un enfant souriant, très compliant et toujours partant pour les activités qui lui sont proposées. On constate dans son comportement une très grande avidité affective qui l'amène à s'attacher à tout adulte présent. Dans ce contexte d'hyperattachement anxieux, la présence du soignant est pour lui très rassurante.

Les nuits sont plus difficiles avec des difficultés d'endormissement manifestes et des cauchemars récurrents où Antoine nous dira que dans son sommeil « un voleur vient pour [l'] enlever de l'hôpital ». Il met en lien ses difficultés d'endormissement avec le fait de ne pas voir sa maman « d'habitude [quand je suis chez elle], elle est auprès de moi quand je m'endors ».

La révision de l'OGP après huit jours d'hospitalisation autorise des visites non médiatisées de sa mère, qui viendra alors quotidiennement le voir. Concernant son père, les modalités de visite sont inchangées.

Les difficultés d'endormissement qu'il présentait s'amendent rapidement. Les cauchemars récurrents persistent cependant. Après dix jours d'hospitalisation, Antoine exprime le souhait de contacter son père par téléphone pour « avoir des nouvelles et parler avec lui de ce qui s'est passé ». Pendant l'entretien téléphonique, son père lui présente ses excuses avec beaucoup d'émotion, et reconnaît avoir été violent envers lui. Il dit comprendre les mesures judiciaires prises. Par la suite, il viendra voir Antoine au cours de visites médiatisées. Après un moment initial d'appréhension, Antoine s'en dira très content et attendra chaque jour ces visites avec impatience.

Au cours des entretiens auprès d'Antoine, outre les manifestations décrites précédemment, il ressort dans ses attitudes et son discours un vécu prégnant d'insécurité. Il présente en particulier un état d'hypervigilance, sursautant notamment quand il entend les jeunes du service chahuter ou les nourrissons pleurer au cours des entretiens. Il se montre très souvent dans une demande de réassurance, et me demande en particulier à chaque entretien à quelle heure je le verrai la prochaine fois, l'instauration de rituels étant pour lui, on le devine, apaisante car source de stabilité. Malgré cela, Antoine reste toujours réceptif au discours soignant et facilement accessible à la réassurance dès lors qu'on répond à ses interrogations.

Il lui arrive souvent de venir me solliciter, en particulier sur la suite des événements le concernant. Il s'avère que ces questions cachent en fait une peur plus profonde d'être responsable de ce qui pourrait arriver à son père.

Il parvient sans difficultés à mettre des mots sur son ressenti, évoquant tour à tour son inquiétude à l'arrivée dans le service et de manière plus générale dans toute situation de changement, sa tristesse de ne pas pouvoir voir sa mère, sa peur de ce qu'il pourrait arriver à son père « à cause de moi ».

Une audience a lieu alors qu'Antoine est hospitalisé depuis dix jours. Il est statué qu'il sera placé en foyer de l'enfance à sa sortie du service, pour une durée minimale de six mois. Il pourra aller chez sa maman un week-end sur deux et recevoir des visites médiatisées de son père.

Antoine dira à l'entretien suivant n'être « pas content » de cette décision et qu'il voulait aller habiter chez sa maman. Il sera resté hospitalisé quatorze jours dans le service. Conformément à la décision de justice, il quittera l'hôpital pour être hébergé en foyer de l'enfance.

Nous avons pu accéder au dossier d'Antoine qui bénéficie toujours d'un suivi en pédiatrie à l'heure actuelle. Après quatre mois en foyer de l'enfance, il est parti dans une première famille d'accueil pendant un an, puis dans une seconde qui l'accueille toujours actuellement, ce depuis près de deux ans.

Au moment de la rédaction du dernier courrier, Antoine voyait sa maman à raison d'une heure tous les quinze jours, et son père en visite médiatisée une heure toutes les trois semaines.

Depuis la sortie du service trois ans auparavant, les examens cliniques étaient tout à fait satisfaisants et rien n'était à signaler au niveau somatique.

Sur le plan comportemental, Antoine avait présenté des épisodes d'auto- et d'hétéro-agressivité, un an environ après la sortie du service, essentiellement au collège. Le comportement à domicile ne posait pas de problèmes aux dires d'Antoine et des assistantes familiales. Les épisodes d'auto-agressivité, à type de scarifications, s'étaient rapidement amendés. En revanche, les derniers courriers en date mentionnaient la persistance d'hétéro-agressivité envers ses pairs au collège, sous forme d'impulsivité avec recours à l'agir dans le cadre d'intolérance à la frustration. Malgré l'insistance des pédiatres pour qu'un suivi pédopsychiatrique stable et régulier se mette en place, ce dernier n'avait commencé que quelques semaines avant la dernière consultation.

4. David

4.1. Présentation

Je rencontre pour la première fois David en consultation lors de mon stage en CMP de secteur de pédopsychiatrie. Il est accompagné de sa mère, à l'initiative de la prise de rendez-vous sur les conseils du médecin scolaire du collège.

La fiche de recueil d'informations rédigée à la suite de l'appel téléphonique initial pour la prise de rendez-vous mentionne que David est adressé dans le cadre de troubles du comportement en classe à type d'insolence envers les professeurs, d'hétéro-agressivité envers certains jeunes de son âge et d'une manifeste baisse de motivation depuis le début de l'année scolaire.

David est un jeune de 15 ans, aux cheveux blonds frisés et aux yeux clairs, au look très adolescent (jean, sweat à capuche, baskets). Par contraste, il tient des propos particulièrement matures pour son âge et affiche un air très sérieux.

4.2. Contexte de vie

David est fils unique. Il vit avec sa mère et le compagnon de celle-ci. Ses parents se sont séparés alors qu'il avait un an et demi, dans un contexte de violences conjugales importantes. La mère de David était victime de maltraitances physiques et psychologiques de la part de son mari. C'est elle-même qui évoque cela pendant la consultation, précisant que le père de David a depuis été déchu de ses droits parentaux. Il bénéficie actuellement d'un droit de visite mais David et lui ne se voient que très rarement.

Au moment des faits, la mère de David avait fui le domicile pour se rendre avec lui dans un centre maternel où ils étaient restés huit mois. Ils avaient ensuite trouvé un logement, puis madame avait rencontré un compagnon avec lequel elle s'était mise en ménage. Ils s'étaient séparés lorsque David avait environ 6 ans. Depuis quelques années, elle avait rencontré son compagnon actuel, Pascal, avec lequel elle et David avaient emménagé.

En parlant du quotidien à domicile, David et sa mère s'accordent à décrire de très bonnes relations entre lui et Pascal. L'adolescent précisera d'ailleurs : « c'est avec ma mère que c'est tendu, par rapport à l'école ».

David est actuellement scolarisé en 4^{ème} générale, après un parcours scolaire très atypique sur lequel nous reviendrons plus loin. Il me dit qu'il souhaite plus tard être « boulanger ou plaquiste ». En faisant préciser auprès de David et de sa mère les difficultés actuelles, ils pointent le domaine scolaire. Ils font remonter ces difficultés à la rentrée scolaire six mois auparavant, avec un désinvestissement progressif des enseignements de la part de David, puis des troubles du

comportement à type d'insolence envers les professeurs et d'hétéro-agressivité envers ses pairs.

À la question de ses loisirs, David parle des jeux-vidéos en réseau, sur lesquels il se montre d'ailleurs intarissable. Il va régulièrement à la piscine avec un copain et aime bien dessiner « surtout des créatures imaginaires ».

4.3. Antécédents

Le début du suivi pédopsychiatrique de David remonte à la petite enfance puisqu'il avait 4 ans lors de la première consultation. Il s'agissait d'une prise en charge initiale en CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) dans un contexte de troubles du comportement à l'école (opposition, intolérance à la frustration, mises en danger de soi et d'autrui, et difficultés relationnelles). Après trois consultations, il avait été adressé en CMP où la prise en charge s'était poursuivie sous forme d'entretiens pédopsychiatriques individuels réguliers et de deux ateliers hebdomadaires d'hôpital de jour (peinture et piscine), pendant deux ans et demi.

Outre ces troubles du comportement à type d'opposition/agressivité, les compte-rendus médicaux faisaient état de troubles des acquisitions scolaires, troubles des relations sociales avec une tendance à l'isolement et au retrait, et d'éléments manifestes d'angoisse de séparation. Un aménagement du temps scolaire avait été mis en place sous forme de SESSAD (Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile). Malgré des améliorations notables après un an de suivi, en particulier concernant ses capacités de tolérance à la frustration et ses mises en danger, la question d'un maintien en milieu scolaire ordinaire demeurait. David ne participait pas à la vie de groupe et n'accédait pas aux apprentissages.

Après concertation pluridisciplinaire et rencontre avec l'équipe éducative de l'école maternelle, il avait bénéficié d'une orientation en semi-internat dans un ITEP (Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique).

Au terme du premier semestre, David s'était bien intégré dans l'établissement. Son comportement ne posait pas de problèmes particuliers et il avait accès aux apprentissages. Dans ce contexte, il avait été décidé de mettre fin au suivi en CMP. Il était convenu que la mère de David sollicite à nouveau l'équipe soignante si nécessaire.

En retraçant l'anamnèse, la mère de David mentionne que l'année suivante, elle est interpellée par l'ITEP dans le cadre d'énurésies secondaires nocturnes et de cauchemars récurrents chez David. Ces manifestations persistant pendant plusieurs semaines, elle consulte son médecin généraliste qui

prescrit un traitement symptomatique, efficace sur l'énurésie. Néanmoins, les cauchemars persistent. Après plusieurs semaines, David confie à sa mère avoir subi des agressions sexuelles répétées à l'ITEP. Dans ce contexte, celle-ci reprend aussitôt contact avec le CMP. David est alors âgé de 8 ans.

Il est rapidement vu en consultation et confie être victime d'agressions sexuelles depuis plus d'un an, par un garçon plus âgé. Il s'avère que deux autres garçons de l'âge de David sont également victimes du même type d'agression par ce jeune. L'affaire est portée en justice. David et les deux autres garçons sont reconnus victimes et l'auteur présumé, qui reconnaît les faits, est condamné.

Entre-temps, David change d'établissement pour intégrer un autre ITEP. Sa mère rapporte d'importants progrès par la suite sur le plan scolaire, au niveau du comportement de David, de ses relations sociales et de ses capacités d'apprentissage. David intervient pour dire qu'en effet, il se « sentait bien » là-bas.

À l'entrée au collège, il intègre une 6ème SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté). La scolarité se passant bien, il bénéficie l'année suivante d'un aménagement de sa 5ème sous forme d'un mi-temps en SEGPA et d'un mi-temps en 5ème générale. L'année se passe très bien. À l'issue du dernier trimestre, il est alors décidé de lui faire intégrer une 4ème générale à temps complet l'année suivante. C'est au cours de cette rentrée en 4ème que les difficultés apparaissent. David est régulièrement absent en cours, il se montre insolent envers les professeurs et présente des épisodes d'hétéro-agressivité envers certains jeunes de sa classe. À domicile aussi, le quotidien est de plus en plus compliqué avec des conflits fréquents, toujours en rapport avec la scolarité.

C'est sa mère qui rapporte ces éléments pendant la consultation. Interrogé là-dessus, David, qui ne s'est pas encore prononcé sur le sujet, valide les propos de sa maman. Il met son comportement en lien avec une totale démotivation. Il ne se retrouve pas du tout dans les enseignements qu'il considère d'un niveau trop élevé. Il souhaiterait retourner en SEGPA. Il semble porter un regard tout à fait adapté et lucide sur la situation.

Pour conclure sur les antécédents de David, on relève au niveau familial une problématique alcoolique chez la grand-mère paternelle. Du côté maternel, sa grand-mère a été suivie plusieurs années dans un contexte de dépression, son grand-père s'est suicidé quand David avait 6 mois.

4.4. Récits cliniques / Recours aux soins et accompagnement

C'est volontairement que je n'aborderai pas le suivi effectué auprès de David concernant la

problématique scolaire, qui ne fait pas l'objet de ce travail. Je souhaite ici centrer mon propos sur les éléments qui s'intègrent dans le cadre de notre réflexion et qui ont pu être abordés par David ou sa mère en consultation.

Lors de la consultation initiale, je rencontre dans un premier temps David en présence de sa mère qui l'accompagne. À ma question sur les problèmes de santé éventuels à signaler dans la petite enfance, sa mère me dit qu'il faut qu'elle me signale quelque chose dont David ne veut pas parler, mais qu'elle juge nécessaire de mentionner pour avoir tous les éléments. Elle le regarde en lui disant « tu vois, je te l'avais bien dit », faisant référence à la question d'usage sur les antécédents. Celui-ci la regarde d'un air agacé, hausse les sourcils et baisse la tête. S'adressant à sa mère, il lui rétorque : « ben vas-y maintenant ». Elle aborde alors les épisodes de violences sexuelles dont son fils a été victime. La consultation se poursuit.

Dans un second temps, je rencontre David seul. Nous en venons à évoquer le quotidien au collège. David revient sur les épisodes d'hétéro-agressivité qu'il a présentés et je l'interroge pour avoir plus de précisions sur les circonstances dans lesquelles cela s'est produit. Il me dit alors qu'il a insulté et « collé des pains » plusieurs fois à d'autres jeunes de son âge qui se moquaient ouvertement de quelques élèves de la classe pris comme « souffre-douleurs ». « Ils les traitaient de fayots, ou les insultaient quand les profs avaient le dos tourné, ou leur piquaient leurs affaires ». « Eux » [ces quelques élèves], « ils ne pouvaient pas se défendre, c'est pas le style ». « Moi, ce genre de truc, ça m'énerve. Je ne supporte pas l'injustice ». Je demande alors à David s'il pense avoir déjà été victime d'injustice au collège. « Au collège, non ». « L'injustice que j'ai eue, c'est quand j'étais petit » [faisant référence aux agressions sexuelles]. « D'ailleurs, j'ai pas dit que je voulais pas en parler, je veux pas en parler devant ma mère ». David poursuit « Je veux pas raconter comment ça s'est passé et tout ». « Mais maintenant, j'ai tourné la page ». Je lui demande alors comment, selon lui, il a fait pour « tourner la page ». « Ben déjà, ça fait un moment quand même. Et puis, le mec [l'agresseur], il a été condamné, et nous, on a été reconnus victimes. Les gens, ils ont bien vus qu'on racontait pas des conneries ».

Le témoignage de David met clairement en lumière que des enjeux psychopathologiques se jouent dans de telles situations où le recours à la justice vient croiser le chemin d'enfants victimes de maltraitances. C'est sur ce constat que nous nous appuyerons pour guider notre réflexion et la nourrir.

Marie, Antoine et David, de par leur âge, n'en sont pas aux mêmes niveaux de maturation psychique, de compréhension et d'intégration de la loi et des interdits. Nous approfondirons cette

notion dans une troisième partie, relative au développement psychique normal de l'enfant, mais retenons-là que cette temporalité sera nécessairement à prendre en compte dans le soin.

Qu'en est-il, après ? Quel point de vue peut alors avoir l'enfant devenu adulte, à distance, et fort d'une capacité d'élaboration qui lui est propre ? La question se posait.

Il me semblait particulièrement enrichissant d'avoir, à côté des témoignages de ces enfants, un témoignage d'adulte, plus à distance du traumatisme de la maltraitance vécue dans son enfance, et permettant de nous livrer un point de vue complémentaire.

C'est pour toutes ces raisons que j'ai souhaité enrichir les témoignages précédents de celui de Céline.

5. Céline

5.1. Présentation

La rencontre avec Céline naît de la lecture de son histoire¹. Après une prise de contact, elle accepte d'échanger de manière plus spécifique dans le cadre de ce travail.

5.2. Contexte de vie

Céline est une jeune femme de 29 ans. Aînée d'une fratrie de deux, elle a une petite sœur, Marie, de deux ans sa cadette.

Son père, ingénieur, occupe un poste à hautes responsabilités. Sa mère est femme au foyer après une formation initiale en sociologie.

À l'époque où je fais sa connaissance, Céline est interne en médecine.

5.3. Antécédents

Il n'y a pas d'antécédents particuliers la concernant dans la petite enfance.

On retrouve dans les antécédents familiaux une notion d'alcoolisme chronique chez son grand père paternel. Il y aurait un contexte de maltraitances dans la famille paternelle.

5.4. Récits cliniques / Recours aux soins et accompagnement

Le premier recours aux soins dans le cadre des maltraitances dont est victime Céline a lieu lorsqu'elle a 13 ans. Elle rencontre alors l'infirmière scolaire de son lycée, au lendemain de la rentrée scolaire. C'est sa professeur principale qui l'a interpellée. La veille, celle-ci a demandé à chaque élève de noter au dos de la feuille de renseignements standard quelque chose de plus personnel dont il voudrait lui faire part. Céline écrit qu'elle fait 45 heures de piano par semaine, en dehors de ses horaires d'école. Inquiète, sa professeur en fait part à l'infirmière scolaire qui vient alors à la rencontre de Céline.

À l'époque, Céline est victime de maltraitances physiques et psychologiques quotidiennes de la part de son père, depuis près de dix ans. Elle souffre d'une anorexie mentale depuis un an. « Mon raisonnement était simple : si je ne mangeais plus ou presque, j'allais maigrir. Si je maigrissais, mon père se rendrait compte que je n'allais pas bien. Pour la première fois de sa vie, il se remettrait peut-être ainsi en question et me traiterai différemment ».

L'infirmière fait part à Céline de son inquiétude et parvient au cours d'entretiens réguliers à gagner sa confiance. Rapidement, Céline évoque son quotidien à la maison. Par la suite, un

signalement sera rédigé et, après audition à la Brigade des Mineurs, Céline sera hospitalisée en pédiatrie dans le cadre d'une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP). Elle y restera trois mois.

Elle intégrera ensuite une famille d'accueil d'urgence, puis un foyer d'enfants « si le foyer des enfants n'était pas la panacée, je n'étais pas battue. Je devais lutter contre une solitude pesante, mais je n'avais plus peur de mourir. Tout doucement, j'apprenais à vivre sans être aux aguets en permanence. Je ne sursautais plus au moindre bruit. Je ne voulais pour rien au monde retourner dans mon enfer passé ».

Par la suite, on l'informe qu'elle doit changer de structure d'hébergement, le foyer d'enfants étant un service d'accueil d'urgence et non un hébergement à long terme. Céline a alors 14 ans. Elle refuse le projet envisagé de placement en foyer en Normandie, ne voulant pas changer de lycée et souhaitant rester proche de sa mère et de sa sœur. Elle est finalement placée dans un foyer pour filles dans le Val-de-Marne. Continuer à suivre les cours dans son lycée lui impose alors un rythme particulièrement difficile à tenir. Elle bénéficie néanmoins pendant toute cette période du soutien de sa tante qui l'appelle tous les soirs. « Christine continuait à m'appeler tous les soirs. Elle était pour moi une bouée de sauvetage ». Dans une lettre adressée au juge, elle demande à passer trois semaines de ses vacances scolaires chez sa tante et son oncle. Sa demande sera acceptée et Céline pourra dire avec le recul à quel point cela a été important pour elle.

Lorsqu'elle est en terminale, il est décidé d'un droit d'hébergement chez ses parents le week-end. Enfin, le bac en poche, elle partira du domicile familial pour entreprendre ses études de médecine.

Certains passages du témoignage de Céline apportent un éclairage particulièrement intéressant dans le cadre de ce travail.

À ce titre, sur le plan clinique, et concernant les conséquences du traumatisme de la maltraitance, elle relate l'état d'hypervigilance qu'elle ressentait fréquemment « [...] tous les soirs, je commençais à guetter l'arrivée de mon père depuis la fenêtre de la salle de jeu. Je l'entendais s'approcher au bruit particulier que faisait sa voiture en freinant devant la maison. Dès le portail ouvert, j'écoutais la progression de la voiture sur le gravier, la porte du garage qui s'ouvrait puis se refermait, et je retenais mon souffle. [...] Je scrutais de plus en plus fébrilement la progression de mon père dans la maison.» Elle décrit un état de crainte permanent, jusqu'à craindre pour sa vie « les week-ends étaient pour moi synonymes d'angoisse.[...] Serai-je encore là lundi matin ? Y aura-t-il quelqu'un pour s'apercevoir que je ne suis pas en classe comme prévu ? Est-ce que les pompiers

viendront me chercher si je ne suis pas au collège lundi ? Toutes ces questions me hantaient dès que l'horloge de la classe se rapprochait de la sonnerie de seize heures trente, les vendredis. Je serai livrée à mon père pendant quarante-huit heures, sans aucun échappatoire possible. J'avais peur de mourir ».

Ces angoisses se traduisent également par des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement et de cauchemars récurrents, qui marqueront son enfance et son adolescence.

Céline évoque aussi les rituels auxquels elle s'astreint pendant toute son enfance, semblant représenter une base de sécurité, de par leur caractère immuable. « [...] je prenais une balle de ping-pong ou n'importe quel autre objet qui me tombait sous la main et je me fabriquais chaque soir un nouveau rituel magique. Faire rebondir dix fois la balle par terre avant que mon père n'atteigne le portail pour le refermer. Faire passer la balle de ma main gauche à ma main droite vingt fois sans la faire tomber et ce, avant que mon père n'ait touché la porte du garage... Si je réussissais ce défi, la soirée se passerait bien. [...] Je ne me sentais pas protégée par les adultes qui m'entouraient. Mon seul salut viendrait de la magie. Bien sûr, aucun de ces rituels n'a jamais marché. Pourtant, je les ai accomplis pendant toute mon enfance ».

Au-delà des traumatismes infligés par la maltraitance physique, Céline parle en ces mots des humiliations et propos disqualifiants qu'elle subit quotidiennement, soulignant le pouvoir destructeur de la violence psychologique. « Je ne les oublierai jamais. J'ai beaucoup de mal à m'en défaire », « la douleur morale que je ressentais [...] était bien pire que toutes les douleurs physiques que je connaissais. » Encore actuellement, lorsqu'elle se décrit, Céline dit ne pas s'aimer beaucoup et combien elle a peu confiance en elle.

Peu à peu, Céline devient de plus en plus déprimée. C'est dans ce contexte qu'elle entre dans l'anorexie mentale : « Je voulais croire que mon père, en me voyant dépérir, ferait un lien entre ma maigreur et ma tristesse, entre ma tristesse et son comportement. J'étais persuadée qu'il allait changer. » Elle dira que c'est la seule chose qu'elle avait trouvé « pour l'affronter ». « L'anorexie m'avait donné le pouvoir de contrôler mon corps et avait ôté à mon père toute autorité sur lui ».

Certains points particuliers de son témoignage nous aident à mieux comprendre ce qu'elle a ressenti à certains moments de son histoire. Ainsi, lorsqu'elle évoque le signalement fait avec son accord, elle exprime toute l'ambivalence qui la traverse : « En me réveillant le lendemain matin, j'étais terrorisée. [...] Je regrettais infiniment [...] J'avais l'impression d'avoir trahi mon père et d'être responsable de la destruction de ma famille. [...] J'éprouvais un sentiment difficilement descriptible.

Un mélange de panique et de soulagement. Je me disais que mon calvaire était fini [...] En même temps, j'éprouvais une tristesse infinie pour ma mère et Marie.» Ce sentiment de culpabilité évoqué ici par Céline fait écho aux précédents témoignages de Marie et d'Antoine.

À côté de ces aspects destructeurs du traumatisme de la maltraitance, qu'est-ce qui a aidé Céline à supporter ce qu'elle vivait au quotidien ?

En premier lieu, elle fait part du temps passé avec son meilleur ami Benjamin alors qu'elle était encore à l'école primaire. « Benjamin et moi [...] passions beaucoup de temps à rire de nos blagues. Avec lui, j'étais vraiment heureuse. Je redevais normale et j'oubliais tous les problèmes.» Elle parle des après-midi passés avec lui comme de véritables « bouffées d'oxygène ».

Tout au long de son histoire, elle soulignera le soutien capital de sa mère et de sa sœur « Je ne pense pas que ma sœur sache à quel point ses petits gestes ont été salutaires pour moi.» Sa tante Christine fait également figure de repère dans son quotidien, particulièrement à l'époque où elle vit en foyer.

Elle évoque la rencontre avec l'infirmière scolaire, Mme Marion, comme un tournant de sa vie. « Alors que je me laissais couler, elle m'a tendu une main et je m'y suis accrochée. Tout doucement, j'ai esquissé mes premières paroles. Chaque jour, au moment de la pause déjeuner, Mme Marion m'attendait devant la cantine. Nous allions dans son bureau et, petit à petit, je lui dévoilais ma vie. J'étais de plus en plus sereine car j'avais sa parole qu'elle ne dirait rien à mes parents. L'infirmier est progressivement devenue indispensable pour moi. Il fallait que je puisse y aller chaque jour. Plus je parlais et plus il fallait que je parle. Je me retrouvais tout d'un coup avec un trop-plein de choses à dire. J'éprouvais le besoin de déverser un flot de paroles longtemps retenues [...] Je m'étais tue si longtemps que chaque entretien me paraissait trop court. Quitter l'infirmier était un crève-cœur [...] Quand elle [Mme Marion] n'était pas là, je m'effondrais en larmes devant son bureau et y déversais toutes les larmes de mon corps. Sa présence à mes côtés me rendait plus forte. Lui parler me rassurait. De manière totalement incontrôlable, la moindre de ses absences engendrait chez moi un état de panique qui me submergeait. Elle venait de me faire découvrir ce que cela faisait de ne plus être seule. Je ne voulais pour rien au monde revenir en arrière ».

Dans son parcours, elle parle aussi du réconfort de la lecture, à travers les poèmes notamment, qui la conduisaient dans « un endroit idéal. Un lieu où je trouverais du réconfort. La promesse d'un endroit qui atténuerait ma peine.» De même, sa scolarité lui est d'une grande aide.

Enfin, au même titre, le témoignage que Céline livre sur le procès qui a lieu ensuite est particulièrement riche de sens : « Mon père fut reconnu coupable de violences habituelles sur mineur de moins de 15 ans et de violences aggravées. Il écopa de deux ans de prison avec sursis,

deux ans de mise à l'épreuve, et trois ans d'injonction de soins. J'étais soulagée de ce verdict. Je n'aurais pas à porter sur mes épaules la responsabilité d'une éventuelle incarcération, j'étais même sereine pour la première fois. Je venais d'être officiellement reconnue comme victime et lui comme coupable. Personne ne pourrait jamais m'enlever ça. C'était désormais écrit noir sur blanc. Plus personne ne pourrait nier ce que j'avais enduré, pas même mon père. Cette reconnaissance était une délivrance ».

Nous tenterons d'approfondir ces notions dans la troisième partie de notre travail.

Auparavant, nous allons nous intéresser aux fondements théoriques à connaître en matière de maltraitance infantile et de droits de l'enfant.

II. Maltraitance infantile et Droit

1. La maltraitance infantile

1.1. Conditions de définition

Si les mauvais traitements envers les enfants ont sans doute toujours existé, la notion de maltraitance est, quant à elle, très récente. Son apparition au cours du XIX^e siècle résulte de l'évolution progressive des représentations de l'enfant dans la société. C'est dans une double perspective historique et culturelle que nous aborderons cette évolution, au terme de laquelle nous envisagerons une définition contemporaine de la maltraitance infantile.

1.1.1. Dimension historique²⁻⁴

Nous le disions, le regard porté sur l'enfant a considérablement changé au cours des dernières décennies. Cette évolution n'a pas été linéaire mais a subi des fluctuations au cours des siècles, témoignant d'une certaine ambiguïté quant à la place de l'enfant dans la société.

Pour commencer par une notion d'étymologie, l'*infans* est « celui qui ne parle pas », n'ayant aucun droit à la parole et ne pouvant donner son avis⁵.

Dans l'Antiquité, les pères détiennent un pouvoir absolu sur l'ensemble de leur famille. L'infanticide est régulièrement pratiqué. On oppose l'acte direct par noyade, broyage, ou abandon dans un lieu où l'enfant doit mourir, et l'acte indirect par exposition. L'enfant est alors déposé dans un lieu « de passage » où il peut être recueilli. Ce sont les Dieux qui décideront de son sort.

Quand on leur enlève le droit de vie et de mort, les pères conservent celui de choisir le type et la sévérité des punitions à administrer à leur enfant. Ce *patria potestas* (pouvoir absolu des pères) est alors considéré comme indispensable pour obtenir l'obéissance immédiate et la soumission totale des enfants. Les corrections physiques à l'aide d'instruments divers (fouets, baguettes) font partie du quotidien.

Au Moyen-Âge, il n'existe pas de particularité de l'enfant. Celui-ci participe aux mêmes travaux et aux mêmes jeux que les adultes. Il est ignoré dans la littérature et représenté dans la peinture de l'époque comme un adulte en miniature, portant les mêmes vêtements. Dès qu'il franchit la période de forte mortalité, il devient un moyen de profit familial, voire fait l'objet de transactions commerciales. Précisons que les châtiments corporels touchent toutes les classes sociales. En témoignent les écrits sur l'enfance de Louis XIII, rédigés par son médecin personnel, Jean Héroard. Alors qu'il avait 5 ans, son père Henri IV écrivait à sa gouvernante : « Je désire et vous ordonne de le fouetter chaque fois qu'il se rendra coupable d'obstination ou d'un autre mauvais comportement; parce que je sais que rien au monde ne peut lui faire plus de bien. Ceci est connu par expérience car, quand j'avais son âge, je fus fouetté sévèrement »⁶.

Pour justifier cette pratique, on invoque la religion. Les mœurs restent ainsi fidèles au proverbe de l'Ancien Testament « Qui épargne la baguette hait son fils, qui l'aime prodigue la correction ».

Ce pouvoir de correction du père sera par la suite progressivement délégué aux éducateurs et aux patrons. Saint-Augustin se rappelle ainsi des coups reçus de ses maîtres lorsqu'il écrit, dans la Cité de Dieu, « Quel est l'homme qui n'aurait pas un mouvement d'horreur si on lui proposait de

revivre son enfance et qui ne préférerait pas plutôt mourir ? »⁷

Précisons néanmoins que beaucoup de parents, forts de leur propre expérience, ne pratiquent pas ce type de sévices.

Il faut attendre le XIX^e siècle pour que le statut de l'enfant dans la société commence à évoluer. À ce titre, l'avènement de la psychologie tient un rôle fondamental puisque, **d'un être-objet, l'enfant devient un être-sujet**. Il cesse alors de n'être perçu que comme une ressource économique ou un moyen de répondre aux besoins de perpétuation de l'espèce. Son bien-être psychologique commence à être pris en compte.

Ce sont des médecins qui vont les premiers se préoccuper des mauvais traitements physiques envers les enfants. Le professeur de médecine légale Ambroise Tardieu apparaît ici comme un pionnier avec son « Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants »⁸. Il y dénonce en ces termes les mauvais traitements dont sont victimes les enfants : « que dès l'âge le plus tendre de pauvres êtres sans défense soient voués chaque jour et presque à chaque heure aux plus cruels sévices, soumis aux plus dures privations, que leur vie à peine commencée ne soit déjà qu'un long martyre, que des supplices, que des tortures, devant lesquels l'imagination recule, usent leurs corps, éteignent les premières lueurs de leur raison et abrègent leur existence, enfin, chose plus incroyable, que leurs bourreaux soient le plus souvent ceux-mêmes qui leur ont donné jour, il y a là un des plus effrayants problèmes qui puissent agiter l'âme d'un moraliste et la conscience d'un juge ». Il y fait une description précise de l'état général des victimes et des signes physiques de maltraitance. Ainsi, il note « les traces laissées sur le corps par les mauvais traitements sont surtout remarquables par leur multiplicité. Ce sont, le plus souvent, des ecchymoses, des meurtrissures, des excoriations disséminées sur toute la surface du corps, qui en est comme marbrée. Ces ecchymoses, dont la coloration variée atteste la succession de coups, siègent principalement au visage, sur les membres, à la partie postérieure du tronc; mais elles offrent ce caractère de ne pas occuper de préférence les points les plus saillants sur lesquels portent presque exclusivement les chutes. Leur forme est souvent significative et reproduit visiblement l'empreinte soit des doigts appliqués ou des ongles; soit des clous d'une semelle de soulier ou de talons de bottes et de sabots ».

Cependant, à leur publication, ses travaux se heurtent à l'indifférence générale et Tardieu échoue dans sa tentative d'éveiller l'attention de ses contemporains à la réalité de la maltraitance. La puissance paternelle reste encore un droit inviolable et l'État ne se mêle pas de ce qui se passe dans les familles.

Le même sort est réservé à l'enquête sur les enfants délaissés ou maltraités lancée par le Ministère de l'Intérieur français en 1888, ou encore au rapport de Parisot et Caussade sur « Les sévices envers les enfants », diffusé lors du 14ème congrès de médecine légale à Paris.

Il faut finalement attendre la fin de la Seconde Guerre Mondiale pour que s'amorce un renouveau durable du statut de l'enfant dans la société. Les travaux fondamentaux des psychiatres de l'époque dont John Bowlby, Anna Freud, René Spitz et Donald Winnicott contribuent largement à cette prise de conscience, **introduisant la notion de psyché chez le nourrisson et l'enfant, et mettant notamment en lumière les conséquences à l'âge adulte des traumatismes vécus dans l'enfance**. Citons également Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste française, qui défend en particulier l'idée que l'individu est un sujet à part entière dès son plus jeune âge. Elle contribue, par sa médiatisation, à la mise à portée des connaissances au grand public.

En 1962, l'article de Kempé « The battered-child syndrome »⁹, écrit en collaboration avec Sylverman et Steele, a un retentissement décisif. Les auteurs y insistent sur la fréquence des cas, précisent les éléments cliniques permettant d'envisager le diagnostic et démontrent l'importance majeure des enquêtes sociales et des investigations psychologiques portant sur la personnalité parentale. Dès lors, la prise de conscience des besoins de l'enfant à être protégé des abus familiaux et extra-familiaux s'affirme véritablement. Les mauvais traitements dont sont victimes les enfants sont pour la première fois cités dans la pathologie pédiatrique et sociale.

Un élément fondamental reflétant cette évolution de pensée et contribuant à entériner le sujet vient de la formulation de droits écrits dans le domaine des droits de l'enfant, à partir de 1924, que nous évoquerons de manière plus détaillée un peu plus loin dans notre travail.

Dans les décennies suivantes, les écrits et études toujours plus nombreux sur le sujet ne viendront que confirmer cette transformation dans le regard porté à l'intérêt de l'enfant. Les travaux et publications se multiplient et la prise de conscience progresse rapidement auprès des personnels sanitaires et sociaux, puis des pouvoirs publics, enfin du grand public, aidés en cela par un certain nombre d'associations professionnelles ou bénévoles et surtout par les médias.

Il serait impossible de citer tous les événements ayant contribué à cette prise de conscience globale. Nous en citerons simplement quelques uns nous paraissant déterminants à l'échelon français avec la création, en 1979, de l'AFIREM – Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée – , sous l'impulsion du pédiatre Pierre Straus. La philosophie

première de l'association est d'œuvrer pour une approche pluridisciplinaire systématique des enfants maltraités et de leurs familles, avec un travail en collaboration de l'ensemble des professionnels pouvant être impliqués dans leur prise en charge.

En juillet 1989, la loi relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la Protection de l'enfance conduit à la création du Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance Maltraitée – le terme « en danger » ayant été préféré à celui de « maltraitée » depuis la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance – . Ce service bénéficie d'un numéro d'appel simplifié à 3 chiffres, le 119, et a acquis depuis le statut de numéro d'urgence, au même titre que le 115 ou le 18, ce qui donne obligation à tous les opérateurs de rendre ce numéro accessible gratuitement¹⁰. Il s'agit du numéro national dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être. Joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, le 119 est devenu un maillon incontournable du dispositif de protection de l'enfance en France.

En 1990 est créé l'ODAS – Observatoire Départemental de l'Action Sociale – ayant pour mission d'être un « pôle d'expertise partagée servant de point de rencontre entre les collectivités locales, les services de l'État, la sphère de la protection sociale, les grandes associations et le secteur privé »¹¹. Il fait de l'enfance en danger l'un de ses principaux thèmes de travail et contribue, par l'ampleur de ses recherches et de ses expertises, à inspirer les fondements de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Enfin, plus récemment, en 2004, est créé l'ONED – Observatoire National de l'Enfance en Danger – ayant pour mission d'améliorer la connaissance sur les questions de mise en danger et de protection des mineurs en recensant, analysant, et diffusant l'information. En quelques années, son activité s'est développée à l'échelon européen et international, avec sa participation à de nombreux colloques, conférences ou travaux menés par des groupes internationaux.

Ce bref aperçu historique illustre que la reconnaissance de la maltraitance envers l'enfant est l'aboutissement d'un long cheminement, et que **sa dénonciation s'est imposée, non sans heurts, grâce à l'évolution du regard de la société sur le statut de l'enfant**. Au départ confinée au secteur médical, puis sanitaire et social, la prise de conscience de sa réalité en tant que phénomène de société doit beaucoup aux milieux associatifs et aux médias.

À côté de ce déterminant historique démontrant que l'enfant peut avoir une signification, une représentation, une valeur différente selon les époques, s'ajoute le facteur culturel.

1.1.2. Dimension culturelle

Poursuivant notre tentative de définition de la maltraitance, il convient donc, à côté de l'abord historique, d'en mentionner la perspective culturelle.

Une définition communément admise de la maltraitance se doit en effet de tenir compte des différences de culture. À travers le monde, l'enfant n'occupe pas la même place dans la société et les normes et attentes le concernant sont très variables. Si les principes généralement acceptés en matière d'éducation et de soins aux enfants peuvent avoir des bases communes, on peut dire de la culture qu'elle aide à les définir et à les préciser.

En guise d'illustration de ces différences de conceptions culturelles, il nous semble tout particulièrement pertinent d'évoquer les travaux de l'International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). Depuis 1992, cet organisme publie tous les deux ans, lors de son congrès international, la revue « Perspectives mondiales sur l'enfance maltraitée ». La dernière édition, publiée en 2012, offre un panorama des façons dont la maltraitance des enfants est définie dans les différentes parties du globe¹². Les conclusions sont issues des données d'un questionnaire d'enquête auxquels ont répondu 69 pays, représentant les 5 continents. Il en ressort à l'unanimité que les pays considèrent comme acte de maltraitance tout abus physique ou sexuel d'un enfant par une personne qui en a la garde. Parmi les autres comportements fréquemment mentionnés comme faisant partie des mauvais traitements, on note les enfants vivant dans la rue, la prostitution infantile, les abus ou négligences dans les familles d'accueil. En revanche, on relève des différences notables de conception selon les pays. Il en va ainsi de l'abandon d'enfants, du manque d'assistance médicale sur la base de croyances religieuses, et de l'excision des filles.

Pour reprendre les termes du Professeur Marie-Rose Moro, ethnopsychiatre, « les représentations et les modalités éducatives de chaque culture déterminent une manière de voir l'enfant, de le faire grandir, de le soigner qui peut être très différente d'un monde à l'autre »¹³. Le constat mérite que l'on s'y attarde en cela que son retentissement sur le soin n'est pas anodin, en particulier dans le cas de familles migrantes. « Certaines modalités éducatives dans une culture donnée peuvent paraître inacceptables dans une autre culture, et vice-versa ».¹³ Nous n'envisagerons pas ici les éléments cliniques évocateurs de maltraitance et devant faire poser le diagnostic, qui seront abordés par la suite. Nous pouvons cependant dès à présent retenir que face à de telles situations, l'impératif éthique devant guider le praticien sera toujours de **protéger l'enfant**. Néanmoins, cette condition indiscutable ne saurait faire l'économie de **la compréhension et de la**

mise en sens des événements au regard du contexte culturel. Il est indispensable en effet d'intégrer les significations culturelles données par la famille, pour limiter les projections et le contre-transfert négatif qui pourraient inférer en excès dans l'idée de maltraitance devant la différence.

Dans le cas où il y aurait effectivement un devoir de protection de l'enfant, cette démarche de mise en sens est le gage d'une protection pertinente et efficace, pour « qu'à long terme elle ne se transforme pas en la fabrication d'un nouveau traumatisme par l'enfant par une séparation irréversible et impensable par exemple qui agirait sur la famille et parfois même sur l'enfant comme une nouvelle maltraitance »¹³.

Au terme de ce parcours, il ressort que le regard porté sur l'enfant à travers les âges s'est profondément transformé depuis l'Antiquité. Au-delà de cette différence historique, et en se plaçant cette fois-ci dans une perspective contemporaine, la manière de voir l'enfant peut être très différente d'une culture à l'autre. Cela nous amène au constat qu'une définition de la maltraitance ne se conçoit qu'à travers une prise en compte culturelle et sociale du caractère multiethnique d'une société.

1.2. Définition

Au terme de ces différentes considérations, il convient de s'accorder sur une définition de la maltraitance de l'enfant.

De nombreuses définitions ont été proposées. Certaines mettent l'accent sur les comportements ou les actes des adultes, d'autres considèrent qu'il y a maltraitance dès lors que l'on menace de faire du mal à un enfant. La notion d'intentionnalité nous paraît ici très délicate à considérer.

Nous avons choisi de nous appuyer sur la définition proposée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), offrant l'avantage d'être détaillée et communément applicable aux différentes cultures.

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

relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir »¹⁴.

1.2.1. Types de maltraitance^{2-4,15,16}

La maltraitance touche les mineurs des deux sexes et de tout âge, du nourrisson à l'adolescent. Elle peut être intra- ou extra-familiale, active ou passive. Certaines formes de maltraitance peuvent être ponctuelles (abus sexuel unique), d'autres sont plus durables dans le temps¹⁵.

On utilise habituellement une classification en 4 sous-types de maltraitance, basée sur la définition de l'OMS et sur la représentation de l'enfant comme un être doté d'un corps, d'un psychisme et d'une identité sexuelle. Il convient cependant d'ajouter une cinquième catégorie regroupant les entités difficilement classables.

On distingue ainsi : la maltraitance physique, psychologique, sexuelle et les négligences. Dans la cinquième catégorie, que nous ne détaillerons pas, citons par exemple le syndrome de Münchhausen par procuration et la Mort Subite Inattendue chez les Nourrissons (MSIN).

- la **maltraitance physique** correspond à l'usage de la force physique contre un enfant, que celle-ci entraîne ou risque fortement d'entraîner un préjudice réel pour sa santé, sa survie, son développement ou sa dignité.
- la **maltraitance psychologique** ou cruauté mentale consiste en l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter.
- la **maltraitance sexuelle** est définie comme une exploitation sexuelle – c'est-à-dire un acte impliquant que l'enfant soit victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui, aux fins de la satisfaction sexuelle de celui-ci – qui s'appuie sur la notion de l'abus et de ses modalités : abus sans toucher, abus avec toucher sans violence, abus avec violence, attitudes malsaines, modalités de type passif relevant d'une action de protection et d'un climat incestueux et de type actif

impliquant attouchements et prostitution.

Rappelons que l'on entend par abus sexuel la participation d'un enfant ou d'un adolescent à des activités qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son développement psychosexuel, qu'elles soient subies sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux.

- la **négligence** – ou privation, ou défaut de soins – renvoie au fait que le responsable de l'enfant ne veille pas au développement de celui-ci – s'il est en position de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger. La négligence se distingue donc des situations de pauvreté en ceci qu'elle ne survient que dans les cas où la famille ou les tuteurs disposent de ressources raisonnables.

Notre travail portera exclusivement sur des enfants victimes de maltraitances, mais il nous paraît important d'évoquer la notion plus récente d'**enfant en risque**, définie par l'ODAS¹⁷. Il s'agit d'un enfant « qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité ». Les **enfants en danger** comprennent l'ensemble des enfants en risque et des enfants maltraités.

Ces bases théoriques étant posées, **tout l'enjeu pour le médecin va être de savoir quand évoquer le diagnostic de maltraitance chez un enfant, avec la préoccupation constante de savoir dépister sans faire d'erreur par excès.**

1.3. Clinique

1.3.1. Généralités^{3,18}

L'examen clinique en cas de suspicion de maltraitance chez l'enfant nécessite un recueil de données minutieux. Avant d'aborder ce qu'il nous semble important à connaître en terme d'examen physique, nous évoquerons quelques considérations générales. Précisons que notre propos n'est bien

évidemment pas d'être exhaustif à ce sujet. Ainsi, nous ne détaillerons volontairement pas la question de l'interrogatoire de l'entourage, ni des examens complémentaires à réaliser, mais nous concentrerons sur les principaux éléments cliniques évocateurs de maltraitance.

En premier lieu, à côté de l'interrogatoire, il importe d'observer l'attitude des parents – nous utiliserons ce terme pour désigner de manière générale la ou les personnes responsable(s) de l'enfant – et de l'enfant au cours de l'examen, ainsi que leurs interactions. Les comportements inhabituels doivent être consignés au dossier en s'attachant aux faits constatés. Ainsi, si l'enfant semble inquiet ou craintif, on indiquera les signes observés (agitation, sudation, tremblements, tachycardie, pleurs,...). De même, si l'enfant pleure, le parent tente-t-il de le consoler ? Comment réagit-il lors de la découverte des blessures et des questions sur leur origine ?

Quoi qu'il en soit, dans de telles circonstances de suspicion de maltraitance ou de maltraitance avérée, gardons à l'esprit que le médecin **ne jugera ni les faits, ni les parents**. Son devoir sera ici d'évaluer la gravité et le danger existant pour l'enfant. La bonne question à propos de l'enfant devant guider le praticien sera donc « Comment le protéger ? »¹⁸

1.3.2. Eléments cliniques évocateurs de maltraitance

1.3.2.1. Maltraitance physique^{2,3,18}

Les lésions cutanées sont de loin les manifestations les plus fréquentes des violences physiques chez l'enfant, puisque retrouvées chez 90% des enfants victimes de maltraitance. Elles sont très variables et regroupent les hématomes, ecchymoses, éraflures, plaies, brûlures, morsures, plaques d'alopécie, lésions endobuccales et génitales.

Devant de telles lésions, certaines caractéristiques particulières doivent attirer l'attention. A ce titre, l'examen clinique tiendra compte, à côté de l'**âge** de l'enfant et de son **niveau de développement**, de la **forme**, la **localisation**, le **nombre**, et la **différence d'âge** des lésions constatées.

Après ces signes cutanés, les lésions osseuses sont les manifestations les plus fréquemment rencontrées en cas de maltraitance physique. Il s'agira le plus souvent de fractures, dont certaines caractéristiques seront là encore à rechercher en vue de pouvoir confirmer ou infirmer le diagnostic.

Citons également parmi les autres éléments cliniques pouvant être rencontrés : les traumatismes crâniens et les lésions cérébrales – en particulier l'hématome sous-dural chez le nourrisson –, les lésions viscérales, les lésions oculaires et otologiques, les fractures dentaires.

Quelles que soient les lésions physiques constatées, la démarche médicale s'attachera à déterminer la **plausibilité de l'évènement traumatique** que l'on peut faire reposer sur 7 éléments : les circonstances de l'accident, la datation des évènements et des lésions, la relation entre âge de l'enfant et lésion, l'évaluation de la gravité en fonction des évènements décrits, l'évaluation et la prise en charge de la douleur, l'attitude de la famille et l'instabilité des explications¹⁸.

1.3.2.2. Symptômes témoins de carences, négligences ou cruauté mentale^{2,3}

Les conséquences des négligences graves et de la maltraitance psychologique ou cruauté mentale peuvent être nombreuses. Là encore, notre propos vise à mettre en lumière les principaux tableaux cliniques pouvant être rencontrés.

En dehors de l'état de la peau (saleté, excoriations variées, impétigo, dermite extensive du siège et du tronc) qui signe la négligence parentale, certains enfants présentent des **états de dénutrition** plus ou moins sévères avec fonte du pannicule adipeux, insuffisance pondérale en rapport avec des carences alimentaires grossières. S'y associe parfois une **anémie** ou un **rachitisme carenciel**. Peut également se rencontrer le tableau clinique particulier de **dénutrition extrême** par privation de nourriture.

À côté de ces dénitritions, l'**hypotrophie staturopondérale non organique** représente un retentissement fréquemment observé. Il s'agit le plus souvent d'enfants jeunes, âgés de moins de deux ans, qui accusent à un moment donné une cassure de leur courbe de poids et de taille, à laquelle peut s'ajouter, dans certains cas graves et précoces, un retard d'accroissement du périmètre crânien.

Citons un tableau clinique particulier, celui du **nanisme d'origine psychosociale**. Bien étudié en France par Rappaport et Royer, il s'agit là d'enfants vivant dans des conditions familiales pathologiques, qui présentent un blocage de la croissance parfois très impressionnant et qui, retirés de leur milieu, ont une accélération de croissance rapide et considérable.

Des **retards psychomoteurs et déficits cognitifs d'intensité variable** peuvent être observés. Sur le plan moteur, il s'agit le plus souvent d'une hypotonie plus ou moins sévère avec retard de

l'enfant dans la station assise, le redressement, la marche, la préhension et la manipulation des objets. À cela peuvent s'ajouter des troubles du sommeil, des conduites alimentaires et de l'autonomie sphinctérienne.

Enfin, les négligences et maltraitances physiques peuvent être suspectées devant des **troubles du comportement** chez l'enfant, là encore d'intensité très variable. Précisons qu'ils ne sont bien évidemment pas spécifiques et peuvent se généraliser à toute forme de maltraitance, puisque la violence psychologique est présente à chaque fois qu'un enfant est agressé.

Chez le nourrisson, parmi les signes devant alerter, signalons les **conduites d'évitement** fréquemment observées. Le nourrisson est dans une attitude de fuite du contact oculaire avec ses parents, non constatée avec les soignants.

Il est fréquent de constater un **état d'hypervigilance** chez ces enfants. Un nourrisson peut ainsi maîtriser ses affects au point de contrôler sa motricité, ses babillages, ses pleurs en fonction de l'état émotionnel de ses parents. Ils se présentent typiquement figés, seul le regard étant mobile et surveillant l'approche de l'adulte.

Certains nourrissons font preuve d'une **très grande avidité affective** qui les amène à s'attacher à toute personne présente. Ce sont des enfants apparaissant souriants et gratifiants, faciles à prendre en charge. On peut néanmoins noter une absence d'angoisses vis-à-vis de situations ou de visages étrangers qui témoigne d'une carence affective grave.

Les signes cliniques prédominants peuvent être **ceux d'une dépression**, avec en particulier des tics de balancement, une absence d'intérêt pour les jouets proposés ou aux tentatives de stimulation. À un degré supplémentaire, on peut constater un **comportement de type autistique** avec perte des activités auto-érotiques, comportements stéréotypés et troubles de la communication. D'autres nourrissons apparaissent **hyperkinétiques et agités**.

Chez l'enfant plus âgé, auquel la plupart des manifestations cliniques que nous venons de décrire sont superposables – on retrouve ainsi chez Antoine un état d'hypervigilance associé à une grande avidité affective avec hyperattachement anxieux –, on peut de façon très schématique différencier les troubles du comportement observés sous deux aspects opposés : un **état de grande inhibition ou de grande passivité**, ou au contraire une **agitation** et une **instabilité psychomotrice** associées à une **agressivité**.

Enfin, signalons une particularité du grand enfant et de l'adolescent pour lequel la maltraitance pourra s'exprimer au travers de nombreuses **conduites à risque** (fugues, tentatives de suicide, auto-

mutilations, addictions,...). Les **troubles des conduites alimentaires** et les **troubles somatoformes** doivent également faire évoquer ce diagnostic. L'exemple de Céline est à ce propos révélateur.

1.3.2.3. Abus sexuels^{2,3,19,20}

On conçoit volontiers que beaucoup d'éléments cliniques sont imbriqués en terme de comportement observable de l'enfant, et se retrouvent quel que soit le type de maltraitance dont il est ou a été victime. Nous nous en tiendrons donc ici aussi à aborder les spécificités propres à la maltraitance sexuelle.

La reconnaissance d'un abus sexuel a cette particularité que les lésions physiques sont loin d'être toujours présentes et que l'enfant qui a le courage d'en parler le fera plus volontiers auprès d'amis de son âge ou dans un milieu qui lui est familier, où il se sent à l'aise et protégé, par exemple à l'école ou en camps de loisirs.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles l'enfant est amené à consulter, **les conditions de son accueil sont primordiales**. Il vise à rassurer l'enfant, le réconforter, instaurer autant que possible un climat de confiance où il se sente à l'aise. Il a également pour objectif de l'informer et de le préparer à la prise en charge ultérieure. La lecture de l'un des ouvrages de Roland Coutanceau, psychiatre et criminologue à l'origine de la création d'un pôle de victimologie, nous paraît à ce sujet particulièrement éclairante. Parlant de cette attitude d'écoute auprès de l'enfant victime, il écrit « Que l'on soit familier de la victime ou professionnel, éducateur, assistante sociale, psychologue ou médecin, la première attitude est tout simplement d'être là, d'écouter l'enfant ou l'adolescent avec respect. Il est essentiel de le soutenir en validant ce qui paraît pertinent dans son discours, en l'aidant à clarifier ses propos et ses sentiments, notamment par rapport aux menaces exprimées par son [agresseur], en le rassurant ». [...] « C'est finalement une attitude de présence, de disponibilité, de soutien. Mais l'écoute ne doit pas seulement être passive, car de temps en temps il faut prendre le risque de dire quelque chose, de poser une question, de réagir, d'exprimer un sentiment. Et ce travail d'écoute active doit aussi déboucher sur des mesures concrètes d'accompagnement »¹⁹.

Ce qui nous semble important à retenir ici est que, hors cas de réquisition et de recherches de preuves suite à une agression récente (moins de 72 heures), **rien ne justifie un examen médical en urgence**.

Dans tous les cas, l'examen ne doit être pratiqué que lorsque l'enfant est en confiance et qu'il est prêt à l'accepter. Il vise en particulier à dépister et traiter les traumatismes physiques et psychiques, prévenir et traiter les maladies sexuellement transmissibles, prévenir une grossesse, recueillir les données de l'anamnèse et de l'examen physique au sein d'un dossier avec rédaction d'un certificat médical initial exhaustif.

Précisons pour finir que l'examen des organes génitaux doit toujours être commenté, non seulement pour éviter l'angoisse de l'enfant sur ce que l'on fait, mais aussi pour le rassurer sur son intégrité corporelle.

Au titre de la conduite à tenir détaillée, le médecin pourra s'appuyer sur le fascicule « Le praticien face aux violences sexuelles », édité par le Ministère de la Santé²⁰.

1.3.3. Facteurs de risque^{2,4,21-23}

Pour finir sur ces quelques considérations cliniques, il nous paraît important de citer les principaux facteurs de risque de maltraitance infantile qui doivent alerter le professionnel.

S'agissant tout d'abord des **facteurs tenant à l'enfant**, on peut recenser :

- l'âge (les enfants de moins de 4 ans et les adolescents étant plus à risque)
- une grossesse non désirée ou très précoce, une grossesse gémellaire
- la prématurité
- une séparation précoce
- un enfant investi d'une attente excessive
- un handicap, une anomalie physique, une maladie chronique
- des troubles du comportement à type de pleurs répétés, troubles alimentaires ou sphinctériens

Concernant les **facteurs tenant aux parents**, on relève :

- la toxicomanie, la consommation chronique d'alcool
- un manque de connaissances sur le développement de l'enfant ou des attentes irréalistes

- une fragilité psychique, en particulier une dépression chronique, une dépression du post-partum, et des troubles de la personnalité
- une maladie chronique de l'un des deux parents
- des problèmes conjugaux
- des conduites de délinquance
- le fait d'avoir soi-même subi des maltraitances dans l'enfance

Enfin, on peut noter, en ce qui concerne les **facteurs contextuels** :

- l'isolement
- une période de vulnérabilité particulière : deuil, rupture affective, maladie, chômage,...
- des difficultés financières

Pour conclure, reprenant les propos tenus par Anne Turcsz, pédiatre, et Daniel Rousseau, pédopsychiatre, lors de leur intervention du 14 juin 2013 au Sénat lors du Colloque National sur les violences faites aux enfants²⁴, nous insistons sur le fait que la maltraitance – dans le cas le plus fréquemment observé de la maltraitance parentale – est toujours liée à des **troubles du lien parents/enfant** et **concerne tous les milieux sociaux**.

1.4. Données épidémiologiques actuelles

1.4.1. Echelle nationale

La prévalence exacte de la maltraitance sur mineurs reste difficile à appréhender et rares sont les données qui y sont consacrées. Les dernières estimations nationales disponibles, publiées par l'ODAS en 2006²⁵, faisaient état de 19 000 enfants maltraités chaque année. Les types de mauvais traitements étaient répartis de la façon suivante :

- violences physiques : 6300
- abus sexuels : 4300
- négligences lourdes : 5000
- violences psychologiques : 3400

Signalons à titre informatif que cette enquête devait être remplacée par des données plus précises fournies par l'ONED, mais que ces informations font défaut, faute d'harmonisation des procédures entre départements.

Des statistiques ont été plus récemment mentionnées lors du Colloque national sur les violences faites aux enfants qui s'est tenu au Sénat le 14 Juin 2013²⁶. Le sénateur André Vallini, co-organisateur du colloque, a ainsi souligné qu'**en France, un à deux enfants mourraient chaque jour de violences infligées par les adultes, le plus souvent leurs parents**. Les intervenants ont pointé la **sous-estimation des chiffres avancés jusque là** dans notre pays. Ainsi, alors que les statistiques nationales font état de 2% d'enfants victimes de maltraitance (physiques, sexuelles, psychologiques et négligences), la pédiatre Anne Tursz, épidémiologiste et directrice de recherche à l'Inserm, affirme que **10% des moins de 15 ans seraient concernés**.

Les intervenants se sont accordés à considérer le retard pris par la France concernant cette problématique majeure de santé publique, faisant notamment la comparaison avec l'existence d'un financement gouvernemental des recherches dans de nombreux pays à niveau socio-économique équivalent comme la Suède et la Finlande.

1.4.2. Echelle mondiale

S'il est difficile d'avancer des chiffres précis de la maltraitance infantile au niveau national, on conçoit aisément qu'une estimation mondiale paraisse peu réaliste.

Il nous paraît cependant intéressant de mentionner les données existantes concernant les décès d'enfants déclarés chaque année attribuables à des mauvais traitements. Soulignons qu'il s'agit bien là du nombre de décès d'enfants déclarés attribuables à de mauvais traitements et non du nombre de décès d'enfants attribuables à des mauvais traitements, qui serait bien supérieur. Un tel chiffre semble difficilement estimable, en cela qu'il supposerait que la déclaration de ce type de décès soit obligatoire dans tous les pays, mise en application, et que soient pratiqués des examens médico-légaux dans tous les cas de décès dus à des blessures ou des causes externes avérées ou soupçonnées²⁷. Cependant, malgré cette sous-estimation, elles présentent l'avantage de ne pas être entachées de subjectivité. **D'après l'OMS, en l'an 2000, 57000 décès d'enfants dans le monde faisaient suite à des mauvais traitements¹⁴.**

La poursuite de leur enquête s'était intéressée aux mauvais traitements n'entraînant pas la mort, mais

nous semble peu révélatrice, pour des raisons politiques, légales et culturelles. Ainsi, comme ils le mentionnent, « Les données relatives aux mauvais traitements infligés aux enfants et à la privation de soins n'entraînant pas la mort proviennent de diverses sources, y compris les statistiques officielles, les recueils d'arrêts et les enquêtes de population. Cependant, ces sources permettent plus ou moins de décrire pleinement l'ampleur du problème. Les statistiques officielles sont peu révélatrices des schémas de maltraitance. Cela tient en partie au fait que, dans bien des pays, aucun organisme juridique ou social n'est expressément chargé d'enregistrer des rapports de mauvais traitements à enfant et de privation de soins, et a fortiori d'y réagir »¹⁴.

De plus, et comme nous le mentionnions au début de notre travail, « la définition légale et culturelle des mauvais traitements [...] varie d'un pays à l'autre. Il semble aussi que seule une faible proportion des cas de maltraitance soit signalée aux autorités, même lorsqu'il est obligatoire de rapporter les cas de violence infligée à des enfants »¹⁴.

Pour finir sur ces quelques considérations à l'échelle internationale, citons les chiffres publiés par Gilbert et Al. dans le journal Lancet en 2009²⁸ **qui estimaient à 10% la proportion d'enfants victimes de maltraitance dans les pays développés.**

2. Droits fondamentaux de l'enfant

Nous avons fait le choix de partir des droits fondamentaux de l'enfant, en particulier celui qu'il a d'être protégé contre les mauvais traitements, tels qu'ils sont reconnus à l'échelon international. Par cette démarche, nous souhaitons mettre en lumière le caractère universel que revêt l'importance du respect de ses droits, pour tout enfant, quelque soit sa nationalité notamment.

Cette partie introductive aux droits fondamentaux de l'enfant nous permettra dans un dernier temps d'envisager plus spécifiquement le domaine de la protection de l'enfance.

Ces notions posées, nous pourrions aborder dans une troisième partie les enjeux psychiques qui en découlent, à la lumière des situations cliniques de Marie, Antoine, David et Céline.

2.1. Aperçu historique²⁹⁻³¹

Comme nous le disions au terme de l'historique, le statut de l'enfant s'est considérablement modifié depuis l'Antiquité, aboutissant à la considération de l'enfant en tant qu'être-sujet. Dans cette perspective de prise en compte et de reconnaissance de ses besoins fondamentaux, il **va devenir sujet de droits** – le droit pouvant être ici défini comme un besoin reconnu par la société et protégé par la loi – .

Nous énoncerons ici les principaux événements ayant marqué le droit de l'enfant à l'échelon international.

En 1924, la britannique Eglantyne Jebb, fondatrice de l'association « Save the Children » – dans son nom français de l'époque « Union Internationale de Secours aux Enfants » – rédige la Déclaration de Genève qui énonce les droits de l'enfant en 5 points (*Annexe 1*). Il s'agit d'un texte concis, élaboré peu de temps après les tragiques événements de la Première Guerre Mondiale, qui précise l'attention à laquelle les enfants ont le droit en toutes circonstances.

La Société des Nations, précurseur des Nations Unies, adopte ce texte l'année-même de sa rédaction.

En 1946 est fondée l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), ayant pour missions principales de défendre les droits des enfants, de répondre à leurs besoins essentiels, et de favoriser leur plein épanouissement.

La même année, l'Organisation des Nations Unies (ONU) commence la rédaction d'une Déclaration

des droits de l'enfant.

En 1948 est rédigée la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme dont 9 des 10 premiers articles font référence à l'enfant.

En 1959, la Déclaration des droits de l'enfant est adoptée à l'unanimité des 78 Etats membres de l'ONU. Celle-ci énonce 10 principes concourant aux droits fondamentaux de l'enfant. (*Annexe 2*)

En 1978, la Pologne présente une proposition en vue de convertir la Déclaration des droits de l'enfant en Convention, **qui serait donc contraignante pour les Etats et aurait une valeur juridique internationale**. En d'autres termes, dans une telle convention, au-delà de leur reconnaissance comme principes, **ces droits auraient force de loi**.

Cette proposition est adoptée par la Commission des droits de l'homme de l'ONU en 1979 – Année Internationale de l'Enfant – .

Le 20 novembre 1989, le texte de la Convention des Nations-Unies pour les droits de l'enfant (aussi appelée Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), ou Convention de New-York) est adopté par l'Assemblée Générale de l'ONU. La CIDE entrera en vigueur l'année suivante, ce qui signifie qu'**elle aura désormais force de loi dans les pays contractants**.

En l'an 2000, deux protocoles additionnels seront adoptés pour compléter la CIDE, le premier relatif à l'implication d'enfants dans les conflits armés et à la vente d'enfants, le second relatif à la prostitution des enfants et à la pornographie mettant en scène des enfants.

En 2002, l'Assemblée générale des Nations Unies organise une session extraordinaire consacrée aux enfants, se réunissant pour la première fois spécifiquement pour débattre de questions les concernant. Des centaines d'enfants y participent au titre de membres des délégations officielles et les dirigeants de la communauté internationale souscrivent à une déclaration finale sur les droits de l'enfant intitulée « Un monde digne des enfants ».

Enfin, l'année 2011 est marquée par l'adoption, par l'Assemblée générale de l'ONU, du 3ème protocole facultatif à la CIDE, suivie l'année suivante par son ouverture à la signature des États. Ce protocole donne compétence au Comité des droits de l'enfant de recevoir et d'examiner des plaintes individuelles d'enfants, ainsi que d'organiser des visites de pays en cas de violations systématiques et graves de leurs droits.

À ce jour, 191 États ont ratifié la CIDE, soit tous les États de l'ONU à l'exception de la Somalie et des États-Unis, qui l'ont signée mais ne sont pas devenus parties à la Convention. Aucun autre traité des droits de l'homme n'a bénéficié d'une telle acceptation mondiale³².

2.2. Point sur la situation actuelle : généralités sur les droits fondamentaux de l'enfant³³⁻ 38

Les droits de l'enfant tels qu'ils sont proclamés dans la CIDE s'inscrivent dans la dynamique des droits de l'homme et dans leur logique. Ainsi, celle-ci reconnaît aux enfants des droits fondamentaux, inhérents à la dignité humaine, tout en rappelant dans son préambule que « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection à part et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant, comme après la naissance ».

Précisons qu'au sens juridique, on entend par enfant toute personne humaine de moins de 18 ans.

Nous insisterons ici, en exposant ses principales dispositions, sur les apports de cette convention, qui, selon nous, témoigne d'une avancée majeure.

Sur le plan de la forme, la CIDE se compose de 54 articles précédés d'un préambule (*Annexe 3*). Les quarante et un premiers articles énoncent la définition de l'enfant et ses droits, les quatre suivants instaurent le Comité des droits de l'enfant, et les neuf derniers articles détaillent le mode de ratification et d'entrée en vigueur du texte.

Cette Convention marque la reconnaissance, pour la première fois en droit international, de droits subjectifs à l'enfant, c'est-à-dire de « prérogatives attribuées à un individu dans son intérêt lui permettant de jouir d'une chose, d'une valeur ou d'exiger d'autrui une prestation »³⁹.

Pour reprendre les termes de Pierre Hausman, « **pour la première fois, au-delà de la protection spéciale accordée à l'enfant, un traité international reconnaît l'enfant comme sujet de droits, pleinement associé au processus de réalisation de ses droits, capable de discernement – selon l'article 12 du texte – , susceptible de participer activement aux actions, décisions et domaines qui l'affectent, et dont les opinions doivent être prises en considération, eu égard à son âge et à son degré de maturité** ». Ainsi, avec la CIDE, « c'est notre façon même de voir l'enfant qui est changée, et pas seulement du point de vue juridique »³⁶.

Pour garantir l'application de ces droits à l'enfant, la CIDE pose 4 principes généraux fondamentaux :

- le principe de **non-discrimination** (article 2) : ainsi, il est précisé que les États parties s'engagent à respecter les droits énoncés et à les garantir à tout enfant *sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique, ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.*
- **l'intérêt supérieur de l'enfant** (art.3) : *Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.*

On pouvait reprocher au texte le caractère abstrait de cette formulation, dont l'absence de définition a suscité de nombreuses critiques. Reprenant le constat dressé par C. Brunetti-Pons, on conçoit en effet qu'une telle absence apparente de définition présente des risques et que certains dérapages puissent être observés, « notamment des formules de style masquant une absence de recherche de l'intérêt supérieur de l'enfant »³³. Face à cet état de fait, le Comité des droits de l'enfant a très récemment défini cette notion dans son observation « On the right of the child to have his or her best interests taken as primary consideration »³⁸. Selon le Comité, l'évaluation et la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant sont deux étapes à respecter avant toute prise de décision. « L'évaluation de l'intérêt supérieur consiste à évaluer et à trouver l'équilibre entre tous les éléments nécessaires à la prise de décision dans une situation spécifique pour un enfant en particulier ou pour un groupe d'enfants ».

Le Comité considère que ces éléments regroupent les opinions de l'enfant, son identité, la préservation de l'environnement familial et le maintien des relations, les soins, la protection de sa sécurité, sa situation de vulnérabilité, et son droit à la santé et à l'éducation. Il est possible que ces éléments ne soient pas pertinents dans tous les cas et qu'il y ait des variations d'un enfant à un autre et d'un contexte à un autre, mais l'exigence d'un équilibre objectif dans l'évaluation des intérêts supérieurs de l'enfant reste une donnée intangible.

Par ailleurs, dans les garanties procédurales visant à assurer la considération primordiale de l'intérêt supérieur de l'enfant, le Comité souligne le nécessaire respect de certains éléments dont :

- l'aide juridique
 - la motivation, la justification et l'explication légale de toutes décisions
 - l'évaluation de l'impact de la décision sur la jouissance par l'enfant de ses droits.
- **le droit à la vie, à la survie et au développement** (art.6) *les États parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie [...] [et] assurent dans toute la mesure du possible la survie et le développement de l'enfant.*
 - **le respect des opinions de l'enfant** (art. 12) : *Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.*

La Convention apparaît à travers cette notion comme un texte novateur en matière de droit international.

Plus spécifiquement est mentionnée *la possibilité [pour l'enfant] d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation appropriés, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.*

Citons également en terme d'apports de la CIDE la reconnaissance à tout enfant de sa liberté d'expression, de pensée, de conscience et de religion, et l'affirmation de nombreux droits de son parmi lesquels le droit à une identité, à l'éducation et à des loisirs.

Concernant les mauvais traitements, l'article 19 de la CIDE mentionne que *les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.*

Enfin, en matière de soins à l'enfant, le 39ème article de la Convention établit que *les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent*

dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

2.3. Statut juridique de l'enfant

Ainsi, au vu de ce rapide inventaire, la CIDE constitue un progrès indéniable.

Intéressons-nous maintenant à la question particulière de son statut juridique : si l'enfant devient sujet de droits, il n'en reste pas moins objet de droits. Nous nous accordons d'ailleurs sur ce point avec Jean-Pierre Rosenczveig pour considérer que « c'est bien parce qu'on identifie un individu dans ses droits que l'on peut plus facilement exiger de lui qu'il respecte la loi »³⁷.

De façon schématique, on peut dire du statut juridique de l'enfant qu'il est composé de deux sortes de règles : celles qui l'envisagent comme un **sujet actif titulaire de droits spécifiques**, comme ceux énoncés dans la CIDE ; et celles qui, pour sa protection, l'envisagent comme un **sujet passif**. Selon le terme consacré, il est ainsi **frappé d'une incapacité générale d'exercice** concernant la plupart des actes de la vie civile. Au même titre, il est **soumis à l'autorité parentale**, les droits parentaux constituant des droits-fonction dont la finalité est l'intérêt de l'enfant.

Il nous semble primordial d'insister sur cette question du statut de l'enfant en replaçant les choses dans leur juste perspective. **Si l'affirmation des droits fondamentaux de l'enfant représente une avancée juridique majeure, elle ne doit en aucun cas venir occulter les devoirs auxquels l'enfant est soumis**, ces deux facettes n'apparaissant pas contradictoires mais complémentaires.

Rappelons ici que la première protection des mineurs est constituée par l'autorité parentale. La CIDE le rappelle dans l'article 18, *la responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux*. De même, on peut lire en préambule que *l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, la famille étant définie comme l'unité fondamentale de la société et [le] milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants*.

Ainsi, la Convention invite les autorités publiques à ne pas limiter leur action à la garantie des droits de l'enfant et encourage les politiques de soutien à l'égard des parents pour leur permettre d'élever leur enfant dans de bonnes conditions, soutenant l'idée qu'**intérêt de l'enfant et appui à la**

parentalité sont intimement liés³⁴.

Au terme de ce parcours, il nous semble, pour reprendre les termes de F. Edouard³⁴ que « des lois sont nécessaires pour garantir à l'enfant un environnement sécurisé et toujours axé sur la bienveillance »³⁴. Si cela ne constitue évidemment pas une condition suffisante empêchant la maltraitance de l'enfant, elle n'en est pas moins nécessaire. L'importance du cadre juridique, en particulier celui que représente la CIDE, ne doit pas être négligée. L'intérêt supérieur de l'enfant, notion certes très controversée, y représente un indispensable garde-fou.

Au-delà, le sujet recouvre en fait une réalité beaucoup plus complexe en cela que droits et devoirs de l'enfant apparaissent étroitement mêlés aux droits et devoirs parentaux. Se dégage alors la difficulté supplémentaire de concilier application de la loi et préservation des liens d'attachement entre l'enfant et ses parents.

3. La protection de l'enfance

Comme nous le mentionnions au terme de ce tour d'horizon concernant les droits fondamentaux de l'enfant, l'autorité parentale constitue la première protection du mineur. C'est lorsque cette protection n'est pas assurée qu'une intervention extérieure doit être assurée et qu'entre en scène **la protection de l'enfance**.

3.1. Dimension internationale^{40,41}

Au niveau international, la CIDE a valeur de loi dans les pays contractants. Sachant cela, on peut légitimement s'interroger sur les garanties de son application. En d'autres termes, existe-t-il, à une telle échelle, un dispositif de surveillance de sa mise en application ?

C'est là qu'intervient le **Comité des droits de l'enfant**, groupe d'experts établi par la CIDE. Il s'agit de l'organe de suivi responsable du contrôle de la mise en application de la Convention. Le Comité se compose de dix huit membres élus par les États parties pour 4 ans. Il siège trois fois par an, en janvier, mai et septembre, à Genève, pendant 3 semaines.

La principale fonction du Comité des droits de l'enfant est d'examiner les rapports que tous les États parties à la Convention sont tenus de soumettre périodiquement. Ces rapports sont censés contenir des informations sur les lois promulguées, sur toutes les mesures prises par l'État pour donner effet aux droits énoncés dans la Convention, ainsi que sur les progrès accomplis dans l'exercice de ces droits. « À la réception du rapport, le Comité invite le gouvernement intéressé à envoyer une délégation chargée de présenter ledit rapport et de répondre à toute question posée par ses membres. Ceux-ci peuvent également commenter les renseignements contenus dans le rapport, ainsi que toute autre information reçue des institutions des Nations Unies et des Organisations Non Gouvernementales (ONG). Le Comité présente alors ses conclusions et recommandations; celles-ci concernent souvent la loi, notamment si le Comité a repéré des lacunes dans la législation en vigueur ou des articles qu'il juge incompatibles avec la Convention »⁴¹.

D'autres dispositifs concourent au droit de l'enfant à être protégé. Par essence, l'enfant jouit de l'éventail tout entier des droits de l'homme, de sorte que toutes les institutions internationales et régionales œuvrant dans ce domaine doivent lui accorder la protection dont il a besoin. Cela vaut aussi bien pour les rapporteurs des Nations Unies que pour les organes régionaux qui s'occupent des droits de l'homme, comme la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples.

À l'échelon national cette fois-ci, les mécanismes de protection des droits de l'homme, tels les Cours constitutionnelles, veillent également à défendre le droit de l'enfant à une protection. À ce niveau, qu'en est-t-il des règles d'application de la CIDE ?

3.2. Qu'en est-il au niveau national ?

3.2.1. Application de la Convention dans les législations internes

Nous le disions, la quasi totalité des États a ratifié la CIDE. Après avoir fait le point sur son application au niveau international, intéressons-nous au statut qu'elle occupe dans la législation

interne des États membres.

D'une façon générale, le droit international ne prescrit pas aux États de lui accorder un statut particulier dans leur législation interne.

Ainsi, la Convention ne définit pas de manière concrète les modalités de sa propre application dans l'ordre juridique national et ne contient aucune disposition obligeant les États parties à l'intégrer au droit national ou à lui accorder un statut particulier dans le cadre de ce droit.

La principale obligation qui incombe aux États au moment de la ratification du traité est de **donner effet aux droits qui y sont reconnus, en employant tous les moyens appropriés.**

3.2.2. Système français de protection de l'enfance⁴²⁻⁴⁶

Au titre de la protection de l'enfance en France, l'ordonnance de 1945 constitue un socle à partir duquel des droits internationaux sont reconnus aux enfants. Rappelons qu'avant le XXème siècle, les mineurs qui commettaient des actes délictueux étaient placés sous le même régime pénal que les adultes. Au lendemain de la libération, la justice applicable aux mineurs est complètement repensée. L'idée principale est qu'un enfant ne peut pas avoir pleinement conscience de la gravité de ses actes. Un texte voit alors le jour : il s'agit de l'**ordonnance du 2 février 1945** relative à l'enfance délinquante qui pose le principe de la primauté de l'éducatif sur le répressif.

De ce texte découle la création de tribunaux pour enfants et d'un juge dédié aux mineurs : le Juge Des Enfants (JDE).

Par ailleurs, est créée une administration spécialisée qui dépend du ministère de la Justice, la Direction de l'éducation surveillée, aujourd'hui appelée Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

Le système actuel de protection de l'enfance en France repose sur les fondements juridiques de la **loi du 5 mars 2007** réformant la protection de l'enfance.

L'article L112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (C.A.S.F.) établit que « la Protection de l'Enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon les modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs ». Elle est constituée de l'ensemble des règles juridiques qui visent à assurer le

respect des droits des enfants.

La particularité du dispositif français est son **double système de protection, administratif et judiciaire**. Celui-ci repose sur les notions d'enfant maltraité, d'enfant « en risque » et d'enfant en danger, définies précédemment.

3.2.2.1. Principaux apports de la loi du 5 mars 2007

La loi du 5 mars 2007 s'articule autour de 3 grands axes : renforcer la prévention, améliorer le dispositif d'alerte et de signalement des enfants en danger, diversifier et améliorer les modes d'intervention autour des enfants et de leur famille.

Elle distingue l'Information Préoccupante (I.P.) d'une part, et le signalement d'autre part.

- **I.P.** concerne tous les risques de danger ou dangers avérés
- le **signalement** ne concerne plus que les situations de danger grave ou de maltraitance

La réforme de la protection de l'enfance donne un rôle majeur au Président du Conseil Général en faisant de lui le chef de file de la protection de l'enfance. Celui-ci est « chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être ». (Art. L-226-3 du C.A.S.F)

De ce fait, dans chaque département doivent être mis en place une Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des I.P., ou CRIP – il s'agit en Loire-Atlantique de la Veille Enfance en Danger 44 – et un Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE). Au-delà, au niveau national, la loi renforce les missions de l'ONED qui devient le destinataire des données des ODPE permettant une observation individuelle, anonymisée et longitudinale des parcours d'enfants.

Soulignons qu'à l'heure actuelle, le bilan apparaît mitigé en terme de mise en œuvre de ces dispositifs au niveau départemental. Pour plus de précisions et des données objectives à ce sujet, on pourra se reporter au rapport du séminaire du 5 mars 2012, organisé par le Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale⁴⁷.

3.2.2.2. Notion de secret partagé

Un autre aspect de la loi du 5 mars 2007 est l'**introduction de la notion de secret professionnel partagé**, énoncé par l'article 226-2-2 du C.A.S.F « [...] les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance (...) ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre-elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leurs familles peuvent bénéficier ».

Notons que d'emblée, l'article précise clairement que le partage d'informations n'est autorisé qu'entre personnes participant directement ou concourant à la politique de protection de l'enfance déjà soumises au secret professionnel, du fait de leurs missions ou de leurs fonctions.

L'objectif du partage d'informations est de connaître de la manière la plus exhaustive possible la situation de l'enfant et, si nécessaire, de décider des interventions qui assurent sa protection.

Le secret professionnel est limité à ce qui est **strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance**. Toute information n'a pas à être systématiquement partagée entre les professionnels. Le guide ministériel souligne qu'**aucun objectif, autre que celui de la protection dans l'intérêt de l'enfant, ne permet le partage d'informations entre professionnels**⁴⁸.

Enfin, l'article L. 226-2-2 du C.A.S.F. prévoit une **obligation préalable des représentants légaux, voire de l'enfant**. « Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité, sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

La loi du 5 mars 2007 officialise ainsi une condition indispensable : **aucun professionnel intervenant auprès de l'enfant ne peut rester seul face à une suspicion de maltraitance**¹⁸.

3.2.2.3. Procédure

3.2.2.3.1. Protection administrative

L'**intervention administrative** est indiquée pour tout enfant dont la santé ou l'éducation

nécessite une aide particulière, ou pour tout enfant maltraité ou présumé maltraité, en dehors d'une situation urgente nécessitant une protection rapide de l'enfant, dont il est possible d'évaluer la situation après accord par la famille de l'intervention des services médico-sociaux du Conseil Général (CG).

Dans ces cas de risque de danger ou de situation de danger pour un mineur, le professionnel doit adresser une IP à la CRIP du département. Rappelons que cette intervention, dans un souci de prévention et d'accompagnement de l'enfant et de ses parents, se fait toujours **avec l'accord de ces derniers**.

3.2.2.3.1.1. Principaux acteurs du dispositif

Les principaux acteurs en terme de protection administrative agissent sous la responsabilité du Président du Conseil Général. Il s'agit du Service Social Départemental (SSD), du service départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et du service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Le SSD, s'adressant à tout public, a pour principales missions de favoriser l'accès aux droits administratifs et sociaux, de contribuer à l'insertion des personnes les plus en difficulté et de participer à la prévention et protection de l'enfance. Les assistants sociaux en charge de la protection de l'enfance peuvent intervenir à domicile si nécessaire.

La PMI a pour vocation d'accueillir, d'informer et de suivre médicalement, de façon préventive, les enfants de 0 à 6 ans et les femmes enceintes. Les jeunes parents ont également la possibilité d'y trouver informations, conseils et soutien si besoin. À ce titre, les personnels de PMI ont une mission de dépistage des mauvais traitements à l'égard de l'enfant.

L'ASE est le service du Conseil Général chargé spécifiquement de la protection de l'enfance. Il exerce des actions ciblées, individuelles ou collectives.

Nous citerons à titre d'information les autres services intervenant dans ce domaine qui ne sont pas placés sous la responsabilité du Conseil Général : le service de santé scolaire et le service social en faveur des élèves, sous la tutelle du Ministère de l'Education Nationale, et les services hospitaliers.

3.2.2.3.1.2. Actions administratives

Au terme de l'observation et de l'évaluation peuvent être proposées des mesures d'aide de proximité exercées par les professionnels des différents services. Selon les cas, ces actions pourront être effectuées à un niveau individuel ou collectif.

Un **suivi médico-social** peut être proposé par l'ASE. Il fait intervenir une assistante sociale de secteur, en collaboration avec la puéricultrice et le médecin de PMI. Plus spécifiquement, une **Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF)** permet d'apporter une aide concernant les tâches ménagères, l'éducation des enfants ou des démarches particulières.

Une aide financière appelée **allocation mensuelle** peut être allouée en cas de besoin, pour les familles disposant de peu de ressources.

Dans certains cas, il peut être décidé d'une **Action Éducative à Domicile**, sous forme d'**Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO)**, ou d'**Aide Éducative Familiale Préventive (AEFP)**. Un éducateur du service social de prévention ou d'un service privé intervient alors à domicile. Cette intervention est décidée par le responsable de l'ASE qui convoque la famille pour la signature d'un contrat précisant la nature, la durée et les intervenants de cette aide éducative. Cette décision est prise en accord avec les parents. Le contrat est valable pour une durée d'un an renouvelable.

L'**accueil provisoire** est une autre solution envisageable pour l'enfant quand les parents sont momentanément dans l'incapacité d'assurer leurs obligations parentales, et jusqu'à ce que les difficultés soient résolues. Cette décision est prise par le Président du Conseil Général (PCG) et appliquée par l'ASE. Elle peut être demandée par les parents eux-mêmes.

L'accueil de l'enfant peut se faire dans une Famille d'Accueil employée par le Conseil Général ou dans un établissement habilité, comme un foyer de l'enfance. Il est valable **pour une durée maximale d'un an**.

Enfin, l'**accueil mère/enfant**, assuré au sein des centres maternels, a pour objectif d'aider les femmes enceintes ou les mères isolées accompagnées d'enfants de moins de trois ans et qui ont besoin d'un soutien matériel et/ou psychologique.

Lorsque les actions entreprises au titre de la protection sociale n'ont pas permis de remédier à la situation, en cas de refus des parents, d'impossibilité d'évaluation ou de situation d'une particulière

gravité, une mesure de **protection judiciaire** doit être sollicitée.

3.2.2.3.2. Protection judiciaire

Le terme de « signalement » est réservé à la saisine du Procureur de la République (PR), il est donc toujours judiciaire.

En cas de danger grave nécessitant une protection judiciaire immédiate, tout professionnel se doit d'aviser directement et sans délai le PR. Il adresse une copie du signalement au PCG. Ce dernier s'engage à ce qu'un recueil d'informations et une évaluation soient réalisés rapidement et transmis au Parquet.

L'autre voie de signalement à l'autorité judiciaire se fait via le PCG qui doit aviser sans délai le PR lorsqu'un mineur est en danger et :

- qu'il a fait l'objet d'une ou plusieurs actions d'aide à domicile n'ayant pas permis de remédier à la situation
- dont la famille refuse l'intervention du service de l'ASE ou se trouve dans l'impossibilité de collaborer avec le service
- lorsqu'il y a une impossibilité d'évaluer la situation

Cette intervention judiciaire a un **caractère obligatoire** et s'impose aux parents.

Le signalement judiciaire est adressé au PR ou à son substitut chargé des mineurs au Tribunal de Grande Instance (TGI) du lieu de résidence habituel de l'enfant. La CRIP reçoit toujours une copie du signalement en l'absence d'IP transmise initialement au Conseil Général (CG).

3.2.2.3.2.1. Cas particulier des situations d'urgence

Le PR peut diligenter une enquête auprès des services de police ou de gendarmerie lorsqu'il existe des éléments certains de maltraitance grave envers un mineur. Ces services peuvent alors procéder à l'audition de la victime, à la réquisition d'un médecin pour la réalisation d'un examen médical et la rédaction d'un certificat détaillé, et à l'audition du professionnel à l'origine de

l'information. Il peut également interpellier l'auteur présumé des faits et réaliser une perquisition. Dans cette situation, une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) peut être émise par le Parquet pour retirer au plus vite l'enfant de l'environnement maltraitant auquel il est soumis. Cette OPP doit être confirmée ou non par le Juge des Enfants sous huit jours.

Le Procureur de la République agit pour la protection de l'enfance dans les domaines civil et pénal. Ainsi, s'il peut saisir le Juge des Enfants dans un but d'assistance et de protection auprès de l'enfant victime, il peut également transmettre les éléments du dossier au Juge d'Instruction afin d'identifier et de sanctionner pénalement l'auteur des faits.

3.2.2.3.2.2. Rôle du Juge des Enfants

Le Juge des Enfants est saisi par le Procureur de la République, ou directement par le mineur ou sa famille. Son intervention débute par une évaluation de la situation après convocation du mineur victime et de ses parents afin de prendre une décision quant aux suites à donner à la procédure. Il peut alors demander des mesures d'investigation sous forme d'enquête sociale par une assistante sociale du tribunal, ou de mesure d'Investigation et d'Orientation Éducative (IOE), enquête de 6 mois réalisée par un service spécialisé composé de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux.

Dans certaines situations, il peut ordonner une mesure d'AEMO confiée aux services de l'ASE ou à un service privé selon les mêmes modalités que lors de la procédure administrative, à la différence notable que les parents ne peuvent s'y soustraire. Cette mesure prend fin lorsque l'enfant est estimé hors de danger.

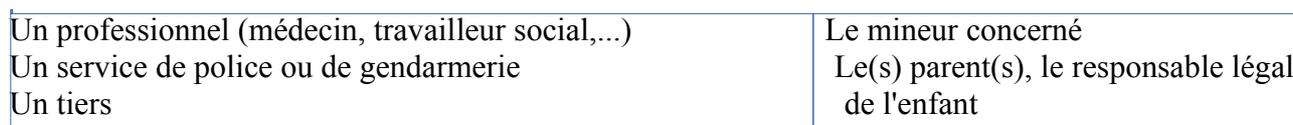
Dans les situations plus graves, le Juge des Enfants prend une mesure de placement judiciaire afin de retirer le mineur de son environnement habituel. L'enfant sera alors confié, selon les cas : au parent qui n'en a pas la garde habituellement, à un tiers digne de confiance qui peut être ou non un membre de la famille, à un établissement sanitaire d'éducation, ou aux services de l'ASE en charge de trouver une famille d'accueil ou une institution. Les droits de visite sont décidés par le Juge des Enfants.

Enfin, comme le précise le code de la Sécurité Sociale dans son article L. 552-6, « dans les cas où les enfants donnant droit aux prestations familiales sont élevés dans des conditions d'alimentation, de logement et d'hygiène manifestement défectueuses ou lorsque le montant des prestations n'est pas employé dans l'intérêt des enfants, le Juge des Enfants peut ordonner que les

prestations soient, en tout ou partie, versées non au chef de famille mais à une personne physique ou morale qualifiée dite tuteur aux prestations sociales ». Il s'agit ici de la Tutelle aux Prestations Sociales destinée aux Enfants (TPSE).

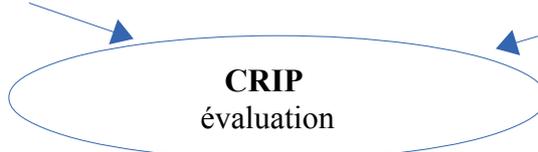
Dans tous les cas, le Juge des Enfants est tenu de convoquer le mineur et ses parents avant toute décision, sauf en cas d'urgence. Les mesures qu'il ordonne ont toujours un caractère provisoire.

Le schéma ci-après reprend le circuit d'organisation du double système français de protection de l'enfance tel que nous venons de le décrire.



transmet des IP relatives au mineur en danger ou qui risquent de l'être

demande de l'aide



Classement administratif

propose une mesure administrative

Président du Conseil Général

- Mesure administrative :**
- suivi médico-social - TISF
 - aide financière : allocation mensuelle
 - aides éducatives à domicile : AEMO AEFP
 - accueil provisoire :
 - ✓ enfant (FA, foyer,...)
 - ✓ mère-enfant (centre maternel)

Si refus

Si :
évaluation impossible
échec des MA antérieures

Signalement

Parquet (PR)

vérifie les cdt° du signalement
peut prendre une mesure de placement en urgence

Classement sans suite

Saisine

Juge des Enfants

- mesures d'investigations (enquête sociale, IOE)
- mesures de prise en charge provisoires (AEMO, placement)

Saisine d'office du JDE

Saisine directe

Si gravité particulière de la situation



10

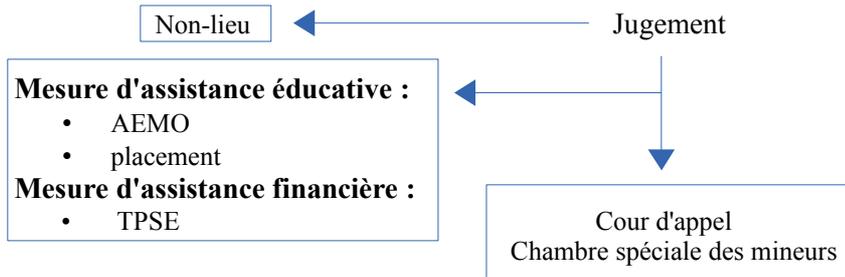


Schéma 1 : Organisation de la Protection de l'Enfance en France

Les enfants dont nous avons exposé les situations ont tous été sujets à des maltraitances avérées. A ce titre, pour chacun d'eux, un signalement a été rédigé. Un tel document est soumis à des règles de rédaction bien précises que la Haute Autorité de Santé a récemment publiées.

Nous appuyant sur ces recommandations, il nous semble important de retenir les informations suivantes :

- **modalités de rédaction** : le signalement mentionnera uniquement ce qui a été rapporté, entendu ou constaté par le médecin, sans interprétation personnelle.
À ce titre, on rapportera exactement les formulations employées, en utilisant les guillemets pour les propos relatés par l'enfant ou les autres intervenants, le conditionnel pour les faits non objectivables (la mère nous a rapporté que le mineur aurait présenté tel signe...).
Le style direct sera employé pour les éléments et les faits constatés.
- **transmission** : le signalement sera toujours transmis par écrit (fax suivi d'un courrier avec AR) après si besoin avoir prévenu le Procureur par téléphone. Le destinataire sera le PR auprès du Tribunal de Grande Instance dont dépend le lieu où les faits sont révélés, ainsi que la CRIP à qui l'on adressera un double du signalement. On conservera une copie du signalement qui ne doit pas être transmis aux parents, ni au mineur.
- **cadre juridique** : le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve pour faire un signalement. Par ailleurs, conformément à l'article 226-14 du Code Pénal, l'information de maltraitances aux autorités judiciaires constitue une dérogation au secret professionnel.

En pratique, il se présente sous forme d'un certificat médical détaillé reprenant les éléments présentés dans le tableau ci-après.

Informations socio-administratives	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nom, prénom, adresse du médecin ✓ Numéro d'inscription à l'ordre des médecins ✓ Nom, prénom, date de naissance de la victime (en cas de doute sur son identité, indiquer l'identité alléguée, entre guillemets) ✓ Nom, prénom du représentant légal (en cas de doute sur son identité, indiquer là aussi l'identité alléguée, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... »)
Prestation de serment	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si le médecin a été requis par les autorités judiciaires et s'il ne figure pas sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale ✓ Prestation de serment du médecin par écrit selon la formulation indiquée dans la réquisition (apporter son concours à la justice en son honneur et sa conscience)
Dires et doléances de la victime	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dires spontanés de la victime (contexte et nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits, anamnèse, etc... sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme « X dit avoir été victime de ... », « la victime déclare : « ... » », « selon les dires de la victime... ») ✓ Doléances de la victime sans interprétation, ni tri ✓ En cas de recours à un interprète ou un assistant de communication, indiquer dans le certificat que les propos de la victime ont été traduits par l'interprète ou l'assistant de communication précédemment identifié.
Constatations médicales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Description précise et sans ambiguïté des signes cliniques positifs de toutes les lésions (nature, dimension, forme, couleur, siège anatomique précis, ...) ✓ Photographies contributives, datées et identifiées (jointes avec accord) et schémas ✓ Description des signes neurologiques, sensoriels et comportementaux ✓ Mention de l'association éventuelle de lésions d'âges différents ✓ Description des signes cliniques négatifs pouvant être contributifs (absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse par exemple) ✓ Mention des examens et avis cliniques complémentaires réalisés et leurs résultats (radiographies, données biologiques par exemple)
Informations complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mention « Un certificat complémentaire sera établi après réception des résultats » (lorsque des aides au diagnostic sont prévues et que leurs résultats seront disponibles de manière différée) ✓ Conclusion précisant la durée (en toutes lettres) de l'ITT (sauf si le médecin est dans l'impossibilité de la déterminer)

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Circonstances de la rédaction du certificat (ex. : « certificat établi sur réquisition de... ») ✓ Date, heure et lieu de l'examen ✓ Date, heure et lieu de la rédaction du certificat ✓ Signature du médecin à la main et cachet d'authentification
--	--

4. De la violence au traumatisme⁴⁹ Tableau 1 : Règles de rédaction d'un signalement

Nous avons ici envisagé les choses sous leur abord collectif, au regard de la société.

Suivant Jean-Jacques Rousseau, nous pensons que les lois sont nécessaires pour structurer les différentes institutions et organiser leur mode de fonctionnement. Sans loi, il n'y aurait qu'anarchie et violence .

À l'échelle de la société, la loi assure de nombreuses fonctions. Cette notion pourrait à elle seule faire l'objet d'un travail approfondi. Nous évoquerons donc ici de manière synthétique ce qui nous paraît essentiel à évoquer.

4.1. ... ou des fonctions sociétales de la loi

Il apparaît en premier lieu que la loi assure une **fonction de régulation**. En édictant des normes nécessaires au maintien de l'ordre, elle permet l'ajustement des comportements individuels entre eux et à l'égard de la totalité, organisant la société en un ensemble cohérent.

On peut également dire de la loi qu'elle assure une **régularité dans le temps**, c'est-à-dire qu'elle permet que la société existe et perdure. Enracinée dans le passé, elle s'applique dans le présent et permet de prévoir et d'organiser la vie future malgré l'incertitude de l'avenir. Par là-même, la loi assure une constance de la vie en communauté, du vivre ensemble.

Enfin, nous retiendrons que la loi tend à **réduire les inégalités** et intervient notamment afin de **protéger les individus**, à l'échelon collectif et individuel. C'est le cas des situations de maltraitance infantile. La maltraitance apparaît ici comme une violence reconnue par la société, et qui doit être sanctionnée.

4.2. ... à son ressenti individuel

S'il en est ainsi au niveau sociétal, qu'en est-il au niveau individuel ? C'est ce point que nous avons souhaité développer par la suite. **Quand la société parle de violence, l'individu ressent le**

traumatisme. En d'autres termes, la maltraitance comme violence est un fait objectivable, qualifiable par tout observateur, c'est-à-dire en se plaçant à un niveau extérieur au sujet. À l'inverse, le traumatisme s'entend en considération du ressenti propre à chacun. Ainsi, si tout traumatisme est l'effet d'une violence, interne ou externe, qu'a subi le sujet, toute violence n'est pas traumatique.

Il nous semble que la loi, outre les fonctions communautaires qu'elle remplit, doit être envisagée en terme d'impact et de ressenti individuel. Quelles fonctions peut-elle alors remplir pour un enfant victime du traumatisme de la maltraitance ? Plus particulièrement, quels seraient dans ce cas-là les enjeux psychiques d'une application des droits de l'enfant au regard de son processus de réparation ?

C'est sur ce point que nous avons voulu axer notre réflexion.

Que retenir au terme de ce parcours ?

Notre périple, prenant naissance aux racines historiques de la maltraitance infantile, nous a conduit à envisager ses différents aspects cliniques, polymorphes et parfois subtils.

Au-delà, nous avons constaté que ce sujet devenu phénomène de santé publique abordait les questions toutes particulières des droits de l'enfant et du système de protection qui lui est dédié. L'enfant occupe ici une place bien singulière, en cela qu'il est à la fois sujet actif, titulaire de droits spécifiques, et sujet passif, soumis notamment à l'autorité parentale. Le dispositif complexe assurant sa protection, réformé en profondeur par la loi du 5 mars 2007, doit nécessairement être envisagé comme un outil pluridisciplinaire nous rappelant qu'aucun professionnel ne doit rester seul face à une suspicion de maltraitance chez un enfant.

S'il en est ainsi au niveau sociétal, qu'en est-il à l'échelon individuel ? La question se pose.

Quels pourraient être, pour un enfant victime de maltraitance, les enjeux psychiques découlant d'une stricte application de ses droits au regard de son processus de réparation?

III. Réflexion sur les enjeux psychopathologiques soulevés au regard de la procédure judiciaire

1. L'enfant, le traumatisme et la loi : abord psychopathologique

1.1. Du traumatisme de la maltraitance

Qu'est-ce qu'un traumatisme ?

De manière générale, il s'agit de l'ensemble des troubles causés par les effets d'une violence extérieure.

Si les répercussions physiques de cette violence sur le corps sont relativement faciles à repérer, il n'en est pas de même de ses effets psychiques, souvent difficiles à discerner, et qui peuvent se révéler à distance.

1.1.1. Concept de traumatisme dans l'oeuvre freudienne⁵⁰

L'abord du traumatisme selon l'oeuvre freudienne donne accès à une voie de conceptualisation de la notion de traumatisme. Elle nous paraît tout particulièrement intéressante à évoquer car elle est la base de toutes les conceptualisations ultérieures qui reprennent ses apports terminologiques.

Freud énonce le trauma comme un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. Il le définit comme un processus où le sujet remanie après coup les événements passés et ajoute qu'il faut toujours deux temps pour constituer un traumatisme psychique : le temps de l'évènement qui dépose sa trace, et le temps de la reviviscence d'origine interne. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un **afflux d'excitations** qui est **excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations** »⁵⁰.

Suivant la conception psychanalytique, le traumatisme provoque l'incapacité, pour l'appareil psychique, de contenir, maîtriser et liquider les excitations pulsionnelles selon le **principe de constance**, lequel tend à maintenir la quantité d'excitations contenues par le psychisme à un niveau aussi bas que possible.

En d'autres termes, lors d'un traumatisme, l'**afflux d'excitations** est **démesuré par rapport à la capacité qu'à l'appareil psychique de les contenir et de les maîtriser**. Le psychisme s'avère dans l'impossibilité de décharger cet afflux d'excitations, le **principe de constance** est **mis en échec**.

1.1.2. La compulsion de répétition^{51,52}

Dans un tel contexte, il est fréquent de constater une **compulsion de répétition** chez le sujet traumatisé. Largement évoquée chez Freud et Lacan, elle désigne le fait que des représentations, des images, des rêves, des cauchemars, des pensées, des éléments du discours ou encore des actes et des conduites se répètent avec insistance chez un individu ayant subi un traumatisme.

Cette répétition du traumatisme représenterait une **tentative de maîtrise et de symbolisation de l'acte traumatique**.

La situation clinique d'Antoine l'illustre tout particulièrement et le jeune garçon reviendra souvent, au cours de son hospitalisation, sur ses cauchemars récurrents, qui s'atténueront au fur et à mesure qu'il pourra mettre des mots sur son ressenti, c'est-à-dire avoir accès à une autre voie de symbolisation.

Dans le cas de la compulsion de répétition, la tentative d'intégration du trauma dans l'organisation symbolique du sujet s'avèrerait le plus souvent inopérante d'où son caractère d'automatisme.

Ainsi, suite au **traumatisme qui vient confronter le sujet au réel de la mort, de l'indicible, de l'insoutenable**, la répétition traduit une **tentative de maîtrise de l'individu, qui essaie de symboliser l'évènement traumatique**. En ce sens, elle témoigne d'une **lutte contre la pulsion de mort**. Elle est un essai de penser et de dépasser le trauma, certes délétère et inefficace, mais qui permet de rester sujet.

1.1.3. Place dans les classifications actuelles

Les classifications actuelles reprennent les critères diagnostics du psychotraumatisme sous les noms respectifs de **Trouble État de Stress Post-Traumatique** dans la classification DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux) et d'**État de Stress Post-Traumatique (ESPT)** dans la classification CIM-10 (Classification Internationale des Maladies). Les critères diagnostics exposés dans le DSM-IV-TR nous paraissent tout particulièrement intéressants car ils isolent les spécificités pouvant être rencontrées chez l'enfant. Ainsi, suivant cette classification, le Trouble État de Stress Post-Traumatique se définit d'après les critères suivants :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure **ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;**

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;

Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse :

Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et

des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;

Note : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;

(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;

(3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;

(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;

(6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

(7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

- (1) Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu ;
- (2) Irritabilité ou accès de colère ;
- (3) Difficulté de concentration ;
- (4) Hypervigilance ;
- (5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,

Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

1.1.4. Aspects cliniques du psychotraumatisme de l'enfant⁵³

1.1.4.1. Considérations générales

Considérant cette définition, arrêtons-nous sur les principaux aspects cliniques du psychotraumatisme de l'enfant.

Les ESPT de l'enfant apparaissent fréquents, durables et potentiellement graves. Dans ce domaine, Gilbert Vila, psychiatre au centre de victimologie pour mineurs de l'hôpital Armand Trousseau de Paris, souligne que l'on commence à peine à prendre conscience de la fréquence des événements graves que subissent les mineurs et ce que cela implique pour la société. Il ajoute que

les conséquences de ces évènements sont souvent sous-estimées à court, moyen et long terme malgré leur impact pouvant être considérable **puisqu'ils affectent des sujets en plein développement**. Ils peuvent compromettre toute leur existence et constituent par la-même un véritable enjeu de santé publique.

Quelques précisions s'imposent. On parle d'évènement traumatique, traumatogène ou potentiellement traumatique, pour les faits initiaux, ce qui s'est réellement passé ou ce qui est susceptible de se produire. Il en résulte un processus intra-psychique : le psycho-traumatisme (ou trauma), à l'origine de conséquences psychopathologiques spécifiques : les syndromes psycho-traumatiques, dont l'**ESPT** est la forme la plus fréquente décrite par les classifications internationales.

Les connaissances pour l'enfant ont beaucoup progressé ces dernières années. On sait maintenant que les ESPT existent chez l'enfant, voire le très jeune enfant, et qu'ils ne reflètent pas la carence parentale mais bien, comme chez l'adulte, les conséquences de l'exposition à un évènement catastrophique, condition indispensable au diagnostic. **Ils sont la complication la plus fréquente en cas de maltraitance physique ou sexuelle** et prédisposent à la survenue d'autres troubles, aggravant ainsi le pronostic. Signalons qu'ils sont nettement plus fréquents qu'on ne le croyait. Ainsi, après un évènement donné, on a pu montrer que deux tiers des enfants exposés pouvaient présenter ce type de troubles dans les mois suivants^{54,55}.

1.1.4.2. Données sémiologiques de l'ESPT de l'enfant et de l'adolescent

Un certain nombre de spécificités sémiologiques et développementales caractérisent la présentation de l'ESPT de l'enfant.

Le **syndrome de répétition** reste l'élément central et pathognomonique. Les enfants présentent des jeux répétitifs, des « remises en actes », dont la dimension de plaisir est absente, à la différence du jeu proprement dit. Les souvenirs du traumatisme, répétitifs et intrusifs, peuvent être visualisés sous forme d'hallucinations, d'illusions et de flash-back. Des **reviviscences auditives, tactiles ou olfactives** sont parfois rapportées. De tels souvenirs, fortement sensorialisés, sont déclenchés par des stimuli rappelant le traumatisme ou surviennent spontanément, notamment dans les moments où l'attention des enfants se relâche. Les rêves récurrents sont moins fréquents que chez l'adulte et l'enfant présente le plus souvent des cauchemars à thèmes non spécifiques, sans rapport avec l'évènement, ou des terreurs nocturnes sans contenu reconnaissable. Si l'émoussement affectif est

rare chez l'enfant, on observe souvent une attitude de fatalisme, pessimisme, et un sentiment d'avenir « bouché », témoignant d'une **modification jusque dans le rapport au monde et aux autres**. Ces enfants ressentent véritablement une profonde vulnérabilité, voire perdent toute confiance en l'adulte protecteur. Les **peurs spécifiques** constituent la quatrième caractéristique principale de l'ESPT de l'enfant. Il s'agit d'efforts délibérés pour éviter non seulement les activités ou les situations en rapport avec l'évènement traumatique, mais aussi les pensées et les sentiments qui y sont liés. Un autre point singulier de la clinique pédiatrique concerne l'intégration cognitive des évènements. Ainsi, la « réévaluation cognitive » des faits a posteriori génère la croyance en des présages que l'enfant pense prédictif de ce qui allait se passer. Dans les cas de maltraitances, l'enfant peut penser qu'il est ainsi puni parce qu'il a fait une bêtise. L'**hyperactivité neurovégétative** recouvre un large éventail de symptômes : difficultés d'endormissement, réveils multiples, hypervigilance, troubles de l'attention... Dans ce contexte, la répercussion sur la scolarité est fréquente. Enfin, signalons l'importance des **plaintes somatiques** diverses (céphalées, douleurs abdominales...) et des **phénomènes régressifs** (énurésie, succion du pouce...).

1.1.4.3. Formes cliniques

On distingue les formes d'ESPT chez l'enfant et l'adolescent selon l'âge et selon le type d'évènements traumatiques.

La distinction clinique **selon l'âge** individualise quatre formes.

- **Avant 3 ans**, les syndromes psychotraumatiques sont mal connus et échappent à la description de l'ESPT typique. On estime que dominant les manifestations comme le retrait ou l'excitation, l'irritabilité, les pleurs, les troubles du sommeil ou de l'appétit et les retards de développement ou les régressions.
- Chez les enfants de **3 à 6 ans** prédominent les somatisations douloureuses et les comportements régressifs à type d'énurésie et d'encoprésie secondaires.
- De **6 à 12 ans**, on notera fréquemment des symptômes anxieux ou dépressifs marqués, ainsi que l'expression d'une culpabilité importante. Les difficultés scolaires représentent un risque non négligeable.
- L'**adolescence** sera une période plus à risque de troubles dissociatifs avérés, de troubles de l'identité ou de la personnalité, de troubles du comportement alimentaire. Une vigilance toute particulière devra être portée au risque de passage à l'acte suicidaire, d'automutilations et de conduites à risque (délinquance, toxicomanie).

La distinction clinique **selon le type d'évènement traumatique** individualise quant à elle les **troubles psychotraumatiques de types I, II et III** :

- Le **premier type** survient suite à l'exposition brutale et imprévisible à un événement unique et limité dans le temps.
- Le **trouble psychotraumatique de type II** est consécutif à l'exposition prolongée ou répétée à des évènements majeurs. Il se distingue ainsi des trauma de type I par l'absence de surprise, voire la résignation qu'il entraîne chez l'enfant, y compris durant sa survenue.
- Le **traumatisme de type III** est consécutif à des évènements multiples, envahissants et violents pendant une longue période de temps. Aussi appelés **traumatismes complexes**, ils sont le résultat d'une **victimisation chronique** par assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Ce syndrome, proche d'un trouble de la personnalité, réalise un mode de fonctionnement qui s'est constitué par la nécessité de composer de façon durable avec un phénomène adverse. On peut constater cliniquement des altérations du contrôle émotionnel, de la conscience, ou des phénomènes dissociatifs. **Il s'agit véritablement d'un remaniement profond du sujet, touchant ses valeurs personnelles, sa conception du monde, ses relations à soi et aux autres.**

1.1.4.4. Troubles associés

Gérard Vila note que « tous les types de troubles peuvent être observés dans le cadre de l'ESPT »⁵³. Les plus fréquents sont les **troubles anxieux**, les **troubles dépressifs** et les **troubles du comportement**. Nous insisterons sur ces derniers qui méritent une place à part, de par leur fréquence et leur retentissement social.

Dans certains cas, on observe que le jeune patient se montre à la fois victime et agresseur, usant de violence et suscitant le rejet et l'exclusion, en particulier en milieu scolaire. Cela témoigne de capacités d'attachement très perturbées. Les nombreuses ruptures et les défaillances des adultes qui l'entourent contribuent à la réactivité défensive de l'enfant ou de l'adolescent sur le mode de la défiance et de l'attaque. Se retrouvent ici souvent intriqués effets du trauma, ruptures d'attachement et carences affectives et éducatives. Les victimisations, en général, ont précédé les conduites d'agression dans l'histoire de ces jeunes. Le risque est ici bel et bien celui de la **survictimisation iatrogène**, que les professionnels intervenant auprès de l'enfant devront absolument garder à l'esprit.

Dans d'autres cas, les conduites d'agression sont premières dans la chronologie des troubles. Il

peut s'agir de troubles oppositionnels avec provocation, de troubles des conduites, ou de Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH). Dans ces situations, c'est l'impulsivité, l'absence de contrôle et de limites, l'agressivité et l'hostilité, qui mènent aux passages à l'acte agressifs. Ils expliquent une prise de risque accrue et une vigilance toute particulière devra être portée à la consommation de toxiques.

1.1.5. Apports neurobiologiques⁵⁶

Pour qu'un événement traumatise la mémoire, il faut que les émotions du sujet soient sidérées et ne puissent reprendre un développement normal. Alors que la mémoire saine évolue et incorpore de nouvelles informations, la **mémoire traumatique** reste figée sur l'image de l'effroi qui s'impose à la conscience et bloque toute évolution.

Quels sont les mécanismes neurobiologiques de ce processus ?

La connotation affective des événements est donnée par la connexion du lobe préfrontal à l'amygdale et à l'aire cingulaire antérieure.

À l'état basal, le lobe préfrontal exerce une rétroaction négative sur l'amygdale. Lorsque l'inhibition préfrontale n'est plus possible à cause d'un choc psychique ou physique, **l'amygdale non freinée répond à toute information comme s'il s'agissait d'une alerte**. À l'image des caractéristiques cliniques des enfants que nous avons décrites tout à l'heure, tout se passe comme si les circuits neurobiologiques étaient eux aussi dans un état d'hypervigilance permanent.

1.1.6. Variabilité inter-individuelle du traumatisme^{57,58}

Qu'est-ce qui vient faire traumatisme ? La question mérite d'être posée.

Il est très difficile d'apprécier la portée traumatique d'un événement, et, d'une manière générale, ce qui vient faire traumatisme. Bien sûr, il est évident que la maltraitance, en tant que violence manifeste, sera plus à même d'engendrer un traumatisme que d'autres situations. Cependant, même chez un enfant victime de maltraitance, la portée traumatique de l'évènement n'est pas la règle et reste très variable. Ce qui est maintenant bien établi est que chez l'enfant, l'ESPT survient suite à un événement majeur, représentant une menace pour la vie ou l'intégrité physique, et non suite à un

stress de la vie courante. Quand il y a effraction traumatique, la réaction immédiate de l'enfant se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un comportement désorganisé ou agité. Le risque de troubles post-traumatiques chroniques sera d'autant plus important que ces premiers troubles seront marqués.

L'extrême variabilité de la sensibilité individuelle au traumatisme est donc la règle et pose une difficulté indéniable. De nombreuses variables entrent en jeu et confèreront à l'évènement un caractère traumatisant. Citons à ce titre l'influence de paramètres tels que la sévérité de l'abus, les réactions de l'entourage de l'enfant, le soutien mis en place, les décisions immédiates qui suivent la révélation, les expériences précédentes de l'enfant, son âge, son niveau développemental, ses capacités d'intégration...

De manière générale, on peut dire, suivant Philippe Jeammet, que les principaux éléments entrant en considération résident dans la « **vulnérabilité personnelle** » de l'enfant « et dans l'**attitude des adultes censés le protéger** »⁵⁷. Ou, pour reprendre Boris Cyrulnik, dans l'**équipement pré-traumatique du sujet, son aptitude à affronter le traumatisme** et la **structure affective et culturelle disposée autour de lui**⁵⁹.

« Quand les ressources internes sont fragilisées et qu'il y a défaillance objective ou subjective des personnages de référence, alors la voie est ouverte pour le traumatisme ».⁵⁷

Pour conclure, à la suite de A. Green, nous pensons que ce qui est important pour l'enfant n'est pas tant la situation donnée qu'il a vécue, mais **la façon dont il l'a intériorisée et interprétée**⁶⁰. Intervient donc la notion de **niveau développemental de l'enfant**, indispensable variable à prendre en considération.

C'est à cette relation entre niveau de développement et capacités d'intégration de l'enfant que nous allons nous intéresser maintenant. Après une considération sur les fondements nécessaires à assurer pour permettre à l'enfant un développement psycho-affectif normal, nous nous positionnerons au niveau intra-psychique pour tenter d'appréhender au plus près le fonctionnement de l'enfant. Cela nous amènera à évoquer la mise en place des instances psychiques, socle identitaire fondamental. Nous nous interrogerons ensuite sur la naissance de la loi symbolique, du sentiment de justice et de la pensée morale chez l'enfant.

1.2. Etapes du développement psycho-affectif de l'enfant

Pour comprendre ce que le traumatisme vient impacter, il convient d'étudier le processus de construction psychique normal de tout enfant. Nous l'avons vu, le traumatisme vient faire effraction chez un individu qui avait jusque-là poursuivi son processus de développement psycho-affectif sans encombres. Quelles sont justement les étapes de ce processus ?

1.2.1. Bases nécessaires au développement psycho-affectif normal

1.2.1.1. Cadre et soutien narcissique⁶¹

Tout au long du développement de l'enfant, les relations entre le soi et le cadre, le contenu et le contenant, sont en perpétuelle interaction. Cette interdépendance contenu/contenant veille à assurer un fonctionnement harmonieux en régulant tout à la fois le fonctionnement interne du sujet et ses relations à l'autre.

C'est dès le plus jeune âge de leur enfant que les parents – on rappelle que ce terme est employé au sens large pour désigner toute personne assurant l'éducation de l'enfant –, vont soutenir son développement en assurant à la fois un **cadre contenant et fiable** et un **soutien à la construction narcissique**.

Le **cadre**, constituant un appui pour l'enfant, va progressivement lui permettre de se contruire un système de **pare-excitation**. Par la mise en place de mécanismes, d'outils de pensée et de systèmes de représentations, il permettra à l'enfant de ne pas se sentir débordé par ses émotions et ses pulsions. Il représente ainsi un garde-fou indispensable à ce que l'on pourrait nommer « l'homéostasie psychique ».

Le **soutien narcissique**, quant à lui, va permettre à l'enfant la construction d'une identité propre et autonome. Il constitue la base de l'estime de soi, ou, en d'autres termes, la base de l'édification progressive du Moi, permettant de ne plus se sentir dépendant de l'autre.

1.2.1.2. Mise en place de l'espace transitionnel⁶¹

Dans les premières années de la vie va alors se développer un **espace transitionnel**, pouvant être schématisé comme un « espace tampon entre l'enfant et son environnement, espace qui, au travers du jeu, du langage, de la pensée et de l'imagination va atténuer l'impact des moments difficiles entre soi et l'extérieur »⁶¹.

Ainsi, par le biais de la permanence des interactions entre soi et le cadre, l'enfant va progressivement aménager et investir un espace transitionnel qui lui sera propre.

Pour résumer, il apparaît que **c'est d'un juste équilibre entre cadre contenant et soutien narcissique, respectivement nécessaires à la construction de pare-excitations et d'une identité propre, que découlera un développement psycho-affectif harmonieux de l'enfant, avec l'investissement progressif de son espace transitionnel.**

1.2.2. Considérations au regard du fonctionnement intra-psychique

Poursuivons notre étude du développement psycho-affectif normal en nous positionnant cette fois-ci au niveau intra-psychique.

1.2.2.1. Données psychanalytiques^{50,62}

Selon Freud, le fonctionnement mental est régi par les **principes de plaisir** et de **réalité**. Le premier illustre le fait que l'ensemble de l'activité psychique a pour but d'éviter le déplaisir et de procurer le plaisir. Le second renvoie quant à lui au nécessaire comportement d'adaptation que va devoir adopter le sujet suite à la prise en compte de son environnement, ou, pour reprendre Freud, à la recherche « d'une satisfaction qui ne s'effectue plus par les voies les plus courtes mais emprunte les détours et ajourne son résultat en fonction des conditions imposées par le monde extérieur »⁵⁰.

Au cours du développement normal de l'enfant, le principe de plaisir est d'abord seul à l'oeuvre, avant que le principe de réalité ne le rejoigne. Pour reprendre Philippe Mazet, « l'organisation progressive du Moi » va avoir à faire face aux « revendications pulsionnelles et aux exigences de la

réalité »⁶².

On entreperçoit là tout le domaine de l'édification des instances psychiques, avec l'émergence du Ça et du Moi et la différenciation progressive du Surmoi.

1.2.2.1.1. Instances psychiques^{62,63}

Au commencement, le nourrisson ne se vit pas distinct de sa mère. Il n'a pas conscience de son propre corps. Suivant la conception freudienne, l'instance première, alors seule opérante, est le **Ça**. C'est le **pôle pulsionnel de la personnalité**, totalement inconscient, **régi et dirigé par le seul principe de plaisir**. La vie psychique du nourrisson est dominée par le désir de satisfaction immédiate et illimitée. Du monde qui l'entoure et le domine n'existe que ce dont il a besoin.

En est ensuite issu le **Moi**, formé au contact de la réalité extérieure. C'est alors progressivement que le nourrisson va prendre conscience de lui-même, et intégrer les limites de ce corps qui est à lui et différent des autres. Il distinguera ainsi ce qui est de l'ordre du Moi et ce qui ne l'est pas. L'étape fondamentale dans l'édification du Moi est représentée par le stade du miroir, décrite par Lacan, vers le huitième mois.

À cet âge-là, face à un miroir, l'enfant va découvrir que l'autre qu'il voit n'est qu'une image et non un être réel, passant ainsi du réel à l'imaginaire.

Plus tard, vers 1 an, il comprend que l'image du miroir, c'est lui. Il **s'identifie** à l'image réfléchie. C'est sa mère qui lui ouvrira la voie à cette identification à l'image lorsqu'elle le désignera en lui disant que c'est lui « oh, c'est toi ! » en le regardant dans la glace. L'enfant accède à son identité et à son identification par le regard de l'autre.

Le **Moi** est la partie de la personnalité la plus consciente, en contact avec la réalité extérieure. On peut le définir comme « l'instance du milieu », dans une relation de dépendance à l'égard des pulsions du Ça, des exigences du Surmoi et de celles de la réalité. Il a un rôle de régulateur et de médiateur.

Dans un troisième temps, vers 4 ans, apparaît le **Surmoi**, assimilable à un juge ou un censeur à l'égard du Moi. Le Surmoi est l'instance refoulante, support de tous les interdits et de toutes les contraintes sociales et culturelles. Héritier du complexe d'Œdipe, il se constitue par intériorisation des exigences et interdits parentaux. L'enfant renonce au désir incestueux envers son parent de sexe opposé.

Émergera ensuite l'**Idéal du Moi**, modèle auquel l'enfant cherche à se conformer, qui résulte de l'identification aux parents idéalisés. Il s'agit d'une instance qui accompagne le processus de socialisation de l'individu, tout au long de la formation de sa personnalité. C'est le substitut de la toute-puissance de l'enfant, qui passe du « je peux tout », à « je voudrais tout pouvoir ». Le Moi se compare et se construit par rapport à cet idéal, référence permettant au sujet de se dépasser, qui va se former progressivement au cours de l'enfance par identification aux personnes proches aimées et admirées.

1.2.2.1.1.1. Particularités du Surmoi⁶⁴

Dès le début de la vie, les relations de l'enfant sont marquées par un mélange de liberté et de limitations. Ces dernières vont prendre, au fur et à mesure du développement de ses capacités de compréhension, la forme des interdits : interdit de toucher, de faire du mal, de se livrer à certaines activités, d'exprimer certaines choses.

Comme nous l'avons évoqué, c'est par l'intériorisation progressive de ces interdits que l'enfant va constituer son Surmoi, « instance psychique interdictrice, qui est là pour réprimer l'expression sans frein des désirs constituant le Ça, représentation du monde des pulsions ». Face à cela, « le Moi essaie d'établir un compromis qui tienne également compte des contraintes de la réalité externe ». Puis, progressivement, ce monde des interdits constituant le Surmoi va recevoir le renfort de l'Idéal du Moi, représentant le modèle auquel le Moi cherche plus ou moins à se conformer.

Quelles pourraient être les fonctions du Surmoi et des interdits ?

Suivant Philippe Jeammet, il semble que l'on puisse leur attribuer trois principales fonctions :

- de **prohibition de désirs considérés comme interdits**. Son expression la plus manifeste concerne les pulsions essentielles de sexualité et de destructivité : « Tu ne tueras point », « tu ne commettras pas l'inceste ».
- de **protection de l'individu et de gardien de son estime de lui-même**. Cette fonction protectrice du Surmoi est essentielle.

On peut l'envisager ainsi : « dès le début de la vie, les interdits protègent l'enfant contre un

certain nombre de comportements dangereux pour sa survie et permettent son adaptation à la réalité. La recherche sans limite de la satisfaction immédiate des désirs le conduirait à une mort certaine ». L'enfant devient en capacité d'attendre et de différer le plaisir immédiat au profit d'une plus grande et plus sûre satisfaction à venir. Cette étape est essentielle à sa survie et lui permet d'acquérir un certain degré de liberté à l'égard de l'environnement. Par la suite et tout au long de sa vie, le sacrifice de plaisirs immédiats – dicté par la pulsionnalité du Ça – au profit de la soumission à des impératifs moraux – dictés par le Surmoi – renforce l'estime de soi du sujet et lui permettent de se sentir aimable et aimé, tel l'enfant gratifié du regard protecteur et bienveillant de ses parents, après avoir accompli ce que l'on attend de lui.

- de **différenciation**, de **reconnaissance des limites** et d'**affirmation de l'identité**. Les interdits et leur intériorisation sont à la base du processus de différenciation Moi/ non-Moi qui permet à l'enfant de se vivre progressivement distinct de son environnement.

Les interdits ont un rôle structurant et il n'est pas à démontrer les dangers pour l'identité du sujet d'une relation d'une trop grande complicité avec son environnement. « L'absence de limites, l'évitement systématique des conflits, la recherche d'un comblement des désirs de l'autre favorisent la non-reconnaissance par le sujet de ses désirs propres et une relation de confusion avec autrui. »

Ainsi, interdits et Surmoi apparaissent comme structurants et nécessaires au développement de la personnalité de l'enfant. Ils s'inscrivent avant tout dans la relation, reflétant la qualité des relations qui lie l'enfant à ceux qui s'occupent de lui, et non comme l'expression d'une loi désincarnée.

Arrêtons-nous un instant sur cette notion. L'enfant est ici en capacité d'intégrer la loi symbolique. Quels sont les fondements de cette intégration psychique ?

1.2.2.1.2. Intégration de la loi symbolique

Au commencement, l'enfant est dans une relation duelle avec sa mère. De cette relation que l'on pourrait qualifier d' « indistinction fusionnelle », le père est absent. L'enfant dépend en tout du désir de sa mère. S'y conformer est pour lui une nécessité vitale.

Dans un deuxième temps arrive le père.

Dans son monde psychique de représentations, **l'enfant passe d'une relation binaire à une relation triangulaire**, où il doit nécessairement partager son objet d'amour. Le père apparaît comme un rival de l'enfant auprès de sa mère. Symboliquement, pour l'enfant, le désir de sa mère, qui commande sa propre vie à lui et donne forme à son désir devient limité et modelé par le père et ce qu'il représente.

Par la-même s'impose ici à l'enfant la **loi du père, loi de l'interdit de l'inceste**.

En d'autres termes, le père est lieu pour l'enfant du désir et de la loi de la mère et il doit s'y conformer.

C'est au travers de cette expérience que l'enfant intègre la **loi symbolique**.

1.2.2.1.3. Naissance du sentiment de justice^{62,65,66}

De cette étape fondamentale va découler l'**émergence du sentiment de justice** chez l'enfant. On considère ainsi, à la lumière des réflexions récentes, qu'intégration de la loi symbolique et naissance du sentiment de justice chez l'enfant sont contemporains.

Selon Serge Lebovici, « l'injustice, c'est être séparé de sa mère, c'est souffrir de tiercéité œdipienne »⁶⁵. Michel Soulé rappelle quant à lui que « c'est à travers la formation du Surmoi que la notion de justice s'intériorise »⁶⁶.

1.2.2.1.4. Gratitude et culpabilité^{62,67}

Si l'enfant, à partir de la toute petite enfance, avance dans la reconnaissance de lui-même, il avance aussi dans la reconnaissance de l'autre, comme différent d'abord, puis comme digne de respect.

L'un des aspects fondateurs de cette reconnaissance de l'autre comme sujet digne de respect a été décrit par Mélanie Klein dans sa conception de l'**émergence du sentiment de gratitude**⁶⁷. Le bébé, après avoir franchi les stades initiaux d'identification, va mettre en lien figure maternelle et éprouvé du sentiment de satisfaction. Ainsi, à travers la qualité des soins qu'il reçoit et les interactions précoces qui se sont mises en place, l'enfant expérimente et introjecte « le bon objet ». De cette expérience qui prend naissance auprès de la figure maternelle découlera la capacité de l'enfant à s'intéresser et respecter l'autre.

Toujours selon la conception kleinienne, vers l'âge de 6 mois, l'enfant accède au **sentiment de culpabilité** au cours du stade appelé position dépressive. Tout se passe alors comme s'il vivait dans l'angoisse dépressive d'avoir détruit sa mère en ayant eu envers elle des fantasmes destructeurs. L'enfant se rend compte que ce qu'il identifiait auparavant comme le « mauvais sein » à l'origine de son insatisfaction et le « bon sein » responsable de son sentiment de gratitude ne font qu'un. Par la même, il accède au sentiment de culpabilité, en tenant compte de l'autre – à commencer par sa figure maternelle – comme objet d'estime et de respect.

1.2.2.1.5. Émergence et développement de la pensée morale^{62,68}

On retrouve dans les travaux d'Anna Freud l'évocation de l'**accès à la pensée morale** chez l'enfant. Elle écrit à ce sujet qu'au cours de son développement, l'enfant passe d'un point de vue « égoïste et narcissique sur le monde extérieur où les autres ne figurent pas du tout et où sont seulement perçus comme des trouble-fêtes dans la relation entre la mère et l'enfant » jusqu'à celui où « les autres enfants sont considérés comme des partenaires et des objets qui ont leurs droits propres »⁶⁸.

On peut dire pour définir la pensée morale qu'elle correspond à l'**ensemble des critères utilisés par une personne pour juger du caractère juste ou injuste, bon ou mauvais des comportements**. Elle comporte ainsi un jugement sur la valeur des conduites observées. Reprenant Philippe Mazet, on peut considérer qu'« avec l'**épanouissement de la pensée morale s'acquièrent un code social, des principes éthiques, des normes de conduites fondées sur des principes fondamentaux comme le droit à la vie, la liberté, l'égalité des hommes, la notion de responsabilité, la justice, l'honneur, la réussite et le respect** »⁶².

Son développement a été particulièrement étudié par Jean Piaget, psychologue suisse. Au cours des années 1930, Piaget a été l'un des premiers auteurs à s'y intéresser et à en donner une description. À travers l'observation du comportement d'enfants face aux règles qui gouvernent leur activité, il a été amené à distinguer deux stades de développement : celui **de la moralité hétéronome et du réalisme moral**, puis celui **de la réalité autonome et du respect mutuel**.

Ses travaux consistaient à soumettre des situations à des enfants et à étudier leurs réactions. Il utilisait notamment des scénarios comme le suivant :

Il était une fois deux petites filles : Louise et Claire. Un jour, Louise constata que l'encrier de sa mère était vide et décida de lui rendre service en le remplissant avec la grosse bouteille d'encre. Or, en ouvrant la bouteille, Louise renversa de l'encre sur la table et fit une grande tâche sur la nappe.

Claire, elle, jouait avec l'encrier de sa mère et fit une petite tâche en s'amusant. Laquelle des deux fillettes est la plus fautive ? Pourquoi ?

Il ressort des conclusions de Piaget qu'après une **période d'anomie** marquée par l'absence de toute loi morale, l'ignorance de toute règle et de tout devoir particulier, se met en place, à partir de 2 ans et jusqu'à l'âge de 7 ans environ, le **stade de l'hétéronomie** défini par une moralité centrée sur la prise en considération de l'enfant des règles à la lettre. D'après lui, à cette période, la pensée statique de l'enfant ne lui permet pas de considérer différents points de vue, de tenir compte de l'intention des personnes, ni du contexte de l'action jugée. C'est la correspondance avec la règle qui indique si une action est bonne ou non, et rien d'autre. À ce stade, pour l'enfant, la justice est immanente, c'est-à-dire que les méchants, parce qu'ils ont commis une mauvaise action, sont punis des événements malheureux qui leur arrivent.

À partir de l'âge de 7 ans, l'enfant évolue vers une **moralité autonome** par laquelle il peut considérer l'intention de l'auteur quand il porte un jugement sur ses actes.

À titre d'illustration, dans le scénario décrit plus haut, selon les enfants de moins de sept ans, Louise est la plus fautive puisqu'elle a fait une grande tâche sur la nappe alors que celle de Claire est toute petite. Ils jugent les personnages selon l'ampleur du dégât causé, sans tenir compte de l'intention des personnages.

Pour les enfants plus âgés, c'est Claire la plus coupable puisqu'elle a fait une tâche en s'amusant alors que Louise voulait rendre service à sa mère.

1.2.2.1.6. Apports des travaux récents

Les travaux de Daniel Stern, à la fin des années 1980, ont ouvert la voie à de nombreuses études. Ils mettaient en évidence la **naissance précoce de l'intersubjectivité** permettant l'accordage affectif, dès le deuxième semestre de vie de l'enfant. Ce phénomène décrit la capacité précoce du petit enfant à ajuster son attitude à l'autre, à commencer par la figure maternelle⁶⁹⁻⁷¹.

Cela rejoint la notion plus contemporaine de **théorie de l'esprit**, qui traduit la capacité à pouvoir se représenter la pensée d'autrui et de pouvoir lui attribuer des états mentaux internes tels que des intentions, des désirs et des croyances.

L'accession de l'enfant à cette théorie de l'esprit a été particulièrement étudiée par les travaux récents sur la **naissance et le développement de l'empathie chez l'enfant**. Ainsi, une recherche menée par Mark Halperin a montré que l'on pouvait percevoir dès la deuxième année de réelles

réactions d'empathie du jeune enfant à l'égard d'autrui enfant ou adulte et que le développement de cette empathie était très largement influencé par la sensibilité empathique maternelle et la qualité de la communication affective précoce entre le nourrisson et sa mère dans la première année⁷².

Cette capacité a été étudiée de manière plus détaillée dans une très récente publication concluant à l'empathie comme dimension fondamentale du processus de construction d'estime de soi⁷³.

Au moment de conclure sur ces étapes du développement psychique de l'enfant, il y a lieu de souligner plusieurs points.

Le premier concerne la **mise en place progressive des processus qui amènent l'enfant à l'accès à la pensée morale et au respect d'autrui**. Tout au long de sa construction psychique, sa séquence de développement va le conduire à sa propre identification, puis à celle d'autrui.

Parallèlement s'édifieront les instances psychiques. En premier lieu vient le Ça, pôle pulsionnel de la personnalité. La vie du nourrisson est uniquement régie par le désir de satisfaction immédiate et illimitée.

S'établit ensuite le Moi, au contact de la réalité extérieure.

Dans un troisième temps se forme le Surmoi, héritier du complexe d'Œdipe, qui sera contemporain de l'intégration de la loi symbolique et du sentiment de justice. Dans le même temps se développera chez l'enfant la notion de pensée morale.

La mise en place de ces processus amènent l'enfant d'un sentiment de respect de soi à celui du respect d'autrui. **Il apparaît à ce titre que la qualité des premières expériences relationnelles vécues par le jeune enfant, le soutien, la bienveillance et le respect auquel il a eu droit dans son milieu de développement ont une influence déterminante.** Les facteurs qui contribuent à la construction des bases narcissiques de l'enfant occupent une place essentielle. Ainsi, pour reprendre Philippe Mazet, « la construction d'un narcissisme de bonne qualité va être à l'origine d'un investissement de soi qui permet de « se sentir bien dans sa peau » et se traduire par « une juste estime de soi, la croyance en la possibilité d'être aimé comme d'aimer, une pleine acceptation de son identité et une capacité de supporter les différences », permettant à l'enfant d'accéder à un authentique intérêt et respect d'autrui. Se sentir digne d'être aimé et ressentir l'autre comme digne de respect sont indissociables.

Au vu de tous ces éléments, il semble que la représentation habituelle d'un enfant égocentrique, et ne prenant pas en compte la subjectivité et les droits de l'autre soit désuète. Les travaux récents

nous apportent un véritable éclairage dans la connaissance des capacités d'empathie de l'enfant avec l'accès à l'intersubjectivité.

Bien entendu, cet accès est progressif, fragile et dépendant de l'environnement externe. La notion de temporalité est nécessaire à considérer pour qu'il y ait une suffisante intériorisation, stable, d'interdits et de modèles qui guident l'enfant dans ses relations interpersonnelles ou sociales.

Tous ces aspects que nous venons de décrire concernant le développement psycho-affectif normal de l'enfant sont fondamentaux, en cela qu'ils représentent pour l'individu qui serait confronté au traumatisme ce que l'on pourrait appeler, pour reprendre les termes de Boris Cyrulnik, un « **équipement pré-traumatique** »^{58,59}.

De la solidité de cet équipement dépendra en partie la capacité de résilience de l'enfant confronté au traumatisme. Nous reviendrons plus loin sur cette notion. On perçoit aisément l'importance d'assurer à la fois un cadre contenant et un soutien narcissique solide pour l'enfant, véritables facilitateurs de résilience.

Après avoir considéré ce que le traumatisme venait impacter au regard de la construction psychique normale de l'enfant, voyons de manière plus précise les effets psychopathologiques que l'on peut extraire de l'étude des situations cliniques des enfants dont nous avons recueilli les témoignages.

1.3. Effets psychopathologiques du traumatisme de la maltraitance à la lumière des situations cliniques de Marie, Antoine, David et Céline⁵²

L'étude des situations cliniques de Marie, Antoine, David et Céline nous permet de mettre en lumière certains effets psychopathologiques du traumatisme de la maltraitance qu'ils ont vécu.

Nous avons vu que quelle que soit la nature des événements qui viennent faire traumatisme, ils ont en commun d'être inassimilables pour l'individu et viennent le confronter aux limites de ce qu'il peut psychologiquement affronter et intégrer. Qu'en est-il plus précisément pour eux quatre? Forts de leurs témoignages et observations, quels impacts psychiques peut-on dégager?

1.3.1. Atteinte narcissique

« Le traumatisme est une force qui fait effraction, qui attaque les limites d'un sujet, qui porte

atteinte au territoire psychique d'un être humain, c'est-à-dire à la représentation qu'il se faisait de lui-même et des autres. L'individu se retrouve en position d'être passivisé et dépossédé de lui-même, par cette force étrangère au Moi dépassant ses capacités de maîtrise, qui comporte toujours une potentialité destructrice »⁵⁷. Une telle blessure psychique vient toucher non seulement l'image que l'individu s'est construite de lui-même, mais également sa confiance en soi et en l'autre.

Quelle que soit l'importance des blessures physiques, l'enfant est atteint dans son identité narcissique. Marie, Antoine, David et Céline témoignent tous de cette **faille narcissique** qui fait suite à ce qu'ils ont vécu. Une combinaison de sentiments entretient ce manque d'estime de soi : l'impression d'être différent des autres enfants de leur âge, d'être inférieur, d'être impuissant.

Antoine soulignera ce sentiment, se sentant lui-même différent de son propre frère, qui lui « n'était pas tapé ». Chez David s'ajoutera l'impression d'être méprisable pour s'être laissé bafouer par un garçon de quelques années de plus que lui. Il s'identifie à l'image d'une victime faible et naïve.

Les enfants que nous avons rencontré éprouvent tous une série de sentiments disqualifiants à leur égard. Ainsi, quand on lui demande de se décrire spontanément, Céline dit n'être « pas vraiment belle », « pas vraiment intelligente », et ayant « du mal à penser qu'on puisse un jour être fière de moi ».

La faible estime de soi se prolonge ou s'auto-entretient par le sentiment d'être victime et dans une attitude de victimisation. Tout se passe comme si l'enfant, dans un premier temps, s'identifiait au rôle de victime ainsi désignée ou choisie par son auteur. Dans un second temps, il peut devenir victime des autres, de l'entourage. C'est le cas pour Antoine qui était désigné comme tel au sein du système familial.

1.3.2. Dépression

À un degré supplémentaire, la symptomatologie peut évoluer vers un authentique épisode dépressif majeur, signe d'une souffrance aiguë.

C'est dans ce contexte qu'un suivi en CMP avait été demandé pour Marie quelques mois avant son hospitalisation. Les professeurs faisaient en effet part de leur inquiétude quant à l'état psychique de la fillette, décrivant un changement dans son comportement en classe. L'équipe éducative mentionnait une tendance au repli. Marie semblait souvent soucieuse et inquiète.

Les observations de suivi mentionnaient effectivement des éléments anxio-dépressifs avec au

premier plan des ruminations anxieuses, une tristesse de l'humeur, une dévalorisation et une faible estime d'elle-même. Y étaient associés des troubles du sommeil à type d'insomnie d'endormissement et de réveils nocturnes.

1.3.3. Confusion des rôles et absence de repères identificatoires

De par l'expérience de la maltraitance, les frontières normales qui régulent les relations sociales, les rôles au sein des relations parents-enfants et adultes-enfants n'ont pas été respectées.

L'enfant attendait une protection, il reçoit une agression. Il y a donc surimpression de deux images contradictoires, brouillage des relations, qui se surajoutent à l'ambivalence de ses propres fantasmes – sentiment d'être à la fois victime et coupable – .

Cette confusion est particulièrement notable dans le cas de maltraitance sexuelle, dont a été victime David. Dans ce cas-là, l'enfant se retrouve partenaire sexuel à part entière, il est « dérouté de sa propre voie générationnelle, et ses frontières inter- et trans-générationnelles sont noyées dans le brouillard de la dynamique abusive »⁵². De sa place d'enfant, la vision des limites, du pouvoir, de la légitimité, de l'affection, de l'amour, de la sécurité et du bien-être devient floue. Le risque est que cette confusion compromette son identité infantile. Il n'est pas rare que l'enfant se sente empêché d'évoluer dans sa propre génération et en difficulté à trouver ses propres repères identificatoires.

À ce titre, il est fréquent d'observer chez l'enfant l'adoption d'un faux-self de sécurité. Ce mécanisme de défense semble inscrit dans le fonctionnement de Marie, la fillette se montrant toujours d'accord avec son interlocuteur, et semblant dans l'incapacité d'exprimer ses désirs, voire d'y avoir accès. On comprend aisément que le risque est ici l'enkystement de ce fonctionnement et que le soin aura pour but d'aider l'enfant à s'affirmer et à ne pas généraliser la relation à l'autre sur un mode dominant/dominé.

1.3.4. Troubles de l'attachement

Les troubles de l'attachement découlent en partie de cette confusion des rôles pour l'enfant.

Face à cet environnement où rien ne semble stable ni sécurisant, où l'imprévisible est la règle, ils sont un signe quasiment toujours observé. Rappelons que la théorie de l'attachement souligne l'importance pour le développement ultérieur de l'individu et son épanouissement de l'acquisition d'une sécurité interne construite sur les bases des interactions précoces de l'enfant avec son environnement. Dans le contexte d'insécurité qu'engendre la maltraitance, on devine aisément le

retentissement sur la relation à l'autre.

Pour schématiser, l'enfant va, dans certains cas, transposer le mode relationnel qu'il entretient avec l'auteur à tout individu en général. Ces enfants apparaîtront toujours avec une grande méfiance dans la relation, ayant perdu toute confiance en l'autre.

À l'opposé, l'autre peut être investi de manière quasi-adhésive, dans un mouvement d'hyperattachement anxieux. C'est le cas pour Antoine qui s'attache à tout adulte présent et manifeste une très grande avidité affective, faisant entrevoir par la-même une importante carence affective.

1.3.5. Sentiment de culpabilité

Il est très fréquent que l'enfant se sente à la fois victime et coupable.

Des témoignages recueillis auprès de Marie, Antoine, David et Céline, on peut dire que les sentiments de culpabilité qu'ils expriment se situent à différents niveaux :

- Culpabilité par identification à l'agresseur. **L'identification par introjection** est un moyen de défense fréquemment rencontré dans le cas de maltraitance. L'enfant isole psychiquement les affects liés aux conduites abusives qu'il subit et s'identifie à son agresseur. « Le Moi ainsi rendu faible assimile les caractéristiques psychologiques de celui qui occupe la position dominante et menaçante »⁵². Tout se passe comme si la haine et l'agressivité ressenties par l'enfant étaient enfouies et retournées masochiquement contre soi, engendrant par la-même de profonds sentiments de culpabilité. L'enfant devient son propre mauvais objet tout en continuant à aimer celui qui le maltraite – le plus souvent son parent – . Ce mécanisme de clivage permet à l'enfant de survivre psychiquement face à la souffrance qu'il subit.
- Culpabilité réactionnelle, liée à la trahison du secret. La révélation des faits engendre chez l'enfant de profonds sentiments de culpabilité ou de responsabilité coupable. Marie, Antoine, David et Céline feront tous part de ce sentiment de manière unanime.
- Culpabilité résiduelle, à distance. Ce phénomène est en lien avec un mécanisme de

responsabilisation. L'enfant se sent responsable des suites de la divulgation, des bouleversements et des crises au sein de la famille, dans son entourage ou au niveau de l'abuseur. Céline confie ainsi qu'à la suite du procès et de son placement, elle culpabilise à chaque visite auprès de sa mère et de sa petite sœur, ayant l'impression « d'avoir quitté le navire en les laissant seules à bord ».

1.3.6. Peurs et troubles anxieux

Là aussi, il s'agit chez les enfants que nous avons rencontré d'un sentiment toujours présent, sinon exprimé, en tout cas visible.

L'attitude qu'ils présentent traduit l'**hypervigilance** dont ils font preuve. Ainsi, au cours des entretiens que nous avons avec lui, Antoine sursaute au bruit des jeunes qui chahutent dans les couloirs ou des nourrissons qui pleurent. Il peut mettre des mots sur sa peur, parlant spontanément et en premier lieu de la peur qu'il arrive quelque chose à son père. Il évoquera dans un second temps la peur des représailles physiques, de vengeance, ou d'abandon. Marie nous interrogera aussi souvent sur sa crainte des conséquences pour sa famille, qui révélera sa crainte de perdre la confiance et l'amour des personnes de son entourage.

Au-delà, la peur infiltre véritablement le quotidien de ces enfants : peur de l'abuseur, peur de parler, peur de ne pas être entendu, peur de ne pas être cru ou compris...

Dans ce vécu prégnant d'insécurité, le soin vise aussi à identifier ce qui peut être rassurant pour l'enfant. Pour Antoine, il s'agissait de convenir du moment du prochain entretien, comme s'il s'agissait là d'un repère source de stabilité face à un environnement habituel totalement imprévisible. Marie nous avait quant à elle longuement parlé de sa passion pour l'équitation et de sa relation auprès des chevaux, décrivant les moments passés auprès d'eux comme véritablement apaisants et ressourçants pour elle. Le maintien de son stage d'équitation malgré l'hospitalisation revêtait donc une toute particulière importance à ses yeux.

À un degré supplémentaire, on peut constater des manifestations cliniques à type de **phobies**. Il s'agit le plus souvent de phobies spécifiques, qui s'intègrent dans le cadre de conduites d'évitement. **L'enfant manifeste un évitement persistant des stimuli associés à l'évènement traumatisant.** Ainsi, il n'est pas rare de rencontrer une phobie de l'obscurité chez des enfants ayant été victimes de maltraitances dans un endroit confiné et obscur. Cet élément clinique est particulièrement notable dans les cas d'abus sexuels.

Il peut s'agir également de **Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC)**. La compulsion représente ici cet acte répétitif à visée anxiolytique que l'enfant se sent contraint de réaliser, même s'il reconnaît son caractère absurde. Cet acte est souvent extrêmement codifié, prenant un caractère de rituel. Le témoignage de Céline met clairement en évidence cette caractéristique clinique. Parlant du moment où son père rentrait le soir, elle explique : « C'est à ce moment-là que mes TOC se mettaient en marche : je prenais une balle de ping-pong ou n'importe quel autre objet qui me tombait sous la main et je me fabriquais chaque soir un nouveau rituel magique. Faire rebondir dix fois la balle par terre avant que mon père n'atteigne le portail pour le refermer. Faire passer la balle de ma main gauche à ma main droite vingt fois sans la faire tomber et ce, avant que mon père n'ait touché la porte du garage... Si je réussissais ce défi, la soirée se passerait bien.

Arrêter de respirer entre le moment où mon père fermait le portail et celui où il rentrait dans le garage, rester en équilibre sur un pied, et je pourrai aller me coucher tôt. Ou bien j'aurai le droit de manger.

Je m'astreignais à ces différents rituels, persuadée qu'ils allaient m'aider. Je ne me sentais pas protégée par les adultes qui m'entouraient. Mon seul salut viendrait de la magie. Bien sûr, aucun de ces rituels n'a jamais marché. Pourtant, je les ai accomplis pendant toute mon enfance. »

Enfin, toujours à ce titre de troubles anxieux consécutifs au traumatisme de la maltraitance peuvent être rencontrés des **attaques de panique** pouvant se chroniciser en **trouble panique** (répétition d'au moins quatre attaques de panique dans un délai de quatre semaines), une **agoraphobie**, ou un **trouble anxieux généralisé**. Tout se passe comme si l'anxiété consécutive au traumatisme évoluait pour son propre compte. Retenons de ces manifestations cliniques que quelles qu'elles soient, elles entraînent un retentissement significatif avec une perturbation du fonctionnement social, affectif et/ou scolaire chez ces enfants.

1.3.7. Troubles du sommeil

Au titre des peurs rencontrées, les cauchemars représentent un symptôme notable. Là aussi, nous l'avons constaté de manière unanime chez Marie, Antoine, David et Céline. Ils peuvent révéler la peur de s'endormir, de perdre la vigilance et d'être agressé pendant son sommeil, de se retrouver sans moyen de protection. Il peut s'agir bien entendu d'un phénomène de répétition avec reviviscence de scènes vécues.

Les thèmes des cauchemars de ces enfants étaient souvent liés à une situation d'impuissance, à

une contrainte subie, à la solitude devant la menace, voire au scénario de la maltraitance elle-même. À ce titre, Antoine fera le cauchemar récurrent qu'un voleur vient l'enlever de l'hôpital, se retrouvant en position de passivité et d'impuissance, venant l'arracher à un lieu que l'on peut penser sécurisant pour lui.

1.3.8. Troubles cognitifs et mise à mal de l'activité de pensée

Le traumatisme de la maltraitance **attaque l'enfant dans son fonctionnement de sujet pensant**. Les troubles cognitifs, lorsqu'ils existent, sont d'intensité extrêmement variable : troubles des apprentissages (dyscalculie, dysorthographe, dyslexie...), de la concentration, du raisonnement et de la capacité d'abstraction, voire régression ou arrêt du développement intellectuel.

David avait déjà présenté des difficultés d'apprentissage avant qu'il ne soit victime d'abus sexuels. Cependant, sa mère souligne à quel point ses troubles – essentiellement au niveau des capacités de raisonnement, de logique et d'abstraction – s'étaient aggravés durant l'année scolaire pendant laquelle il avait été victime des faits. De même, elle notait dans les suites de la prise en charge dont il avait bénéficié une nette amélioration de ses capacités d'apprentissage.

Indépendamment de la gravité des faits, la maltraitance peut avoir un effet sidérant sur les fonctions cognitives de l'enfant. « L'énergie intra-psychique n'est [alors] plus disponible et se disperse. La pensée (verbalisation, mentalisation) et la fonction symbolique sont bloquées ou inhibées par la réalité abusive. [Les faits de maltraitance] sont trop prégnants sur l'imaginaire et l'enfant ne peut s'en détacher pour imaginer ou fantasmer»⁵².

Il s'agit d'une **véritable mise à mal de l'activité de pensée** dont le retentissement peut être considérable, pouvant mettre en échec l'accès à la voie de la symbolisation. Dans les cas de maltraitance parentale, tout se passe comme si les troubles de la pensée de l'enfant étaient directement liés à la difficulté – voire à l'impossibilité – des parents de penser leur enfant. « Dans la mesure où la psychothérapie fait apparaître une corrélation entre les deux, la vie cognitive peut être réanimée », écrivent Bigeault et Agostini⁶³.

1.3.9. Colère, hostilité et troubles du comportement sur un mode agressif

Les sentiments ressentis de **colère** et d'**hostilité** voire de **haine** peuvent être destructeurs s'ils ne

sont pas exprimés de manière saine, dans un cadre adéquat. On les rencontre le plus souvent chez les garçons à l'adolescence, comme c'est le cas dans les situations cliniques que nous avons exposées de David et Antoine.

Si, chez l'enfant plus jeune, l'hétéro-agressivité traduit l'incorporation de la violence parentale et l'intégration chez l'enfant d'un mode de relation normal, la signification est tout autre chez l'adolescent.

Le cas de David nous montre que cette **hétéro-agressivité** survient **comme décharge d'une tension interne provoquée par toute frustration**, particulièrement dans le cadre scolaire. Il parle de son état de tension et de la colère ressentie alors comme non maîtrisables, le « débordant » complètement.

Antoine présente quant à lui dans un premier temps des **comportements auto-agressifs** à l'adolescence, qu'on peut considérer comme le besoin de ressentir l'existence de son propre corps. On peut ici formuler l'hypothèse de ses scarifications comme tentative de maîtrise, moyen de lutter contre la passivité, venant s'opposer dialectiquement à l'immaîtrisable de la maltraitance.

1.3.10. Pseudo-maturité

La situation de David illustre le comportement pseudo-mature parfois observé chez un enfant victime de maltraitance.

Dans son cas, ce jeune garçon a été amené à participer passivement ou activement à une relation sexuelle. C'est de manière prématurée qu'il a ainsi été confronté à une sexualité dont il ne connaissait ni les tenants ni les aboutissants. Son stade de développement, sur les plans psychosexuel, physique, relationnel et intrapsychique, ne lui permettait pas d'appréhender toutes les variables de la situation abusive, ni même d'être capable de gérer ce qui était en train de se produire ou de se jouer au niveau de son corps et dans son esprit. Dans ce cas-là, l'enfant est amené à jouer un rôle qui n'est pas le sien, il devient un enfant pseudo-adulte, adultifié, sexualisé. Cette disparité relationnelle peut induire des conduites pseudo-matures chez l'enfant abusé, qui se retrouvent ensuite au quotidien au travers de son fonctionnement habituel. David tient ainsi des propos particulièrement matures pour son âge, et sa mère dira la concernant qu'elle aimerait bien qu'il soit « plus insouciant ».

1.3.11. Troubles du comportement alimentaire

Céline développe une anorexie mentale restrictive au cours des années pendant lesquelles elle est victime de maltraitance. Comme elle nous l'apprendra dans son témoignage, c'est au départ pour elle un moyen d'alerter son père « Je voulais croire que mon père, en me voyant dépérir, ferait un lien entre ma maigreur et ma tristesse, entre ma tristesse et son comportement. J'étais persuadée qu'il allait changer ».

Si les troubles du comportement à type d'hétéro-agressivité sont plus fréquemment rencontrés chez le garçon, les troubles du comportement alimentaire sont majoritaires chez les filles. À ce titre, signalons la fréquence des conduites boulimiques chez les jeunes ayant subi des violences, qui posent une difficulté diagnostique toute particulière en cela que les stigmates physiques sont moins révélateurs que dans l'anorexie mentale.

Là aussi, on peut interpréter ces troubles comme une tentative de maîtrise devant l'irreprésentable du traumatisme de la maltraitance. Dans un environnement où tout échappe à l'enfant, et où l'autre est perçu comme hostile, son corps est alors identifié comme seul objet sur lequel il ait de l'emprise.

1.3.12. Troubles des interactions et rapport au monde

Nous avons vu que le système de croyance de l'enfant était souvent mis à rude épreuve au moment de la révélation de ce qu'il a subi. Ses valeurs s'effondrent dès lors qu'il comprend qu'un adulte a été capable d'abuser de lui. La maltraitance, quelle qu'elle soit, est souvent un abus de pouvoir doublée d'un abus de confiance. Le champ d'appréhension de l'enfant s'en trouve modifié. Ainsi, les facteurs traumatogènes liés à la maltraitance « altèrent les perceptions et les émotions concernant l'environnement et créent un traumatisme par la distorsion de l'image propre qu'a l'enfant de lui-même, de sa vision du monde et de ses capacités affectives »⁵². Dès lors, « les tentatives de l'enfant pour affronter sa propre existence ne sont plus adaptées, son vécu subjectif est altéré et ses symptômes fonctionnent comme révélateurs des faits qu'il a subis »⁵².

C'est véritablement le champ interactionnel et le rapport au monde de l'enfant qui sont ici bouleversés.

Le soin prend ici toute sa place auprès de l'enfant. L'une de ses principales facettes sera ainsi de lui offrir un espace pour exprimer son ressenti de manière saine, de l'extérioriser sur un mode symbolique dans un cadre adéquat.

Notre analyse clinique s'est basée sur les situations des jeunes que nous avons rencontrés. Nous

insistons sur le fait que ces vignettes cliniques sont loin d'être exhaustives en cela que les conséquences psychopathologiques des enfants victimes de maltraitances recouvrent un éventail de symptômes beaucoup plus large. En règle générale, l'ampleur des troubles rencontrés sera d'autant plus importante que l'exposition aux maltraitances aura été prolongée.

Quoi qu'il en soit, il est essentiel de garder à l'esprit que ces troubles peuvent apparaître longtemps après les faits, d'autant plus qu'il s'agit là d'enfants, qui se singularisent donc par leur immaturité psychoaffective.

À ce titre, une vigilance toute particulière devra être portée à la période de l'adolescence. L'adolescent, plus que tout autre, est un sujet très fragile et très vulnérable au niveau de son identité et de son narcissisme. Un traumatisme vécu dans l'enfance peut prédisposer la victime, au moment de l'adolescence, à des troubles psychiques importants. Traversant une période de transformations physiologiques et psychoaffectives, de crises et de changements existentiels, l'adolescent est plus susceptible de réagir par des troubles plus intenses et de décompenser sur un mode plus aigu. Haesevoets souligne que « ce passage obligé de l'adolescence réactualise les anciens conflits œdipiens et réorganise la vie relationnelle du sujet; son rapport au monde, aux autres, à sa famille, à soi et à son propre corps sont remis en question. La question de la culpabilité ou de la responsabilité [en lien avec les maltraitances dont il a été victime] risque à nouveau de se poser »⁵². Cette notion sera ainsi tout particulièrement à garder à l'esprit pour Marie et Antoine.

2. Le concept de résilience^{58,59,74-82}

La notion de traumatisme telle que nous l'avons décrite précédemment n'a pas été facile à penser. Les troubles psychiques constatés après une guerre, une catastrophe naturelle ou une agression étaient auparavant expliqués, selon le contexte culturel, par le mauvais œil, la possession, ou la qualité inférieure du cerveau de l'homme souffrant. Il a fallu attendre le début du XX^{ème} siècle pour utiliser la métaphore chirurgicale du traumatisme afin d'illustrer l'idée qu'un impact extérieur pouvait blesser les enveloppes du Moi et altérer durablement le monde psychique intime.

Qu'en était-il du processus de réparation de la blessure alors subie ?

Freud mentionnait, dans ses correspondances, la nécessité de considérer la question : « Je pense que, considérant l'extraordinaire activité synthétique du Moi, on ne peut guère parler de trauma sans traiter en même temps de la cicatrisation réactionnelle »⁸³.

2.1. Naissance du concept⁷⁴

La préhistoire du concept de résilience est riche. Dans les années 1930, de nombreux cliniciens décrivaient les effets toxiques sur les enfants de leur isolement dans des institutions où l'on recommandait aux éducateurs de ne pas s'attacher à eux. Ces praticiens décrivaient pourtant la reprise d'un développement dès qu'on réorganisait un entourage affectif autour de ces enfants.

De la publication fondamentale de René Spitz et d'Anna Freud, on a retenu les trois stades de la dégradation vers l'hospitalisme : protestation – désespoir – indifférence. N'a pas été remarqué le quatrième stade pourtant clairement inscrit : la guérison.

Le mot « **résilience** », qui vient du latin *re-salire* (ressaut, résilier), est régulièrement employé dans les sciences physiques où il désigne l'aptitude d'un matériau à résister aux chocs et à reprendre une forme convenable. Comme très souvent en psychologie et particulièrement chez Freud, ce phénomène physique a servi de métaphore pour illustrer l'idée qu'un être humain peut « résister à un trauma, tenir le coup et redémarrer ».

C'est à **Emmy Werner** qu'on attribue le travail fondateur de la notion de résilience⁸⁴. Dans les

années 1950, cette psychologue avait cherché à aider, sur une île de Hawaï, 700 enfants au parcours marqué par des épreuves difficiles : abandon, carence affective, mauvaise santé, maltraitance.

Trente ans plus tard, elle en a retrouvé 200 et a pu vérifier, comme on le craignait, que 72% avaient eu un « développement catastrophique ». La surprise est venue du constat que 28% d'entre eux avaient appris un métier, fondé une famille et ne manifestaient pas plus de troubles que la population générale. De cet étonnement est parti le désir de comprendre ce qui leur avait permis de ne pas être définitivement détruits par les épreuves de la vie.

2.2. Définition^{58,59,74,81}

Comment définir la résilience ?

Boris Cyrulnik, à qui l'on doit la majorité des travaux français dans ce domaine, en parle en termes de « **processus biologique, psychoaffectif, social et culturel** » résultant des interactions entre l'individu et son environnement, « qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique »⁷⁴.

Insistons ici sur plusieurs points :

- La résilience est un **processus dynamique**. Loin d'être un acquis fixe, il est à considérer comme un processus évolutif, qui n'est pas forcément pérenne ni persistant à toutes les étapes de la vie.
- **On ne devient pas résilient tout seul.** « La résilience est un processus constamment possible, à condition que la personne en cours de développement rencontre un objet signifiant pour elle ». Apparaît ici la notion de **tuteurs de résilience** que nous détaillerons par la suite.
- Reprenant ce dernier point, la résilience est un processus constamment possible. La perspective de ce concept **abandonne toute idée de causalité linéaire ou de fatalité**. Aucune des souffrances rencontrées par l'individu n'est irrémédiable. « Un coup du sort est une blessure qui s'inscrit dans notre histoire, ce n'est pas une fatalité ».

Il y a une dizaine d'années, Serban Ionescu déclarait, à propos des orphelins roumains « Si

on dit que ces enfants sont perdus et qu'on ne fait rien pour les aider, alors, ils seront vraiment perdus. Mais si l'on croit qu'il est possible de faire quelque chose et que l'on s'en donne les moyens, alors, ce sera faux ». Depuis, le chercheur a continué à suivre ces enfants devenus adolescents, qui s'en sont sortis. Toute la philosophie de l'esprit de la résilience repose sur cette anecdote. L'individu y est vu avant tout au travers ses ressources internes et ses capacités.

En guise de synthèse, il nous semble que toute étude sur la résilience devrait porter sur 3 plans :

- L'acquisition de **ressources internes** imprégnées dans le tempérament, dès les premières années, au cours des interactions précoces préverbaux.
- Le **traumatisme**, et plus particulièrement la signification qu'il prendra dans l'histoire du blessé et dans son contexte familial et social.
- La possibilité de rencontrer des lieux d'affection, d'activités et de paroles que la société dispose parfois autour du blessé, lui offrant des **tuteurs de résilience** qui lui permettront de reprendre un développement infléchi par la blessure.

Il nous semble que c'est **cet ensemble constitué par un tempérament personnel, une signification culturelle et un soutien social qui pourra aider le sujet à remanier les représentations du traumatisme pour rendre supportable et maîtrisable le souvenir de la blessure passée.**

2.2.1. Les ressources internes, facilitateurs de résilience^{74,75,81,82}

Si le processus de résilience est constamment possible, nous ne sommes pas tous égaux face à la résilience.

Tout comme pour le traumatisme, il n'y a pas de généralisation possible quant à la sensibilité à la résilience. Quand survient un événement déchirant, la capacité de faire face sera différente selon chaque individu. Comme nous venons de le voir, elle dépendra en partie des **ressources internes** imprégnées dans son tempérament, dès les premières années de son existence. De cette acquisition découlera la manière de réagir face aux agressions de l'existence, en mettant en place des **tuteurs de**

développement plus ou moins solides.

Ces ressources internes de l'individu apparaissent comme des **facilitateurs de résilience**, non comme des déterminants qui s'avèreraient nécessaires. Pour schématiser, « ce qui n'est pas mis en place au moment où c'est facile pourra se travailler plus tard, mais plus lentement ».

2.2.1.1. Attachement et milieu sensoriel^{58,59,75}

À ce titre de facilitateur de résilience, citons en premier lieu les conduites d'attachement. « La voie suivie par chaque individu au cours de son développement et son degré de résilience face aux événements traumatisants de la vie sont fortement déterminés par les schémas d'attachement » écrivait John Bowlby⁸⁵.

Rappelons que la théorie de l'attachement souligne l'importance pour le développement ultérieur de l'individu et son épanouissement de l'acquisition d'une sécurité interne construite sur la base des interactions précoces de l'enfant avec son environnement. Cette sécurité interne permettra à l'individu de mettre en jeu des capacités à franchir les obstacles rencontrés au cours de son existence. En cela, elle revêt le caractère de facilitateur de résilience.

De façon générale, c'est toute la bulle sensorielle organisée autour de l'enfant qui interviendra ici, en façonnant son psychisme et le monde de ses représentations internes.

2.2.1.2. Données neurobiologiques^{56,74}

Les apports de la neurobiologie mettent en lumière la corrélation entre fonctionnement cérébral et résilience. Ainsi, les travaux de Pierre Bustany, neurobiologiste, apportent la preuve qu'une privation sensorielle altère le fonctionnement de certaines zones cérébrales⁷⁴. Tout ce qui perturbe la niche sensorielle organisée autour d'un nouveau-né retentit sur le développement de son cerveau. Les mécanismes de plasticité cérébrale sont moins performants, l'organisme présente un facteur de vulnérabilité.

Le retentissement se constate également à l'échelle moléculaire : les petits transporteurs de sérotonine, les faibles sécréteurs de neuropeptide Y éprouveront douloureusement un événement qui sera, pour d'autres, un coup du sort désagréable. Néanmoins, le déterminant épigénétique est ici

beaucoup plus puissant que le déterminant génétique, c'est-à-dire que ce sont essentiellement les conditions environnementales qui interviendront ici pour moduler l'expression des gènes. Si celles-ci changent, l'expression des gènes en sera aussi modifiée. Encore une fois, cela fait abandonner tout fatalisme ou idée de caractère inné, mais renvoie aux capacités présentes en chacun et au domaine de l'acquis.

2.2.2. Les tuteurs de résilience^{58,59,78,79,81,82}

Les **tuteurs de résilience** désignent tout ce qui sera disposé autour de l'individu pour lui permettre de reprendre un développement infléchi par la blessure. Comme nous l'avons dit, le processus de résilience ne s'envisage que chez un sujet ayant un environnement – affectif, familial, social... – disposé autour de lui. On ne fait pas preuve de résilience tout seul.

Les exemples de sujets résilients ne manquent pas dans la littérature et mettent en lumière le rôle de ces tuteurs qui leur ont permis, à un moment de leur parcours, de tricoter leur résilience. Membre de la famille, ami, instituteur, professionnel de santé... autant d'aides possibles dans ce processus de réparation.

Tim Guénard souligne le rôle majeur qu'a joué Frédéric dans son parcours. « Ce qui m'a vraiment fait sortir de la violence ? Ma rencontre avec Frédéric, un handicapé au visage tordu, au corps abîmé. C'est le premier garçon qui m'a regardé joliment. Il m'a demandé qui j'étais. Je lui ai dit mon prénom, puis il m'a regardé, m'a posé la main sur l'épaule, et m'a dit : « T'es gentil, toi ». [...] C'est la première fois que je me suis vu comme quelqu'un de bien : quand on m'a dit que j'étais gentil »^{86,87}.

En ce qui concerne Céline, dont nous avons exposé la situation tout à l'heure, c'est la rencontre avec l'infirmière scolaire du lycée qui va jouer un rôle déterminant.

Au-delà, ce peut être un animal de compagnie, un métier, un sport, la rencontre avec un domaine artistique... qui redonnent sens à l'existence et permettent à l'individu de reprendre son développement. Le secrétaire parlementaire canadien Steven Fletcher raconte l'expérience qu'il a vécue avec la musique après s'être blessé gravement à la colonne vertébrale. Il était alors traité en service de soins intensifs, paralysé et conscient, mais incapable de communiquer avec son entourage. « Ce qui m'a aidé le plus, ce fut d'écouter de la musique classique – Yo-Yo Ma, Dvorak,

La Symphonie du Nouveau Monde et d'autres pièces. Tandis que je sombrais dans les profondeurs de l'enfer, cette musique me permettait, l'espace d'un instant, de goûter au paradis. Je crois que cet épisode de ma vie constitue un bon exemple de la façon dont les arts peuvent influencer sur la douleur ressentie durant une courte période de temps ou sur une longue réadaptation »⁸⁸.

2.3. Loi et résilience : une alliance possible ?

Il n'y a pas une théorie de la résilience, pour la simple raison que pour comprendre celle-ci, il est nécessaire de faire appel à de multiples références théoriques. « Ainsi, la résilience se nourrit des mécanismes de défense et du travail de deuil en psychanalyse, du soutien social en psychologie sociale, du coping en psychologie cognitive, du sens en logothérapie, du regard positif issu de la psychologie humaniste, de l'interaction avec les proches dans l'approche systémique... »⁸¹.

La résilience s'intéresse à la manière de recoudre la déchirure traumatique, au travail de remaniement des représentations qui pourra rendre supportable le souvenir d'une blessure passée. Dans le processus résilient, il s'agit de découvrir comment on peut revenir à la vie sans répéter l'agression ni faire une carrière de victime.

Marie, Antoine, David et Céline ont tous vécu le traumatisme de la maltraitance. Au cours du suivi mené auprès d'eux, tous faisaient spontanément référence à un moment ou à un autre au rôle de la justice dans leur parcours de soin. Le respect de leurs droits avait joué un rôle, leur avait permis de tourner la page. De ce constat est née l'idée de ce travail.

Quels avaient pu être pour eux les enjeux psychiques soulevés par la procédure judiciaire ? Qu'est-ce qui, au travers de cette démarche, avait pu être signifiant pour eux ? En quoi la loi pouvait-elle être pour ces enfants un tuteur de résilience ?

3. Quand le traumatisme de la maltraitance rencontre la loi : vers un modèle de tuteur de résilience ?

Réflexion psychopathologique à la lumière des situations de Marie, Antoine, David et Céline.

« Un enfant maltraité est une victime, et toute victime est en droit d'attendre une réparation ».

S'il est question de réparation, c'est qu'il y a eu blessure physique ou psychique, offense, souffrance infligée, mais pas destruction. « Un objet détruit ne peut qu'être remplacé ; on ne répare que ce qui est cassé, abîmé » écrit Liliane Deltaglia⁸⁹.

Ainsi, l'enfant a été « cassé » par quelqu'un de proche, avec qui il a des liens de sang, de vie commune, ou simplement de confiance. Il attendait une protection, il reçoit une agression. Comme Marie, Antoine, David et Céline, il n'est pas rare qu'il en subisse ensuite des conséquences traumatiques. Va alors commencer pour lui le chemin de la réparation.

En quoi la procédure judiciaire peut-elle l'aider dans ce processus et devenir pour lui signifiante ? Comment la loi peut-elle prendre ce rôle de tuteur de résilience sur lequel, pour poursuivre la métaphore, l'enfant s'appuierait pour mieux grandir ?

3.1. Du cadre général de la loi symbolique...⁹⁰

Pour commencer, quelles pourraient être, de manière générale, les fonctions symboliques de la loi dans une pratique clinique médico-judiciaire, qui aideraient l'enfant à « tricoter » sa résilience?

La première de ces fonctions va être de **venir faire tiers**. La loi du juge pose une limite dans la relation entre l'enfant et son agresseur. Dans une relation parfois adhésive à cet agresseur, de l'emprise duquel l'enfant ne peut s'extirper, ce tiers limitatif travaille et aide à la séparation de l'enfant réel et de l'infans – « celui qui ne parle pas » – chosifié.

Ce faisant, elle garantit l'ordre social et **réinstaure la place de chacun**. Suite au risque fréquemment rencontré de confusion générationnelle, **la loi permet à l'enfant de retrouver la place qui est la sienne**.

Cela est tout particulièrement vrai dans le cas de maltraitances sexuelles. Pour David, victime pendant un an d'agressions sexuelles répétées de la part d'un enfant plus âgé avec qui il s'était lié d'amitié à l'ITEP, grand est le risque de confusion et de brouillage des relations. Comme nous l'avons vu, se retrouvant partenaire sexuel à part entière, il est dérouté de sa propre voie générationnelle. Il est amené à jouer un rôle qui n'est pas le sien, devenant un pseudo-adulte, adultifié, sexualisé. De sa place d'enfant, toutes les limites générationnelles deviennent floues. Le risque redouté est que cette confusion aboutisse à une perte de tout repère identificatoire, sinon à

une difficulté à en établir.

La justice viendra redonner à David la place qui est la sienne, celle d'un enfant, être n'ayant pas atteint la maturité sexuelle, victime de la participation à des activités qu'il n'est pas en mesure de comprendre et qui sont inadaptées à son niveau de développement psychosexuel. Dans son cas particulier, la loi viendra ici **solidement réaffirmer sa place et sa position**. Cela aura d'autant plus d'impact qu'une telle affirmation vient entériner une vision non pas unique, mais universelle, celle de la société.

Par cette fonction de tiers, on peut en outre dire du système judiciaire qu'il vient se positionner comme un **système de pare-excitation, agissant comme un véritable catalyseur des réactions émotionnelles que peuvent ressentir ces enfants**.

Dans le psychisme de l'enfant, la matérialisation de cette protection que lui offre la loi peut permettre de métaboliser certaines de ses réactions émotionnelles.

Les situations d'Antoine et de David illustrent bien les réactions de colère, d'hostilité et les troubles du comportement sur un mode agressif parfois rencontrés. Ainsi, Antoine, à l'adolescence, éprouvera le besoin de ressentir son propre corps en ayant recours à des conduites de scarification, moyen pour lui de maîtriser quelque chose face à l'immaîtrisable de la maltraitance. La loi et la justice **pourraient apporter cette ébauche de sentiment de maîtrise, le faisant redevenir actif, sujet de droits et de devoirs**. Le système judiciaire vient ici s'opposer en tout point à la passivité de la maltraitance, repositionnant l'enfant à sa juste place de sujet actif.

À ce titre de ressenti émotionnel fréquemment observé s'ajoute le fort sentiment de culpabilité. Il s'entend, comme nous le mentionnions précédemment, à différents niveaux. Victimes du traumatisme de la maltraitance, une modification s'est opérée dans l'esprit de ces enfants dont nous avons recueilli les témoignages. Ils ont ainsi, par identification à l'agresseur, introjecté son sentiment de culpabilité. Par ce mécanisme, l'enfant devient porteur de la culpabilité de l'agresseur. Le fait que l'agresseur soit reconnu coupable par la loi sociale contribue à **dé légitimer ce sentiment de culpabilité**.

Le témoignage de Céline met clairement en lumière cette notion : « Mon père fut reconnu coupable de violences habituelles sur mineur de moins de quinze ans et de violences aggravées. Il écopa de deux ans de prison avec sursis, deux ans de mise à l'épreuve et trois ans d'injonction de soins. J'étais soulagée de ce verdict. **Je n'aurais pas à porter sur mes épaules la responsabilité d'une éventuelle incarcération**, j'étais même sereine pour la première fois ».

David abonde dans le même sens, parlant de cette étape comme décisive, et lui ayant permis de « tourner la page » : « Le mec, il a été condamné, et nous, on a été reconnus victimes. Les gens, ils ont bien vus qu'on racontait pas des conneries ». L'adolescent met par là-même en lumière qu'au-delà d'être une délégitimation du sentiment de culpabilité alors ressenti, le moment tout particulier du verdict judiciaire est synonyme de **reconnaissance** et **contribue à la restauration narcissique**, nous y reviendrons.

Un autre aspect qui se dégage et contribue selon nous à faire du processus judiciaire un tuteur de résilience est le **cadre** qu'il représente. La situation clinique d'Antoine traduit bien cette caractéristique. La lecture du cas clinique du jeune garçon montre à quel point le quotidien est synonyme pour lui d'imprévisibilité. L'attitude d'hypervigilance qu'il présente traduit son vécu prégnant d'insécurité. Face à ces conséquences traumatiques, la loi vient agir comme un **repère rassurant, immuable et source de stabilité**. Le suivi auprès du jeune garçon nous montrera d'ailleurs à quel point de tels éléments de réassurance – comme la date et le moment du prochain entretien – pourront l'aider au cours de son hospitalisation, et de façon plus globale, dans son quotidien. Ainsi, symboliquement, elle exerce de façon inébranlable une **fonction contenante**, dont on perçoit aisément la toute particulière importance chez ces enfants en mal de repères.

La fonction de protection recherchée au travers la démarche médico-judiciaire permet une individuation, une redéfinition de la place et des rôles de chacun. Elle permet à l'enfant de **s'affirmer comme sujet aux yeux de la société**. La loi, support sociétal, vient introduire le regard de l'autre qui est fondamental. Pour reprendre Scotto Di Vettimo, alors que l'enfant vivait l'épreuve d'être la « chose » de l'autre, il devient « quelque chose » pour l'autre⁵¹. En cela, le système judiciaire intervient **comme support narcissique**, venant concourir à restaurer cette image de l'enfant qui a été fragilisée. **L'enfant existe, est entendu, devient sujet de droits et de devoirs**. La mise en œuvre du processus judiciaire lui **ouvre la voie à la subjectivation**. Cet aspect apparaît fondamental dans le contexte d'atteinte narcissique vécue par Marie, Antoine, David et Céline.

En nommant les faits, en venant publiquement signifier l'interdit, la loi du juge intervient ici pour l'enfant comme une **reconnaissance**. Reconnaissance non seulement des faits, mais aussi de l'enfant.

Dans le cas de Marie, cela oeuvrera à la restauration d'une estime de soi très précaire, et d'une **réaffirmation** – qui semble dans son cas nécessaire – **des interdits au regard de la société**. La

perte de confiance en soi mêlée aux sentiments de culpabilité qu'elle ressent paraissent avoir rendue confuse toute notion de l'interdit pour elle. Il est en effet marquant de constater qu'au cours des entretiens, elle aborde la maltraitance qu'elle subit quotidiennement avec détachement, semblant banaliser ces conduites, voire ne plus bien distinguer ce qui relèverait du normal ou non. Parlant de graves faits qu'elle a subis, elle en dira « ce n'était pas grand chose ». Selon nous, la loi du juge, venant remettre des mots sur les faits et signifier l'interdit, intervient ici comme aide au processus de réparation, **permettant à l'enfant de s'entendre reconnu comme victime et comme sujet de droits.**

L'importance que revêt pour l'enfant cette reconnaissance du statut de victime sera mise en mots par David « nous, on a été reconnus victimes. Et les gens, ils ont bien vus qu'on racontait pas que des conneries. »

Céline témoigne aussi en ce sens : « Je venais d'être officiellement reconnue comme victime et lui comme coupable. Personne ne pourrait jamais m'enlever cela. C'était désormais écrit noir sur blanc. Plus personne ne pourrait nier ce que j'avais enduré, même pas mon père. Cette reconnaissance était une délivrance ».

Symboliquement, et au vu des témoignages que nous avons recueilli, cette étape de mise en mots est donc fondamentale et vient, de notre point de vue, oeuvrer à la résilience de ces enfants.

3.2. ... au singulier de chaque situation

Nous avons envisagé les choses en regard du cadre général de la loi et du système judiciaire, pour tenter de discerner la signification symbolique qu'ils peuvent prendre dans les représentations psychiques de l'enfant et l'aider à entreprendre un processus de résilience.

Qu'en est-il maintenant à un degré plus individuel, au vu du singulier de chaque situation ?

L'analyse une à une des situations de Marie, Antoine, David et Céline va nous guider dans cette étape de notre réflexion.

3.2.1. Marie

Que pouvons-nous retenir de ce qui a aidé Marie au cours de son hospitalisation ?

Pour commencer, les visites de sa mère ont incontestablement été pour elle d'un grand soutien. Elle pourra d'ailleurs en faire part à la fin de son séjour. Rappelons qu'initialement, l'OGP interdit toute rencontre entre Marie et ses parents. C'est à la demande de la petite fille qu'un appel est effectué auprès du Parquet de Nantes pour solliciter la révision de la situation. Après révision, le Procureur autorise les visites entre Marie et sa mère. Le changement de comportement de la fillette est notable et elle apparaît beaucoup plus enjouée et rassurée. Bien évidemment, il n'est pas possible de savoir comment le séjour de Marie se serait passé et quels éléments auraient été différents si elle n'avait pas eu cette possibilité de faire appel – et donc de recevoir les visites de sa mère – . Cependant, il nous paraît raisonnable de dire que cet élément aura contribué à l'épauler dans son processus de réparation.

À travers cet exemple se dessine un enjeu majeur sur lequel il nous paraît important d'insister. À la suite de nombreux auteurs, il nous semble que l'objectif devant guider tout professionnel est de protéger l'enfant, et toutes les mesures pensées pour lui se feront dans ce but. Le fait que le discours du magistrat signifie l'interdit **au regard de la protection de l'enfant** permet que la loi réelle ne soit pas identifiée « au Surmoi sadique de l'agresseur »⁹⁰ et intériorisée comme telle par l'enfant, comme une loi castratrice qui assouvirait avant tout un désir de vengeance. Cette notion nous semble aussi primordiale dans le travail de soutien à la parentalité. Pour reprendre l'intervention du Dr Garret-Gloanez lors de la 8ème journée d'éthique du CHU de Nantes, la difficile tâche qui revient aux équipes soignantes va être de trouver un juste équilibre « entre la prépondérance des besoins d'un enfant et le principe de nécessité du soutien parental »⁹¹. En d'autres termes, le travail de l'équipe soignante prenant en charge l'enfant sera de préserver ses possibilités de développement physique et psychique, mais aussi d'aider le couple parental à accéder à une parentalité, donnant accès à l'enfant à son nécessaire processus identificatoire et lui permettant de s'inscrire dans une saine filiation.

Nous reviendrons sur ce point dans la quatrième partie de notre travail.

Quel autre aspect lié au respect de ses droits a été soutenant pour Marie au cours de son hospitalisation ? La petite fille mentionnera à ce titre les rencontres organisées avec sa famille d'accueil dans le cadre du Protocole de Préparation au Placement. Il s'agissait ici d'une mesure élaborée par les professionnels de l'hôpital, de l'ASE, de la PMI et du CDEF, et qui permettra à Marie de rencontrer 2 fois la famille d'accueil dans laquelle elle sera accueillie, sur des temps progressivement croissants.

Au même titre que le droit de faire appel concernant sa demande de visites de sa mère, il s'agissait ici d'un droit auquel elle pouvait prétendre, et qui lui avait été présenté par l'assistante sociale du service. Marie pourra dire au cours des entretiens faisant suite à ces rencontres à quel point cela a été rassurant pour elle de faire la connaissance de sa future famille d'accueil.

3. 2 .2. Antoine

Du récit clinique d'Antoine, il apparaît également que le droit de visite de sa mère, mis en place comme dans le cas de Marie après appel de la décision initiale, lui est d'un grand soutien. Il est d'ailleurs frappant de constater que les troubles du sommeil qu'il présente s'amendent dès lors que ces visites sont mises en place. Antoine avait lui même fait le lien dès le départ lors des entretiens, expliquant ses difficultés d'endormissement par le fait de ne pas voir sa maman « d'habitude, [quand je suis chez elle], elle est auprès de moi quand je m'endors.»

Toujours concernant ses droits en vigueur dans le cadre de la procédure judiciaire, Antoine formulera la demande de contacter son père par téléphone après 10 jours d'hospitalisation. Il souhaite « avoir de ses nouvelles et parler avec lui de ce qui s'est passé ». Cette demande nous apparaît inattendue puisque le jeune garçon revenait auparavant fréquemment sur son souhait de ne pas le voir. Au cours de l'échange téléphonique, celui-ci s'excusera auprès d'Antoine, reconnaissant avoir été violent envers lui, et dira comprendre les mesures judiciaires prises. Par la suite, il viendra voir son fils dans le cadre de visites médiatisées. Après un moment initial d'appréhension, Antoine s'en dira très content et attendra chaque jour ces visites avec impatience. De cet exemple se dégage là encore la notion de soutien à la parentalité, comme la situation précédente de Marie l'avait mise en lumière. Au-delà, c'est la considération de l'autonomie de l'enfant qui entre ici en considération.

En effet, sans cette demande spontanée du jeune garçon, il est fort peu probable qu'un temps d'échange téléphonique aurait été mis en place.

Au travers de la procédure judiciaire, ces deux éléments ont été forts de sens pour Antoine et il nous semble qu'ils l'auront aidé dans son processus de réparation.

3.2.3. David

La situation clinique de David est particulière, en cela que nous le rencontrons bien après les

faits, en dehors du cadre hospitalier. Alors que le contexte d'hospitalisation s'avère propice pour une analyse globale de ce qui se joue pour l'enfant car il nous ramène à son quotidien, le fait de le rencontrer seulement sur des temps formels de consultation au CMP constitue selon nous un premier obstacle dans le cas de David. En outre, l'adolescent ne souhaitera pas revenir sur les faits, son récit s'avèrera donc limité. Néanmoins, recueillant les éléments qu'il accepte de nous livrer, nous pouvons extraire de son témoignage les aspects suivants.

Le premier de ces aspects concerne ce qu'il considère comme « l'ayant aidé à tourner la page » dans le cadre de la procédure judiciaire. Comme nous l'avons exposé précédemment, il s'agit du moment du verdict, qui a reconnu David au titre de victime. Dans son cas, cela l'a aidé dans un processus de renarcissisation et d'allégation du sentiment de culpabilité. Ce qu'il disait était vrai. Le verdict était semble-t-il pour lui nécessaire pour prouver aux yeux des autres la réalité des faits. Tout se passe comme si la parole prononcée avait été essentielle pour ancrer solidement sa légitimité.

Au cours des entretiens, David évoquera un tout autre aspect qu'il nous semble intéressant de mettre en lumière. Il concerne cette fois-ci ce qui a été difficile pour lui au cours de la démarche judiciaire. Cela nous invite à envisager une autre perspective. S'il est fructueux de faire apparaître ce qui a été aidant pour Marie, Antoine, David et Céline dans le cadre de la procédure judiciaire, à l'inverse, il est également très utile de constater ce qu'ils ont pu considérer comme préjudiciable pour tenter d'y apporter des solutions dans la pratique clinique.

À ce titre, David nous dit « Ce qui a été hyper lourd, c'est de devoir répéter ce qui s'était passé. D'aller à la police. Maintenant, je ne veux plus en entendre parler. Je ne veux plus avoir à le redire ».

Au-delà des conditions d'accueil sans doute difficiles que cela laisse supposer – confrontation à des prévenus, audition dans des locaux non aménagés pour l'enfant – , David vient pointer le fait qu'à travers la répétition des faits, c'est véritablement le traumatisme qu'il a subi que l'enfant est amené à revivre. Il peut alors avoir le sentiment que sa parole est remise en doute, voire en venir lui-même à douter de ce qu'il révèle.

Nous présenterons au cours de la dernière partie de notre travail le dispositif mis en place en mars 2010 au CHU de Nantes, qui apporte là selon nous une avancée majeure.

3.2.4. Céline

Que nous apprend la lecture du témoignage de Céline quant au vécu de sa situation ?

En premier lieu, on peut relever cette douloureuse expérience en lien avec la procédure judiciaire dont elle fait part. Elle est alors hébergée dans un foyer pour enfants. Elle parle en ces termes d'épisodes quotidiens qu'elle vit alors au sein de la structure : « Depuis que j'étais partie de la maison, j'entendais sans cesse des critiques sur ma mère. Elle n'avait pas divorcé. Elle avait laissé faire. Elle ne m'avait pas protégée. [...] [L'assistante sociale] lui avait même dit un jour, alors que ma mère cherchait à connaître mon adresse : « Nous au moins, on ne la bat pas »¹.

Cette déclaration vient souligner la nécessaire mise en place d'un cadre permettant de contenir et d'élaborer les réactions émotionnelles induites chez les professionnels amenés à intervenir auprès de l'enfant. Pour reprendre Didier Houzel et le groupe de travail qu'il supervise, il nous semble que « les mécanismes d'induction et de contagiosité psychique sont toujours à l'oeuvre lorsqu'il y a dissociation d'une famille. Les professionnels ne sont nullement à l'abri de ces mécanismes. Leur rôle est plutôt de les repérer et de tenter de les élaborer. [...] De la possibilité de repérer et d'élaborer ces phénomènes d'induction psychique dépend pour une large part la qualité du travail qui peut être fait, afin d'éviter de faire caisse de résonance aux processus psychopathologiques de la famille et, au contraire, d'aider celle-ci à sortir de ses impasses »².

La suite de l'histoire de Céline vient pointer un aspect l'ayant soutenue dans son parcours. Il est alors question qu'elle quitte le foyer pour enfants, cette structure étant un service d'accueil d'urgence et non un hébergement à long terme. On l'informe du projet envisagé de placement en foyer en Normandie. L'adolescente refuse cette décision, ne voulant pas changer de lycée et souhaitant rester proche de sa mère et de sa sœur. Son opinion est prise en compte et il est alors question d'un foyer pour filles dans le Val-de-Marne, plus proche. Malgré la distance importante entre cette structure et son lycée, Céline insiste pour y rester scolarisée et souligne à quel point cela représente un enjeu pour elle « Je ne pouvais plus supporter ce ballottage. J'avais besoin de stabilité pour pouvoir me reconstruire, c'était évident ». Elle est ici aidée par son lycée, avec l'envoi d'une pétition signée par la majorité des professeurs et des élèves de sa classe envoyée à l'ASE, demandant à ce qu'elle reste dans l'établissement en raison de sa bonne intégration dans sa classe et de l'imminence du bac de français. Quelques jours plus tard, sa demande reçoit une réponse favorable. Avec le recul, Céline pourra dire à quel point cet événement a été important pour elle.

Enfin, au même titre de respect de ses droits dans le cadre de la procédure judiciaire, le témoignage de Céline évoque une demande faite à la juge en charge de son dossier. L'adolescente a

alors formulé par écrit l'autorisation d'aller passer trois semaines chez sa tante Christine à l'occasion des vacances d'été. Elle est reçue par la juge qui accepte sa demande. Là aussi, le témoignage de Céline insiste sur l'importance de cette décision, et qualifie ces quelques semaines passées chez son oncle et sa tante de « magiques », lui ayant offert des moments privilégiés. À ce titre, il semble que cela aura contribué à l'aider dans son processus de réparation et aura participé dans ce cas précis à faire du système judiciaire un tuteur de résilience.

Au terme de cette analyse plus détaillée de chaque situation individuelle, il ressort qu'**au-delà des enjeux symboliques de la loi et du système judiciaire comme éléments tuteurs de résilience, c'est aussi dans le détail que viennent se loger les éléments qui permettront à l'enfant de « tricoter » sa résilience.** C'est de la stricte application des droits de l'enfant qu'il est question ici : droit d'expression, droit d'avoir sa parole prise en considération, respect de ses opinions, explication des décisions légales prises, droit à une protection. Les exemples, s'appliquant à chaque situation particulière, pourraient s'étendre à l'infini mais les cas cliniques de Marie, Antoine, David et Céline permettent de mieux en discerner les contours.

Au terme de cette réflexion sur les enjeux psychopathologiques soulevés au regard de la procédure judiciaire, quels éléments retenir ?

Concernant le traumatisme d'abord. Comment le définir ? Qu'est-ce qui vient faire traumatisme ?

On peut l'évoquer en termes d'une force qui vient faire effraction, qui attaque les limites d'un sujet, qui porte atteinte au territoire psychique d'un être humain. De cette force traumatique, l'extrême variabilité inter-individuelle est la règle. L'ESPT de l'enfant, fréquent, durable, et potentiellement grave, représente la principale complication en cas de maltraitance physique ou sexuelle.

Concernant les étapes du développement psycho-affectif normal de l'enfant ensuite.

Pour comprendre ce que le traumatisme vient impacter, il convenait d'étudier le processus de construction psychique normal de tout enfant. Ce parcours, entrepris dès la toute petite enfance, nous a mené à l'accès à la pensée morale et au respect d'autrui chez l'enfant, à la naissance de la loi symbolique et du sentiment de justice, à l'émergence de l'intersubjectivité et de l'empathie. Il apparaissait clairement que la qualité des premières expériences relationnelles vécues par le jeune

enfant, le soutien, la bienveillance dont il avait bénéficié dans son milieu de développement avaient une influence déterminante sur tout ce processus d'intégration psychique.

Il y avait alors lieu de s'interroger sur les effets psychopathologiques du traumatisme de la maltraitance chez Marie, Antoine, David et Céline.

Notre cheminement se poursuivait en décrivant le concept de résilience – processus biologique, psychoaffectif, social et culturel résultant des interactions entre l'individu et son environnement et qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique –, de sa naissance à ses apports spécifiques, en passant par ses fondements neurobiologiques. À ce titre d'apports spécifiques se dégagait tout particulièrement la notion de tuteur de résilience. Une alliance était-elle possible avec le concept de justice ? En quoi la loi avait-elle pu être pour Marie, Antoine, David et Céline, un tuteur de résilience ? Là se jetaient les bases de notre réflexion.

À son terme, nous pouvons mettre en lumière une double perspective contribuant à faire du système judiciaire un tuteur de résilience pour ces enfants : celle, plus générale, des enjeux symboliques de la loi et du système juridique, et celle, plus spécifique, de la stricte application des droits de l'enfant au regard de sa situation individuelle. Ainsi, selon nous, c'est aussi dans le détail que viennent se loger les éléments qui permettront à l'enfant de « tricoter » sa résilience.

IV. Abords thérapeutiques

1. Le soin

1.1. Qu'est-ce que le soin ?

Qu'est-ce que le soin en pédopsychiatrie ? Qu'est-ce qui fait soin ? Quels en sont les moyens ?

Pour reprendre les réflexions issues du rapport du groupe de travail de la Fédération Française de Psychiatrie⁹³, le soin en psychiatrie se situe avant tout dans l'histoire de la relation inter-humaine entre le professionnel et la personne soignée. Ce n'est qu'à l'intérieur de cette relation que le déploiement des techniques prendra tout son sens et sa place. Dans cette optique, le soin est certes

lié au diagnostic mais s'appuie surtout sur la prise en compte de la dimension inter-subjective dans l'appréhension des troubles du sujet.

« Nous ne soignons jamais quelque chose mais quelqu'un, et le soin de quelqu'un est la condition du soin de quelque chose, du soin de toute chose », écrit Frédéric Worms⁹⁴.

Poursuivant sa réflexion, il affirme que dans ce quelqu'un, nous ne soignons jamais seulement un « autre », ni même un autre « nous-mêmes », mais un soi, un autre « soi-même ». C'est cette relation même de soin qui nous a constitué comme un soi, c'est-à-dire un sujet qui agit et qui crée. On en revient ici au soin maternel, du « bon objet », dispensé par la figure d'attachement et nécessaire à un développement psychique harmonieux de l'enfant.

Le soin revêt une **double dimension** donc. **L'une, inter-subjective, soin par la relation, l'autre objective, reposant sur le secours technique, médical, pour « sauver la vie, diminuer les souffrances, faire advenir un état de conscience moins altéré »⁹⁴.**

1.2. Principes généraux du soin

Face à cette problématique multifactorielle qu'est la maltraitance, la prise en charge sera nécessairement pluridisciplinaire. Elle fera intervenir le **réseau de soins**, autour de l'enfant et de sa famille.

« Dérivé du mot latin « retiolus », diminutif de « retis », qui signifie « filet », le réseau – ici réseau de soins – serait ainsi une sorte de filet dont les maillages seraient tissés par chacun des professionnels autour de l'enfant, ses parents, et son environnement »⁹⁵.

Les différents professionnels et services concernés par la protection de l'enfance, tant des domaines sanitaire et éducatif que social et judiciaire, seront ici impliqués. Interviendront donc, de manière non exhaustive, le médecin généraliste, l'équipe de médecine scolaire, le pédiatre, le pédopsychiatre, l'assistante sociale, le juge des enfants, l'avocat, ... Tous seront amenés à travailler ensemble.

« L'intérêt du travail en réseau n'est plus à démontrer. D'une part, la continuité qu'il apporte

favorise l'alliance du côté de l'enfant et de sa famille, évitant ainsi les ruptures dans le soin. D'autre part, le réseau permet une sécurité et un soutien du côté des professionnels, leur permettant d'échapper à la solitude et au sentiment d'impuissance face aux situations rencontrées »⁹⁵. Travailler ensemble n'en demeure toutefois pas toujours aisé. Dans cette clinique interdisciplinaire, « chaque professionnel devra en effet penser sa propre place au regard de celles des autres, et pas seulement au regard de sa mission, afin de travailler en complémentarité et non en substitution au sein du réseau. Il s'agit véritablement pour les professionnels intervenant de développer une manière « d'être ensemble » autour d'une situation donnée »⁹⁵.

À la suite de Deltaglia, rappelons que le rôle primordial de l'intervenant, quel qu'il soit, sera de se poser en « tiers distanciateur » dans une relation agresseur-victime, qui était pathogène parce que fusionnelle⁹⁶. Il s'agit bien de rester le tiers et non de s'identifier, ce qui exige des professionnels du réseau une attitude qui ne peut s'acquérir que par une solide formation⁹⁷.

Pour poursuivre concernant les principes généraux du soin, on peut les formuler comme obéissant aux quatre grands principes d'éthique clinique : **bienfaisance, non- malfaisance, équité, respect de l'autonomie**. Insistons sur ce dernier principe qui nous paraît tout particulièrement important dans le cadre de notre travail. Il vise à affirmer que l'acte de soin doit respecter la volonté du patient : la liberté de celui-ci est un droit inaliénable que la médecine se doit de respecter.

« Respecter un individu autonome, c'est, au minimum, reconnaître le droit de cette personne à avoir des opinions, à faire des choix et à agir en fonction de ses valeurs et de ses croyances. Un tel respect implique davantage que la non-intervention dans les affaires personnelles d'autrui. Il inclut, du moins dans certains contextes, des obligations de développer ou de maintenir des aptitudes au choix autonome des autres, tout en dissipant leurs craintes et autres conditions qui détruisent ou perturbent leurs actions autonomes »⁹⁸.

On rejoint ici la notion de **capabilité**, développée par Amartya Sen⁹⁹. Elle définit la capabilité comme le pouvoir de faire quelque chose. L'idée qu'elle expose est qu'il faut donner aux individus « suffisamment de pouvoir pour qu'ils soient capables de se défendre, pour qu'ils puissent faire ce qu'ils souhaitent réellement, et choisir leur propre voie, au lieu qu'on leur impose une voie qu'ils n'ont pas choisie »⁹⁸. En d'autres termes, elle développe la thèse que **le soin attentif des autres consiste moins à leur assurer un bien-être qu'à leur permettre de développer leurs capacités d'être et de survivre dans un monde qui ne les infantilise pas**.

Ce point nous paraît fondamental. Dans les situations que nous avons exposées, il s'agit de ne pas

réduire les enfants au statut de victime ni à celui d'être passif. La plainte est un temps du soin, le statut de victime, bien que nécessaire selon nous et participant au processus de réparation de l'enfant, reste temporaire et ne doit en aucun cas venir forger son identité. De même, il nous semble primordial de faire de l'enfant un sujet actif de soins. L'autonomisation en représente un corollaire indispensable.

2. Le dispositif du CHU de Nantes¹⁰⁰⁻¹⁰⁵

2.1. Présentation

Le dispositif actuel du CHU de Nantes en terme de prise en charge médico-judiciaire est sous l'égide de l'Unité de Médecine Légale, ou Centre Fédératif Médico-Légal, guichet unique destiné à recentrer toutes les activités en matière de médecine légale. Conformément à la circulaire de décembre 2010 réformant cette spécialité médicale, la structure regroupe un **Institut Médico-Légal (IML)** et une **Unité Médico-Judiciaire (UMJ)**.

- L'**IML** concentre l'activité de thanatologie. La médecine légale thanatologique couvre les examens externes de cadavres, les autopsies médico-légales, les prélèvements et examens complémentaires post-mortem, les examens d'ossements, les levées de corps (examens de cadavres en situation sur les lieux de leur découverte).

Tous ces examens sont réalisés à la demande des autorités judiciaires.

- L'**UMJ**, créée pour répondre aux besoins des autorités judiciaires, recouvre l'activité de médecine légale du vivant.

Au sein du CHU de Nantes, cette structure regroupe les différents services amenés à prendre en charge les personnes victimes de violence et de maltraitance :

- l'**Unité d'Accueil des Enfants en Danger (UAED)** en pédiatrie,
- le **laboratoire de toxicologie** qui, outre les prélèvements réalisés pour crime ou délit, a un rôle pivot dans le dépistage de l'alcool, des produits stupéfiants et sédatifs en matière de réglementation de la sécurité routière,
- la **consultation de victimologie** assurant le dépistage et le suivi des conséquences psychologiques des violences,
- le **centre d'accueil des victimes d'abus sexuels** en gynécologie, rattaché à l'Unité de Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS).

Dans le cadre de mon travail, j'ai pu rencontrer l'équipe de l'UAED, implantée au sein de l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes, et dans laquelle Marie et Antoine avaient été pris en charge au cours de leur hospitalisation.

2.2. Unité d'Accueil des Enfants en Danger

2.2.1. Présentation

Devenue unité fonctionnelle en 2004, l'UAED du CHU de Nantes assure la prise en charge, selon la définition de l'ODAS, des enfants en risque et des enfants maltraités. Elle répond aux missions attendues des services de pédiatrie concernant l'accueil, le diagnostic, l'évaluation médico-psycho-sociale et la prise en charge des enfants et de leur famille.

Elle est formée d'une équipe spécialisée pluridisciplinaire réunissant pédiatres, pédopsychiatres et psychologues, chirurgiens pédiatres, gynécologues, assistantes sociales, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, éducateurs, et d'une secrétaire.

L'unité travaille en collaboration étroite avec le service des urgences pédiatriques qui permet d'assurer un accueil possible de l'enfant 24 heures sur 24, et les différents services d'hospitalisation de l'Hôpital Mère-Enfant. Elle est également en lien avec toutes les institutions œuvrant pour la protection de l'enfance – services de PMI, ASE, Direction Générale Adjointe de la Solidarité

(DGAS, ...) – .

Au niveau judiciaire, l'UAED est en contact avec le Parquet des mineurs, le tribunal pour enfants et les services de police et de gendarmerie, particulièrement lors des réquisitions en vue d'un examen médico-légal ou dans un contexte de signalement d'une situation maltraitante.

De manière générale, l'unité peut être amenée à travailler avec tout professionnel intervenant dans le champ de l'enfance. Citons à ce titre les équipes éducatives. Comme les situations de Marie, Antoine, David et Céline le prouvent, celles-ci sont très souvent confrontées à la problématique de l'enfance en danger, l'école étant le lieu où l'enfant passe la majorité de son temps quotidien.

2.2.2. Fonctionnement

Tout mineur potentiellement en danger peut être adressé à l'UAED à la demande d'un médecin (notamment après signalement fait dans le cadre de l'hôpital), d'un professionnel de la protection de l'enfance, de la famille de l'enfant, ou de l'autorité judiciaire.

Les consultations sont conjointes et réalisées en binôme associant le plus souvent un pédiatre et un pédopsychiatre ou un pédiatre et un psychologue, permettant une approche globale de l'enfant sur le plan médico-psychologique. L'évaluation de la situation de l'enfant peut nécessiter plusieurs consultations. L'assistante sociale intervient de manière quasi-systématique pour compléter l'évaluation sur le plan social.

À la suite d'une consultation, si la situation l'exige, il peut être décidé d'une hospitalisation rapide voire immédiate du mineur en danger afin de le mettre à distance de son environnement, d'approfondir l'évaluation dans un milieu protégé, de compléter le bilan somatique, d'organiser d'éventuels examens complémentaires. Dans les autres cas, le suivi, s'il est indiqué, se poursuivra en ambulatoire. Dans tous les cas, la famille de l'enfant sera associée à la prise en charge.

Les référents de l'UAED participent à deux réunions mensuelles au sein de l'unité, ayant pour objectif la synthèse de tous les dossiers en équipe pluridisciplinaire. Afin d'aider les acteurs de la protection de l'enfance et dans une optique d'harmonisation des pratiques, des protocoles écrits d'accueil, de diagnostic et de conduite à tenir sont régulièrement élaborés et mis à disposition des

soignants.

En 2012, l'équipe de l'UAED a reçu 368 enfants. Une cinquantaine de signalements de cas graves ont été réalisés.

2.2.3. Lieu d'accueil pour auditions filmées

La loi de juin 1998 impose l'enregistrement filmé de la première audition d'un enfant présumé victime de violences sexuelles, pour lui éviter de devoir répéter des propos pénibles susceptibles d'évoluer sous influence. Ces enregistrements se déroulaient auparavant dans les locaux de la gendarmerie ou de la police, où l'enfant était accueilli dans des lieux certes améliorés, mais encore inadaptés. Il se trouvait ainsi au milieu d'autres victimes, ou de prévenus.

Forte de ce constat, l'UAED a ouvert en mars 2010 un lieu d'écoute et d'enregistrement dédié à l'audition des enfants victimes de violences.

Les séances d'audition sont organisées sur décision du Procureur de la République. Dans une petite salle confortable, discrètement pourvue d'une caméra, l'enquêteur – policier ou gendarme – formé à cet effet, peut parler avec l'enfant, tandis que, derrière une vitre sans tain, un autre enquêteur retranscrit l'entretien. L'audition sera ensuite placée sous scellés. « Ce témoignage a une valeur juridique incontestable. Cette méthode évite que l'enfant ne soit interrogé à plusieurs reprises et ne doive répéter, encore et encore, son calvaire » précise Xavier Ronsin, Procureur de la République auprès du Tribunal de Grande Instance de Nantes¹⁰⁵.

Une quarantaine de structures de ce type existent en France. Au sein du CHU de Nantes, la création de cette unité s'est faite avec le soutien du Conseil Général, de l'Agence Régionale de Santé, du Tribunal de Grande Instance et de l'association La Voix de l'Enfant. Pour sa directrice, Martine Brousse, « Cette première audition est capitale. [...] Lorsque l'enfant doit répondre à de très nombreuses questions, parfois répétitives, il peut avoir le sentiment que sa parole est mise en doute, ou se sentir responsable et finir par douter de la sincérité de son propre témoignage.

L'enregistrement limite le nombre d'auditions et facilite son expression, tout en permettant d'y déceler les éléments non verbalisés et de les mémoriser pour la procédure »¹⁰⁵.

Tout cela n'est pas sans rappeler le témoignage de David et ne fait que valider le vécu de l'adolescent.

En 2012, sur les 368 enfants pris en charge à l'UAED, 341 ont bénéficié d'une audition filmée.

L'UAED est un exemple de structure prenant en charge des enfants victimes de maltraitance. Elle nous permet d'énoncer quelques principes communs qui s'appliquent à toutes les unités confrontées à de pareilles situations au quotidien : il ressort ainsi la nécessaire constitution d'équipes pluridisciplinaires, en lien avec les différents institutions œuvrant pour la protection de l'enfance, et travaillant en collaboration. Les différents professionnels amenés à intervenir devront avoir une bonne connaissance du réseau pour orienter au mieux l'enfant et assurer une efficacité de la prise en charge. Il s'avèrera nécessaire que des synthèses régulières soient assurées, en général de façon hebdomadaire. Enfin, la famille de l'enfant sera associée de manière systématique dans la prise en charge.

3. La loi tuteur de résilience : conditions apparaissant nécessaires⁹²

La problématique complexe de la maltraitance infantile échappe à toute solution standard et toute équipe professionnelle impliquée auprès d'un enfant ne saurait faire l'économie d'une évaluation et d'une élaboration personnelle. Ce que nous proposons ici n'a pas d'autre ambition que de suggérer des pistes de réflexion sous forme de quelques dispositions nous étant apparues nécessaires pour aider, le moment venu, à traiter tel ou tel cas particulier. **En d'autres termes, que peut-on avancer comme conditions apparaissant nécessaires pour contribuer à donner à l'aspect judiciaire de la prise en charge sa fonction de tuteur de résilience ?**

Les bases que nous définirons ici sont les prolongements naturels de ce qui s'est imposé à nous dans l'analyse des situations de Marie, Antoine, David et Céline que nous avons exposées. C'est à partir de ces bases que nous formulerons ensuite des propositions thérapeutiques pour la pratique clinique. Précisons pour replacer notre travail dans une juste perspective qu'il ne s'agit pas de nier les dommages collatéraux que peuvent dans certains cas entraîner la procédure judiciaire et le recours à la loi. Nous avons choisi de développer la fonction de tuteur de résilience que peut revêtir l'application des droits de l'enfant. Cette fonction n'est pas univoque et les dommages collatéraux existent bel et bien. Au-delà, la pratique clinique démontre que parfois, ce sont les mesures prises pour protéger l'enfant qui contribuent au traumatisme.

- Il apparaît en premier lieu, pour contribuer à donner à la prise en charge judiciaire sa fonction de tuteur de résilience, que la loi doit être comprise et intégrée par l'enfant. **Il ne suffit pas que la loi soit plaquée**, et il nous semble nécessaire de s'assurer de cette condition auprès de lui. Il s'agit là d'envisager la démarche judiciaire comme un processus dynamique, vivant, qui s'applique à lui, pas d'une loi qui serait rigide et lointaine. Il est important que l'enfant se sente acteur de la prise en charge, et sujet de droits et de devoirs. Cela ne doit pas rester abstrait mais s'ancrer dans le réel, avoir une signification concrète à ses yeux. Ce préalable conditionnera selon nous l'efficacité des soins. Bien entendu, comme nous l'avons vu sur le plan théorique et comme l'illustrent les situations cliniques que nous avons exposées, tous les enfants n'en sont pas au même stade d'élaboration, de

compréhension et d'intégration de la loi symbolique. Néanmoins, il nous semble que tous sont en mesure de comprendre, sur la base d'un vocabulaire adapté et en prenant en compte leur niveau de développement, en quoi la loi va intervenir dans leur cas particulier.

- De façon plus spécifique, concernant cette intégration de la loi par l'enfant, il nous semble important qu'il la comprenne **au regard de sa protection**. L'article de Yolande Govindama est particulièrement éclairant à ce sujet : « Ce cadre [que la prise en charge soit pensée avec pour objectif premier la protection de l'enfant] permet aux magistrats pour enfants de pouvoir se situer dans une relation d'alliance thérapeutique en ponctuant non seulement, lorsqu'ils reçoivent le ou les parents maltraitants, ou abuseurs, "l'interdit", mais en se démarquant de la sanction pénale pour assurer tant à l'enfant réel qu'à l'*infans* parental une protection. [...]. Ce désir de vouloir réparer et protéger qui ponctue le discours du magistrat permet que la loi réelle ne s'identifie au Surmoi sadique de l'agresseur » – en d'autres termes, le recours à la loi n'est pas envisagé dans un désir de vengeance, comme une entité qui serait exclusivement prohibitrice – . « En ce sens, elle peut jouer cette fonction de tiers efficace dans l'interaction mère-enfant, parents-enfant »⁹⁰.

Concrètement, cela peut être expliqué de manière très simple à l'enfant, comme les pédiatres l'avaient fait pour Antoine à son arrivée à l'hôpital. L'observation indiquait ainsi : « Antoine semble très attristé lorsque nous l'informons de l'interdiction de visites de sa mère, malgré le fait que nous lui expliquions que, bien sûr, il s'agit d'une mesure de protection ».

- Un autre aspect se dégageant au terme de l'analyse clinique concerne le **respect de l'autonomie de l'enfant**. Il est important que l'enfant soit intégré comme acteur à part entière des soins qui lui seront prodigués. Sujet de droits, mais aussi de devoirs. L'un ne va pas sans l'autre et ils permettent à l'enfant de s'affirmer sujet. D'une part en lui reconnaissant des droits, cela se comprend aisément. D'autre part en le faisant sujet de devoirs, puisque, pour reprendre Philippe Jeammet « Limiter un enfant, c'est toujours lui donner la possibilité de prendre la mesure de ce qui est à lui et d'exister par lui-même. C'est lui faire expérimenter également qu'il n'est pas confondu avec les adultes qui l'entourent dans une indifférenciation généralisée »⁵⁷.

L'exemple d'Antoine est à ce titre notable lorsqu'il vient demander de manière très inattendue à l'équipe à téléphoner à son père. Il agira et sera ici entendu en tant que sujet autonome.

Le fait de ne plus être passif, venant s'opposer à ce qu'il a vécu durant la maltraitance, permet à l'enfant de **se détacher de l'impression de soumission au désir de l'autre. Il se soigne parce qu'il veut aller mieux, non parce qu'il est obligé de parler.** Ce point est important à mettre en lumière car tant que l'enfant victime n'a pas saisi le sens du soin, il peut avoir l'impression qu'on lui fait violence en l'obligeant à parler de ce à quoi il voudrait ne plus penser.

- Au terme de l'exposé des situations cliniques nous est apparue aussi la **notion de temporalité** qu'il semble importante de garder à l'esprit.

Temporalité de la prise en charge d'abord : la procédure judiciaire, comme les soins psychiques auprès de l'enfant, peuvent s'entendre sur de longues durées et il est nécessaire que les professionnels gardent cette notion en tête pour ne pas se laisser gagner par le découragement, et surtout pour rester soutenant pour l'enfant qui trouve bien souvent tout cela trop long.

Temporalité de l'enfant, comme nous le disions, qui impose de s'adapter aux étapes progressives de son développement psychique.

Temporalité du statut de victime également. Il nous semble que le temps de la plainte est un temps du soin, nécessaire. Nous avons vu tous les enjeux qui en découlaient pour l'enfant à travers la reconnaissance de son statut de victime et ils ne sont plus à démontrer. Néanmoins, ce statut ne doit en aucun cas venir forger l'identité de l'enfant. Selon nous, une vigilance particulière devra être portée à ce risque, pour ne pas que se pérennise ce rôle de victime du côté de l'enfant. Il sera tout particulièrement important d'intervenir auprès des parents pour signifier cette notion.

- Une notion supplémentaire se dégageant au terme de l'analyse clinique est la **prise de conscience des enjeux à l'œuvre dans les situations cliniques rencontrées.** Cela nécessite un travail conjoint d'élaboration, en collaboration.

Ainsi, se détache tout particulièrement dans les cas de Marie, Antoine et Céline la question des **enjeux de la parentalité.** Nous le disions, la difficile tâche qui revient aux équipes soignantes sera ici de trouver un juste équilibre « entre la prépondérance des

besoins de l'enfant et le principe de nécessité du soutien parental »⁹¹.

Il s'agira ainsi de préserver les possibilités de développement physique et psychique de l'enfant tout en aidant le couple parental à accéder à une parentalité ajustée aux besoins spécifiques de l'enfant ayant vécu des maltraitances. Cet accès des parents à leur rôle parental sera le gage de la reprise d'un développement identificatoire pour l'enfant, contribuant à la solidité de ses assises narcissiques. Concrètement, cela vient se loger dans tout ce qui fait le quotidien : amener son enfant à l'école, aller lui acheter des vêtements, jouer avec lui, ...

- **Cette dernière condition sous-tend un travail d'analyse préalable.** Yolande Govindama le souligne : « Ces phénomènes transférentiels et contre-transférentiels [parlant des réactions de transfert/contre-transfert entre parents maltraitants et professionnels de l'enfance] dans la relation avec ces sujets doivent être analysés pour ne pas contaminer l'alliance thérapeutique. Il est probable qu'ils réveillent les pulsions les plus archaïques en nous, dont il nous faut prendre conscience. Car la surprotection de l'enfant violenté en réaction aux parents violents nous conduit à nous situer comme « bons parents » ou « Bonne Mère ». Si une institution chargée de la prise en charge de ces cas se situe ainsi, elle fait échec à la fonction de tiers. » Elle conclut en ces termes : « D'une manière générale, dans la clinique judiciaire, une alliance thérapeutique ne peut être efficace que si chacun des partenaires ne devient pas le « Surmoi » de l'autre ravivant les imagos parentales intériorisées. Ces transferts peuvent contaminer cette alliance et la rendre inopérante »⁹⁰.
- Intervient ici un autre élément : **le respect des droits de l'enfant s'impose à tous, parents comme travailleurs sociaux et tout professionnel intervenant dans la prise en charge.** Ce constat est un élément indispensable à garder à l'esprit pour ne pas stigmatiser les parents et rester à sa place au vu de sa mission sans déborder de ses fonctions. Nous pensons ici au droit à voir sa famille pour l'enfant, à passer du temps avec l'un de ses parents, ou encore à être en contact téléphonique avec eux. Autant de moments profitables à l'enfant et son entourage et qu'il sera essentiel de préserver.
- De cela découle l'importance de mettre en place un **cadre permettant de contenir et d'élaborer les réactions émotionnelles induites chez les professionnels intervenant**

auprès de l'enfant. La maltraitance infantile est une problématique complexe et qui ne peut laisser quiconque indifférent. Il apparaît dans ce contexte nécessaire de définir un cadre suffisamment solide pour que les contenus psychiques puissent être travaillés. Le travail institutionnel trouve ici toute sa place. Ainsi, « l'évocation et l'élaboration des représentations, autour de récits cliniques partagés, visent à organiser l'angoisse des équipes, et les amènent à rester bienveillantes en les protégeant d'un passage à l'acte ».⁹² « De plus, l'analyse des contre-attitudes des professionnels nous éclaire » en termes de fonctionnement psychopathologique, et sur ce qu'est amené à vivre l'enfant et son entourage.

L'ouvrage de synthèse consacré aux enjeux de la parentalité sous la direction de Didier Houzel illustre tout à fait les risques émanant de l'absence de ce cadre d'élaboration et quelques réflexions issues de leur groupe de travail nous semblent clairement applicables aux situations que nous avons exposées. Ainsi, on peut affirmer sans équivoque que « l'imprévisibilité du monde adulte » est une caractéristique des cas que nous avons étudiés. « Les parents, même s'ils paraissent profondément attachés à leur enfant, se trouvent souvent dans l'impossibilité de construire un projet familial ou de mettre en œuvre concrètement le projet qu'ils imaginent. Ils sont eux-mêmes le siège de changements imprévisibles dans leur humeur, leur disponibilité psychique, leur investissement des fonctions parentales, leurs conduites éducatives. [...] Il n'y a pas que les parents à être imprévisibles ou difficilement prévisibles. Les adultes professionnellement chargés d'aider l'enfant sur les plans thérapeutique, éducatif, pédagogique, juridique, social, peuvent faire preuve d'une même imprévisibilité. **Le plus souvent cette imprévisibilité des milieux professionnels est le fruit d'une sorte de contagiosité psychique.** Tout se passe, en effet, comme si les professionnels étaient la cible de projections qui les entraînent dans les mêmes dysfonctionnements que ceux de la famille d'origine. L'incapacité d'une équipe institutionnelle à bâtir un projet à long terme pour un enfant, la difficulté à coordonner les actions des différents responsables, peuvent être le reflet de cette imprévisibilité projetée. Chacun, certes, se sent cohérent dans sa démarche et justifié à l'entreprendre, mais l'ensemble manque de cohérence, aucun projet lisible et réaliste ne se dessine et l'enfant ne tarde pas à donner à nouveau des signes de souffrance. **La situation ne peut s'améliorer que dans la mesure où les équipes chargées d'aider l'enfant et sa famille sont capables de faire un travail d'élaboration en commun qui aide chacun à prendre conscience des projections et des répétitions dont il est l'objet** »⁹². Ce travail de cohérence institutionnelle concourt à assurer une stabilité auprès de l'enfant. Stabilité intrapsychique, mais également stabilité à l'égard de

l'enfant et de son environnement. Nous pensons qu'il convient de considérer avec attention l'une des conclusions à laquelle aboutit le groupe de travail : « Il est frappant de constater que les cas qui évoluent le mieux [...] [sont] ceux qui ont permis l'organisation stable de représentations de l'enfant et de sa famille dans l'esprit des acteurs de la prise en charge ». « On peut penser qu'il y a une certaine symétrie entre le processus qui permet à l'enfant d'élaborer les traumatismes et les ruptures qu'il a subis et le processus par lequel les soignants et autres responsables peuvent construire dans leur esprit une représentation stable, cohérente et compatible de l'enfant et de ses parents. Il n'est pas rare, en effet, que tel soignant ait une représentation et tel autre une représentation tout à fait différente, voire diamétralement opposée. Une fois encore, il est utile de raisonner ici en termes de processus induits : si deux adultes dans une même équipe ou deux équipes chargées à divers titres d'une même famille ont des représentations opposées d'un enfant, d'une mère, d'un père, n'est-ce pas parce qu'il y a des mécanismes de clivage et de projection qui sont à l'oeuvre dans la famille et qui se répètent chez les professionnels ? »⁹²

Le témoignage de Céline met clairement cette notion en évidence. Elle y souligne à quel point cela a été difficile pour elle d'entendre sans cesse des critiques sur sa mère, qu'elle n'avait pas divorcé, qu'elle avait laissé faire, qu'elle ne l'avait pas protégée.

- Une autre condition à considérer selon nous est celle de **l'étayage à assurer auprès de l'enfant**. L'enfant est pris en charge au titre du traumatisme qu'il a vécu, de ce qu'il a subi. Il n'en reste pas moins un enfant avec ses besoins, ses envies et son insouciance. Il est important **qu'il conserve ce sentiment d'appartenance et d'identification aux enfants de son âge** et un risque serait selon nous que l'enfant soit prématurément "adultifié" au regard de ce qu'il a vécu. En cela, l'étayage que pourront apporter les soins est d'une toute particulière importance. Concrètement, il pourra s'agir de jeux collectifs, de sorties, de sport, d'activités artistiques, de lectures...

L'exemple de Marie est particulièrement riche de sens à cet égard et il a été très important pour elle de pouvoir participer à son stage d'équitation malgré son hospitalisation.

Il sera bien sûr essentiel de préserver le sentiment d'appartenance de l'enfant à sa famille ou à son réseau de relations antérieures : pouvoir continuer à voir ses grands-parents, passer du temps avec ses frères et sœurs, pouvoir faire des activités avec ses parents dans la mesure de ce qu'ils pourront être en capacité de faire, seront autant d'instantanés fondamentaux pour l'enfant. Parfois, un parent peut ne pas avoir la garde complète de son enfant mais le conduire à l'école, déjeuner avec lui, ou l'aider à faire ses devoirs.

- Enfin, nous aborderons un dernier point. Nous avons mentionné au titre des principes généraux du soin la nécessité du travail en réseau. Son intérêt n'est plus à démontrer. S'il s'agit d'accompagner au mieux l'enfant et son entourage, il est également nécessaire **d'accompagner et de soutenir les professionnels intervenant auprès d'eux**. Face à une problématique aussi complexe, suscitant de telles réactions et nécessitant un tel investissement, le soutien aux équipes est primordial et conditionne l'efficacité de la prise en charge. Les groupes de supervision apparaissent ici particulièrement bénéfiques.

4. Particularités du soin psychique auprès de l'enfant

Au moment d'envisager la spécificité du soin psychique auprès de l'enfant, plusieurs questions se posent.

Concernant son indication d'abord : le soin psychique doit-il être systématiquement

proposé à partir du moment où l'enfant a été victime de maltraitances ? Si non, quels symptômes justifieraient alors le recours au soin ?

Il nous semble que tout enfant victime de maltraitances devrait pouvoir bénéficier d'une évaluation psychique. Dans le domaine somatique, des mesures de dépistage sont obligatoires, notamment après exposition à des agents infectieux, des radiations, des substances médicamenteuses. Il n'en est pas de même du recours au soin psychique suite à des événements potentiellement traumatogènes comme peut l'être la maltraitance. Pour autant, comme nous le mentionnions au titre des aspects cliniques spécifiques du psychotraumatisme de l'enfant, l'ESPT est la complication la plus fréquente en cas de maltraitance physique ou sexuelle et prédispose à la survenue d'autres troubles, aggravant ainsi le pronostic⁵³. Rappelons ici la fréquence non négligeable de ce trouble puisqu'après un événement donné, on a pu montrer que deux tiers des enfants exposés pouvaient présenter un ESPT dans les mois suivants^{54,55}.

Quoi qu'il en soit, dans le cas du recours au soin psychique, le bilan initial aura plusieurs objectifs : il s'agira ainsi d'évaluer l'état psychique de l'enfant, à la recherche d'éventuelles conséquences psychotraumatiques, et d'en mesurer la gravité. De même, on identifiera les possibles comorbidités, en particulier les autres types de troubles anxieux, un syndrome dépressif associé, une dépendance ou un abus de substances, ... Sera apprécié le retentissement des troubles dans tous les domaines de la vie de l'enfant. Comme nous l'évoquions tout à l'heure, il est fréquent d'observer un impact sur la scolarité et une vigilance toute particulière devra être portée à ce niveau. Suivant l'âge de l'enfant, on pourra le sensibiliser sur l'existence d'associations d'aides aux victimes.

Tous ces éléments viseront à apprécier la nécessité d'une prise en charge pédopsychiatrique ou psychologique. Le recours au pédopsychiatre devra être systématique en cas de pathologie constituée, voire de troubles nécessitant un éventuel traitement médicamenteux. Soulignons qu'il ne s'agit pas de « psychiatriser » ces enfants. Les notions de victime et de trauma ne sont pas superposables. L'objectif visé est ici de dépister, prévenir ou prendre en charge le plus précocement qui soit un retentissement psychique éventuel de ce qu'ils ont vécu.

Quand le soin psychiatrique sera indiqué, quels outils thérapeutiques s'offrent au professionnel du psychisme dans le cadre particulier de la prise en charge du psychotraumatisme ?

Nous voulons aborder ici le domaine bien spécifique des psychothérapies structurées pouvant être utilisées. Les considérations plus générales sur la psychothérapie seront abordées dans la partie suivante.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé, au sujet du cas particulier de l'ESPT de

l'enfant, notent que *la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est indiquée et doit être adaptée à l'âge, aux circonstances et au niveau de développement. La durée de la psychothérapie est habituellement de 12 à 25 séances, à un rythme d'au moins 1 fois par semaine. Aucune étude évaluant l'efficacité des médicaments n'est disponible chez l'enfant. Si nécessaire, les parents ou la famille peuvent être impliqués dans la thérapie*¹⁰⁶.

Bien que seules approches psychothérapeutiques à avoir été statistiquement évaluées, les **TCC** ne représentent qu'un type de technique possible dans le domaine de la prise en charge de l'ESPT de l'enfant. Au titre des psychothérapies structurées pourront également être proposées la **psychothérapie de soutien** et la **psychothérapie psychodynamique**. L'**hypnose** et les **approches corporelles** viennent compléter le dispositif de soin. Enfin, il nous semble dans certains cas nécessaire de considérer la question d'une **thérapie familiale**.

- Les **méthodes de TCC** pour traiter l'ESPT se sont développées en utilisant les techniques de traitement de l'anxiété, notamment les phobies et la gestion de l'anxiété de stress. Ces techniques ont été adaptées au traitement des symptômes fondamentaux de l'ESPT : reviviscences intrusives du syndrome de répétition, conduites d'évitement, hyperactivité neurovégétative¹⁰⁷.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'évènement traumatique est associé à des stimuli (lieux, bruits, images, odeurs) qui vont ultérieurement déclencher les reviviscences angoissantes correspondant au conditionnement classique (stimulus-réponse). La persistance et la généralisation des symptômes expliquent l'attitude de l'enfant qui évite les stimuli anxiogènes, réduisant ainsi l'apparition des reviviscences de l'évènement. Le **modèle comportemental** vise à agir sur ces phénomènes de conditionnement pour les enrayer.

Nous avons également noté au titre des manifestations cliniques que le traumatisme engendrait des réactions émotionnelles cognitives et comportementales dominées par la peur mais aussi différents troubles : agressivité, culpabilité, honte, confusion, ... Un tel bouleversement affectivo-cognitif est dominé par une généralisation de la peur. Le modèle cognitif postule que tout se passe comme si une « structure de la peur » se constituait consécutivement au traumatisme dans la mémoire de ces enfants, et évoluait ensuite pour son propre compte. Elle vient briser les schémas de pensée antérieurs de la victime tels que « le monde est sécurisant », « les évènements peuvent être prévus et contrôlés », « je peux maîtriser d'éventuels évènements quels qu'ils soient », « je suis protégé, rien de mal ne peut

m'atteindre ». Le monde devient dangereux, les événements ne sont pas prévisibles, tout échappe à un quelconque contrôle. Cette conception du monde déclenche des pensées d'auto-dévalorisation, d'insuffisance, de culpabilité, de rejet de la faute sur soi, voire des tendances à l'agressivité et un retrait des relations sociales. Si l'enfant victime est débordé, incapable d'élaborer des réponses adaptées aux signaux de danger, la peur s'en trouve confortée et le monde apparaît effectivement comme source de multiples dangers. Le **modèle cognitif** tend à agir sur ces dysfonctionnements de la pensée. Il s'agit notamment, par restructuration cognitive, de remettre en question ces pensées erronées pour envisager des pensées alternatives.

Précisons que ces deux modèles, comportemental comme cognitif, s'emploient à gérer l'anxiété de l'enfant en utilisant des techniques de relaxation afin de maîtriser l'hyperactivité neurovégétative.

- Au cours de la **psychothérapie de soutien**, il s'agit d'offrir à l'enfant un espace de parole et de prodiguer encouragements et réassurance. L'objectif est, grâce à une écoute bienveillante et valorisante, de lui permettre d'améliorer sa vie relationnelle et de restaurer son estime de soi, de l'aider à supporter ses symptômes, d'apporter un soutien moral. La psychothérapie de soutien n'emploie pas de technique spécifique mais peut utiliser des bases communes : développement de nouvelles habilités et aptitudes, aide à la gestion du stress et de l'anxiété, etc...
- La **psychothérapie psychodynamique** est basée sur le socle conceptuel freudien. Pour reprendre la métaphore freudienne telle que nous l'évoquions dans le chapitre précédent, l'image traumatique est une image très chargée en énergie. Quand elle n'est pas arrêtée par le système de « pare-excitations », elle pénètre en bloc dans l'appareil psychique où elle vient faire effraction venant former un « corps étranger interne » dans le psychisme. Cette image traumatique va exercer ses effets propres. Elle sera en source d'angoisses importantes, et , en particulier, d'angoisses de néantisation.

Au cours de la thérapie, tout se passe comme si l'image traumatique allait peu à peu être désinvestie au profit de la verbalisation que fera le jeune patient quand il livrera son histoire. Les symptômes présentés s'atténueront de ce fait progressivement.

- Au même titre des psychothérapies structurées pouvant être employées, l'**hypnose** constitue

un outil supplémentaire. Le psychotraumatisme entraîne en effet fréquemment des phénomènes de dissociation dont la modification de conscience a des liens avec la dissociation de l'hypnose. Ainsi, dans l'hypnose, « la dissociation traumatique est une modification de conscience qui peut être utilisée dans une perspective thérapeutique »¹⁰⁷.

- Les **approches corporelles** sont un outil particulièrement intéressant dans le travail psychothérapeutique auprès de l'enfant. Elles offrent l'immense avantage de pouvoir être proposées à tout âge, et que l'enfant ait accès ou non à la parole. Rappelons que, même si elle est en mesure de parler, la petite victime ne le souhaite pas toujours.

De telles thérapies sont la plupart du temps volontiers prisées par l'enfant, qui y voit souvent avant tout un abord ludique. Elles s'avèrent particulièrement aidantes quand le traumatisme a eu un retentissement somatique, ou après un abus sexuel. Les enfants victimes, quand ils verbalisent, reviennent fréquemment sur l'impression qu'ils ont d'être « sales », « souillés », d'avoir honte de leur corps. Il n'est pas rare de constater une véritable distorsion de leur propre image corporelle. Le corps n'est plus investi, devient un objet étranger, quelquefois synonyme de dégoût et de rejet. La thérapie peut viser à cette réappropriation du corps. Au-delà, il peut s'agir de restaurer une enveloppe corporelle contenant et sécurisante. La balnéothérapie peut apporter cette fonction de contenance et de sécurité en permettant, par l'immersion, un enveloppement total et uniforme du corps. Il pourra aussi s'agir de relaxation, de jeux gestuels, d'activités de danse, ... Le psychomotricien tient ici une place de choix. Il agira sur le corps pour rétablir les fonctions physiques, mentales ou affectives entravées et pourra aider le jeune patient à trouver ou retrouver un équilibre psychocorporel, à mieux prendre conscience de son corps et à le maîtriser.

- Dans certaines situations, la famille occupe une place particulière : soit parce qu'il s'agit de maltraitance familiale, soit parce que l'un ou plusieurs des membres de la famille présentent des antécédents personnels traumatiques, notamment de maltraitance. Il y a alors un risque de survictimation. La mère ou le père d'un enfant peuvent par exemple, à travers l'histoire de leur enfant, rechercher la réparation d'un traumatisme qu'ils auraient subi eux-mêmes dans leur enfance. L'enfant devient alors l'enjeu de la réparation parentale. Il semble particulièrement pertinent dans ces cas là d'envisager la question d'une prise en charge en **thérapie familiale**.

À ce titre, un constat mérite que l'on s'y attarde : l'expérience prouve que la majorité des

parents maltraitants a souffert dans l'enfance d'anomalies graves de la fonction parentale, qu'elle ait été carentielle, inadéquate ou discontinue. Dans leur enfance, ces parents n'ont pas pu accéder au processus de séparation-individuation qui, progressivement, permet à l'enfant de devenir autonome. En conséquence, les interdits sont mal intériorisés, les identifications parentales sont floues et parcellaires ou constituées à partir de modèles violents ou rigides. On comprend bien à quelles difficultés se heurtent ces parents, qui ont connu des carences et de la violence dans leur enfance, dès la naissance de leur propre enfant. Celui-ci est porteur d'une histoire familiale traumatique. Les évènements pénibles contemporains de la grossesse, de la naissance, les déceptions concernant ses caractéristiques sont plus difficilement surmontés. Dans certains cas, l'isolement, l'absence d'ancrage dans une famille unie ou de mauvaises conditions de vie nuisent à l'investissement positif de cet enfant. Forts des apports conceptuels de la résilience, on peut affirmer qu'il n'y a pas de fatalité, de linéarité qui condamnerait ces familles à être dans une inévitable répétition transgénérationnelle. Des enfants maltraités sont devenus des parents attentifs et tolérants, parce qu'ils ont été aidés, ou qu'ils se sont structurés différemment au cours de nouvelles rencontres.

Enfin, qu'en est-il de l'articulation des soins psychiques avec ce que la justice se propose de réparer ?

Nous avons insisté sur la nécessaire utilité du travail en réseau. De manière concrète, quand le recours au soin psychique est envisagé, il peut être bénéfique d'orienter les victimes de maltraitances vers des structures spécifiques d'accompagnement social et judiciaire. Nous pensons ici en particulier au mouvement associatif d'accompagnement. Ainsi, parmi d'autres, l'association « L'enfant Bleu » propose une assistance juridique aux victimes de maltraitances. Elle est en mesure de les informer, les conseiller sur les différentes procédures judiciaires et les orienter vers les professionnels compétents.

Parlant de cet accompagnement social et judiciaire des patients pris en charge au titre du soin psychique, Gérard Lopez, psychiatre fondateur de l'Institut de Victimologie, écrit que « les thérapeutes devraient trouver dans leur carnet de correspondants les coordonnées d'associations d'aide aux victimes compétentes, d'avocats spécialisés, de services sociaux [...]. Ils devraient aussi ne pas hésiter à entrer en relation les uns avec les autres. [...] **il est probable que l'accompagnement social et judiciaire constitue un facteur de résilience pour les victimes d'agressions répétées parce qu'il renforce les liens sociaux** »¹⁰⁸.

5. Place et rôle du pédopsychiatre^{2,51,95}

Comment pourrait-on résumer alors la place et le rôle du pédopsychiatre ?

Il nous semble que l'on peut l'envisager dans une double perspective : **au sein du réseau de soins d'une part, auprès du patient et de son entourage d'autre part.**

Signalons pour commencer que le pédopsychiatre sera tout autant exposé que les autres professionnels aux représentations psychiques que la maltraitance infantile peut susciter. Il devra dans ce contexte « maîtriser ses contre-attitudes par un effort continu d'analyse de ses affects »⁹⁵. Comme nous venons de le voir, le travail institutionnel prend ici pleinement sens. À ce titre, le psychiatre de l'enfant et de l'adolescent trouve toute sa place en assumant « les fonctions de pare-excitation, de contenance et de mise en sens, travail qu'il exerce auprès des patients, mais surtout auprès de ses collègues sur la scène institutionnelle »¹⁰⁹.

Par là-même, il est amené à effectuer un travail de liaison entre l'enfant, son entourage, et les professionnels intervenant auprès de lui, mais aussi entre les professionnels eux-mêmes. Il devient alors « le thérapeute du lien »¹¹⁰.

À travers ses interventions, il encouragera la verbalisation, là où souvent règne un sentiment d'étrangeté, de rejet, voire d'effroi. Ainsi, et comme nous le mentionnions précédemment, l'évocation et l'élaboration des représentations, autour de récits cliniques partagés, visent à organiser l'angoisse des équipes, et les amènent à rester bienveillantes en les protégeant d'un passage à l'acte⁹⁵. En tant que professionnel du psychisme, il nous semble que le pédopsychiatre se doit d'être le garant de ce travail d'élaboration concertée, offrant la possibilité pour les différents intervenants de partager une représentation commune et stable de chacun des protagonistes : l'enfant, ses parents, son entourage. « Tant que ces représentations sont clivées ou trop instables, il reste à faire un travail d'élaboration »⁹².

Qu'en est-il maintenant concernant le soin du pédopsychiatre auprès de l'enfant ?

Selon L. Deltaglia, les moyens de la réparation d'enfants victimes des dégâts psychologiques et du traumatisme la maltraitance sont presque entièrement à inventer⁸⁹. Il semble néanmoins que l'on puisse en esquisser quelques grandes lignes. Nous avons déjà abordé le domaine des psychothérapies structurées. Notre propos s'entend donc ici en termes de considérations plus générales sur le cadre psychothérapeutique.

La petite victime, parfois, se tait, car parler lui semble impossible ou dangereux. C'est seulement lorsqu'il se sent en sécurité que l'enfant parle. C'est donc en premier lieu **le climat de soins disposé autour de lui et ce qu'il en perçoit** qui va lui permettre de dire sa plainte et sa souffrance. La première condition à assurer par le psychiatre de l'enfant sera celle d'un **cadre apaisant et sécurisant**. Au-delà des conditions matérielles de l'accueil, cela reposera sur une attitude de disponibilité, une présence sécurisante et soutenante.

C'est dans la continuité du soin que pourront alors s'esquisser les premières paroles de l'enfant. Alors que les coups, les abus sexuels, le rejet se situent dans le non-verbal, la parole établit un lien symbolique humanisant. « Ne serait-elle pas le processus réparateur par excellence ? Celui qui,

transformant le sentiment « explosif » en son équivalent symbolique, le mot, permet justement à l'affect de devenir moteur et non volcan ? »⁸⁹ On en revient à l'écoute bienveillante évoquée par Roland Coutanceau dont nous avons cité les propos¹⁹. Bien entendu, ce soutien bienveillant et actif par l'écoute ne suffit pas. Au-delà, ce sont toutes ses connaissances cliniques et psychopathologiques que le pédopsychiatre devra ici mobiliser. Roland Coutanceau illustre cette notion lorsqu'il écrit « Ce que la victime attend, c'est qu'on puisse la suivre dans sa vérité, vérité émotionnelle, vérité vis-à-vis des faits. [...] La première attitude, c'est, muni de ses propres représentations, tout simplement d'écouter en essayant de comprendre ce qui s'est passé et de saisir au travers de ses mots et de son émotion la manière dont elle a été déstabilisée. [...] il faut rappeler l'importance du tempo, du bon moment, pour qu'adviennent les mots : ne pas presser de questions, ne pas non plus se murer dans le silence, aussi bienveillant soit-il. [...] Il faut s'allier à la victime et manifester une alliance large, humaine et sociale, de façon à briser son sentiment de solitude. L'autre axe, c'est d'avoir une idée précise du traumatisme commis, d'avoir une conception du déterminisme [de la maltraitance] et de son impact sur la victime, et éventuellement une stratégie pour que la souffrance s'évacue. Cette rencontre humaine peut être thérapeutique si les enjeux sont bien compris »¹⁹.

Comment par la suite reprendre ce que l'enfant acceptera de nous livrer – s'il l'accepte – dans un mouvement thérapeutique ? Comment le pédopsychiatre peut-il favoriser le dépassement de la blessure traumatique chez l'enfant victime de maltraitance ?

La verbalisation par l'enfant de ses affects et de son ressenti dans un cadre approprié à les recueillir – le cadre thérapeutique disposé autour de lui dont nous parlions – constitue en soi un temps thérapeutique. Cette mise en mots de ses éprouvés **atteste en effet d'une première mise à distance**. L'enfant passe alors, dans ce travail, d'une adjectivation à une subjectivation. Il devient sujet de son discours.

La prise en compte de ce qu'éprouve l'enfant dans le dispositif psychothérapeutique va avoir des effets positifs sur sa dynamique psychique. À l'adresse du pédopsychiatre, l'expression des sentiments qu'il ressent – honte, colère, tristesse, peur, ... – devient effective. Il leur donne un sens. **En d'autres termes, à partir du moment où l'enfant met en discours ses affects, ceux-ci deviennent, dès lors, un objet de discours, un concept mentalisé, ce qui va lui permettre de prendre de la distance**. Ainsi, par exemple, « lorsque [l'enfant] dit « j'ai honte », il a déjà conscience de sa honte, et il change le statut de la honte qui, d'attribut, devient objet. Il affirme, dans cette mise en mots, qu'il espère s'en libérer. Tant que cette honte n'est pas dite, elle envahit

littéralement le sujet et colle à son Moi »⁵¹.

Pour accéder à la subjectivation, il faut un regard tiers, celui ici du pédopsychiatre, regard de la reconnaissance qui permettra à l'enfant de se déprendre de cette identification imaginaire à laquelle il est assujéti.

Dans le processus thérapeutique, les émotions mises en mots par l'enfant ou introduites par le thérapeute vont pouvoir être repensées et historicisées, c'est-à-dire réinscrites dans une temporalité qui les rendra travaillables. C'est une condition essentielle pour qu'il y ait effet thérapeutique, c'est-à-dire dégageant et dépassant de la situation traumatique vécue. En verbalisant son ressenti, l'enfant en fait un objet entre lui et le thérapeute, quelque chose qui est extérieur à lui. Au départ caractéristique et attribut du Moi, le ressenti devient alors objet d'investissement ou de désinvestissement, attribut de l'histoire et non plus attribut de l'enfant.

Ainsi, au travers cette écoute active du pédopsychiatre, c'est bien d'un processus de restauration du Moi qu'il s'agit, permettant de « retrouver une dignité perdue, de remobiliser un Idéal du Moi blessé, appauvri »⁵¹. Pour l'enfant, « il s'agit de témoigner (voire de dénoncer) les situations auxquelles il a été confronté »; pour le pédopsychiatre, « il s'agit de mettre l'enfant en face de ce qui ne peut être regardé en soi... et de l'aider à y faire face », écrit Scotto di Vettimo⁵¹. **La subjectivation ouvre la voie au dépassement du traumatisme.**

Dans certains cas plus graves, ou pour les enfants très jeunes, la parole est hors de portée. Les enfants que nous avons rencontrés en pratique clinique ne répondaient pas à ce cas de figure. Signalons néanmoins que peuvent être alors utilisées des médiations diverses : jeux, dessins, expressions artistiques, activité sportive, ... « Si la bouche est muette, le corps, lui, peut toujours parler »¹¹¹.

Précisons pour finir que le pédopsychiatre, outre sa place au sein du réseau et auprès de l'enfant, sera également présent auprès de l'entourage de celui-ci, en lien avec sa famille ou les personnes responsables de lui. Une prise en charge ne se conçoit qu'en considérant l'enfant au sein du système dans lequel il vit. Selon les cas, pourront être proposés des entretiens familiaux, des synthèses avec le foyer accueillant l'enfant, des équipes éducatives, ... Tout cela entre dans l'optique d'une prise en charge la plus intégrée qui soit et au regard de l'enfant dans son quotidien.

Au terme de ce questionnement concernant la place et le rôle du pédopsychiatre, nous retiendrons donc qu'il sera à la fois acteur du réseau, assurant une fonction de coordination sur la scène institutionnelle, et acteur à titre individuel du travail psychique auprès de l'enfant et du travail de lien auprès de son entourage.

6. Propositions thérapeutiques en pratique clinique

Notre cheminement nous a amené à entamer une réflexion sur les enjeux psychopathologiques soulevés au regard de la procédure judiciaire. En quoi les hypothèses psychopathologiques que nous avons avancées peuvent-elles s'articuler avec les soins ?

Sur quels éléments mis en lumière pourrait-on s'appuyer pour la pratique clinique au quotidien ?

Il ressort de ce que nous avons exposé l'importance de penser une organisation des soins suffisamment solide localement et dans la durée. Considérant en particulier ces sentiments de solidité, sécurité et continuité que peut assurer le cadre de soins, il est nécessaire que les dispositifs de prise en charge signifient clairement aux enfants concernés à la fois la claire différenciation des intervenants, mais aussi la solidité de leur collaboration. Dans ce sens, il nous semble qu'il est indispensable de « développer des **formations conjointes** ouvertes aux acteurs de la pédiatrie et de la pédopsychiatrie, de la justice et de l'éducation, non pas pour donner à chacun les compétences des autres mais **pour permettre à chacun de connaître ses partenaires, leurs représentations, leurs méthodes et d'éprouver l'utilité des différences de point de vue dans la réflexion commune** »⁶¹. Nous insistons sur le fait que le décroisement que la mise en réseau suppose doit s'accompagner du maintien de la spécificité de chaque équipe.

Dans cette optique de formation, il apparaît en outre primordial que les professionnels amenés

à intervenir auprès de l'enfant et de sa famille puissent recevoir **une aide et un soutien** en ce qui concerne les situations complexes auxquelles ils pourront être confrontés. La **technique de supervision des cas** trouve ici toute sa place pour apporter cette aide. Il est par là-même essentiel selon nous de se préoccuper de former des superviseurs en nombre suffisant pour répondre à l'immense demande dans ce domaine.

Pour terminer sur ces considérations au regard de la formation, il est nécessaire **qu'elle se développe dans un but de sensibilisation, d'information et d'enseignement**. Nous pensons ici aux professionnels en devenir, notamment les étudiants en médecine, pour lesquels le volume horaire consacré à cette problématique qu'est la maltraitance nous apparaît très insuffisant – quelques heures sur les neuf à onze années d'études – . De même, la **sensibilisation auprès des équipes éducatives** nous paraît avoir toute sa place à l'égard de la fréquence des cas auxquels ils auront nécessairement à faire face. Les exemples de Marie, Antoine, David et Céline illustrent clairement cet état de fait.

Quelques éléments mis en évidence au travers leurs récits cliniques se révèlent particulièrement enrichissants pour la pratique clinique. Nous pensons ici au **protocole de préparation au placement** élaboré dans le cas de Marie, et qui lui a été d'un grand soutien dans le cadre du projet de famille d'accueil prévu pour elle.

C'est également au **lieu d'accueil pour auditions filmées** que nous souhaitons faire référence. Le témoignage de David souligne clairement l'apport non négligeable d'un tel dispositif, évitant à l'enfant de devoir répéter, encore et encore, ce qu'il a subi, et de revivre le traumatisme auquel il a été confronté. Au-delà, le lieu en lui-même, en regroupant soignants et acteurs de justice, symbolise leur collaboration. Le soin peut s'appuyer sur la justice et la justice sur le soin en étant néanmoins clairement différenciés.

Il nous semble capital **que la mise en place de tels procédés soit encouragée et généralisée**. En découle l'importance de rencontres, au niveau national, pour **exposer et faire connaître les initiatives menées localement par chaque équipe**. De telles manifestations s'avèrent d'un grand intérêt pour la pratique clinique.

Force est de constater que la maltraitance infantile est souvent une problématique intra-familiale, plus fréquemment d'origine parentale. Nous avons constaté, à la lumière des situations de Marie, Antoine et Céline, que la parentalité représentait ici un enjeu majeur à prendre en

considération, et qu'intérêt de l'enfant et soutien à la parentalité étaient intimement liés. Dans ce sens, il semble tout particulièrement pertinent **d'envisager la création d'institutions pour traiter les dysfonctionnements sévères de la parentalité**. Il pourrait s'agir ici d'unités d'hospitalisation familiale. Bien que n'existant pas en France, ce type d'unité a vu le jour dans d'autres pays (en Grande-Bretagne, au Cassel Hospital de Londres ; en Norvège, à l'Hôpital psychiatrique pour enfants de l'université d'Oslo, en Pologne à l'Hôpital Saint Louis de Cracovie)⁹². De façon plus flexible, la création de lieux qui permettraient du soin familial intensif semblerait très utile.

Enfin, pourrait-on imaginer un **livret d'accueil pour les enfants pris en charge à l'UAED et dans les autres structures hospitalières au titre d'une situation de danger**, sur le modèle de celui élaboré à l'intention des enfants et adolescents hospitalisés ? Un tel livret pourrait permettre à l'enfant de mieux identifier les intervenants qu'il serait amené à rencontrer, et qui se distinguent en partie des professionnels exerçant à l'hôpital, notamment en ce qui concerne le domaine judiciaire (magistrats, police, gendarmerie, ...).

Perspectives

Au moment de conclure, il nous semble judicieux de nous décentrer de la maltraitance dans l'enfance du strict point de vue de l'enfant victime pour en appréhender une vision plus globale et à distance.

Quel devenir pour ces enfants à l'âge adulte ?

L'étude prospective de Felini¹¹² met en évidence l'ampleur des conséquences sur la santé. Plus la maltraitance a été grave et répétée, plus lourd est le retentissement : risque accru de pathologies cardio-vasculaires et respiratoires, de diabète, d'obésité, d'épilepsie, de troubles de l'immunité. Les conséquences psychopathologiques sont nombreuses : fréquence accrue de dépressions, de troubles anxieux, de troubles graves de la personnalité et d'addictions, majoration du taux de suicide. La victime de maltraitance dans l'enfance paie un lourd tribut aussi à l'âge adulte. **Cela ne fait que souligner la nécessité d'une mobilisation politique et sociale autour de cette cause.**

Au niveau national, des réponses ont été apportées, mais elles apparaissent très insuffisantes comme l'a relevé la Cour des Comptes : pas de connaissances statistiques précises et établies dans la durée, peu de travaux de recherche, manque d'harmonisation des données entre les départements, pas de politique réellement coordonnée et financée de façon appropriée.

Le sentiment que nous avons, en arrivant au terme de ce travail, est que s'ouvre devant nous un

vaste champ de pratiques, mais aussi de recherches. L'exercice clinique dans le domaine de la maltraitance infantile laisse apparaître un vaste terrain d'investigation où les praticiens de terrain doivent selon nous collaborer avec les chercheurs : psychologues, psychanalystes, sociologues, psychosociologues, anthropologues, statisticiens, ... dont les méthodes sont toutes susceptibles d'éclairer cette considérable problématique de santé publique. Plus particulièrement concernant la problématique que nous avons soulevée et que reprend le titre de notre travail, aucune étude n'a à ce jour été effectuée. **En cela, il apparaît essentiel de poursuivre les recherches dans ce domaine,** recherches aussi bien théoriques que pratiques.

Marie, Antoine, David et Céline nous amènent à penser le soin. Soins en collaboration au sein du réseau, soins spécifiques de chaque intervenant auprès de l'enfant.

Dans ce contexte de soins, plusieurs conditions apparaissent nécessaires pour contribuer à donner à la prise en charge judiciaire sa fonction de tuteur de résilience : que la loi ne soit pas plaquée mais s'intègre dans un processus vécu, qu'elle soit comprise par l'enfant au regard de sa protection, que celui-ci soit considéré comme un individu autonome, ... autant d'aspects qu'il nous semble fondamental d'envisager.

Le soin psychique auprès de l'enfant occupe ici une place toute particulière. Il offre de nombreux outils, riches et variés. Fort de tels outils, le pédopsychiatre, thérapeute du lien au sein du réseau, sera aussi thérapeute du sens auprès de l'enfant. De par sa dimension relationnelle, le soin aura pour objectif de guider l'enfant sur le chemin de la subjectivation, ouvrant la voie au dépassement du traumatisme.

La richesse des quatre témoignages qui ont constitué le fil conducteur de ce travail nous permet de formuler des propositions thérapeutiques pour la pratique clinique. Elles visent, dans un souci de chaque instant, à optimiser la prise en charge médico-judiciaire de cette problématique complexe qu'est la maltraitance infantile.

Conclusion

La problématique de ce travail, née de témoignages singuliers d'enfants victimes du traumatisme de la maltraitance, pouvait se résumer à la question suivante : en quoi la loi pourrait-elle dans de telles situations représenter pour l'enfant un tuteur de résilience ?

Le début de notre cheminement nous amenait à la rencontre de Marie, Antoine, David et Céline. De leurs récits émergeait un constat : la loi avait joué un rôle dans leur parcours de soin, avait pu les aider. Dans de telles circonstances où le recours à la justice étaient venu croiser le chemin d'enfants victimes de maltraitance, des enjeux psychopathologiques étaient à l'œuvre.

Nous poursuivions notre périple par des considérations sur le regard porté à l'enfant à travers les âges et observions que ce regard s'était considérablement transformé depuis l'Antiquité. D'un être-objet, l'enfant était devenu un être-sujet, doté d'un psychisme.

C'est aux différents aspects de la maltraitance infantile que nous nous intéressions alors. Ceux-ci se révélaient polymorphes, subtils, aux facteurs de risque bien identifiés. Dans un tel contexte, nous constatons que tout l'enjeu pour le médecin allait être de savoir quand évoquer le diagnostic de maltraitance avec la préoccupation constante de savoir dépister sans faire d'erreur par excès.

Face à cela, les droits fondamentaux de l'enfant et, à l'échelon national, le système français de protection de l'enfance s'imposent à l'heure actuelle comme garants juridiques de sa protection. Force était de constater la nécessité d'une connaissance approfondie d'un tel dispositif pour tout professionnel intervenant auprès de l'enfant, dont le devoir sera de protéger celui-ci.

Arrivés à ce point de notre parcours, nous étions en mesure de nous interroger sur le ressenti individuel de ces enfants victimes. Comment vivent-ils cette force qui vient faire effraction dans leur territoire psychique ? La connaissance de la clinique spécifique du psychotraumatisme de l'enfant constituait dans un premier temps un apport précieux. L'état de stress post-traumatique de l'enfant se révélait être fréquent, durable, et potentiellement grave, représentant la complication la plus fréquente en cas de maltraitance physique ou sexuelle. La compréhension des étapes du développement psycho-affectif normal de l'enfant continuait à nous éclairer dans notre réflexion. D'un juste équilibre entre cadre contenant et soutien narcissique pouvait découler un développement psycho-affectif harmonieux, faisant accéder l'enfant à l'intégration de la loi symbolique et du sentiment de justice, à la pensée morale et à l'empathie. La richesse des témoignages de Marie, Antoine, David et Céline, fils conducteurs de ce travail, achevait de nous faire progresser concernant les effets psychopathologiques du traumatisme de la maltraitance.

Nous en arrivions ainsi au cœur de notre réflexion, nourrie des apports conceptuels de la résilience. Quels pouvaient être, pour l'enfant, les enjeux psychiques soulevés par la procédure judiciaire ? Qu'est-ce qui, au travers de cette démarche, pouvait être signifiant pour lui ? En quoi la loi pouvait-elle représenter ici un tuteur de résilience sur lequel, pour poursuivre la métaphore, il pourrait s'appuyer pour mieux grandir ? **À son terme, il semble que l'on puisse mettre en lumière une double perspective : celle, plus générale, des enjeux symboliques de la loi, et celle, plus spécifique, de la stricte application des droits de l'enfant au regard de sa situation individuelle.** La loi, symboliquement, va venir faire tiers, poser une limite dans la relation entre l'enfant et son agresseur. Réinstaurant la place de chacun, elle permettra à l'enfant de retrouver la place qui est la sienne. Elle viendra poser un cadre rassurant, immuable, et source de stabilité dans cet univers où imprévisible rimait auparavant avec quotidien. Elle contribuera à la restauration narcissique et permettra à l'enfant de s'affirmer comme sujet aux yeux de la société. C'est aussi dans le détail que viendront se loger les éléments qui permettront à l'enfant de « tricoter » sa résilience. Il sera question ici, entre autres, de la rencontre de sa famille d'accueil pour Marie, du droit de visite de sa mère pour Antoine, du moment du verdict pour David, de l'autorisation d'aller passer des vacances chez sa tante pour Céline.

Le soin, dans sa dimension relationnelle et objective, trouve ici toute sa place. Il reposera sur le réseau de soins, au sein duquel chaque intervenant aura la lourde tâche de penser sa place au regard de celle des autres afin de travailler en complémentarité et non en substitution. Plusieurs conditions

nous apparaîtront nécessaires pour contribuer à faire de la loi un tuteur de résilience pour l'enfant. Parmi d'autres, on évoquera ici le respect de l'autonomie de l'enfant, la prise de conscience des enjeux à l'œuvre dans les situations cliniques rencontrées, ou encore la nécessité d'accompagner et de soutenir les professionnels intervenant auprès de l'enfant. Le soin psychique occupe ici une place bien précise, et offre des outils spécifiques. Le pédopsychiatre, « thérapeute du lien » au sein du réseau, sera aussi thérapeute du sens auprès de l'enfant.

Au terme de notre cheminement, après avoir formulé quelques propositions pour la pratique clinique, nous avons la conviction que s'ouvre devant nous un vaste champ de pratiques, mais aussi de recherches dans ce domaine.

Quoi qu'il en soit, à travers la pluralité des moyens dont nous disposons, une valeur reste constante. Celle de l'implication, qui demeure le premier chemin de la rencontre auprès de l'enfant, et qui nous engage jusque dans notre « savoir-être ». Elle nous conduit, à travers le soin, à mener l'enfant sur le long chemin de la subjectivation.

Annexes

Annexe 1 : Déclaration de Genève

Préambule

Par la présente Déclaration des droits de l'enfant, dite déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations reconnaissent que l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur, affirmant leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité, de croyance.

Article 1

L'enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement.

Article 2

L'enfant qui a faim doit être nourri ; l'enfant malade doit être soigné ; l'enfant arriéré doit être encouragé ; l'enfant dévoyé doit être ramené ; l'enfant orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus.

Article 3

L'enfant doit être le premier à recevoir des secours en cas de détresse.

Article 4

L'enfant doit être mis en mesure de gagner sa vie et doit être protégé contre toute exploitation.

Article 5

L'enfant doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités devront être mises au service de ses frères.

Annexe 2 : Déclaration des Droits de l'enfant

Préambule

Considérant que, dans la Charte, les peuples des Nations unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

Considérant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations unies ont proclamé que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,

Considérant que l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance,

Considérant que la nécessité de cette protection spéciale a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme ainsi que dans les statuts des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se consacrent au bien-être de l'enfance,

Considérant que l'humanité se doit de donner à l'enfant le meilleur d'elle-même,

L'Assemblée générale

Proclame la présente Déclaration des droits de l'enfant afin qu'il ait une enfance heureuse et bénéficie, dans son intérêt comme dans l'intérêt de la société, des droits et libertés qui y sont énoncés; elle invite les parents, les hommes et les femmes à titre individuel, ainsi que les organisations bénévoles, les autorités locales et les gouvernements nationaux à reconnaître ces droits et à s'efforcer d'en assurer le respect au moyen de mesures législatives et autres adoptées progressivement en application des principes suivants :

Principe premier :

L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, ou sur toute autre situation, que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille.

Principe 2 :

L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante.

Principe 3 :

L'enfant a droit, dès sa naissance, à un nom et à une nationalité.

Principe 4 :

L'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale, il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine; à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats.

Principe 5 :

L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.

Principe 6 :

L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère. La société et les pouvoirs publics ont le devoir de prendre un soin particulier des enfants sans famille ou de ceux qui n'ont pas de moyens d'existence suffisants. Il est souhaitable que soient accordées aux familles nombreuses des allocations de l'État ou autres pour l'entretien des enfants.

Principe 7 :

L'enfant a droit à une éducation qui doit être gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires. Il doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale et lui permette, dans des conditions d'égalité de chances, de développer ses facultés, son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales, et de devenir un membre utile de la société.

L'intérêt supérieur de l'enfant doit être le guide de ceux qui ont la responsabilité de son éducation et de son orientation; cette responsabilité incombe en priorité à ses parents.

L'enfant doit avoir toutes possibilités de se livrer à des jeux et à des activités récréatives, qui doivent être orientés vers les fins visées par l'éducation; la société et les pouvoirs publics doivent s'efforcer de favoriser la jouissance de ce droit.

Principe 8 :

L'enfant doit, en toutes circonstances, être parmi les premiers à recevoir protection et secours.

Principe 9 :

L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation, il ne doit pas être soumis à la traite, sous quelque forme que ce soit.

L'enfant ne doit pas être admis à l'emploi avant d'avoir atteint un âge minimum approprié; il ne doit en aucun cas être astreint ou autorisé à prendre une occupation ou un emploi qui nuise à sa santé ou à son éducation, ou qui entrave son développement physique, mental ou moral.

Principe 10 :

L'enfant doit être protégé contre les pratiques qui peuvent pousser à la discrimination raciale, à la discrimination religieuse ou à toute autre forme de discrimination. Il doit être élevé dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelle, et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables.

Annexe 3 : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

Préambule

Les États parties à la présente Convention,

considérant que, conformément aux principes proclamés dans la Charte des Nations Unies, la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine ainsi que l'égalité et le caractère inaliénable de leurs droits sont le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde;

ayant à l'esprit le fait que les peuples des Nations Unies ont, dans la Charte, proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne

humaine, et qu'ils ont résolu de favoriser le progrès social et d'instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande;

reconnaisant que les Nations Unies, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation;

rappelant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations Unies ont proclamé que l'enfance a droit à une aide et à une assistance spéciales;

convaincus que la famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté;

reconnaisant que l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension;

considérant qu'il importe de préparer pleinement l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, et de l'élever dans l'esprit des idéaux proclamés dans la Charte des Nations Unies, et en particulier dans un esprit de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité;

ayant à l'esprit que la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et dans la Déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale le 20 novembre 1959, et qu'elle a été reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (en particulier aux articles 23 et 24), dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (en particulier à l'article 10) et dans les statuts et instruments pertinents des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se préoccupent du bien-être de l'enfant;

ayant à l'esprit que, comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, «l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance»;

rappelant les dispositions de la Déclaration sur les principes sociaux et juridiques applicables à la protection et au bien-être des enfants, envisagés surtout sous l'angle des pratiques en matière d'adoption et de placement familial sur les plans national et international, de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing) et de la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé;

reconnaisant qu'il y a dans tous les pays du monde des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles, et qu'il est nécessaire d'accorder à ces enfants une attention particulière;

tenant dûment compte de l'importance des traditions et valeurs culturelles de chaque peuple dans la protection et le développement harmonieux de l'enfant;

reconnaisant l'importance de la coopération internationale pour l'amélioration des conditions de vie des enfants dans tous les pays, en particulier dans les pays en développement;

sont convenus de ce qui suit :

Première partie

Article premier

Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.

Article 2

1. Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2. Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

3. Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

Article 4

Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en oeuvre les droits reconnus dans la présente Convention. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, ils prennent ces mesures dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

Article 5

Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention.

Article 6

1. Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.

2. Les Etats parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.

Article 7

1. L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.

2. Les Etats parties veillent à mettre ces droits en oeuvre conformément à leur législation nationale et aux obligations que leur imposent les instruments internationaux applicables en la matière, en particulier dans les cas où faute de cela l'enfant se trouverait apatride.

Article 8

1. Les Etats parties s'engagent à respecter le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris sa nationalité, son nom et ses relations familiales, tels qu'ils sont reconnus par la loi, sans ingérence illégale.

2. Si un enfant est illégalement privé des éléments constitutifs de son identité ou de certains d'entre eux, les Etats parties doivent lui accorder une assistance et une protection appropriées, pour que son identité soit rétablie aussi rapidement que possible.

Article 9

1. Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.

2. Dans tous les cas prévus au paragraphe 1 du présent article, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.

3. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

4. Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un Etat partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'Etat partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées.

Article 10

1. Conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, toute demande faite par un enfant ou ses parents en vue d'entrer dans un Etat partie ou de le quitter aux fins de réunification familiale est considérée par les Etats parties dans un esprit positif, avec humanité et diligence. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas de conséquences fâcheuses pour les auteurs de la demande et les membres de leur famille.

2. Un enfant dont les parents résident dans des Etats différents a le droit d'entretenir, sauf

circonstances exceptionnelles, des relations personnelles et des contacts directs réguliers avec ses deux parents. A cette fin, et conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, les Etats parties respectent le droit qu'ont l'enfant et ses parents de quitter tout pays, y compris le leur, et de revenir dans leur propre pays. Le droit de quitter tout pays ne peut faire l'objet que des restrictions prescrites par la loi qui sont nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui, et qui sont compatibles avec les autres droits reconnus dans la présente Convention.

Article 11

1. Les Etats parties prennent des mesures pour lutter contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger.
2. A cette fin, les Etats parties favorisent la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux ou l'adhésion aux accords existants.

Article 12

1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.
2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation appropriée, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

Article 13

1. L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant.
2. L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires :
 - a) Au respect des droits ou de la réputation d'autrui; ou
 - b) A la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publiques.

Article 14

1. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion.
2. Les Etats parties respectent le droit et le devoir des parents ou, le cas échéant, des représentants légaux de l'enfant, de guider celui-ci dans l'exercice du droit susmentionné d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités.
3. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut être soumise qu'aux seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires pour préserver la sûreté publique, l'ordre public, la santé et la moralité publiques, ou les libertés et droits fondamentaux d'autrui.

Article 15

1. Les Etats parties reconnaissent les droits de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique.

2. L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires dans une société démocratique, dans l'intérêt de la sécurité nationale, de la sûreté publique ou de l'ordre public, ou pour protéger la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui.

Article 16

1. Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.

2. L'enfant a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Article 17

Les Etats parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. A cette fin, les Etats parties :

a) Encouragent les médias à diffuser une information et des matériels qui présentent une utilité sociale et culturelle pour l'enfant et répondent à l'esprit de l'article 29;

b) Encouragent la coopération internationale en vue de produire, d'échanger et de diffuser une information et des matériels de ce type provenant de différentes sources culturelles, nationales et internationales;

c) Encouragent la production et la diffusion de livres pour enfants;

d) Encouragent les médias à tenir particulièrement compte des besoins linguistiques des enfants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire;

e) Favorisent l'élaboration de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être, compte tenu des dispositions des articles 13 et 18.

Article 18

1. Les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.

2. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises.

Article 19

1. Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son

ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

2. Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire.

Article 20

1. Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat.

2. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale.

3. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafalahde droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.

Article 21

Les Etats parties qui admettent et/ou autorisent l'adoption s'assurent que l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale en la matière, et :

a) Veillent à ce que l'adoption d'un enfant ne soit autorisée que par les autorités compétentes, qui vérifient, conformément à la loi et aux procédures applicables et sur la base de tous les renseignements fiables relatifs au cas considéré, que l'adoption peut avoir lieu eu égard à la situation de l'enfant par rapport à ses père et mère, parents et représentants légaux et que, le cas échéant, les personnes intéressées ont donné leur consentement à l'adoption en connaissance de cause, après s'être entourées des avis nécessaires;

b) Reconnassent que l'adoption à l'étranger peut être envisagée comme un autre moyen d'assurer les soins nécessaires à l'enfant, si celui-ci ne peut, dans son pays d'origine, être placé dans une famille nourricière ou adoptive ou être convenablement élevé;

c) Veillent, en cas d'adoption à l'étranger, à ce que l'enfant ait le bénéfice de garanties et de normes équivalant à celles existant en cas d'adoption nationale;

d) Prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que, en cas d'adoption à l'étranger, le placement de l'enfant ne se traduise pas par un profit matériel indu pour les personnes qui en sont responsables;

e) Poursuivent les objectifs du présent article en concluant des arrangements ou des accords bilatéraux ou multilatéraux, selon les cas, et s'efforcent dans ce cadre de veiller à ce que les placements d'enfants à l'étranger soient effectués par des autorités ou des organes compétents.

Article 22

1. Les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention et les autres instruments

internationaux relatifs aux droits de l'homme ou de caractère humanitaire auxquels lesdits Etats sont parties.

2. A cette fin, les Etats parties collaborent, selon qu'ils le jugent nécessaire, à tous les efforts faits par l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations intergouvernementales ou non gouvernementales compétentes collaborant avec l'Organisation des Nations Unies pour protéger et aider les enfants qui se trouvent en pareille situation et pour rechercher les père et mère ou autres membres de la famille de tout enfant réfugié en vue d'obtenir les renseignements nécessaires pour le réunir à sa famille. Lorsque ni le père, ni la mère, ni aucun autre membre de la famille ne peut être retrouvé, l'enfant se voit accorder, selon les principes énoncés dans la présente Convention, la même protection que tout autre enfant définitivement ou temporairement privé de son milieu familial pour quelque raison que ce soit.

Article 23

1. Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

2. Les Etats parties reconnaissent le droit à des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié.

3. Eu égard aux besoins particuliers des enfants handicapés, l'aide fournie conformément au paragraphe 2 du présent article est gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et elle est conçue de telle sorte que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

4. Dans un esprit de coopération internationale, les Etats parties favorisent l'échange d'informations pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux Etats parties d'améliorer leurs capacités et leurs compétences et d'élargir leur expérience dans ces domaines. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 24

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;

b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;

- d)** Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;
 - e)** Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;
 - f)** Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.
- 3.** Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.
- 4.** Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Article 26

- 1.** Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.
- 2.** Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

Article 27

- 1.** Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.
- 2.** C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant.
- 3.** Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en oeuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.
- 4.** Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées en vue d'assurer le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant auprès de ses parents ou des autres personnes ayant une responsabilité financière à son égard, que ce soit sur leur territoire ou à l'étranger. En particulier, pour tenir compte des cas où la personne qui a une responsabilité financière à l'égard de l'enfant vit dans un Etat autre que celui de l'enfant, les Etats parties favorisent l'adhésion à des accords internationaux ou la conclusion de tels accords ainsi que l'adoption de tous autres arrangements appropriés.

Article 28

- 1.** Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue

d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances :

- a) Ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous;
 - b) Ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées, telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin;
 - c) Ils assurent à tous l'accès à l'enseignement supérieur, en fonction des capacités de chacun, par tous les moyens appropriés;
 - d) Ils rendent ouvertes et accessibles à tout enfant l'information et l'orientation scolaires et professionnelles;
 - e) Ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire.
2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit appliquée d'une manière compatible avec la dignité de l'enfant en tant qu'être humain et conformément à la présente Convention.

3. Les Etats parties favorisent et encouragent la coopération internationale dans le domaine de l'éducation, en vue notamment de contribuer à éliminer l'ignorance et l'analphabétisme dans le monde et de faciliter l'accès aux connaissances scientifiques et techniques et aux méthodes d'enseignement modernes. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 29

Observation générale sur son application

1. Les Etats parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à :

- a) Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités;
- b) Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies;
- c) Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne;
- d) Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone;
- e) Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel.

2. Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement, à condition que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'Etat aura prescrites.

Article 30

Dans les Etats où il existe des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques ou des personnes d'origine autochtone, un enfant autochtone ou appartenant à une de ces minorités ne peut être privé du droit d'avoir sa propre vie culturelle, de professer et de pratiquer sa propre religion ou d'employer sa propre langue en commun avec les autres membres de son groupe.

Article 31

1. Les Etats parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge et de participer librement à la vie culturelle et artistique.

2. Les Etats parties respectent et favorisent le droit de l'enfant de participer pleinement à la vie culturelle et artistique et encouragent l'organisation à son intention de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques et culturelles, dans des conditions d'égalité.

Article 32

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

2. Les Etats parties prennent des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives pour assurer l'application du présent article. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des autres instruments internationaux, les Etats parties, en particulier :

- a) Fixent un âge minimum ou des âges minimums d'admission à l'emploi;
- b) Prévoient une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi;
- c) Prévoient des peines ou autres sanctions appropriées pour assurer l'application effective du présent article.

Article 33

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances.

Article 34

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

- a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale;
- b) Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales;
- c) Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.

Article 35

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit.

Article 36

Les Etats parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien-être.

Article 37

Les Etats parties veillent à ce que :

- a)** Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans;
- b)** Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible;
- c)** Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles;
- d)** Les enfants privés de liberté aient le droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de leur privation de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale, et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.

Article 38

- 1.** Les Etats parties s'engagent à respecter et à faire respecter les règles du droit humanitaire international qui leur sont applicables en cas de conflit armé et dont la protection s'étend aux enfants.
- 2.** Les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans ne participent pas directement aux hostilités.
- 3.** Les Etats parties s'abstiennent d'enrôler dans leurs forces armées toute personne n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans. Lorsqu'ils incorporent des personnes de plus de quinze ans mais de moins de dix-huit ans, les Etats parties s'efforcent d'enrôler en priorité les plus âgées.
- 4.** Conformément à l'obligation qui leur incombe en vertu du droit humanitaire international de protéger la population civile en cas de conflit armé, les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour que les enfants qui sont touchés par un conflit armé bénéficient d'une protection et de soins.

Article 39

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

Article 40

- 1.** Les Etats parties reconnaissent à tout enfant suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser son sens de la dignité et de la valeur personnelle, qui renforce son respect pour les droits de l'homme et les libertés fondamentales d'autrui, et qui tienne compte de son âge ainsi que de la nécessité de faciliter sa réintégration dans la société et de lui faire assumer un rôle constructif au sein de celle-ci.
- 2.** A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des instruments internationaux, les Etats

parties veillent en particulier :

a) A ce qu'aucun enfant ne soit suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale en raison d'actions ou d'omissions qui n'étaient pas interdites par le droit national ou international au moment où elles ont été commises;

b) A ce que tout enfant suspecté ou accusé d'infraction à la loi pénale ait au moins le droit aux garanties suivantes :

i) Etre présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie;

ii) Etre informé dans le plus court délai et directement des accusations portées contre lui, ou, le cas échéant, par l'intermédiaire de ses parents ou représentants légaux, et bénéficier d'une assistance juridique ou de toute autre assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense;

iii) Que sa cause soit entendue sans retard par une autorité ou une instance judiciaire compétentes, indépendantes et impartiales, selon une procédure équitable aux termes de la loi, en présence de son conseil juridique ou autre et, à moins que cela ne soit jugé contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant en raison notamment de son âge ou de sa situation, en présence de ses parents ou représentants légaux;

iv) Ne pas être contraint de témoigner ou de s'avouer coupable; interroger ou faire interroger les témoins à charge, et obtenir la comparution et l'interrogatoire des témoins à décharge dans des conditions d'égalité;

v) S'il est reconnu avoir enfreint la loi pénale, faire appel de cette décision et de toute mesure arrêtée en conséquence devant une autorité ou une instance judiciaire supérieure compétentes, indépendantes et impartiales, conformément à la loi;

vi) Se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend ou ne parle pas la langue utilisée;

vii) Que sa vie privée soit pleinement respectée à tous les stades de la procédure.

3. Les Etats parties s'efforcent de promouvoir l'adoption de lois, de procédures, la mise en place d'autorités et d'institutions spécialement conçues pour les enfants suspectés, accusés ou convaincus d'infraction à la loi pénale, et en particulier :

a) D'établir un âge minimum au-dessous duquel les enfants seront présumés n'avoir pas la capacité d'enfreindre la loi pénale;

b) De prendre des mesures, chaque fois que cela est possible et souhaitable, pour traiter ces enfants sans recourir à la procédure judiciaire, étant cependant entendu que les droits de l'homme et les garanties légales doivent être pleinement respectés.

4. Toute une gamme de dispositions, relatives notamment aux soins, à l'orientation et à la supervision, aux conseils, à la probation, au placement familial, aux programmes d'éducation générale et professionnelle et aux solutions autres qu'institutionnelles seront prévues en vue d'assurer aux enfants un traitement conforme à leur bien-être et proportionné à leur situation et à l'infraction.

Article 41

Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus propices à la réalisation des droits de l'enfant qui peuvent figurer :

a) Dans la législation d'un Etat partie; ou

b) Dans le droit international en vigueur pour cet Etat.

Deuxième partie

Article 42

Les Etats parties s'engagent à faire largement connaître les principes et les dispositions de la présente Convention, par des moyens actifs et appropriés, aux adultes comme aux enfants.

Article 43

1. Aux fins d'examiner les progrès accomplis par les Etats parties dans l'exécution des obligations contractées par eux en vertu de la présente Convention, il est institué un Comité des droits de l'enfant qui s'acquitte des fonctions définies ci-après.

2. Le Comité se compose de dix-huit experts de haute moralité et possédant une compétence reconnue dans le domaine visé par la présente Convention. (*voir note 1*) Ses membres sont élus par les Etats parties parmi leurs ressortissants et siègent à titre personnel, compte tenu de la nécessité d'assurer une répartition géographique équitable et eu égard aux principaux systèmes juridiques.

3. Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de personnes désignées par les Etats parties. Chaque Etat partie peut désigner un candidat parmi ses ressortissants.

4. La première élection aura lieu dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Les élections auront lieu ensuite tous les deux ans. Quatre mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invitera par écrit les Etats parties à proposer leurs candidats dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dressera ensuite la liste alphabétique des candidats ainsi désignés, en indiquant les Etats parties qui les ont désignés, et la communiquera aux Etats parties à la présente Convention.

5. Les élections ont lieu lors des réunions des Etats parties, convoquées par le Secrétaire général au Siège de l'Organisation des Nations Unies. A ces réunions, pour lesquelles le quorum est constitué par les deux tiers des Etats parties, les candidats élus au Comité sont ceux qui obtiennent le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des voix des représentants des Etats parties présents et votants.

6. Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Ils sont rééligibles si leur candidature est présentée à nouveau. Le mandat de cinq des membres élus lors de la première élection prend fin au bout de deux ans. Les noms de ces cinq membres seront tirés au sort par le président de la réunion immédiatement après la première élection.

7. En cas de décès ou de démission d'un membre du Comité, ou si, pour toute autre raison, un membre déclare ne plus pouvoir exercer ses fonctions au sein du Comité, l'Etat partie qui avait présenté sa candidature nomme un autre expert parmi ses ressortissants pour pourvoir le poste ainsi vacant jusqu'à l'expiration du mandat correspondant, sous réserve de l'approbation du Comité.

8. Le Comité adopte son règlement intérieur.

9. Le Comité élit son bureau pour une période de deux ans.

10. Les réunions du Comité se tiennent normalement au Siège de l'Organisation des Nations Unies, ou en tout autre lieu approprié déterminé par le Comité. Le Comité se réunit normalement chaque année. La durée de ses sessions est déterminée et modifiée, si nécessaire, par une réunion des Etats parties à la présente Convention, sous réserve de l'approbation de l'Assemblée générale.

11. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les installations qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention.

12. Les membres du Comité institué en vertu de la présente Convention reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale, des émoluments prélevés sur les ressources de

l'Organisation des Nations Unies dans les conditions et selon les modalités fixées par l'Assemblée générale.

Article 44

1. Les Etats parties s'engagent à soumettre au Comité, par l'entremise du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, des rapports sur les mesures qu'ils auront adoptées pour donner effet aux droits reconnus dans la présente Convention et sur les progrès réalisés dans la jouissance de ces droits :

a) Dans les deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de la présente Convention pour les Etats parties intéressés;

b) Par la suite, tous les cinq ans.

2. Les rapports établis en application du présent article doivent, le cas échéant, indiquer les facteurs et les difficultés empêchant les Etats parties de s'acquitter pleinement des obligations prévues dans la présente Convention. Ils doivent également contenir des renseignements suffisants pour donner au Comité une idée précise de l'application de la Convention dans le pays considéré.

3. Les Etats parties ayant présenté au Comité un rapport initial complet n'ont pas, dans les rapports qu'ils lui présentent ensuite conformément à l'alinéa b du paragraphe 1 du présent article, à répéter les renseignements de base antérieurement communiqués.

4. Le Comité peut demander aux Etats parties tous renseignements complémentaires relatifs à l'application de la Convention.

5. Le Comité soumet tous les deux ans à l'Assemblée générale, par l'entremise du Conseil économique et social, un rapport sur ses activités.

6. Les Etats parties assurent à leurs rapports une large diffusion dans leur propre pays.

Article 45

Pour promouvoir l'application effective de la Convention et encourager la coopération internationale dans le domaine visé par la Convention :

a) Les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies ont le droit de se faire représenter lors de l'examen de l'application des dispositions de la présente Convention qui relèvent de leur mandat. Le Comité peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et tous autres organismes qu'il jugera appropriés à donner des avis spécialisés sur l'application de la Convention dans les domaines qui relèvent de leurs mandats respectifs. Il peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies à lui présenter des rapports sur l'application de la Convention dans les secteurs qui relèvent de leur domaine d'activité;

b) Le Comité transmet, s'il le juge nécessaire, aux institutions spécialisées, au Fonds des Nations Unies pour l'enfance et aux autres organismes compétents tout rapport des Etats parties contenant une demande ou indiquant un besoin de conseils ou d'assistance techniques, accompagné, le cas échéant, des observations et suggestions du Comité touchant ladite demande ou indication;

c) Le Comité peut recommander à l'Assemblée générale de prier le Secrétaire général de procéder pour le Comité à des études sur des questions spécifiques touchant les droits de l'enfant;

d) Le Comité peut faire des suggestions et des recommandations d'ordre général fondées sur les renseignements reçus en application des articles 44 et 45 de la présente Convention. Ces suggestions et recommandations d'ordre général sont transmises à tout Etat partie intéressé et portées à l'attention de l'Assemblée générale, accompagnées, le cas échéant, des observations des Etats parties.

Troisième partie

Article 46

La présente Convention est ouverte à la signature de tous les Etats.

Article 47

La présente Convention est sujette à ratification. Les instruments de ratification seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 48

La présente Convention restera ouverte à l'adhésion de tout Etat. Les instruments d'adhésion seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 49

1. La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra la date du dépôt auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.

2. Pour chacun des Etats qui ratifieront la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, la Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra le dépôt par cet Etat de son instrument de ratification ou d'adhésion.

Article 50

1. Tout Etat partie peut proposer un amendement et en déposer le texte auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Secrétaire général communique alors la proposition d'amendement aux Etats parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des Etats parties en vue de l'examen de la proposition et de sa mise aux voix. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des Etats parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par la majorité des Etats parties présents et votants à la conférence est soumis pour approbation à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies.

2. Tout amendement adopté conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article entre en vigueur lorsqu'il a été approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies et accepté par une majorité des deux tiers des Etats parties.

3. Lorsqu'un amendement entre en vigueur, il a force obligatoire pour les Etats parties qui l'ont accepté, les autres Etats parties demeurant liés par les dispositions de la présente Convention et par tous amendements antérieurs acceptés par eux.

Article 51

1. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies recevra et communiquera à tous les Etats le texte des réserves qui auront été faites par les Etats au moment de la ratification ou de l'adhésion.

2. Aucune réserve incompatible avec l'objet et le but de la présente Convention n'est autorisée.

3. Les réserves peuvent être retirées à tout moment par notification adressée au Secrétaire général

de l'Organisation des Nations Unies, lequel en informe tous les Etats parties à la Convention. La notification prend effet à la date à laquelle elle est reçue par le Secrétaire général.

Article 52

Tout Etat partie peut dénoncer la présente Convention par notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle la notification a été reçue par le Secrétaire général.

Article 53

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est désigné comme dépositaire de la présente Convention.

Article 54

L'original de la présente Convention, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

En foi de quoi les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé la présente Convention.

Note 1 : L'Assemblée générale, dans sa résolution 50/155 du 21 décembre 1995, a approuvé l'amendement qui consiste à remplacer, au paragraphe 2 de l'article 43 de la Convention relative aux droits de l'enfant, le mot "dix" par le mot "dix-huit". L'amendement est entré en vigueur le 18 novembre 2002 après son acceptation par une majorité des deux tiers des États parties (128 sur 191).

Bibliographie

1. Raphaël C, Rousseau D. La démesure: soumise à la violence d'un père. Paris: M. Milo; 2013.
2. Straus P, Manciaux M. L'enfant maltraité: à la mémoire de Pierre Strauss. Paris: Fleurus; 1993.
3. Labbé J, Vabres N. Les violences physiques faites aux enfants. Numéro spécial de La Gazette de la SOFOP [Internet]. 2012 [cité 29 juill 2013]; Disponible sur: http://www.livres-medicaux.com/media/contenu_multimedia/gazette_n31_m11_m12_a2010.pdf
4. Lesieux É. Apprendre à lire en contexte de maltraitance familiale. [cité 29 juill 2013]; Disponible sur: http://documents.univ-lille3.fr/files/pub/www/recherche/theses/LESIEUX_Elisabeth.pdf
5. Dekeuwer-Défossez F. Les droits de l'enfant: « Que sais-je ? » n° 852. 2012.
6. Foisil M. L'enfant Louis XIII: l'éducation d'un roi (1601-1617). Paris: Perrin; 1996.
7. Augustin. La cité de Dieu. Paris: Éd. du Seuil; 1994.
8. Tardieu A. Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Enfances Psy.* 2008;39(2):174.
9. The battered-child syndrome by C. Henry Kempe, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegemueller and Henry K. Silver. Landmark article 1962, *Journal of the American Medical Association.* *Child Abuse Negl.* 1985;9(2):143-154.
10. 119 [Internet]. [cité 3 août 2013]. Disponible sur: <http://www.allo119.gouv.fr/presentation>
11. ODAS :: Nos missions [Internet]. [cité 3 août 2013]. Disponible sur: <http://odas.net/Nos-missions>
12. International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, Australian Institute of Criminology. *World perspectives on child abuse.* 10th ed. Aurora, Co: International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2012.
13. Moro MR, Heidenreich F, Baubet T. On dit aimer les enfants partout, on les maltraite aussi partout... Approche transculturelle de la maltraitance. Gabel M Lamour M Manciaux M Éditeurs Prot L'enfance Maint Rupture Soins Liens Paris Fleur. 2005;69-87.
14. Krug EG, World Health Organization. *Rapport mondial sur la violence et la santé* [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2002 [cité 31 juill 2013]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10062388>
15. Duverger P. Psychopathologie en service de pédiatrie Pédopsychiatrie de liaison. Issy-les-

Moulineaux: Elsevier-Masson; 2011.

16. Butchart A, International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants intervenir et produire des données [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé : International society for prevention of child abuse and neglect; 2006 [cité 29 juill 2013]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789242594362_fre.pdf
17. Observatoire national de l'enfance en danger (France). L'enfance en danger: signalements et réponses en 1996. Paris (37 Bd Saint-Michel, 75005): Observatoire national action sociale décentralisée; 1998.
18. Picherot G., Vabres N. Fleury J.,. La maltraitance des enfants SOFOP 2011[1].pdf [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.chu-nantes.fr/8e-journee-d-ethique-du-chu-de-nantes-24816.kjsp>
19. Coutanceau R. Vivre après l'inceste: haïr ou pardonner? Paris: Desclée de Brouwer; 2004.
20. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Chancellerie, Ministère de l'intérieur, Ministère de la Défense. Le praticien face aux violences sexuelles [Internet]. 2000. Disponible sur: http://www.afpssu.com/ressources/violences_sexuelles_ordre_med.pdf
21. Sibertin-Blanc D., Vidailhet C. Maltraitance et enfance en danger [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/15.%20MALTRAITANCE%203-37.pdf>
22. Becmeur F., Dannion-Grilliat A., Messer J., Ludes B., Raul J.S. L'enfant maltraité : aspects cliniques, psychologiques et médico-légaux [Internet]. 2006. Disponible sur: http://udsmed.u-strasbg.fr/emed/courses/MODULE03B/document/Enfants_Battus.pdf?cidReq=MODULE03B
23. Lips U. Guide concernant la détection précoce et la façon de procéder dans un cabinet médical [Internet]. Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant; 2011. Disponible sur: http://www.unil.ch/webdav/site/ome/users/nbriosch/public/Guide_Maltraitance_Infantile_-_cabinet_medical
24. Tursz A., Rousseau D. Idées reçues et faits démontrés. Définitions et chiffres [Internet]. Paris; 2013. Disponible sur: <http://colloqueviolencesenfants.wordpress.com/2013/06/17/ecoutez-les-interventions-du-colloque/>
25. ODAS. La lettre de l'ODAS [Internet]. Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée; 2007. Disponible sur: <http://www.cnape.fr/files/rapports/250.pdf>
26. Colloque National sur les violences faites aux enfants [Internet]. Paris; 2013. Disponible sur: <http://colloqueviolencesenfants.wordpress.com/2013/06/17/ecoutez-les-interventions-du-colloque/>
27. Butchart A, International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants intervenir et produire des données [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé : International society for prevention of child abuse and neglect; 2006 [cité 31 juill 2013]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789242594362_fre.pdf
28. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences

of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 3 janv 2009;373(9657):68-81.

29. Vanistendael S. Droits de l'enfant et résilience [Internet]. Les Cahiers du BICE; 2009. Disponible sur: <http://www.sapibg.org/attachments/article/1051/DROITS%20DE%20L%60ENFANT%20ET%20RESILIENCE.pdf>
30. Association Française Janusz Korczak. Historique de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (C.I.D.E.) [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://korczak.fr/m1korczak/droits-de-lenfant/historique-cide-pologne-korczak.html>
31. UNICEF. La situation des enfants dans le monde [Internet]. UNICEF; 2009. Disponible sur: http://www.unicef.org/french/rightsite/sowc/pdfs/SOWC%20Spec.%20Ed.%20CRC%20Executive%20Summary_FR_100109.pdf
32. Meunier G. L'application de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant dans le droit interne des états parties. Paris: L'Harmattan; 2002.
33. Brunetti-Pons, C. L'intérêt supérieur de l'enfant : une définition possible? *Rev Lamy Droit Civ.* 2011;Supplément au n°87(4432):27-31.
34. Edouard, F. Entre le juridique et le besoin affectif, quelle place pour les parents? *Rev Lamy Droit Civ.* 2011;Supplément au n°87(4432):57-59.
35. Gouttenoire, A. Le statut juridique de l'enfant. *Rev Lamy Droit Civ.* 2011;Supplément au n°87(4432):36-39.
36. Hausman, P. Nouveautés apportées par la Convention internationale des droits de l'enfant : enjeux et espoirs. *Rev Lamy Droit Civ.* 2011;Supplément au n°87(4432):5-8.
37. Rosenczveig, J.P. Droits et devoirs de l'enfant actualisés [Internet]. *Droits Enfants Anal. Société À Travers Prisme Droit Enfant.* 2013. Disponible sur: <http://jprosen.blog.lemonde.fr/2013/02/22/un-point-sur-les-droits-de-lenfant-521/>
38. Committee of the Rights of the Children. On the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration [Internet]. ONU; 2013 p. 21. Report No.: 14. Disponible sur: http://www2.ohchr.org/English/bodies/crc/docs/GC/CRC_C_GC_14_ENG.pdf
39. Guillien R, Vincent J, Montagnier G. *Lexique des termes juridiques*. Paris: Dalloz; 2004.
40. La Rosa, A. La protection de l'enfant en droit international pénal : état des lieux [Internet]. Ecole doctorale Lille 2 - droit et santé -; 2004. Disponible sur: http://edocorale74.univ-lille2.fr/fileadmin/master_recherche/T_1_chargement/memoires/intercomm/larosaa04.pdf
41. O'Donnell D, O'Donnell D-, Inter-Parliamentary Union, UNICEF. *La protection de l'enfant: guide à l'usage des parlementaires*. Le Grand-Saconnex, Genève [etc.]; New York: Union interparlementaire, UIP ; UNICEF; 2004.
42. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante [Internet]. [cité 2 nov 2013]. Disponible sur: http://dcalin.fr/textoff/enfance_delinquante_1945.html
43. L'abolition de l'ordonnance de 1945 sur la justice pénale des mineurs n'est pas acceptable | Le Cercle Les Echos [Internet]. [cité 2 nov 2013]. Disponible sur: <http://lecercle.lesechos.fr/economie-societe/societe/221135265/labolition-lordonnance-1945->

44. Jeunes délinquants : mesures et avenir, ordonnance de 1945 - blog Social et Sociétal [Internet]. [cité 2 nov 2013]. Disponible sur: <http://social.societal.free.fr/?p=589>
45. Weka.fr : Les fondements de la justice des mineurs [Internet]. [cité 2 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.weka.fr/collectivites-territoriales/dossier-pratique/gerer-un-service-de-police-municipale-au-quotidien-dt29/les-fondements-de-la-justice-des-mineurs-4428/>
46. Laplaud G. Fonctionnement d'une unité d'accueil d'enfants victimes de maltraitance au CHU de Nantes: activité de l'année 2006 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2009.
47. Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale. Actes du Séminaire du 5 Mars 2012 [Internet]. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale; 2012. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ACTES_seminaire_5_mars_2012_.pdf
48. Ministère de la Santé et des Solidarités. Guide Pratique Protection de l'enfance - Cellule départementale de recueil, de traitement de d'évaluation - [Internet]. Ministère de la Santé et des Solidarités; 2007. Disponible sur: <http://www.reforme-enfance.fr/images/documents/guidecellule.pdf>
49. Rousseau J-J. Du contrat social. Paris: Flammarion; 2012.
50. Laplanche J, Pontalis J-B, Lagache D. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France; 2007.
51. Scotto Di Vettimo D. Vivre et survivre dans la honte: aspects cliniques, psychopathologiques et théoriques. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble; 2006.
52. Haesevoets Y-HL. L'enfant victime d'inceste: de la séduction traumatique à la violence sexuelle : réflexion théorico-clinique sur la psychopathologie de l'inceste. Belgique: De Boeck; 2003.
53. Vila G. Clinique des psychotraumatismes de l'enfant. *Confront Psychiatr.* 2012;(51):85-102.
54. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. An 18-month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taken hostage in their school. *Psychosom Med.* déc 1999;61(6):746-754.
55. Vila G, Porche L-M, Mouren-Siméoni M-C. L'enfant victime d'agression état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent. Paris: Masson; 1998.
56. Cyrulnik B. Mémoire traumatique et anhédonie. *Cult Psy Neurosci.* oct 2013;(24):6-7.
57. Jeammet P. Pour nos ados, soyons adultes. Paris: O. Jacob; 2010.
58. Cyrulnik B. Les vilains petits canards. Paris: O. Jacob; 2004.
59. Cyrulnik B. Parler d'amour au bord du gouffre. Paris: O. Jacob; 2007.
60. Green A. Avant-coup / après-coup. *Carnet PSY.* 2004;95(9):22.
61. Gétin-Horréard C. Adolescents difficiles : Liens pédopsychiatrie- Justice des mineurs au quotidien. Rome; 2010.

62. Mazet P. Naissance et développement du sens éthique chez l'enfant : du sentiment de respect à l'égard de soi au respect d'autrui. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1999;47(12):525-534.
63. Bigeault J-P, Agostini D. Violence et savoir: l'intervention éducative et les « savoirs interditeurs ». Paris: Editions L'Harmattan; 1996.
64. Jeammet P. Genèse et fonction des interdits chez l'enfant. *Enfance.* 1992;45(3):217-220.
65. Lebovici S. C'est pas juste! *Autrement.* 1994;177:31-42.
66. Soulé M. Au début était l'injustice In « C'est pas juste ! » L'éthique des enfants devant les actes des adultes, pp. 9-16. Paris, ESF, 1997.
67. Klein MR. *Envie et gratitude, et autres essais.* Paris: Gallimard; 1978.
68. Freud A, Widlöcher D. *Le normal et le pathologique chez l'enfant estimations du développement.* [Paris]: Gallimard; 1984.
69. Stern DN. *Mère-enfant les premières relations.* Bruxelles: Mardaga; 1997.
70. Stern DN. *Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale.* Paris: Presses universitaires de France; 2003.
71. Stern DN, Derblum. *Journal d'un bébé.* Paris: O. Jacob; 2011.
72. Halperin M. *Prémices et ontogénèse de la vie affective.* Médecine Hygiène. 1989;
73. Xavier J, Tilmont E, Bonnot O. Children's synchrony and rhythmicity in imitation of peers: Toward a developmental model of empathy. *J Physiol Paris.* sept 2013;107(4):291-297.
74. Cyrulnik B. *Résilience connaissances de base.* Paris: O. Jacob; 2012.
75. Cyrulnik B. *Les nourritures affectives.* Odile Jacob; 1993.
76. Cyrulnik B. *Sauve-toi, la vie t'appelle.* Paris: Jacob; 2012.
77. Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur.* Paris: O. Jacob; 2002.
78. Cyrulnik B. *Le murmure des fantômes.* Paris: O. Jacob; 2005.
79. Cyrulnik B. *De chair et d'âme.* Paris: O. Jacob; 2008.
80. ► Conférence de Boris Cyrulnik - « La mémoire traumatique » - YouTube [Internet]. [cité 31 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.youtube.com/watch?v=rd13inJYbQk>
81. Lecomte J. *Guérir de son enfance.* Paris: O. Jacob; 2010.
82. Lecomte J. *Donner un sens à sa vie.* 2013.
83. Michaud S. *Correspondances de Freud.* Paris: Presse Sorbonne nouvelle; 2007.
84. Werner EE. Children and war: risk, resilience, and recovery. *Dev Psychopathol.* mai 2012;24(2):553-558.
85. Bowlby J. L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné. *Devenir.* 1992;4(4):10 et

21.

86. Colin-Simard V. Plus fort que le destin: comment ils se sont reconstruits. Paris: le Grand livre du mois; 2002.
87. Guénard T. Plus fort que la haine. Paris: J'ai lu; 2000.
88. Centre National des Arts. Table Ronde du Centre National des Arts sur la Santé Mentale et les Arts [Internet]. Canada: Université d'Ottawa; 2006 sept p. 22. Disponible sur: http://www4.nac-cna.ca/pdf/corporate/roundtable_2006_f.pdf
89. Deltaglia L. La réparation. *Enfant Maltraité À Mém Pierre Strauss*. Paris: Fleurus; 1993. p. 483-495.
90. Govindama Y. La fonction symbolique de la loi à travers la clinique judiciaire. *Melampous*. 1995;(4):39-48.
91. Dabouis G. Site web du CHU de Nantes - 8e journée d'éthique du CHU de Nantes [Internet]. [cité 4 nov 2013]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/8e-journee-d-ethique-du-chu-de-nantes-24816.kjsp>
92. Houzel D, Dayan, Jacques, France. Direction de l'action sociale. Les Enjeux de la parentalité. Ramonville-Saint-Agne [France]: Érès; 1999.
93. Fédération française de psychiatrie. Le livre blanc de la psychiatrie. Montrouge (Hauts-de-Seine): John Libbey Eurotext; 2003.
94. Worms F. Soins et politique. [Paris (France)]: Presses Universitaires de France (puf); 2012.
95. Bisleau S. Quand la maternité rencontre l'adolescence : des enjeux psychiques aux enjeux du soin [Internet]. Nantes; 2012. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=b68ce8d0-1609-49ac-a18f-5dd381ea718a>
96. Deltaglia L. Réparer les abus sexuels envers les enfants : pourquoi, par qui, comment? *Bull Com Liaison Assoc Socio-Éducatives Contrô Judic*. 1990;(22):85-100.
97. Blatier C. Du rôle des fantasmes de réparation en droit des mineurs [Thèse de doctorat]. [S. l., 1991, France]; 1991.
98. L'éthique clinique et les normes. Nantes: Ed. nouvelles Cécile Defaut; 2013.
99. Sen AK. L'idée de justice. Paris: Flammarion; 2010.
100. La Gazette Santé Social [Internet]. [cité 1 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.gazette-sante-social.fr/juridique/initiatives-nantes-enfants-en-danger-chu-mobilise-659.html?recherche=1>
101. 300 enfants peut-être maltraités pris en charge l'an dernier au CHU . Info - Nantes.maville.com [Internet]. [cité 1 nov 2013]. Disponible sur: http://www.nantes.maville.com/actu/actudet_-300-enfants-peut-etre-maltraites-pris-en-charge-l-an-dernier-au-CHU-_loc-748231_actu.Htm
102. Site web du CHU de Nantes - lieu d'accueil pour auditions filmées [Internet]. [cité 1 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.chu-nantes.fr/lieu-d-accueil-pour-auditions-filmees-24530.kjsp>

103. Unité d'Accueil au CHU de Nantes.flv [Internet]. 2010 [cité 1 nov 2013]. Disponible sur: http://www.youtube.com/watch?v=v0YQo60Bd2o&feature=youtube_gdata_player
104. Les petites victimes se confient à l'hôpital - ouest-france.fr [Internet]. [cité 1 nov 2013]. Disponible sur: http://www.ouest-france.fr/region/paysdelaloire_detail_-Les-petites-victimes-se-confient-a-l-hopital-_8620-796434_actu.Htm?xtor=RSS-4&utm_source=RSS_MVI_ouest-france&utm_medium=RSS&utm_campaign=RSS
105. Loire-Atlantique.fr, Le magazine du Département. L'image tient parole. nov 2010;(n°98):7-9.
106. Haute Autorité de Santé. Troubles anxieux graves [Internet]. 2007 juin p. 17-19. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
107. Agbokou C, Chopin M-V, Bindler L, Ferreri F. Principes thérapeutiques des psycho-traumatismes majeurs de l'adulte. Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique. *Confront Psychiatr.* 2012;(51):157-171.
108. Lopez G. L'accompagnement social et judiciaire. *Confront Psychiatr.* 2012;(51):327-344.
109. Alvarez L, Yamgnage A, Parat S, Benachi A. La maternité: obstétriciens, pédiatres et pédopsychiatres autour de la naissance. *Psychiatr Fr.* 2009;42(1):59-79.
110. Dugnat M, Mosnier, Gérard, Association recherche (in)formation périnatalité (France). Troubles relationnels père-mère/bébé: Quels soins? : hospitalisation conjointe et réseaux de soins précoces en périnatalité. Ramonville-Saint-Agne (France): Erès; 1996.
111. Thomas E. Le viol du silence. Paris: J'ai lu; 2000.
112. Anda RF, Butchart A, Felitti VJ, Brown DW. Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *Am J Prev Med.* juill 2010;39(1):93-98.

NOM : RAFFIN

PRENOM : Hélène

Titre de Thèse :

Quand le traumatisme rencontre la loi : vers un modèle de tuteur de résilience ?

Réflexion psychopathologique à partir de témoignages d'enfants victimes de maltraitance

RÉSUMÉ

La maltraitance infantile apparaît au vu des faits d'actualité récents comme une réelle problématique de santé publique. Il est fréquent que les enfants victimes en ressentent des conséquences traumatiques. C'est au coeur du système médico-judiciaire que l'enfant se retrouve, dès lors que le recours à la loi est engagé. Ce travail propose une réflexion sur les enjeux psychopathologiques soulevés au regard de la procédure judiciaire. En quoi pourrait-elle ici aider l'enfant et devenir pour lui un tuteur de résilience sur lequel, pour poursuivre la métaphore, il pourrait s'appuyer pour mieux grandir ? Nous serons guidés tout au long de notre réflexion par les témoignages de quatre jeunes patients. Ils nous amèneront à penser le soin et nous permettront d'ouvrir le champ des perspectives thérapeutiques.

MOTS-CLÉS

Maltraitance - Traumatisme – Loi – Système médico-judiciaire - Résilience - Protection de l'enfance - Psychopathologie.